

**PROCESO DE INFORMACION, COMUNICACIÓN Y EDUCACION A LAS  
MADRES FAMI MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, EN EL RECONOCIMIENTO  
DE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE PERMITA LA  
DISMINUCION DE LAS TRANSMISIONES VERTICALES DE VIH/SIDA**

**ERIKA PAOLA ARDILA LOPEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA**

**2013**

**PROCESO DE INFORMACION, COMUNICACIÓN Y EDUCACION A LAS  
MADRES FAMI MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, EN EL RECONOCIMIENTO  
DE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE PERMITA LA  
DISMINUCION DE LAS TRANSMISIONES VERTICALES DE VIH/SIDA**

**ERIKA PAOLA ARDILA LOPEZ**

**Trabajo de grado para optar al título de Trabajadora Social**

**Directora**

**LAURA ESTER MORENO ROJAS**

**Trabajadora Social**

**Especialista en Investigación Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER UIS**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**BUCARAMANGA**

**2013**

## DEDICATORIA

*Este hermoso logro es dedicado en primer lugar a mi creador, gracias Jesucristo por guiar mis pasos y cumplir tu propósito en mi vida.*

*A mis padres que con dedicación y esmero han construido una hermosa familia llena de amor, felicidad, unión, permitiéndome encontrar el mejor refugio, los mejores consejos y el mejor apoyo en los pasos que doy. Papi “La FAMILIA UNIDA JAMAS SERA VENCIDA”*

*A mi hermana que con paciencia soporto momentos de tensión y cansancio, que con sus consejos alentó y motivo a conseguir este hermoso logro.*

*A mis abuelitos que fueron un soporte de amor, comprensión ternura y apoyo, sin ustedes este proceso hubiese sido más difícil, muchas gracias los amo.*

*A todas mis amigas (Os) que se convirtieron en mis hermanos, Kelly, Andrea, Leidy, Jesica, Ivonne, David por esos momentos tan hermosos y especiales que compartimos, siempre estarán en mi corazón.*

*A todos mis docentes que con dedicación influyeron en el aprendizaje y amor a mi profesión, especialmente a la profesora Laura Moreno que fue mi guía, soporte en todo el proceso de práctica – pre profesional para sí poder obtener este logro.*

*A la secretaria de Salud de Santander en especial a la Doctora Patricia Caicedo, que fue mi guía, mi ejemplo en los procesos de intervención, a las madres FAMI que participaron del proceso, son hermosas mujeres valientes y esforzadas.*

*A mi perro coky que durante todos los años de estudio fue mi compañía en esas largas noches de estudio. Gracias mi Hermoso.*

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	14
1. MARCO REFERENCIAL	18
1.1. MARCO TEÓRICO	19
1.1.1. Teoría de Redes Sociales.	19
1.1.2 Teoría Constructivista.	21
1.1.3 Enfoque de Derechos Humanos.	23
1.1.4 Enfoque Diferencial.	25
1.2. MARCO CONCEPTUAL	26
2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECIFICOS EN EL CUAL ESTA INSERTA LA EXPERIENCIA	30
3. CARACTERIZACION DE LA INSTITUCION Y/O COMUNIDAD Y/O GRUPO POBLACIONAL	49
3.1 LA INSTITUCIÓN EN EL CONTEXTO LOCAL	49
3.1.1 Trabajo Social en Salud.	49
3.1.2 Ubicación Institucional.	50
3.1.2.1 Organigrama	51
3.1.3 Secretaria de Salud	51
3.2 LAS PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL	54
4. CARACTERIZACION DE LA EXPERIENCIA	57
4.1. ANALISIS SITUACIONAL DEPARTAMENTO SANTANDER	57
4.2. JUSTIFICACIÓN	58
4.3. FASES DEL PROCESO DE INTERVENCION	60
4.3.1 Objetivo General Primera Fase.	60

4.3.2 Objetivos Específicos Primera Fase	60
4.4 PROCESO METODOLÓGICO PRIMERA FASE	64
4.4.1. Conceptualización de la Triangulación.	64
4.4.2. Metodología de la Triangulación.	65
4.4.3. Uso y Finalidad de la Triangulación.	70
4.4.4 Diseño de Instrumento para la Recolección de Información Preliminar del Proceso de Triangulación.	71
4.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	73
4.6. OBJETIVOS FASE 2	84
4.6.1. Objetivos Específicos fase 2	85
4.7 PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN FASE 2	88
4.8 MÉTODO DE GRUPO	91
4.9 TÉCNICA TALLERES EDUCATIVOS REFLEXIVOS	92
4.10 HERRAMIENTAS	93
4.11 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN. EJECUCIÓN	94
4.12 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO.	102
5. EVALUACION	105
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MODELO PARTICIPATIVO EN CREACIÓN DE RUTA DE ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE	107
6.1 JUSTIFICACIÓN	108
6.2. OBJETIVO GENERAL	109
6.2.1 Objetivos Específicos	109
6.3 PROCESO METODOLÓGICO	110
6.4 CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES	111
6.5 RESULTADOS ESPERADOS	112
7. CONCLUSIONES	113

8. RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFIA	116
ANEXOS	119

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1 ODM	32
Tabla 2. Planeación Fase 1	62
Tabla 3 Pasos metodología Triangulación	66
Tabla 4 Resultados Triangulación	75
Tabla 5 Relación edad - año	79
Tabla 6 síntesis Base Datos SSS	81
Tabla 7 Captación - Trimestre de gestación	82
Tabla 8 Planeación Fase 2	86
Tabla 9. Analisis madres FAMI	101
Tabla 10 Cronograma actividades Propuesta	111

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Esquema tamizaje ELISA	43
Figura 2. Esquema Tamizaje Western Blot	44
Figura 3. Organigrama Secretaria Salud Santander	51
Figura 4 Organigrama interno Secretaria Salud Santander	53
Figura 5. Ubicación Geográfica Madres FAMI	56
Figura 6. Diagrama Proceso Triangulación	67
Figura 7 Tabulación Base Datos SSS	72
Figura 8. Relación Edad - Año	80
Figura 9. Ubicación Geográfica madres FAMI	84
Figura 10. Fotografía 1 Actividad 1	96
Figura 11 Fotografía 2 Actividad 1	96
Figura 12 Fotografía 2 Actividad 1	98
Figura 13 Fotografía 1 Actividades 3	99
Figura 14 Fotografía 2 Actividad 3	100
Figura 15 Proceso Metodológico Propuesta	110

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Fichas 1 y 2	119
Anexo B. Investigación 1	121
Anexo C. Investigación 2	125
Anexo D. Investigación 3	131
Anexo E. Investigación 4	135
Anexo F Investigación 5	142
Anexo G. Talleres	147
Anexo H Asistencia jornada 1	160
Anexo I. Fotografías jornada 1	162
Anexo J Asistencia jornada 2	163
Anexo K. Fotografía jornada 2	165
Anexo L Asistencia jornada 3	166
Anexo M. Fotografía jornada 3	168

## RESUMEN

**TITULO:** PROCESO DE INFORMACION, COMUNICACIÓN Y EDUCACION A LAS MADRES FAMI MUNICIPIO DE BUCARAMANGA, EN EL RECONOCIMIENTO DE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE PERMITA LA DISMINUCION DE LAS TRANSMISIONES VERTICALES DE VIH/SIDA \*

**AUTOR:** ERIKA PAOLA ARDILA LOPEZ \*\*

**PALABRAS CLAVES:** METODOLOGÍA TRIANGULACIÓN, TRANSMISIONES VERTICALES, VIH/SIDA, TRABAJO SOCIAL Y SALUD,

**CONTENIDO:** Todas las investigaciones y estudios realizados en anteriores oportunidades, apuntan a un mismo resultado; los problemas y fallas administrativas que impiden el ingreso de las mujeres en gestación a los programas de control prenatal, más conocidas por el nombre de barreras administrativas, ocasionando la perdida de adherencia al programa y altos índices de deserción, lo cual genera casos de morbilidad materna o transmisiones de enfermedades como la sífilis congénita y el VIH/SIDA.

Situación que hace necesario diseñar estrategias Educomunicativas (información - educación - comunicación), que contribuyan a la reducción de las barreras administrativas en la prestación del servicio de salud que están incidiendo directamente en la demora en la atención de los controles prenatales de las gestantes y por ende en la detección temprana de infecciones de transmisión perinatal de VIH/SIDA.

Para la realización del proceso de intervención se adopta un marco referencial sustentado en las teorías de redes sociales y el constructivismo, la metodología a utilizar será la de Triangulación en el proceso de análisis de información y la metodología de Educación Popular donde la participación activa de los sujetos es fundamental para el ejercicio del proceso, los enfoques utilizados son el enfoque diferencial y el de derechos humanos que son claves en el área de salud.

Como impacto social se pretende fortalecer y capacitar a un grupo de madres FAMI del municipio de Bucaramanga, para que sean líderes y multiplicadoras en la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva de las mujeres gestantes a quienes atienden en sus programas.

---

\* Proyecto de grado.

\*\* Facultad Ciencias Humanas. Escuela Trabajo Social. Directora Laura Esther Moreno

## SUMMARY

**TITLE:** PROCESS INFORMATION, COMMUNICATION AND EDUCATION FAMI MOTHERS BUCARAMANGA TOWNSHIP IN RECOGNITION OF SEXUAL RIGHTS AND REPRODUCTIVE HEALTH IN ALLOWING THE DECREASE OF VERTICAL TRANSMISSION OF HIV / AIDS. \*

**AUTHOR:** ERIKA PAOLA ARDILA LOPEZ \*\*

**KEY WORDS:** METHODOLOGY LAUNDERING, VERTICAL TRANSMISSION, HIV / AIDS, SOCIAL WORK AND HEALTH,

**CONTENT:** All investigations and studies on previous occasions, point to the same result, problems and administrative failures that prevent the entry of women in pregnancy to birth control programs, better known by the name of administrative barriers, causing loss of adhesion to the program and high dropout rates, which generates cases of maternal morbidity or transmission of diseases such as congenital syphilis and HIV / AIDS.

This situation makes it necessary to design strategies educommunicative (information - education - communication), which contribute to the reduction of administrative barriers in the provision of health services that are directly influencing the delay in the antenatal care of pregnant women and thus in the early detection of perinatal infections HIV / AIDS.

To carry out the intervention process adopts a framework supported by social networking theories and constructivism, the methodology to be used is that of triangulation in the data analysis process and Popular Education methodology where active participation subject is essential to the exercise of the process, the approaches used are the differential approach and human rights are key to the health area.

As social impact is to strengthen and train a group of mothers in the municipality of Bucaramanga FAMI, to be leaders and multipliers in promoting prevention and sexual and reproductive health of pregnant women who serve in their programs

---

\* Graduation Project

\*\* Faculty Humanities. School Social Work. Director: Laura Esther Moreno.

## INTRODUCCION

El virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA en adelante), se ha convertido en tema prioritario de los gobiernos en todo el mundo, desde su aparición en 1981 se han creado acuerdos, objetivos, metas, programas y proyectos para lograr la erradicación o por lo menos una reducción significativa de la misma, Convirtiéndose en temas de importancia en salud pública, siendo está definida por el autor Piedrola Gil<sup>1</sup> como “la ciencia y arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad”.

En el caso particular del proceso de intervención profesional por parte del estudiante de Trabajo Social , esta va dirigida a la reducción de transmisiones de VIH/SIDA, ya se ha evidenciado que la relación de transmisiones entre hombre y mujer se ha reducido significativamente siendo el caso particular de Santander de que por cada tres (3) hombres una (1) mujeres posee el virus y en municipios específicos del departamento la relación ha reducido a 1 a 1, siendo las mujeres un grupo poblacional con más altos índices de infecciones, a su vez por desconocer la situación de seropositividad en VIH/SIDA transmiten el virus a sus hijos en lo que conocemos por el nombre de trasmisión vertical o perinatal (Madre – hijo).

Es claro que se tiene un interés por parte de los gobernantes en crear políticas públicas que incidan en la erradicación o disminución del VIH/SIDA, estas formulaciones se traducen a líneas específicas, con el objetivo de garantizar la atención integral, estas políticas requieren de un apoyo de tipo económico que

---

<sup>1</sup> SALUD PUBLICA conceptos básicos GELVES PATRICIA. Artículo disponible en: <http://www.slideshare.net/NutPatty/conceptos-generales-de-salud-pblica-presentation> (citado en 2 Septiembre 2012)

facilite el acceso a la población más pobre y por ende más vulnerable a los medicamentos o tratamientos correspondientes, desapareciendo la brecha de la desigualdad y cumpliendo con lo dispuesto en la Constitución Política de nuestro país, donde se define que el derecho a la salud es de carácter universal. Derechos que se han venido vulnerando según los problemas evidenciados en los estudios e investigaciones anteriores como: Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia (Laura Andrea Rodríguez Villamizar, Myriam Ruiz-Rodríguez y María Leonor Jaime García. Investigación realizada por la universidad industrial de Santander en el año 1999 (características del programa de control prenatal en instituciones de salud pública en Bucaramanga). Comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia: análisis de decisiones. Marcela Gómez. Análisis globales de la mortalidad materna en Bucaramanga 2003-2009 (versión resumida y preliminar) investigadores: Myriam Ruiz Rodríguez; Laura Andrea Rodríguez, Estudiantes de 9º. Y 10º semestre de Medicina UIS. Atención prenatal en Bucaramanga: una mirada desde los actores comunitarios Myriam Ruiz Rodríguez Docente Escuela de Medicina Departamento de Salud Pública Bucaramanga, mayo 2010 y la Base de datos de Secretaria Departamental de Salud de Santander, donde el factor común son las barreras de acceso administrativas o demoras en la atención, siendo la base de estas problemáticas, fallas en el cumplimiento de los protocolos por parte de las aseguradoras, y por ende la poca adherencia a los programas y tratamientos.

La intervención que desde la Secretaria de Salud de Santander se generó por medio de la convocatoria hecha por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Instituto Nacional de Salud (INAS), donde invitaron al departamento a hacer parte de un estudio piloto con la utilización de la metodología de Triangulación en el tema específico de VIH, el departamento acepto la realización del proceso y vinculo a la estudiante en Practicas pre profesionales de Trabajo Social al desarrollo de la misma, esta practicante en compañía del equipo de

trabajo interdisciplinario e intersectorial, diseño una propuesta encaminada a la verificación, análisis y propuesta de intervención dirigida a disminuir las situaciones que alteran el cumplimiento de los protocolos y leyes emitidos por la nación, donde se explicita la atención integral y de calidad a las mujeres en estado de gestación y a la reducción de transmisiones verticales de VIH/SIDA.

En este proceso se llevó a cabo en las dos practicas pre profesional que la universidad en su pensul plantea, la primera tuvo lugar finalizando el año 2011, en donde se desarrolló toda la metodología de Triangulación, y la segunda finalizando el años 2012, donde se pretendía evaluar y corroborar el cómo se está llevando a cabo los protocolos y estrategias de reducción de la transmisión perinatal del VIH/SIDA en la EPS e IPS en el municipio de Bucaramanga Santander, por medio de análisis de fuentes de información (investigaciones realizadas en años anteriores y bases de datos) y del trabajo directo con las comunidades promoviendo el fortalecimiento de estos sectores, caso específico un grupo de madres FAMI del municipio de Bucaramanga, las cuales tienen contacto directo con las mujeres en estado de gestación y que por ende pueden ser llamadas líderes en la promoción de derechos en salud de las mujeres gestantes, siendo canales de información acerca del VIH/SIDA generándose procesos de promoción y prevención en transmisión del virus de madre a hijo.

Para la realización del proceso de intervención se adopta un marco referencial donde la teoría que respaldara la intervención es la de Redes Sociales y el Constructivismo, la metodología a utilizar será la de Triangulación en el proceso de análisis de información y la metodología de Educación Popular donde la participación activa de los sujetos es fundamental para el ejercicio del proceso, los enfoques utilizados en el enfoque diferencial y el de derechos humanos que son claves en el área de salud.

Este documento contiene siete capítulos que presentan el proceso de intervención realizado por la estudiante en práctica pre-profesional de Trabajo Social y que están organizados de la siguiente manera: el primero se refiere al marco referencial donde se basa la ejecución y desarrollo de la misma; el segundo capítulo se presenta el contexto general y específico en donde está inmersa la experiencia; el tercer capítulo se hace una caracterización de la institución (ubicación) y con la población en donde se llevara a cabo el accionar social; en el cuarto capítulo se realizara una descripción analítica de la experiencia de la práctica: el quinto capítulo se describe y analiza de forma critica el proceso de evaluación, en el sexto capítulo se presenta la propuesta de intervención; y el último capítulo que corresponde a las conclusiones y recomendaciones que surgieron en el proceso de intervención.

## 1. MARCO REFERENCIAL

Al iniciar un proceso de intervención profesional es de suma importancia definir unas bases teóricas y metodológicas que la sustenten, de esta forma se lograra hacer una comprensión y abordaje integral de la situación desde Trabajo Social, para el presente trabajo resulta útil la teoría de Redes Sociales en compañía de la teoría Constructivista, por la importancia que estas dan a la intervención del Trabajador Social en la misma y al tipo de intervención que se pretende realizar, el enfoque diferencial y de derechos por la importancia que le da al cumplimiento y protección de los derechos humanos y especialmente al derecho a la vida y salud y las metodologías a implementar en los dos momentos de la intervención (Investigación y acción) la Triangulación y la Educación Popular.

El virus del VIH y la categoría de SIDA han sido consideradas como patologías de alto costo para el sistema general de seguridad social en salud SGSSS, por el impacto que esta genera en la economía y por ende en la calidad de vida de las personas que la padecen; situación que ha generado desde organizaciones de carácter mundial como la OMS, la implementación de programas de atención primaria y secundaria, fortaleciendo el diagnóstico temprano y así evitar posibles complicaciones que ameriten hospitalizaciones e incluso mortalidad por estos eventos.

La situación problema que se expone en este estudio tiene que ver con la transmisión perital que es conocida como la transferencia del virus de inmunodeficiencia humana VIH al feto y bebe al momento del embarazo, parto o lactancia

Por consiguiente la pregunta base del estudio es *¿POR QUÉ HAY GESTANTES CON VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA QUE SE*

*DIAGNOSTICAN EN EL TERCER TRIMESTRE DE GESTACION, O EN LA ETAPA DE PARTO O EN LA ETAPA DE PUERPERIO SI LA NORMA ESTABLECE TAMIZAJE DE VIH/SIDA EN PRIMER TRIMESTRE?*

Las bases de datos como se mencionaba anteriormente y sobre de las cuales obtendremos la información son las historias clínicas y SIVIGILA (Base de datos), Encuesta Universidad Industrial de Santander 1999 - Encuesta Universidad Industrial de Santander 2009, Estudio cualitativo factores de riesgo sociales que inciden en las condiciones de salud de las mujeres gestantes.

## **1.1. MARCO TEÓRICO**

**1.1.1 Teoría de Redes Sociales.** Del concepto de red social que menciona la autora Gina Cardozo:

Se puede concluir que es parte de un fenómeno que ha sido permanente en la historia de la humanidad y que ha marcado el desarrollo de todas las estructuras sociales, políticas y económicas durante toda la historia. Hay que resaltar que el fenómeno de las redes sociales se ha visto magnificado gracias a las nuevas tecnologías llevando el potencial de esta aorganización de una forma mucho más rápida y a niveles más profundos de una forma nunca imaginada.<sup>2</sup>

En relación a la teoría de redes hay diversos postulados donde algunos autores mencionan el hecho de que se puede catalogar como teoría mientras hay otros que consideran que no lo es y por ende solo es un modelo como lo expresa la autora Gina Geltrudis Cardozo, haciendo referencia a lo mencionado por el autor

---

<sup>2</sup> Cardozo Cabas Gina Geltrudis. Historia del concepto de red social. rticulo de internet [http://api.ning.com/files/XTj6PLCPPuFqdfb7UgUqoC3MJP2Gp8uETdvZtgGysgOtikjOSDtmFBx\\*D5\\*s9HLJlrxDDys-Q3WRdjAwQBay\\*fSCWgNomHy/Historiadelconceptoderedsocial.pdf](http://api.ning.com/files/XTj6PLCPPuFqdfb7UgUqoC3MJP2Gp8uETdvZtgGysgOtikjOSDtmFBx*D5*s9HLJlrxDDys-Q3WRdjAwQBay*fSCWgNomHy/Historiadelconceptoderedsocial.pdf) consultado el {27 noviembre 2012 }

Víctor Martínez<sup>3</sup> en su texto el modelo de Redes Sociales, donde expresa que no existe aún una teoría unificada de Redes Sociales, existiendo más bien una serie de modelos locales que se elaboran según la naturaleza del problema a abordar, basados en orientaciones teóricas y epistemológicas distintas, de igual forma el modelo de Redes Sociales nos proporciona instrumentos para desarrollar intervenciones planificadas en este mundo social, como forma de conceptualización en la define como “La red es un sistema de vínculos entre nodos orientado hacia el intercambio de apoyo social”.

La autora Mónica Chadi<sup>4</sup>. Define redes sociales como un grupo de personas, bien sea miembros de una familia, vecinos, amigos o instituciones, capaces de aportar un apoyo real y duradero a un individuo o familia. Esta autora hace una distinción entre redes sociales primarias y secundarias, las redes sociales primarias son aquellas conformadas por las relaciones significativas e íntimas de los individuos, en esta red se encuentran la familia, la familia ampliada o extensa, los amigos y el vecindario, aunque en diferente medida, las redes sociales secundarias están conformadas por relaciones cercanas que también inciden en la formación y la identidad de los individuos y el grupo familiar, dentro de las redes sociales secundarias se encuentran las redes sociales institucional en ellas se refleja normas sociales, políticas y culturales, y poseen una estructura regida por jerarquías, normas explícitas e implícitas y roles definidos. Las redes institucionales están conformadas por organizaciones que responden a necesidades y objetivos específicos con los que las redes sociales primarias no pueden cumplir. Chadi describe tres redes sociales institucionales que desde su perspectiva son básicas en el desarrollo de los individuos y sus familias: la escuela, el sistema judicial y el sistema de salud.

---

<sup>3</sup> Ibid,

<sup>4</sup> CHADI Mónica. Redes sociales en el trabajo social. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2000, 161 pp.

Mónica Chadi da recomendaciones en la intervención de redes en el área social mencionando que consta de tres etapas que son según la autora el diagnóstico social de red, evaluación de los medios e intervención. Para concluir con la postura de la autora esta menciona que las y los Trabajadores Sociales son los encargados de coordinar el trabajo en red, puesto que son los artesanos que facilitan el fortalecimiento del tejido relacional mediante el enlace de las potencialidades existentes entre los miembros de la red, generando espacios de acuerdo entre las diferentes profesiones y escenarios de aprendizaje para los individuos y familias con los que trabajan.

La importancia del trabajo en red para el sector salud radica en formar lazos interinstitucionales e interdisciplinarios que permitan el abordaje integral y holístico de la población sujeto de intervención, contar con redes de apoyo facilita un proceso participativo de la comunidad con las instituciones de igual forma permite una mayor adherencia a los programas ofertados por las instituciones de Salud.

**1.1.2 Teoría Constructivista.** La teoría constructivista<sup>5</sup> se enfoca en la construcción del conocimiento a través de actividades basadas en experiencias ricas en contextos educativos donde se permita conocer las experiencias de las poblaciones donde se efectuara la intervención, Esta tiene sus raíces en la filosofía, psicología, sociología y educación. La idea central es que el aprendizaje humano se construye, que la mente de las personas elabora nuevos conocimientos a partir de la base de enseñanzas anteriores.

Como lo menciona Stefany Hernández<sup>6</sup> El constructivismo social tiene como premisa que cada función en el desarrollo cultural de las personas aparece doblemente: primero a nivel social, y más tarde a nivel individual; al inicio, entre un

---

<sup>5</sup> HERNÁNDEZ Stefany El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. Requena artículo de internet: <http://www.uoc.edu/rusc/5/2/dt/esp/hernandez.html> consultado el {27 noviembre 2012 }

<sup>6</sup> Ibid, pag 3.

grupo de personas (inter psicológico) y luego dentro de sí mismo (intra psicológico).

La autora Stefany Hernández también hace referencia a que las características del aprendizaje constructivista son 8:

- El ambiente constructivista en el aprendizaje provee a las personas del contacto con múltiples representaciones de la realidad.
- Las múltiples representaciones de la realidad evaden las simplificaciones y representan la complejidad del mundo real.
- El aprendizaje constructivista se enfatiza al construir conocimiento dentro de la reproducción del mismo.
- El aprendizaje constructivista resalta tareas auténticas de una manera significativa en el contexto en lugar de instrucciones abstractas fuera del contexto
- El aprendizaje constructivista proporciona entornos de aprendizaje como entornos de la vida diaria o casos basados en el aprendizaje en lugar de una secuencia predeterminada de instrucciones.
- Los entornos de aprendizaje constructivista fomentan la reflexión en la experiencia.
- Los entornos de aprendizaje constructivista permiten el contexto y el contenido dependiente de la construcción del conocimiento
- Los entornos de aprendizaje constructivista apoyan la «construcción colaborativa del aprendizaje, a través de la negociación social, no de la competición entre los estudiantes para obtener apreciación y conocimiento.

En el sector salud los enfoques que predominan en la intervención o atención a los usuarios son el enfoque de derechos humanos, diferencial, de genero entre otro, en este documento se tomara como referencia el enfoque de derecho y diferencial. Situación que favorece la intervención del Trabajador Social.

**1.1.3 Enfoque de Derechos Humanos.** Muchos autores, médicos, científicos, psicólogos, Trabajadores Sociales, gobernantes y personal de la sociedad ha mostrado preocupación en entender que es el derecho a la salud del que debe goza toda la población.

La autora Mary Robinson, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos<sup>7</sup> definen el derecho a la salud como:

“Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no disponen de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública”.

Dentro del artículo antes referenciado se encuentran cuatro criterios con los cuales se pueden evaluar y/o monitorear si el derecho de salud se está cumpliendo de forma adecuada y según lo planteado por la normatividad que rige el cuidado del mismo ya sea nivel internacional o nacional, estos criterios son:

**Disponibilidad.** Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

**Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado,

---

<sup>7</sup>OMS, veinticinco preguntas y respuestas sobre la salud y derechos humanos. Organización mundial de la salud OMS. artículo de internet: <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf> consultado el {4 diciembre 2012 }

Esta presenta cuatro dimensiones superpuestas: No discriminación, Accesibilidad física, Accesibilidad económica (asequibilidad), Acceso a la información.

**Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiada y sensible a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

**Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Otra autora que ha hecho referencia a importancia de soportarse en un enfoque donde los derechos humanos y la protección de los mismos se cumplan es Sonia Umaña<sup>8</sup>, quien caracteriza el enfoque de derechos de la siguiente manera en su escrito titulado, El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales:

“Se plantea como necesario revisar el marco jurídico actual sobre derechos de las personas y la construcción de un marco formal de regulación de las relaciones sociales, que asegure el reconocimiento y respeto de sí y de los otros y que establezca e institucionalice los mecanismos de vigilancia, seguimiento y exigibilidad de los derechos.

Reconocer que la estructura social está fundamentada en relaciones sociales basadas en el poder”.

Enfatizar en la persona como sujeto integral (bio- psico-social), como un sujeto concreto y particular, cuyos derechos son universales, indivisibles e integrales.

---

<sup>8</sup> SOLÍS Umaña Sonia El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales artículo de internet: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf> consultado el {27 noviembre 2012 }

Es una perspectiva que recupera la diversidad social y reconoce la especificidad. Plantear la democracia como un derecho humano, asociada intrínsecamente, a la transparencia y la rendición de cuentas en el ejercicio de gobernar, la participación ciudadana, la vigilancia y la exigibilidad de los derechos ciudadanos. Se refiere a una democracia participativa, con participación real y consciente de la ciudadanía en la propuesta y la toma de decisiones, sin sectores sociales excluidos y con mecanismos claros de exigibilidad y control ciudadano.

Suponer una institucionalidad centrada en el sujeto, más y mejores mecanismos de coordinación de los sistemas de acción social y de los sistemas político administrativo.

**1.1.4 Enfoque Diferencial.** El enfoque diferencial se ampara de igual forma en los Derechos Humanos universales donde se establece la igualdad entre las personas siendo el objetivo principal el del reconocimiento de las personas como sujetos, que de igual forma permite evidenciar condiciones y/o situaciones de desigualdades que sustentan la necesidad de intervenciones que disminuyan las condiciones de discriminación y modifiquen las circunstancias de vulneración, está basado en un principio de equidad, busca lograr la igualdad real y efectiva que reconozca la diversidad y la posibles desventaja.<sup>9</sup>

Se da gran importancia el tener como base el enfoque diferencial ya que los problemas que se evidenciaron es el de barreras de accesos administrativos negando la posibilidad de acceder de forma adecuada y rápida a la atención de las mujeres en estado de gestación.

---

<sup>9</sup>Lineamiento técnico para la organización del sistema de atención para la protección integral. instituto colombiano de bienestar familiar ICBF 2007.

## 1.2. MARCO CONCEPTUAL

Para la comprensión de conceptos utilizados en este documento es pertinente la creación de un marco conceptual que facilite la interpretación y comprensión de conceptos del mismo.

En el transcurso de los años las organizaciones encargadas de velar por la seguridad del derecho a la salud, han venido trabajando en temas de suma importancia como lo es el VIH/SIDA,

La Organización mundial de la salud OMS<sup>10</sup> defines los conceptos para ayudar a la mejor comprensión y abordaje.

El **VIH**: se conoce como virus de la inmunodeficiencia humana infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. Las infecciones asociadas a la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas", El **SIDA** que tiene por nombre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida este se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH tiene tres formas de trasmisión Sanguíneo, sexual y **PERINATAL** esta última es conocida también como trasmisión de forma vertical que se da cuando el virus de VIH es transmitido de madre a hijo ya sea durante el embarazo, parto o lactancia.

---

<sup>10</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA, artículo de Internet {disponible en} <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html> {consultado 28 septiembre 2011}

Cuando una mujer es diagnosticada como seropositiva al virus de VIH debe iniciar un tratamiento con medicamentos que es llamado **ANTIRRETROVÍRICOS** estos Actúan deteniendo o interfiriendo la reproducción del virus en el organismo de la persona que lo padece.

Según lo mencionado por la delegación de la comisión Europea<sup>11</sup> el Virus de VIH puede ser detectado por medio de una prueba que tiene por nombre **ELISA** esta es una prueba de laboratorio que permite detectar las defensas específicas que el cuerpo produce contra el VIH, llamadas anticuerpos, es una prueba presuntiva que se debe repetir si resulta positiva, para confirma si el resultado que en su primer momento dio positivo se realiza una prueba llamada **WESTERN BLOT** la cual es una prueba de laboratorio más específica que la ELISA porque detecta un mayor número de anticuerpos individuales contra las proteínas que componen el virus.

La incidencia del VIH/SIDA según el plan nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>12</sup> ha aumentado en grupos de población distintos a los tradicionalmente considerados como de alta vulnerabilidad, particularmente jóvenes y mujeres, además de homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. Revelando la necesidad de desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad, que incluya divulgación de información sobre los medios de transmisión de la enfermedad, que apunten a la modificación de los factores de riesgo o vulnerabilidad y que estimulen el uso del condón como el método de protección más eficaz contra las ITS y el VIH. Para lograr que estas metas se logren es necesaria, La prevención de ITS y VIH que exige la continuidad y calidad

---

<sup>11</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. “a tu hijo, trasmítele solo amor”, preguntas y respuestas sobre la infección por VIH/SIDA y sobre la transmisión materno infantil del VIH, artículo de Internet {disponible en} <http://www.slideshare.net/adrysilvav/vih-sida-y-transmision-materna> {consultado 28 septiembre 2011}

<sup>12</sup> <sup>12</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA política nacional de salud sexual y reproductiva; Artículo de Internet (disponible en:) [http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public\\_htmlfile/%20politicassr.pdf](http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf) consultado el 02 noviembre 2011

de los Controles prenatales y el acceso a las pruebas de diagnóstico de personas distintas a las tradicionalmente consideradas en riesgo de adquirir alguna de estas enfermedades, incluyendo a las mujeres embarazadas.

Para llegar a conseguir metas precisas como la anterior es necesario el trabajo y conformación de **REDES SOCIALES**<sup>13</sup> entendida como “conjunto de seres con quienes interactuamos de manera regular, con quienes conversamos e intercambiamos señales que nos permiten dar o recibir apoyo social”. Estas redes se basan en una serie de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de prácticas más o menos formalizadas cuyo fundamento es la confianza y la solidaridad como elemento crucial para el intercambio, para el desarrollo efectivo de estos procesos es necesario **NODOS** que pueden ser personas, actores sociales, grupos u organizaciones (institucionales y comunitarias), que establezcan **VÍNCULOS**, que es la relación o comunicación que se establece entre los mismos. Para evaluar la funcionalidad y sostenibilidad de la red es necesario conocer las características de las relaciones que se establecen entre ellos, en otras palabras **SISTEMA DE VÍNCULOS**, aumentando de forma significativa lo que se conoce por **APOYO SOCIAL** que incluye apoyo emocional o afectivo; ayuda material y financiera; asistencia física; información y contactos sociales positivos.

Otros conceptos que son necesarios para la comprensión efectiva de la temática a tratar son: **TALLERES**: quienes definido por el autor Natalio Kisnerman como la unidades productivas de conocimientos a partir de una realidad concreta, Nidia Aylwin y Jorge Gussi Bustos lo definen como una nueva forma pedagógica que

---

<sup>13</sup>POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; Artículo de Internet (disponible en:) [http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public\\_htmlfile/%20politicassr.pdf](http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf) consultado el 02 noviembre 2011

pretende lograr la integración de teoría y práctica, El taller es concebido como un equipo de trabajo<sup>14</sup>.

La población a la cual se pretende abordar son conocidas como **MADRES FAMI**, este es un programa dirigido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) desde hace más de 20 años y consiste en capacitar a mujeres para que asesoren a madres vulnerables en temas como nutrición infantil, planificación y enfermedades de transmisión sexual. Las madres FAMI trabajan de lunes a viernes, unos días visitando a las madres en sus casas, otros dando talleres y otros intercambiando experiencias con otras FAMI, Cada una de ellas tiene a su cargo un grupo de 12 mujeres con las que trabaja un promedio de 80 horas a la semana.

Con las madres FAMI, población sujeto de intervención y como parte del cumplimiento de los objetivos planteados y del desarrollo de las actividades se llevó a cabo una clarificación en conceptos como **RIESGO EN VIH** entendiéndolo como la probabilidad que tiene una persona de adquirir el VIH por causa de sus propios actos o los de otra persona, **ESTIGMA** Es más que un señalamiento impuesto a algo o alguien y que generalmente produce sentimientos de pérdidas, maltrato, agresión, temor, **DISCRIMINACION**: Es un acto de separar, distinguir, diferenciar una o varias cosas o una o varias personas de otra por diversos motivos: raciales, religiosos, políticos, sociales. Es Excluir, restringir, diferenciar.

---

<sup>14</sup> El concepto de taller, artículo de internet disponible en [http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto\\_taller.pdf](http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto_taller.pdf) consultado: 6 marzo 2013.

## **2. CONTEXTO GENERAL Y ESPECIFICOS EN EL CUAL ESTA INSERTA LA EXPERIENCIA**

En el marco de las políticas y normas que protegen al ser humano y que ratifican el derecho que se tiene a acceder a servicios de salud de calidad, a nivel mundial se han efectuado diversos protocolos que trabajan de forma directa en la promoción de los controles prenatales para evitar afectaciones como las que se presentan con la gran cantidad de muertes maternas por diversa índole.

En el 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó:

La razón de mortalidad materna (RMM) a nivel mundial en 400 por 100.000 nacidos vivos, lo que corresponde a 529.000 defunciones maternas anuales, de las cuales 68.000 muertes fueron provocadas por abortos realizados en condiciones inseguras para la salud de la mujer, además de los 300 millones de mujeres del mundo entero que padecen actualmente enfermedades de corta o larga duración atribuibles al embarazo o al parto; solo 1% de las muertes maternas se da en los países desarrollados. Diariamente mueren 1.500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. La mayoría corresponde a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas puede evitarse. La mejora de la salud materna es uno de los ocho ODM adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en el 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes

En Colombia el comportamiento de las muertes maternas del periodo 1990 – 2007 evidencia una disminución del 16% en un lapso de 17 años. En Colombia, la razón de mortalidad materna en el periodo de 1990 a 2000 estuvo entre 60 y 105 por 100.000 nacidos vivos. Desde 1998, las muertes han venido disminuyendo en 3,85 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos anualmente hasta el año 2005. Entre el año 2003, cuando se presentó una razón de mortalidad materna de 77,8, y

el año 2007 (RMM: 75 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) no se observó el descenso anual esperado de 5,5 muertes maternas requerido para el cumplimiento de la meta del milenio, incluso se presentaron zonas del país donde dichas cifras estuvieron por encima del promedio nacional<sup>15</sup>.

De la diversidad de estudios se ha evidenciado que gran parte de esas muertes maternas podrían ser evitadas con los cuidados adecuados, siendo estos descubiertos en los controles prenatales, pero problemas de adherencia y oportunidades en el acceso de los servicios producen estas situaciones, con estos problemas viene ligado demoras en el conocimiento de enfermedades que pueden perjudicar la vida de la gestante y la del bebe, una de las enfermedades más complicadas en manejo es el VIH/SIDA la cual tiene su transmisión durante el embarazo, parto o lactancia.

El incremento de las enfermedades de transmisión, aumentó la preocupación y direccionó nuevas líneas estratégicas que ayudaran a la disminución de las cifras. Ejemplo de esto son su inclusión en los objetivos de desarrollo del milenio - ODM.<sup>16</sup> Donde se planteó específicamente el objetivo número 6 con su respectiva meta e indicador para evitar e despliegue masivo de esta enfermedad, este consiste en:

---

<sup>15</sup> INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INAS) Protocolo de vigilancia y control de mortalidad materna. . Artículo de internet : <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/MORTALIDAD%20MATERNA.pdf> , consultado: el 28 febrero 2013

<sup>16</sup> OPS, CEPAL, UNFPA. el derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio artículo de Internet [disponible en] <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/21541/lcg2331e.pdf> [consultado 9 diciembre 2012]

**Tabla 1 ODM**

<i>Objetivo</i>	<i>Meta</i>	<i>Indicadores</i>
<b>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</b>	<b>Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.</b>	<b>1. Hombres y mujeres de 15 a 49 años que viven con VIH/SIDA.</b> <b>2. Tasa de uso de anticonceptivos.</b> <b>3. Relación entre la asistencia a la escuela de niños huérfanos y la asistencia a la escuela de Niños no huérfanos de 10 a 14 años.</b>

Fuente: pagina web Objetivos desarrollo del milenio.

De igual forma la Organización mundial de la salud (OMS) brinda apoyo técnico y elabora normas y estándares basados en datos científicos que contribuirán a hacer realidad el objetivo del acceso universal de igual forma en el tema de salud pública propugna la aplicación de la prevención, tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH, Lo que significa la necesidad en trabajar de forma conjunta con otras naciones para elaborar y aplicar orientaciones que consigan bienestar para la población afectada por el VIH/SIDA.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS - PAHO)<sup>17</sup> “Si durante el embarazo no se da tratamiento con antirretrovíricos, el riesgo de una mujer de tener un hijo infectado por el VIH es de aproximadamente 25 a 35%”.

“Los niños que contraen el VIH pueden infectarse en la matriz, durante el parto o por la lactancia materna. Casi 80% de los niños que nacen infectados morirán

<sup>17</sup> PAT DIONNE, MAZÍN RAFAEL, ZACARÍA FERNANDO , La mujer y la infección por el VIH/SIDA estrategia de prevención y atención artículo de Internet [disponible en] <http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/MujeryVIH.pdf>

antes de los 5 años debido a desnutrición agravada por la infección por el VIH, diarrea e infecciones respiratorias”.

Al igual la organización encontró que existen diversos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de transmisiones, entre ellos se encuentra en primer lugar los factores maternos que consta de un mal estado nutricional de la madre, una mujer que ha sido infectada por el VIH en los últimos 2 a 3 meses tiene mayores probabilidades de transmitir el virus a su hijo; infección por el VIH en etapa avanzada o SIDA; poca cantidad de leucocitos (bajo recuento de linfocitos CD4+); carga vírica elevada; presencia de antigenemia por p. 24 (un componente del VIH detectado en la sangre); infección por ciertas ITS (herpes, sífilis, chancroide); falta de acceso a los medicamentos antirretrovíricos (Zidovudina o AZT).

En segundo lugar se encuentra los factores obstétricos que tienen injerencia en: parto prematuro (menos de 37 semanas); rotura prematura de las membranas; el riesgo aumenta extraordinariamente cuando las membranas han estado rotas por más de 4 horas; inflamación de las membranas placentarias; uso de instrumentos durante el trabajo de parto o el nacimiento. Y por último los factores post parto como lo son la lactancia materna; duración de la lactancia materna; afecciones de la mama; los pezones agrietados o sangrantes aumentan el riesgo de transmisión.

Los Derechos Humanos son también Derechos Sexuales y reproductivos y dentro de ella se encuentra consignado las directrices para el manejo de personas viviendo con VIH/SIDA, los días 25 y 26 de julio de 2002 se celebró la Tercera Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos siendo titulada como “El VIH/SIDA y los derechos humanos Directrices internacionales”.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup>ONUSIDA el VIH/SIDA y los derechos humanos Directrices internacionales [artículo de Internet] disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9291732338\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9291732338_spa.pdf) [consultado 10 diciembre 2012]

El compromiso por la atención integral de las personas infectados por el VIH/SIDA a nivel nacional está inmerso de forma implícita en la Constitución política ya que está directamente relacionado con el derecho a la salud y a la vida que el gobierno defiende, de igual forma se han creado diversas leyes, decretos y resoluciones que protegen de forma integral al paciente.

Como se mencionaba anteriormente en la Constitución política está especificado los derechos básicos de cada ciudadano en los artículos (11 – 13 – 15 - 16) que consta de el derecho a la vida, libertad, igualdad y dignidad. Siendo estos esenciales para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos a su vez. En los artículos (42 -43) se hace referencia a derechos socio- económicos y a la libertad que tiene cada persona de escoger el número de hijos que desea tener al igual que el derecho a la igualdad de género.

La Constitución también plantea derechos de la mujer (Decisión libre, personal y privada a procrear dentro o fuera del matrimonio. Se aplica el derecho a conformar una familia, a la libertad, a la intimidad y al libre desarrollo de la personalidad) y el deber que el Estado tiene con ellas (Proporcionar la información y los medios necesarios para que las mujeres puedan ejercer sus derechos y materializar la decisión reproductiva en condiciones seguras).

La salud de los Colombianos también está protegida por la Ley 100 de 1993, dentro de esta se han venido creando modificaciones para lograr mejorar el servicio , según el Acuerdo 117 de 1998 donde se expone que es necesario: “Establecer el obligatorio cumplimiento de las Actividades, Procedimientos e Intervenciones de Demanda Inducida y la Atención de Enfermedades de interés en Salud Pública incluidas en el POS”, en el 2000 por medio de la Resolución 412 se “Adopta las Normas técnicas de Protección específica y Detección temprana y Guías de Atención en SSR en el Plan Obligatorio de Salud - POS “. (Esta ley fue modificada por la ley 1438 de 2011).

Gracias a esta modificación se crearon tres ejes fundamentales que ayudan a la detección temprana de riesgos en la mujeres gestante y su hijo, el primer eje es el de protección específica (Atención del Parto, Planificación Familiar), el segundo eje es el de detección temprana de (Alteraciones del embarazo, Cáncer de cuello uterino) y por último se encuentra el eje de atención recuperación causando Complicaciones maternas: HTA y hemorragias ETS, VIH SIDA, Maltrato.

La Ley 972 del 2005 contempla la importancia de adoptar normas que mejoren la atención de población con VIH/SIDA. Normando que es: Obligatoriedad de las entidades del SGSSS, para brindar asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria toda la población Colombiana que posea VIH/SIDA.

El Decreto 1543 de 1997 Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

El decreto 559 de 1991 menciona la importancia del cuidado en el manejo de la información y en la confidencialidad del diagnóstico, resaltando la importancia de la realización de la asesoría pre y post especificando que es de carácter voluntario la realización de la prueba de VIH/SIDA.

Por medio de la Circular 0063 de 2007 se garantiza la cobertura de servicios de salud y obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/SIDA. Especifica que la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH/SIDA, son obligatorias y deben estar garantizadas en todos los casos por las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes EPS - EPS's, las Entidades Adaptadas, las entidades responsables de los Regímenes de Excepción y los Prestadores de Servicios de Salud. El incumplimiento será objeto de las investigaciones y sanciones que en desarrollo

de las facultades de inspección, vigilancia y control adelanten las autoridades competentes.

Al igual el gobierno planteo una alternativa más específica para la resolución de varios problemas de salud pública del país creando el plan nacional de salud pública por el ministerio de protección social el 10 de agosto de 2007 mediante el Decreto 3039 de 2007 donde dispone que:

El plan nacional de salud pública será de obligatorio cumplimiento por parte de la nación, entidades departamentales, distritales, municipales de la salud al igual que las entidades promotoras de salud tanto del régimen contributivo como subsidiado. Este plan se deberá renovar cada cuatro años según lo establecido en el Artículo 33 de la ley 1122 de 2007 en el que:

1. los principales objetivos, metas y estrategias de salud, tratados internacionales.
2. definir las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación de las entidades territoriales y de todos los sectores de Sistema General De Seguridad Social en salud SGSSS.

Sera de obligatorio cumplimiento la creación o formulación de un plan territorial que se ajuste a las necesidades de la población.

Los propósitos planteados para el plan se clasifican de la siguiente manera:

1. mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. disminuir las inequidades de salud de la población Colombiana.

Según el plan nacional de salud pública la situación de enfermedades transmisibles en el momento de la creación del mismo se encontraba que el

VIH/SIDA es una de las enfermedades de mayor impacto y por ende tema prioritario de salud pública dado a su alta carga de morbimortalidad.

“la tendencia de infección por VIH va en aumento con una prevalencia estimada de 0.1% en 1990 a 0.7% en 2005 en personas de 15 a 49 años”.<sup>19</sup>

Según el observatorio de Salud pública del departamento de Santander: “Predomina la transmisión sexual, siendo el mayor número en las parejas heterosexuales y a su vez mayor número de mujeres infectadas pasando de 8.2 a 26.7%. La razón de infección de VIH hombre/mujer paso de 9.4 en 1990 a 2.3 en 2005. Incrementado el riesgo de transmisión perinatal que se encuentra cerca al 3%.”<sup>20</sup>

Dado el diagnóstico anterior de la situación que presenta esta enfermedad se planteó que una de las prioridades en salud fuera la salud sexual y reproductiva, plasmado en el objetivo número 2 del plan llamado mejorar la salud sexual y reproductiva formulando metas, estrategias y dentro de ellas líneas de política en la cual pertenecen.

**Metas** Mantener por debajo del 1.2% la prevalencia de infecciones por VIH en población de 15 a 49 años, Lograr cobertura universal de terapia antirretroviral para VIH positivo.

**Estrategias** Está inmersa en la política 2 y 3 llamada “prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud”. Que consiste en: Desarrollar estrategias de identificación a la población vulnerable, Garantizar la habilitación específica, funcional para los servicios de atención del control prenatal, parto y puerperio e interrupción voluntaria del embarazo, Promover la utilización de métodos anticonceptivos, eliminar las barreras de acceso y realizar el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, Implementar el modelo de gestión

---

<sup>19</sup> Observatorio VIH/SIDA/MPS - ONUSIDA

<sup>20</sup> Ibid., p . 3

programática de VIH y la guía para el manejo sin barrera y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para el VIH en población general y gestantes, Suministro de tratamientos a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos para reducir la transmisión perinatal de VIH, Desarrollar mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones obstétricas y de las instituciones que realizan control prenatal, partos y puerperio para la atención de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA<sup>21</sup>.

Planteada la anterior política de salud pública que contempla dentro de ellas la importancia de la salud sexual y reproductiva de los Colombianos y al ver la necesidad apremiante de reducir de manera significativa las tasas de transmisión de forma vertical de VIH/SIDA, el ministerio de la protección social, la organización panamericana de la salud OPS, y la UNICEF crearon un protocolo o estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH que ya publica su cuarta edición que fue titulada “Llamado por mi bien y el de mi bebe”.

EL VIH es transmitido de madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia situación que puede ser prevenible si es diagnosticado a tiempo y si se recibe el tratamiento adecuado, esta estrategia es una de las acciones más eficaces de la respuesta Colombiana ante la epidemia de VIH/SIDA, es una intervención eficaz para la disminución de la incidencia de infecciones pediátricas y a su vez sirve para promover el fortalecimiento educativo en los cambios de conductas y actitudes sexuales.

En todo el manual se recalca la importancia de los controles prenatales y del manejo de actividades que promocionen y prevengan de forma adecuada una salud sexual sana que no perjudica la salud física de la madre y el bebe, para así lograr tener un embarazo, parto en óptimas condiciones. El control prenatal brinda

---

<sup>21</sup> Plan nacional de Salud pública, 2007 - 2010

la oportunidad de identificar factores de riesgo de la gestante y salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas.

La estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, por mi bien y el de mi bebe, crea unos procedimientos científicos básicos para lograr el objetivo propuesto. Esta estrategia se deberá realizar en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS de la siguiente forma:

1. pre prueba

- inducción a la demanda del control prenatal
- capacitación de la gestante
- control prenatal
- divulgación de la posibilidad de una prueba de VIH
- asesoría pre prueba
- diligenciamiento de consentimiento informado
- toma de muestra
- diligenciamiento de formato de remisión de muestra a laboratorio
- envió de muestra al laboratorio

2. post prueba reactiva para VIH

- realizar un segunda prueba de tamizaje (ELISA)
- confirmar con una prueba WESTERN BLOT
- diligenciamiento de formato de remisión de muestra a laboratorio
- envió de muestra al laboratorio.

3. post prueba negativa o no reactiva

- asesoría post prueba
- inducción a la demanda de control prenatal
- realizar una nueva toma según la exposición de factores de riesgo.

#### 4. post prueba positiva o indeterminada para VIH

- asesoría post prueba
- asesoría sobre atención integral y aseguramiento
- remisión para control prenatal de alto riesgo
- consulta especializada con Gineco-obstetra e infectólogo.
- Toma de muestra para carga viral y recuento de linfocitos.
- Recepción y suministro de medicamentos para tratamiento profiláctico antirretroviral ante parto, profilaxis intro parto a la gestante y tratamiento postparto.
- Programación de parto y atención ya se de forma vaginal o por cesárea.
- Asesoría de planificación familiar
- Diligenciamiento de formato de seguimiento a la gestante.

#### 5. seguimiento del recién nacido expuesto a VIH

- solicitud y suministro de profilaxis antirretroviral
- provisión y suministro de formula láctea desde el nacimiento hasta los seis meses de vida.
- Inicio de esquema de vacunación
- Ingreso a control de crecimiento y desarrollo.
- Toma de muestra para carga viral al primer mes y una segunda a los seis meses de vida.
- Seguimiento nutricional y estado de salud.

#### 6. seguimiento a la puérpera

- información sobre aseguramiento
- control del puerperio
- seguimiento trimestral con prueba no treponemica
- provisión de tratamiento antirretroviral

- asesoría de planificación familiar
- visita domiciliaria al binomio (madre-hijo).<sup>22</sup>

Como se mencionó anteriormente es de gran importancia captar a las mujeres gestantes en las primeras semanas de embarazo para logra develar los posibles riesgos que puedan afectar la salud de la madre o el hijo. Toda mujer embarazada debe tener anexo en sus historias clínicas el formato de aprobación o no aprobación a la prueba de VIH/SIDA por ende a todas se les debe brindar asesoría en los controles prenatales.

Hay casos especiales y son cuando las gestantes son captadas en el momento del parto, en estos casos se debe ofrecer una prueba rápida y asesoría general y postergar la asesoría completa para después del parto.

La información que debe recibir todas las gestantes son según la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, por mi bien y el de mí bebe<sup>23</sup> es:

- Evaluación personal de los beneficios de la prueba de tamizaje.
- Evaluación de los factores de vulnerabilidad y riesgo de infección.
- Riesgo de transmisión y como poder ser prevenida la infección.
- Importancia de obtener los resultados de la prueba y los procedimientos necesarios para hacerla.
- Significado de los resultados de la prueba (lenguaje entendible).
- Información concreta acerca de donde obtener mayor información o asesoría de prevención.
- Información sobre la historia natural del VIH.

---

<sup>22</sup> Caicedo Sidia, Idarraga Isabel, Pineda Paola, Osorio Adriana, estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, por mi bien y el de mi bebe. Pag 10

<sup>23</sup> Ibid. 11.

- Información general acerca de la existencia de terapias para la infección.
- Información que permita anticipar y mitigar los posibles efectos e impactos psicosociales.
- Información sobre derechos y deberes, acceso a servicios, confidencialidad y apoyo social.

Un tema importante son las pruebas de tamizaje y sus respectivos resultados, esta prueba muestra una sensibilidad del 99% al igual tiene una altísima especificidad para puede tener un margen de error menos elevado.

El procedimiento de laboratorio se inicia con una prueba de tamizaje para VIH en el caso de resultar negativo o no reactivo la gestante deberá recibir asesoría post prueba y continuar con el control prenatal y repetir en unos meses si considera que estuvo expuesta a riesgo; en el caso de que la prueba salga reactiva positiva se deberá repetir la prueba con una muestra nueva, si las dos salen positivas se realizara la prueba confirmatorio, si la segunda es no reactiva negativa se deberá repetir la prueba de tamizaje ELISA, si la tercera es reactiva se deberá confirmar con el WESTERN BLOT.

La prueba rápida es una prueba realizada inmediatamente, esto tiene objetivo de definir la conducta profiláctica y no definir un diagnóstico, se deberá realizar nuevas pruebas para confirmar.

La siguiente grafica nos muestra en forma de algoritmo los pasos de las pruebas de tamizaje o más conocida como ELISA de VIH.

**Figura 1. Esquema tamizaje ELISA**



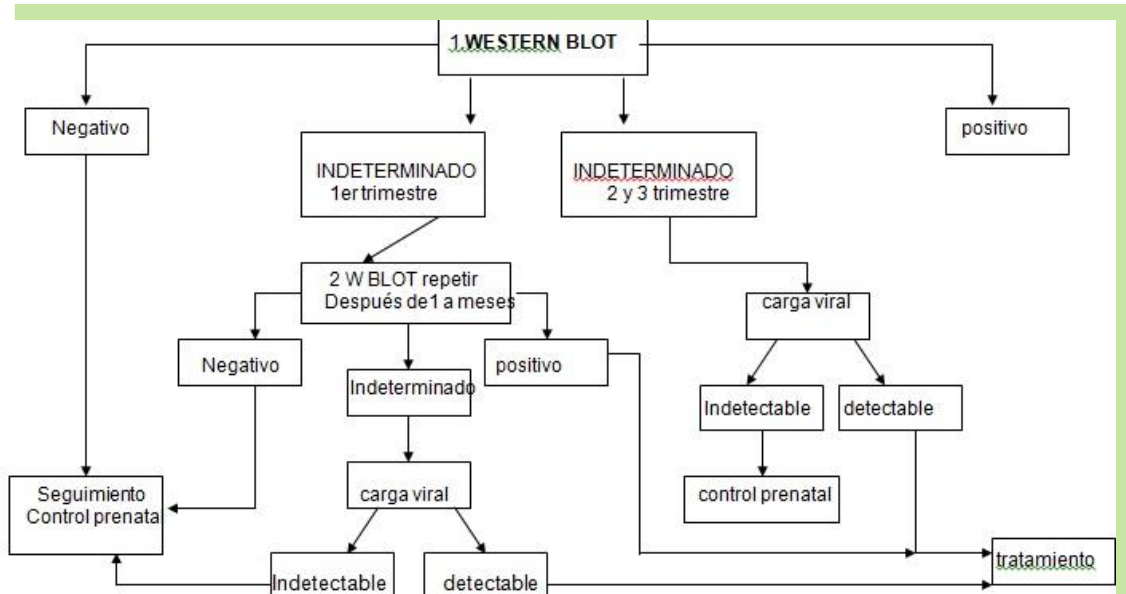
Fuente: estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, por mi bien y el de mi bebe

La prueba confirmatoria tiene gran credibilidad y los falsos negativos o positivos pueden deberse a factores muy específicos algunos pueden ser: Presencia de anticuerpos hemodializados, Fracaso renal crónico, Síndrome de Steven entre otros; La prueba confirmatoria más utilizada es la WESTERN BLOT que identifica los anticuerpos dirigidos contra cada una de las proteínas antigénicas del VIH 1 y 2.

En el caso de una gestante con prueba confirmatoria indeterminada en el primer trimestre se deberá realizar una segunda muestra después de tres meses, si sigue indeterminada es poco probable que tenga la infección.

A continuación se muestra la gráfica de las pruebas confirmatorias o más conocidas como las WESTERN BLOT.

**Figura 2. Esquema Tamizaje Western Blot**



Fuente: estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, por mi bien y el de mi bebe

Dentro del protocolo se especifica que la intervención médica, psicosocial y asistencial según el Decreto 1543 de 1997 y la Resolución 3442 de 2006 deberá ser un personal capacitado y adecuado quien realizara la asesoría pre y post prueba.

En el manejo del binomio madre-hijo el protocolo plantea un manejo específico de la gestante infectada por “VIH refiriéndose a la importancia del control de la infección para prevenir la progresión de la enfermedad de la madre y la transmisión vertical minimizando el riesgo de toxicidad en la madre y en el producto como riesgo de malformaciones, es por ello que se determina que “toda madre con diagnóstico de VIH se deberá realizar al inicio del primer trimestre una evaluación de carga viral y recuento de linfocitos, entre la semana 32 – 34 se realizara la segunda carga viral para conocer o evaluar la cantidad de virus en el momento del parto y ofrecer atención oportuna”.

Dentro de la estrategia se da una lista de antirretrovirales recomendados a mujeres en embarazos con sus posibles efectos adversos o colaterales, da recomendaciones en el manejo de parto ya sea por vía vaginal o cesárea con sus respectivos factores de riesgo.

De igual forma se explica cómo debe ser el manejo de un recién nacido expuesto al VIH dando recomendaciones como:

- Evitar contacto del niño con la sangre de la mama.
- Lavar con agua y jabón inmediatamente del nacimiento.
- Succión de las vías aéreas evitando traumatismos.
- Aplicación de la profilaxis con vitamina K.

Al recién nacido se le suministra la primera profilaxis antirretroviral entre las 8 y 12 horas de haber nacido antes de 48 horas de igual forma dentro del protocolo se especifica la cantidad de medicamentos y clase según el estado o situación de la madre.

Dentro de la estrategia se planteó casos especiales y como debería ser la atención para ellos, los casos denominados especiales son: mujeres con prueba rápida positiva en el trabajo de parto: el recién nacido recibirá una profilaxis antirretroviral e inicia la sustitución de la leche materna hasta tanto se aclare el diagnóstico materno.

Mujeres con prueba de Elisa reactiva en las últimas semanas de gestación a quien no se ha realizado prueba confirmatoria con Western Blot o está pendiente el resultado: se inicia la profilaxis con el recién nacido y se inicia la sustitución de la leche materna, si el diagnóstico es descartado se suspende la aplicación del protocolo de intervención.

Gestante detectada como indeterminada: el recién nacido recibirá profilaxis e inicia la sustitución de la leche materna y al igual que el anterior si es descartado se suspende el protocolo.

Para el seguimiento nutricional del recién nacido el Gobierno Nacional suscribió el “código internacional para la comercialización de sucedáneos de la leche materna”, Este código establece que el objetivo es contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiéndolos y promoviendo la lactancia natural y segura. Cuando estas sean necesarias, sobre la base de una información adecuada y mediante metas apropiadas de comercialización y distribución.

El Decreto 1397 de 1992<sup>24</sup> la cual promueve la lactancia materna, se constituye la legalidad de la comercialización y publicidad de los alimentos de formula láctea y complementaria de la leche materna, este define el alimento de formula como “aquellos productos de origen animal o vegetal que sean materia de cualquier procesamiento, transformación o adición para cumplir la función de la leche a niños menores de 2 años”.

El consejo nacional de seguridad social en salud a través del acuerdo número 336 de 2006 concluyen que “el Plan Obligatorio de Salud (POS) de régimen contributivo y subsidiado deberá suministrar a los lactantes de madres de VIH durante los 6 meses de vida”.

Uno de los objetivos planteados en esta estrategia es la de velar por la salud y la vida de los niños expuestos a la infección con el VIH durante la gestación, parto o lactancia.

---

<sup>24</sup> GAVIRIA Trujillo cesar, ROUX Rengifo Gustavo, decreto número 1397 de 1992, disponible en: <http://www.redlactea.org/decretos/Decreto%201397%20de%201992.pdf> consultado: [2 noviembre 2012]

El riesgo de transmisión a través de la lactancia materna es de 15 al 25%, dentro del protocolo se encuentra tablas e indicadores de las cantidades adecuadas para el tiempo de nacido del bebe, en relación al esquema de inmunización se deberá efectuar según unas medidas cuidadosas que el protocolo anexa explicando la forma en cómo se debe proceder.

La Organización Panamericana de la Salud OPS y el Instituto Nacional de Salud tiene como muchas otras organizaciones, la preocupación en las situación que se presenta de casos de VIH/SIDA, por lo cual diseñaron una estrategia que en su etapa inicial convocaron a 4 departamentos (Santander, Antioquia, Atlántico, Valle) y a Bogotá como distrito capital para que realizaran un estudio por medio de la metodología de Triangulación según en el tema que considerara prioritario por el comité del departamento, Santander propuso como prioridad estudiar el ¿porque las mujeres en estado de gestación están siendo diagnosticadas en el tercer trimestre, en el parto o el puerperio por el virus del VIH/SIDA? ¿Si la norma establece la oferta de la prueba en el primer trimestre? En proceso se llevó a cabo y dio como resultado gran información que en capítulos adelante se podrán evidenciar y profundizar mejor, lo que es necesario mencionar es que de los resultados de estos estudios se logró identificar a un grupo poblacional estratégico para la realización de la intervención ya propia en el campo (grupos poblacionales).

La población sujeto con la cual se efectuara esta intervención son las madres FAMI quienes están reglamentadas por el gobierno nacional en la Ley 32 de 2011 el cual establece los lineamientos para el ejercicio de sus labores en Colombia, que de igual forma la define en su artículo 2 como “Mujeres que prestan sus servicios al Estado cuidando niños y niñas que pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN, bajo la coordinación de una organización comunitaria. Su labor la

adelanta bajo la supervisión del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o de los entes territoriales. Por su actividad perciben una retribución económica”<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup>PROYECTO DE LEY 32 DE 2011 SENADO. [artículo de Internet disponible en]: [http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar\\_documento?p\\_tipo=05&p\\_numero=32&p\\_consec=29636](http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=32&p_consec=29636) [consultado 12 Diciembre 2012]

### **3. CARACTERIZACION DE LA INSTITUCION Y/O COMUNIDAD Y/O GRUPO POBLACIONAL**

Este capítulo se contextualizara el área o ámbito donde se desarrolló el accionar social por parte del estudiante en práctica, donde se presenta como está conformada la institución, cual es la importancia del Trabajo Social en ella y cuál es la población sujeto con quien se desarrolla la intervención o quienes serán partícipes del accionar que se pretende diseñar e implementar.

#### **3.1 LA INSTITUCIÓN EN EL CONTEXTO LOCAL**

**3.1.1 Trabajo Social en Salud.** La profesión de Trabajo Social se ha posicionado y/o desarrollado en espacios no tradicionales y en el uso de nuevas metodologías de intervención, el Trabajador Social está capacitado para realizar intervención en área organizacional, administrativa, comunitaria, educativa y en particular en el área de salud o protección social, ya que se ha visto la necesidad de integrar más los esfuerzos por desarrollar una atención de calidad a los usuarios de los mismos.

En el área de salud el profesional de Trabajo social puede desempeñar roles educativos, sensibilizadores, gestores o diseñadores de proyectos, estrategias de intervenciones e investigaciones, mediadores entre instituciones y pacientes y en su defecto de evaluadores u monitoreo del cumplimiento de los servicios (veedores) de carácter oficial o no oficial.

“Así mismo, una de las funciones de estos profesionales en el área es promover la gestión comunitaria y social para el desarrollo de la salud, por lo tanto, su

competencia va encaminada a promover e incentivar la promoción de la salud, educación para la salud y fomento de la participación social y comunitaria, teniendo en cuenta los derechos en el sistema de salud.”<sup>26</sup>

Según el manual de prácticas de Trabajos Social el estudiante tiene la oportunidad de desarrollar habilidades y destrezas frente a las situaciones que le plantee la realidad en este caso el que conocer nuevas metodologías de estudio como lo es la metodología de Triangulación, de trabajar dentro de un grupo interdisciplinario permitiendo la interacción con otras profesiones y de diseñar estrategias que permitan acciones sociales en los resultados de dichos estudios.

El proceso que se llevó a cabo fue ejecutado de forma interdisciplinaria e intersectorial con ayuda del sector de salud, como Epidemiología, Enfermería, Medicina, bacteriología, e incluso analistas estadísticos, siendo el objetivo principal de la estudiante en práctica el de evidenciar la importancia que tiene el profesión de Trabajo Social en estos campos.

Por medio del referente teórico en la cual se basa la intervención y según la intencionalidad que es fortalecer a las madres FAMI en el empoderamiento de los derechos en salud, que tienen todas las gestantes del país, el Trabajo social está llamado a formar parte de la movilización e incentivo de las poblaciones por medio de la participación activa y con una relación sujeto - sujeto entre las comunidades y las instituciones, donde se retroalimenten los conocimientos que ambas parte obtienen para de esta forma realizar un proceso sostenible.

**3.1.2 Ubicación Institucional.** El trabajo de intervención profesional se efectuara desde la secretaria de salud del departamento de Santander siendo está adscrita a su vez a la gobernación, entidad pública que se encuentra a cargo del

---

<sup>26</sup> PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL N° 20 (2006). Cali: CONETS, 2006. 233 p. ISSN 0121-2818.

Departamento de Santander, la cual tiene su división político - administrativa en 6 provincias: (Vélez, Comunera, Guanentina, García Rovira, Soto y De Mares).

Esta institución del Estado está conformada por secretarías que dan apoyo en las diferentes áreas de importancia para el departamento y sus respectivos municipios está conformada por : (la secretaría de gobierno, la secretaría general, secretaría de planeación, secretaría de desarrollo, secretaría de educación, secretaría de hacienda, secretaría de salud, secretaría de agricultura y desarrollo rural, secretaría de transporte e infraestructura).

### 3.1.2.1 Organigrama

Figura 3. Organigrama Secretaria Salud Santander



Esquema muestra tamizaje

**3.1.3 Secretaria de Salud:** La misión de la secretaria es “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”. Al igual a esta le corresponde desarrollar algunas funciones que son:

- Contribuir a la formulación y adopción de los planes y programas del sector salud en el departamento, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales.
- Desarrollar y administrar el Sistema de Información en Salud del Departamento.
- Elaborar programas y proyectos dirigidos al fomento de la salud, prevención de la enfermedad, el control de factores de riesgo y enfermedades.
- Responder por el cumplimiento de las políticas establecidas para el Sistema Departamental de Seguridad Social en Salud, acordes con las políticas departamentales y nacionales.
- Velar para que las Instituciones prestadoras de Servicios de salud (pública, privada o mixta) establezcan los mecanismos de atención al cliente y canalicen adecuadamente sus peticiones.
- Dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro del territorio, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia.

Para el cumplimiento de las funciones anteriores es necesario:

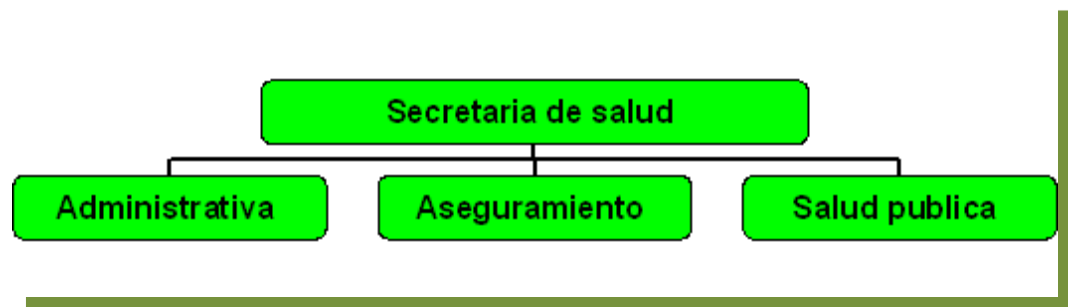
- Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social, en armonía con las disposiciones del orden nacional.
- Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud en su jurisdicción.
- Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con

destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

- Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de Seguridad Social en Salud<sup>27</sup>.

Dentro de la secretaria de salud se encuentra una división para el cumplimiento de las anteriores funciones estructurada de la siguiente manera:

**Figura 4 Organigrama interno Secretaria Salud Santander**



Organigrama Secretaria Salud Santander

Trabajo Social se encuentra ubicada en el área de salud pública en donde se encuentra la línea de promoción y prevención de la salud más conocida en el medio como (P y P) de esta se desprende el programa de Salud Sexual y Reproductiva que se encuentra a cargo de la también Trabajadora Social y referente de Salud Sexual y Reproductiva, el trabajo que allí orienta va direccionado a la implementación del programa de promoción de derechos y redes constructoras de paz en los municipios del departamento es por esta razón que su labor es mas de campo que administrativa, además del apoyo y

<sup>27</sup>SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. artículo de Internet [disponible en] : [http://www.santander.gov.co/santander/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27&itemid=32](http://www.santander.gov.co/santander/index.php?option=com_content&view=article&id=27&itemid=32) [consultado :20 septiembre 20011]

fortalecimiento de las redes sociales de apoyo y asistencia en actividades del área.

Dentro del programa de Salud Sexual y Reproductiva se encuentra el programa de VIH/SIDA donde se efectuó la práctica pre – profesional y se llevó a cabo el desarrollo de la metodología de Triangulación de donde surgieron los resultados bases para la realización de la intervención.

Dando cumplimiento al plan nacional de salud pública establecido mediante el Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007, en el objetivo número 2: “Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva” de la línea política 2 y 3 llamada “prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud”, la Secretaria de Salud de Santander implementa las acciones que en materia de Salud Sexual y reproductiva apuntan al cumplimiento de este objetivo; en este sentido la estudiante en práctica pre-profesional ubicada en esta área, se le asigna como tarea primordial el apoyo en el proceso de análisis de situaciones o estudios, en este caso prevalencia de infecciones de tipo perinatal en el municipio de Bucaramanga, con la preocupación de la existencia de un protocolo que tiene como objetivo la prevención del mismo, el Trabajador Social a diferencia del Epidemiólogo, Enfermera o médico que están fuertemente ligados a estos tipos de estudio, tiene la ventaja de observar más allá de resultados médicos y de proponer un análisis más holístico de estas situaciones que involucren factores externos que estén afectando el cumplimiento de los protocolos de salud establecidos.

### **3.2 LAS PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL**

La prevalencia de transmisiones de VIH/SIDA en el departamento de Santander se ha venido comportando como en el resto del país y a nivel mundial, esta ha ido en aumentado, cada año se encuentran casos nuevos y de igual forma ha disminuido la relación de transmisión entre mujeres y hombres, en el

departamento de Santander la relación entre hombre y mujer de 3 a 1 en algunos municipios del departamento como el caso de Barrancabermeja la relación esta de 1 a 1.

Otras cifras preocupantes es que la mayoría de transmisiones se están produciendo en las edades de 29 a 45 años siendo estas edades de producción y edades donde se considera que es mayor la fertilidad, estas cifras aumentan la posibilidad de que las mujeres en edades fértiles contraigan el virus y que por ende ocurran transmisiones perinatal o de madre a hijo.

Por lo anterior es que la Secretaria de Salud de Santander en convenio con la Universidad Industrial de Santander (Escuela de Trabajo Social) identificaron la necesidad de conocer a profundidad la situación de las mujeres en estado de gestación que no acceden o tienen continuidad, En los controles prenatales y que por ende no acceden a la prueba voluntaria de VIH/SIDA, con el objetivo a mediano plazo de diseñar una estrategias que evite la transmisión vertical madre hijo del VIH/SIDA.

Este proceso se realizó en dos fases, la cual la primera consistió en desarrollar la metodología de Triangulación donde se pretendía recoger información de diferentes fuentes y analizar la situación específica, de los resultados obtenidos por medio del proceso, se pudo identificar la población específica para la realización de una segunda fase ya dirigida a un trabajo de campo los cual las madres FAMI quienes son las que recurrentemente tiene acercamiento a las mujeres en gestación, con el objetivo de empoderarlas en relación a los derechos que se tiene en salud en especial a las atenciones y servicios que tiene como mujeres en estado de gestación, todo el trabajo relacionado con la importancia de reducir a su máxima expresión o en la erradicación de las infecciones de tipo vertical de VIH/SIDA (madre a hijo). De forma más específica se trabajara con 29 Madres FAMI que están distribuidas dentro del municipio de Bucaramanga de la

siguiente forma: 6 Café Madrid, 4 Kennedy, 4 Concordia, 10 Villa rosa, 2 ola baja, 3 viaducto.

**Figura 5. Ubicación Geográfica Madres FAMI**



## 4. CARACTERIZACION DE LA EXPERIENCIA

### 4.1. ANALISIS SITUACIONAL DEPARTAMENTO SANTANDER

En el departamento de Santander se conoció el primer caso de VIH en el año de 1986, desde ese momento las cifras de transmisiones han venido en aumento al punto que según el Observatorio departamental de Salud Pública reporto que:

En el año actual 2012 fueron registrados 319 casos nuevos dando la suma de 3769 casos reportados en el departamento, Bucaramanga concentra la mayor cantidad de casos con 2150 seguido por Barrancabermeja con 463, Floridablanca con 293, Girón con 139 y Piedecuesta con 133, siendo estos los municipios con mayor concentración de población por ser la capital del departamento y su área metropolitana, pero de igual forma municipios como San Gil con 46, Socorro con 26, Lebrija y Puerto Wilches con 24 casos y Rionegro y Barbosa con 21 aumenta la preocupación de los índices de casos.

La relación existente entre sexos son cada vez más pequeñas encontrándose que 228 casos fueron masculinos y 91 casos femeninos en el año 2012, aumentando de forma significativa el riesgo de transmisiones de tipo perinatal. La preocupación aumenta cuando las cifras de transmisiones es más elevada entre las edades de 20- 49 años siendo esta la etapa productiva económicamente y reproductivamente, El grupo con mayor transmisión son los heterosexuales con 2482 casos seguidos por los homosexuales con 458 y los bisexuales con 235 casos siendo el modo de transmisión más recurrente el sexual con un 2728 perinatal con 68 casos y sanguíneo con 29 casos<sup>28</sup>.

Con la anterior reseña de cómo se ha comportado la transmisión de VIH/SIDA en el departamento, se dio la necesidad de buscar metodologías alternas que nos

---

<sup>28</sup> Observatorio de Salud Pública de Santander. Año 2012.

permitiera profundizar en relación a temas específicos casa Santander en las transmisiones verticales de VIH/SIDA o más conocida como transmisiones de madre a hijo, de esta metodología se pretendía obtener unos resultados que permitiera elaborar una propuesta de intervención focalizada y específica para esta población según las necesidades, pero sobre todo brindar un diagnóstico inicial de la situación del departamento de Santander.

De este diagnóstico inicial se concluyó que todas las investigaciones apuntaban a dar un mismo resultado, problemas y fallas administrativas que impiden el ingreso de las mujeres en gestación a los programas de controles prenatales, y si logran el acceso problemas de desorganización y barreras administrativas hace que se pierda la adherencia a la misma y desertan siendo este el factor predominante en poder prevenir casos de morbilidad materna o transmisiones de enfermedades como la sífilis congénita o en el caso del estudio VIH/SIDA.

Las fuentes de información y estudio que se tomaron para la elaboración del proceso de Triangulación son investigaciones científicas con un aval importante en la confiabilidad de sus resultados.

## **4.2. JUSTIFICACIÓN**

Después de conocer la situación del departamento de Santander en relación a las posibles falencias que se estarían presentando en la calidad y continuidad de los controles prenatales es necesario diseñar estrategias de Edu - Comunicación (información - educación - comunicación) que contribuyan a la reducción de situaciones o barreras que esta está incidiendo directamente en la demora en la atención de controles prenatales y por ende el conocimiento temprano de infecciones de transmisiones perinatales de VIH/SIDA. Siendo afectación directa a la salud pública del departamento.

Como se mencionaba anteriormente la normatividad colombiana es extensa en relación al cuidado y protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres gestante y de igual forma al cuidado del ser humano que se está formando, existe una guía especialmente diseñada para las mujeres gestante donde se indica como debe ser la atención según el caso que se requiera en ella de igual forma existe un protocolo de atención a las madres gestantes con enfermedades infecciones y una estrategia para la reducción de este tipo de transiciones creada por el ministerio de la protección social titulada “Por mi bien y el de mi bebe”, en ella se encuentra consignados todos los pasos que se debe tener con una mujer gestante que padece de este tipo de enfermedad.

Con la anterior premisa la secretaria de salud de Santander y la Universidad Industrial de Santander encabeza la conformación de un comité interdisciplinario e intersectorial que debata la situación y con la ayuda de la metodología de Triangulación se puedan diligenciar cambios de carácter administrativos y de conducta tanto del personal médico como de la población en este caso las mujeres gestantes para que se erradique o disminuya significativamente estas cifras de transmisiones que en su defecto no debería existir debido a los tratamientos que se encuentran en disposición de la población.

Después de debatir cual era el plan estratégico a seguir se concluyó que la metodología de triangulación podría dar resultados específicos y así diseñar una propuesta de intervención más focalizada según el resultado obtenido. Después de obtener esta primera información también se evidencia que la población sujeto de intervención son las madres FAMI del municipio de Bucaramanga, quienes son el grupo poblacional más importante para capacitar y empoderar, ya que son ellas quien tienen mayor acercamiento a las madres gestantes quienes son las beneficiarias directas de estas capacitaciones a quien se les quiere llegar con el mensaje de la importancia de cuidar su salud y la salud del bebe que está en camino por medio de la realización de la prueba de VIH/SIDA.

Este proceso tuvo como división dos fases fundamentales que a continuación se conocerán de forma clara y explícita.

### **4.3. FASES DEL PROCESO DE INTERVENCION**

#### **PRIMERA FASE TRIANGULACIÓN**

Para la mejor comprensión del proceso que se llevó a cabo es necesario partir de exponer y describir la primera fase del proceso que fue la que dio las pautas para el proceso de la intervención profesional realizado por la estudiante en formación de Trabajo Social.

Así en la primera fase que corresponde al Estudio de Triangulación, se hizo necesario plantear objetivos que dirigieran el proceso según la intencionalidad de conocimiento que el grupo de estudio definió.

**4.3.1 Objetivo General Primera Fase.** Analizar la situación que altera el cumplimiento del protocolo de atención a mujeres gestante que tiene como fin la prevención de la transmisión perinatal de VIH/SIDA, mediante la revisión de investigaciones y datos realizados en anteriores oportunidades que busca ajustar las políticas públicas y programas en relación al tema.

#### **4.3.2 Objetivos Específicos Primera Fase**

- Revisar las investigaciones relacionadas con controles prenatales, mortalidad materna y pruebas de tamizaje para VIH/SIDA.
- Identificar cuáles son las barreras de acceso que se presentan por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las mujeres gestantes.

- Realizar una lectura analítica de las bases de datos que permitan identificar el trimestre de gestación en que fueron identificados los casos de VHI/SIDA.
- Proponer posibles soluciones al programa de control prenatal para que se reduzcan a su mínima expresión los casos de infección de madre a hijo.

**Tabla 2. Planeación Fase 1**

OBJETIVO	LINEA BASE	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
Revisar las investigaciones relacionadas con controles prenatales, mortalidad materna y pruebas de tamizaje para VIH/SIDA.	5 Investigaciones realizadas en el departamento en años anteriores.	Revisar el 100% de los estudios identificados	Revisión de investigaciones realizadas en anteriores oportunidades	Espacio físico para el desarrollo del proceso, computador.	Revisar las investigaciones relacionadas con controles prenatales, mortalidad materna y pruebas de tamizaje para VIH/SIDA.
Identificar cuáles son las barreras de acceso que se presentan por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las mujeres gestantes	5 Investigaciones cuanti-cualitativa realizadas en el departamento en años anteriores.	Revisar el 100% de los estudios he identificar las barreas de acceso .	Revisión de investigaciones realizadas en anteriores oportunidades	Espacio físico para el desarrollo del proceso, computador	Estudiante de trabajo social en prácticas y revisión y análisis de grupo interdisciplinario
Realizar una lectura analítica de las bases de datos que	Realizar una lectura analítica de las bases de datos	Realizar una lectura analítica de las bases de datos que permitan identificar	Realizar una lectura analítica de las bases de datos que permitan identificar el trimestre de	Realizar una lectura analítica de las bases de datos que	Realizar una lectura analítica de las bases de datos que

OBJETIVO	LINEA BASE	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
permitan identificar el trimestre de gestación en que fueron identificados los casos de VHI/SIDA	que permitan identificar el trimestre de gestación en que fueron identificados los casos de VHI/SIDA	el trimestre de gestación en que fueron identificados los casos de VHI/SIDA	gestación en que fueron identificados los casos de VHI/SIDA	permitan identificar el trimestre de gestación en que fueron identificados los casos de VHI/SIDA	permitan identificar el trimestre de gestación en que fueron identificados los casos de VHI/SIDA
Proponer posibles soluciones al programa de control prenatal para que se reduzcan a su mínima expresión los casos de infección de madre a hijo.	0	Proponer al menos una estrategia de intervención para la reducción del problema encontrado.	Resultados de la metodología de triangulación y formulación de propuesta Triangulación	Espacio físico para el desarrollo del proceso, compromiso y participación por las partes.	Estudiante de trabajo social en prácticas y revisión y análisis de grupo interdisciplinario

#### 4.4 PROCESO METODOLÓGICO PRIMERA FASE

Para la realización del proceso de intervención es necesario definir las pautas o momentos que tendrá la misma, con el fin de conocer que ruta metodológica se seguirá en el caso específico de este proceso.

La metodología que se llevara a cabo debe ser coherente con la intencionalidad que se tiene por parte de la institución, profesional y comunidad participante, la metodología que mejor sustenta este primer proceso es la metodología de Triangulación, esta fue tomada por la guía de recursos para la triangulación del VIH publicada en el año de 2009; lo que no fue extraído de allí tiene su respectiva fuente de información.

**4.4.1. Conceptualización de la Triangulación.** La Triangulación<sup>29</sup> busca fortalecer las interpretaciones y mejorar las decisiones fundamentadas en pruebas disponibles. La triangulación no infiere causalidad, mas ofrece una explicación o interpretación racional de los datos disponibles por personas diferentes y en situaciones diferentes, los hallazgos pueden emplearse para corroborar los datos recibidos de diferentes fuentes, reduciendo el efecto tanto del sesgo sistemático como del error de selección que puede presentarse en un solo estudio. El enfoque analítico conocido como “triangulación” integra fuentes múltiples de datos para mejorar la comprensión de un problema de salud pública y guiar la toma de decisiones programática con el fin de abordar dichos problemas.

---

<sup>29</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA DE LA SALUD 2009 Guía de recursos para la triangulación del VIH.

## ¿Qué es la triangulación?

Según la guía de recursos para la triangulación del VIH realizada por la Organización Mundial de la Salud y publicada en el año de 2009 esta es una estrategia que emplea diversos conjuntos de datos para desarrollar recomendaciones oportunas para la implementación de políticas y la mejora de los programas, para orientar la toma de decisiones.

Se podría definir en conclusión a la triangulación como la síntesis e integración de datos de fuentes múltiples a través de la recopilación, análisis, comparación e interpretación de los mismos. Al recolectar primero y luego comparar los conjuntos múltiples de datos, la triangulación ayuda a contrarrestar las amenazas a la validez de cada fuente de datos.

El autor Danilo Silvio<sup>30</sup> define la triangulación como “un procedimiento de control implementado para garantizar la confiabilidad en los resultados de cualquier investigación”.

**4.4.2. Metodología de la Triangulación.** La metodología de Triangulación es aquella guía que se sigue a fin realizar las acciones propias de una investigación o estudio, en la triangulación se siguen 12 pasos secuenciales, pero a la vez en un proceso continuo que permite regresar a pasos anteriores cuando se obtienen más información e interpretaciones, este consta de una planificación, implementación y comunicación, dentro de cada una hay ciertos pasos que son:

---

<sup>30</sup> SILVIO DONOLO DANILO, Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación.

## Pasos de la metodología de Triangulación:

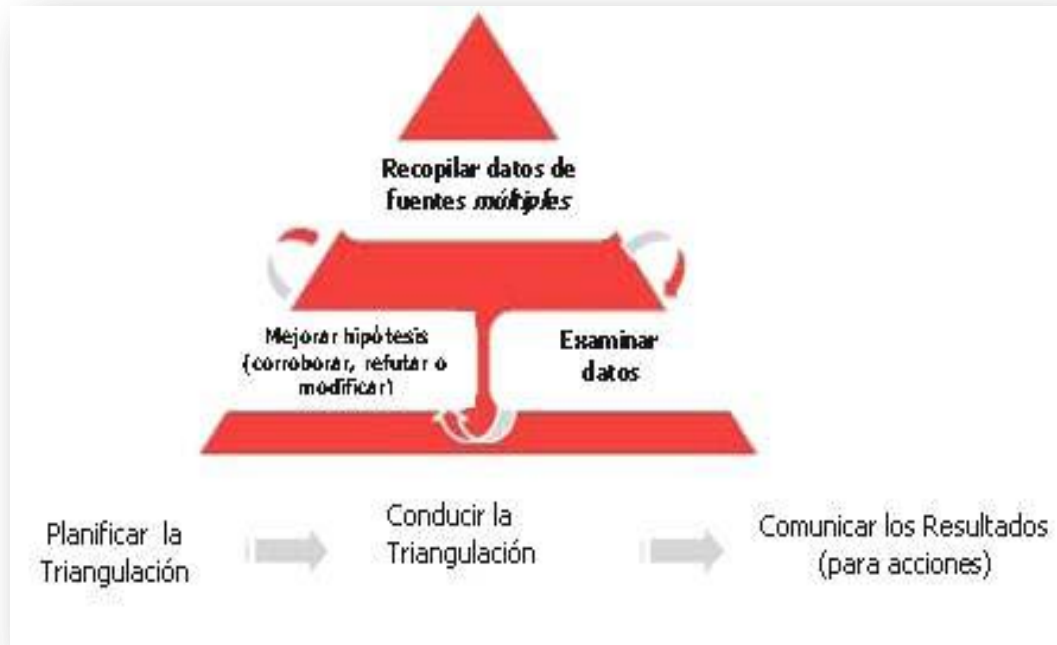
**Tabla 3 Pasos metodología Triangulación**

<p><b>Planificación</b></p>	<p>1. Lluvia de ideas para identificar las preguntas clave.</p> <p>2. Asegurarse que las preguntas sean importantes, “accionables”, factibles, que existan respuestas, y apropiadas para la triangulación.</p> <p>3. Identificar las fuentes de datos y recoger información básica y contextual</p> <p>4. Afinar las preguntas clave</p>
<p><b>Implementación</b></p>	<p>5. Conseguir y sistematizar los datos identificados</p> <p>6. Hacer observaciones</p> <p>7. Anotar tendencias y hipótesis</p> <p>8. Chequear las hipótesis (corroborar, rechazar, ajustar)</p> <p>9. Identificar datos adicionales (al ser necesario) y volver al paso 5</p> <p>10. Resumir los resultados y redactar las conclusiones</p>
<p><b>Comunicación</b></p>	<p>11. Comunicar resultados y recomendaciones</p> <p>12. Establecer los pasos siguientes en base a los resultados</p>

Guía de recursos para la triangulación del VIH.

## Diagrama de proceso de triangulación

Figura 6. Diagrama Proceso Triangulación



Fuente: Guía de recursos para la triangulación del VIH.

Después de observar esta grafica se identifica que el diseño metodológico de la triangulación está dividido en 3 partes fundamentales que son la 1) planificación de la triangulación, 2) conducir la triangulación y 3) comunicar los resultados, estos 3 momentos consta a su vez de los pasos que se explicaran a continuación:

**1. Generar preguntas mediante lluvia de ideas:** se identifican las preguntas de interés e importancia. En algunas situaciones, las preguntas ya pueden haberse decidido. Se recomienda que las preguntas de triangulación se decidan mediante un consenso de los grupos de interés clave.

**2. Identificar preguntas que sean importantes, factibles, susceptibles de ser respondidas y adecuadas para la triangulación:** en este paso es necesario conocer ciertos criterios que facilitan la selección de preguntas dentro de ellas se evalúa la importancia, factibilidad, disponibilidad de datos, adecuación, viabilidad. El proceso de selección de preguntas se divide en un proceso de tamizaje o filtro en dos etapas; En primer lugar, se centra en si la pregunta es importante y factible considerando las políticas de manera amplia y, en segundo lugar, en consideraciones logísticas.

**3. Identificar fuentes de datos y recoger información preliminar:** se emplea para identificar los datos que están disponibles y para determinar su relevancia para el área de interés seleccionada dentro de esta se puede escoger entre datos de tipo cualitativos, cuantitativos o informaciones estadísticas.

**4. Perfeccionar las preguntas de investigación:** El perfeccionamiento de las preguntas de investigación es el último paso en la determinación de las preguntas finales que abordará en su ejercicio sobre triangulación. En este paso, las preguntas restantes son organizadas en áreas de interés y, si es posible, combinadas de tal manera que se puede responder más de una pregunta al mismo tiempo. Las preguntas pueden ser perfeccionadas por los participantes de la reunión de grupos de interés durante la cual se desarrollaron inicialmente las preguntas, o por un grupo de trabajo encargado de llevar a cabo el análisis hasta su finalización.

**5. Recolección de datos/reportes:** La recopilación de datos y reportes es un proceso intenso, en términos de mano de obra, El éxito general del ejercicio de triangulación depende de la rigurosidad del trabajo realizado en la obtención, limpieza y ejecución de una síntesis preliminar de los datos.

**6. Realizar observaciones de cada conjunto de datos:** los datos importantes deberán ser extraídos de todas las fuentes de datos y, posteriormente, evaluados y clasificados de acuerdo al grado de confianza en cada fuente de datos. El nivel de confianza de una fuente de datos es una evaluación de la fiabilidad de los datos en base a criterios tales como el método de muestreo (probabilístico contra no probabilístico), el tamaño muestral (grande contra pequeño), el sesgo (de confusión o selección), y otros temas sobre la calidad de los datos (por ejemplo, completitud, fiabilidad, reproducibilidad, gestión de datos).

**7. Señalar las tendencias de todos los conjuntos de datos y formular hipótesis:** El siguiente paso en el análisis de datos es la comparación de diferentes conjuntos de datos puestos unos con otros. Los conjuntos de datos pueden medir los mismos indicadores o emplear diferentes indicadores. Y empezar a realizar un imaginario de hipótesis.

**8. Revisar hipótesis:** es crucial para el perfeccionamiento y fortalecimiento de su interpretación. En triangulación, se busca la hipótesis o explicación que coincida con la mayor parte de los datos y que tenga validez evidente. Si las pruebas recopiladas refutan la hipótesis, ésta deberá ser rechazada. Las hipótesis son asumidas como verdaderas hasta que se pruebe lo contrario. Se puede sacar conclusiones mediante la comparación de las hipótesis con los datos.

**9. identificar datos adicionales y regresar al Paso 5:** la triangulación es un proceso continuo, a través del cual, los analistas deberán revisar continuamente los datos existentes e identificar vacíos. Si es necesario, se deberá obtener otros datos disponibles o se deberá llevar a cabo un nuevo análisis sobre los datos existentes. Los datos adicionales ayudan a evaluar las hipótesis y a verificar la validez de las observaciones ya realizadas. Asimismo, los datos adicionales pueden ayudar a descartar factores de confusión. la triangulación trata de construir evidencia sólida que respalde las hipótesis, prestando especial atención

a las tendencias, y teniendo en cuenta tanto los hallazgos de respaldo como los de refutación. El análisis de datos de triangulación es un proceso continuo realizado colectivamente por el grupo de trabajo.

**10. hacer un resumen de los hallazgos y sacar conclusiones:** los analistas deben decidir qué hipótesis están respaldadas por el máximo número de fuentes de datos (y las más sólidas), y qué hipótesis están respaldadas por los datos cuantitativos y cualitativos. Los analistas deberán comenzar este paso llevando a cabo una revisión preliminar de los hallazgos, midiendo el nivel de confianza de cada tendencia y/o hipótesis.

**11. Comunicar los resultados y las recomendaciones:** El proceso y los hallazgos deberán ser mostrados a los responsables de formular políticas, los responsables de tomar decisiones en los programas y otras personas que participaron en el ejercicio de triangulación. Es necesario que se explique el proceso de triangulación a aquellas personas que no estén familiarizadas con éste.

**4.4.3. Uso y Finalidad de la Triangulación.** El sector donde más utilidad se ha dado al proceso de triangulación es el sector salud donde este cumple el papel de monitor y evaluador, este monitoreo y evaluación (M y E) son dos conceptos de suma importancia en el proceso de triangulación ya que el primero se puede definir como el seguimiento y reporte rutinario de información primordial sobre un programa, y de los productos y resultados que pretende alcanzar y el segundo como una recolección rigurosa y científica de información sobre las actividades, características y resultados de los programas, que determinan su mérito o utilidad. En otras palabras lo que busca es brindar los datos necesarios para guiar la planificación, coordinación e implementación de la respuesta al VIH; evaluar la efectividad de la misma; e identificar áreas de mejoramiento de los programas.

Lo anterior mencionado aclara en objetivo general del proceso de triangulación y sus metas a cumplir dentro del sector salud y más específicamente dentro de salud pública, facilitando la formulación de políticas y la planificación de programas, Que mejoren la calidad de los servicios y sobre todo que garantice el derecho a la vida e integridad de la población en general identificando los factores que ejercen dominio en la no captación o aceptación de los programas en la población. Lo que se desea es conocer cuáles son las barreras de acceso o dificultades metodológicas o quizás técnicas que influyen en la situación. La triangulación es una oportunidad para desarrollar capacidades de análisis de realidades por medio de estudios cualitativos o cuantitativos o estadísticos.

**4.4.4 Diseño de Instrumento para la Recolección de Información Preliminar del Proceso de Triangulación.** Para la elaboración de dicho proceso la estudiante de Trabajo Social en prácticas elaboro dos tipos de fichas que tiene como objetivo facilitar el análisis y contenido de dichas investigaciones, de igual forma analizar las bases de datos del programa de salud sexual y reproductiva en el momento de las reuniones periódicas con el grupo interdisciplinario de Triangulación y dentro de ella elaborar las correcciones del proceso.

La primera ficha que consta de analizar investigaciones hechas en ocasiones anteriores tiene como variables la descripción de la misma con sus Objetivo general, Objetivos específicos, Materiales y métodos, Técnicas de recolección, Variables, Resultados, Beneficios, Estrategia, Características de la población, Características del control prenatal.

La segunda ficha que tiene como fin ayudar a la extracción de información de la base de datos de la secretaria de salud de Santander para un análisis posterior, consta con cuatro variables generales de cada una de ellas se desprende variables específicas que facilitaran la comprensión, estas variables están

divididas en datos generales, datos de formación, datos en formación de salud y datos socioeconómicos. (Ver anexo A)

Para la tabulación de anterior información se creó una pequeña base de datos en el programa Microsoft Excel, que permite la comprensión del contenido.

**Figura 7 Tabulación Base Datos SSS**

	A	B	C	D	E	F	G	H
1								
2		preguntas	1. nombre (inicial)	2. Edad	edad de diagn	fecha de Diagn	nivel educat	ocupación
3		numero de casos						
4	2006	2	R. P. D. P	18	18	18-ago-06	si	otros
5			Y. R	31	21	22-sep-06	si	otros
6								
7	2007	6	E. M. D. M	23	23	01-dic-07	si	otros
8			E. T. R	34	34	11-dic-07	si	otros
9			M. A	26	26	05-nov-07	si	otros
10								
11	2008	5	E. P. B	36	36	19-may-08	si	otros
12			N. M	19	19	23-mar-08	si	otros
13			B. M. C	25	25	14-oct-08	si	otros
14			Y. A. O. T	21	21	08-feb-08	si	otros
15								
16	2009	10	C. L. B	29	29	24-jun-09	si	otros
17			C. B. P	31	31	03-sep-09	si	otros
18			L. E. G. F	25	25	05-ago-09	si	otros
19								

Para la realización del proceso se planeó un cronograma de actividades, con el fin de lograr los objetivos planteados, este proceso se llevó a cabo desde la tercera semana del mes septiembre del año 2011 hasta la tercera semana del mes de febrero del año 2012, dando cumplimiento a lo establecido por la Universidad

Industrial de Santander en lo que concierne con el tiempo de prácticas pre – profesionales.

#### **4.5 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN**

En el momento que la estudiante en práctica llegó a la institución, le fue asignado el estudio de triangulación, el cual ya se encontraba en curso, debiendo continuar con la fase de recolección y análisis de información.

Para ello se identificaron estudios o investigaciones realizadas en años anteriores que podrían posibilitar análisis, estas investigaciones fueron:

- Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia (Laura Andrea Rodríguez Villamizar, Myriam Ruiz-Rodríguez y María Leonor Jaime García. (Ver anexo B investigación 1)
- Investigación realizada por la universidad industrial de Santander en el año 1999 (características del programa de control prenatal en instituciones de salud pública en Bucaramanga). (Ver anexo C investigación 2)
- Comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia: análisis de decisiones. Marcela Gómez (Ver anexo D investigación 3)
- Análisis globales de la mortalidad materna en Bucaramanga 2003-2009 (versión resumida y preliminar) investigadores: Myriam Ruiz Rodríguez; Laura Andrea Rodríguez, Estudiantes de 9º. Y 10º semestre de Medicina UIS. (Ver anexo E investigación 4)
- Atención prenatal en Bucaramanga: una mirada desde los actores comunitarios Myriam Ruiz Rodríguez Docente Escuela de Medicina Departamento de Salud Pública Bucaramanga, mayo 2010. (Ver anexo F investigación 5)
- Base de datos de Secretaria Departamental de Salud de Santander.

Después de analizar información de forma individual y de forma conjunta en compañía del comité encargado de la supervisión y coordinación de la metodología de triangulación, surgieron los resultados los cuales fueron clasificados según cada una de las bases o fuentes de información, se encuentran plasmadas en las siguientes tablas.

**Tabla 4 Resultados Triangulación**

Estudios	Resultados
<p>1. Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia (Laura Andrea Rodríguez Villamizar, Myriam Ruiz-Rodríguez y María Leonor Jaime García)</p>	<p>Desconocimiento de la importancia de la regularidad de los controles prenatales            ingresos económicos problemas de aceptación y continuidad del proceso,            creencias personales y/o culturales,            cuidado de la salud sexual y reproductiva,            Barreras de tipo administrativas, falta de oportunidad a ingresar a los servicios de salud, barreras en remisiones de alta complejidad y de calidad de atención, adecuadas consejerías familiares</p>
<p>2. Investigación realizada por la universidad industrial de Santander en el año 1999 (características del programa de control prenatal en instituciones de salud pública en Bucaramanga)</p>	<p>Fallas de oportunidad en el programa,            Mala organización interna,            Déficit en la toma de exámenes iniciales,            Desestiman los riesgos de tipo psicosocial y socioeconómicos,            Demoras en las entrega de los fichas para citas,            Costos de los servicios y demoras en la atención,            Actitud positiva de la gestante,</p>
<p>3. Comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia: análisis de decisiones. Marcela Gómez</p>	<p>Es más viable económicamente y da mejor resultado la estrategia universal de prueba de VIH/SIDA, Pero Colombia no está preparado para la implementación de una estrategia de este tamaño ni de tipo institucional ni cultural.</p>
<p>4. Análisis globales de la mortalidad materna en Bucaramanga 2003-2009 (versión resumida y preliminar) investigadores: Myriam Ruiz Rodríguez; Laura Andrea Rodríguez, Estudiantes de 9º. Y 10º semestre de Medicina UIS</p>	<p>Fallas en los servicios de educación y consejería en planificación familiar,            No hay continuidad en los procesos de aceptabilidad y confianza por continuo cambio de personal,            Fallas administrativas</p>
<p>5. Atención prenatal en Bucaramanga: una mirada desde los actores comunitarios MYRIAM RUIZ RODRÍGUEZ Docente Escuela de Medicina Departamento de Salud Pública Bucaramanga, mayo 2010. Indagar, desde las perspectivas de las madres FAMI del ICBF, la presencia o no de barreras para la atención del embarazo, parto y puerperio en las madres</p>	<p>No vinculación al sistema de seguridad social en salud,            Excesivos tramites y papeleos para acceder a los servicios            No hay adecuada zonificación de los centros de salud o EPS,            Calidad de atención            problemas de tipo social</p>

Estudios	Resultados
<p>usuarias FAMI de Bucaramanga con el fin de identificar puntos críticos de mejora para la política de atención materna en Bucaramanga</p>	
<p>6.Base de datos de la secretaria departamental de salud de Santander</p>	<p>Arrojó información de gran ayuda al estudio pero de igual forma se encontraron grandes falencias en datos como formación educativa, datos socioeconómicos y psicosociales.</p>

Otra fuente de análisis que la metodología de triangulación permite estudiar fue la que se tomó de la base de datos de la secretaria departamental de salud de Santander arrojando como resultado la siguiente información:

En el 2006 se encontraron dos casos cuyas edades correspondía a 18 y 31 años y cuya fecha de diagnóstico correspondía a 18 y 21 años evidenciando que una de ellas tiene diagnóstico 10 años atrás, todas recibieron asesoría pre y post prueba fueron tamizadas a las 16 y 19 semanas de embarazos (trimestre 2), se encontraba una de ellas en etapa VIH y la otra en etapa SIDA, a quien su hijo nació infectado, una de ellas es del régimen vinculado y la segunda subsidiado afiliada en el momento de la recolección de datos a ASMESALUD.

En el 2007 se encontraron seis casos tres de ellos se trasladaron a otros departamentos como Cundinamarca, Bolívar y Antioquia. Por consiguiente en análisis de realización de los tres casos pertenecientes al departamento, las edades correspondían a 23, 34, 26 años todas fueron diagnosticadas en el momento, todas recibieron asesoría pre y post prueba, dos de ellas se diagnosticaron o tamizaron en la semana 21 y 23 correspondiente al (segundo trimestre de embarazo) una de ellas no se encontraron datos consignados; dos de ellas se encontraban en etapa VIH de la cual un bebé nació infectado y una en etapa SIDA, todas son del régimen subsidiado pertenecientes a EPS como SOLSALUD, CAPRECOM Y SALUDVIDA.

En el 2008 se encontraron cinco casos de los cuales hubo un traslado a la ciudad de Barranquilla por lo que el análisis corresponde a los cuatro restantes, las edades correspondientes fueron de 36, 19, 25, 21 diagnosticadas todas en el momento, todas recibieron asesoría pre y post prueba se encontraron en la semana 14 (segundo trimestre), semana 9 (primer trimestre) y dos en la semana 32 correspondiente al (tercer trimestre), todas se encontraban en etapa VIH, dos estaban vinculadas al régimen subsidiado pertenecientes a EPS como

SOLSALUD y las dos restantes pertenecían régimen contributivo con EPS como SANITAS Y SOLSALUD

En el 2009 se encontraron 9 casos de los cuales hubo un traslado a la ciudad de Bogotá por lo que al igual que en los casos anteriores este no pertenece a la jurisdicción de Santander, las edades de este año correspondían a 29, 31, 25, 38, 32, 29, 22, 16 todas diagnosticadas en el momento, todas recibieron asesoría pre y post prueba, fueron tamizadas tres en la semanas 10, 11, 12 correspondiente a la primer trimestre, una en la semana 14 (segundo trimestre) quien tubo parto gemelar y murió una de las criaturas por prematuras extrema nada concerniente a la enfermedad, y las últimas cuatro fueron diagnosticadas en las semanas 30, 32 y 34 correspondiente al tercer trimestre de gestación siete de ellas se encontraban en etapa VIH y una de ellas en etapa SIDA, dos pertenecen al régimen contributivo cuyas EPS corresponden a SALUD TOTAL, SALUDCOOP las demás pertenecen al régimen contributivo cuyas EPS son CAPRECOM, SOLSALUD, COOSALUD, COMFENALCO.

En el 2010 se encontraron 10 casos todos pertenecientes al departamento cuyas edades corresponden a 21, 27,37,24,26,35,24,28,23,33 de las cuales una de ellas tenía un diagnostico anterior de un año siendo la edad de diagnosticada a los 32 años, todas recibieron asesoría pre y post prueba, una de ellas no se encontraron datos de la semana de gestación, las demás se encontraron que dos de ellas fueron tamizadas en la 26 y 39 correspondiente al tercer trimestre de gestación las otras siete fueron tamizadas en la semanas 13, 14, 15, 16, 17 correspondiente a la segundo trimestre, todas se encontraban en etapa VIH, seis de ellas pertenecen al régimen contributivo cuyas EPS son COLPATRIA, FAMISALUD, SALUDCOOP, SALUD TOTAL, SOLSALUD Y COOMEVA, las demás pertenecen al régimen subsidiado y sus EPS son SOLSALUD, CAPRECOM, COOSALUD, COMFENALCO.

En el 2011 hasta el día 18 de noviembre de dicho año cuatro mujeres fueron anexadas a la base de datos todas pertenecientes al departamento cuyas edades son 25, 26, 22, 26 todas diagnosticadas en el momento, todas recibieron asesorías pre y pos prueba, dos fueron tamizadas en la semana 16 y 19 correspondiente al segundo trimestre de gestación y las dos restantes en las semanas 30 y 31 (tercer trimestre), todas en etapa VIH, dos de ellas pertenecen al régimen contributivo cuyas EPS son FAMISALUD y NUEVA EPS las otras dos mujeres una de ellas pertenece al subsidiado cuya EPS es COMFENALCO y la restante pertenece al régimen de excepción (policía nacional).

Es importante mencionar que en la base los datos relacionados con nivel de escolaridad, ocupación u oficio son inexistentes o poco significativas ya que la categoría está conformada por (si - otros) y en algunas ocasiones para el lugar de residencia no hay datos.

Tabla de edades por año

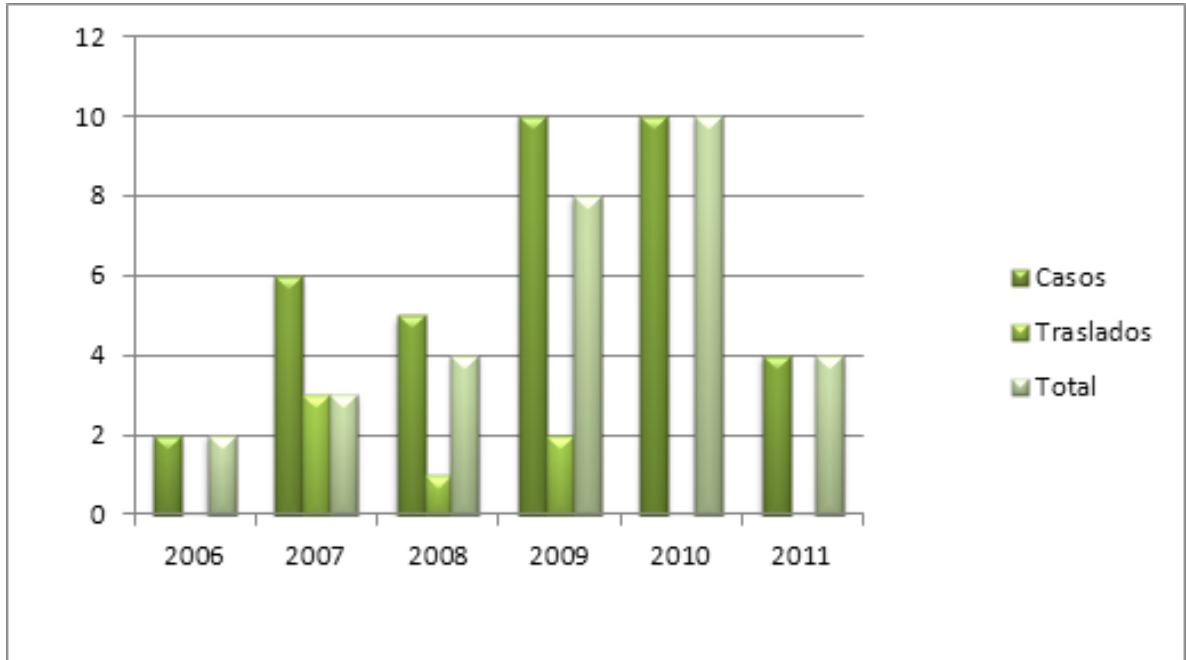
**Tabla 5 Relación edad - año**

2006	2007	2008	2009	2010	2011
2	6	5	10	10	4

Fuente: Autor

Grafico por edades y año

**Figura 8. Relación Edad - Año**



Fuente: autor 2012 Base de datos SSS

**Tabla 6 síntesis Base Datos SSS**

AÑO	PERIODO					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (Nov.18)
Número de casos	2	3	4	8	10	4
Edad	19-31	23 - 34	19-- 36	16 - 38	21- 37	22- 26
Fecha diagnóstico	18-21	Momento	Momento	Momento	9 Momento - 1 año anterior	Momento
Asesoría Pre y pos	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Semana de gestación	16-19	23 – 26 – sin dato	9 – 32	10– 34	13– 39	16– 31
Etapas Enfermedad	VIH-SIDA	2 VIH (1 hijo infectado) – 1 SIDA	VIH	7 VIH 1 SIDA	VIH	VIH
Régimen Salud	1Vinculada 1Subsidiada	Subsidiado	2 Subsidiado 2 Contributivo	6 Subsidiado 2 Contributivo	3 Subsidiado 6 Contributivo	4 Subsidiado 2 Contributivo 1 Excepción

## Tabla según trimestre de gestación

Tabla 7 Captación - Trimestre de gestación

Año	trimestre			sin dato
	1	2	3	
2006		2		
2007		2		1
2008	1	1	2	
2009	3	1	4	
2010		7	2	1
2011		2	2	
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>2</b>

De estos resultados surge una serie de recomendaciones que justifican la propuesta de intervención que se dejó después de terminada la primera práctica pre - profesional por parte del estudiante. Estas propuestas consistían en:

- Formalizar el comité mediante acto administrativo y conforme a las normas vigentes, gestionar el apoyo financiero para su funcionamiento.
- Promover la realización de estudios e investigaciones en coordinación con las universidades de la región, en temas concernientes a Salud Sexual y Reproductiva, haciendo énfasis en los temas de VIH/SIDA y sus formas de transmisión, y el fortalecimiento de estudios de carácter cualitativo donde se visibilizaron algunos temas de gran importancia a estudiar
- Es necesario y pertinente, insistir en la credibilidad de las bases de datos, ya que no se está contando con personal capacitado en el manejo de estas, lo que ha generado pérdida de información de gran valor.
- Incluir y resaltar, la importancia de anexar a las historias clínicas, la información psicosocial y socioeconómica, que son de gran ayuda para prevenir factores de riesgo asociados a estas áreas.

- Trabajar de forma articulada con redes de apoyo y de forma intersectorial e interdisciplinaria, para que de esa forma se brinde una mejor atención a las personas.
- Revisar las acciones comunicativas, que se están empleado para la realización de la asesoría pre y post-prueba.
- Incentivar las capacitaciones al personal de salud desde las universidades si es preciso, para que logren tener una mejor empatía con los pacientes, que están expuestos a enfermedades de tan alta complejidad.
- Afianzar las auditorias y/o controles en los centros de salud, y velar por el cumplimiento de los protocolos por parte de las instituciones y la misma comunidad empoderándolas en sus derechos.
- Revisar en la atención, cuales son los modelos que mejor se adaptan a la realidad de las pacientes, ayudados de los estudios psicosociales y socioeconómico.
- Mejorar la calidad de atención y cobertura durante el control prenatal.
- Integralidad en los servicios.
- Mejor disposición en los trabajos del comité y fácil acceso a las fuentes de información o bases de datos.
- Importancia de trabajar con grupos poblacionales estratégicos para acceder a la población sujeto de intervención.

La fase dos fue realizada gracias a la solicitud hecha por la Secretaria de Salud del departamento de Santander, en permitir la continuidad del proceso de la estudiante, la cual fue aceptada con beneplácito por parte de la Escuela de Trabajo Social, esta fase fue direccionada a la intervención en campo y corroboración de los resultados dados por la primera fase en la utilización de la metodología de Triangulación.

## **FASE 2**

Después de debatir cual era la población sujeto de intervención, según los resultados obtenidos de la primera fase, se decidió que el grupo poblacional más

importante para capacitar y empoderar son las madres FAMI del municipio de Bucaramanga ya que son ellas quien tienen mayor acercamiento a las madres gestantes quien en últimas son las beneficiarias directas de estas capacitaciones a quien se les quiere llegar con la información de la importancia de cuidar su salud y la de su hijo, por medio de la realización de la prueba de VIH/SIDA, Estas mujeres están ubicadas geográficamente en el municipio de Bucaramanga de la siguiente manera.

**Figura 9. Ubicación Geográfica madres FAMI**



#### **4.6. OBJETIVOS FASE 2**

Fortalecer los Derechos en Salud de las mujeres gestante en el reconocimiento de las rutas de atención en Salud a través de un proceso educativo, con un grupo de madres FAMI del municipio de Bucaramanga.

#### **4.6.1. Objetivos Específicos fase 2**

1. Examinar las percepciones y conceptos de las madres FAMI en los conocimientos de VIH/SIDA y transmisiones de tipo vertical (Madre - Hijo), para de forma conjunta corregir si es necesario.
2. Evaluar de forma participativa con las madres FAMI las rutas de acceso a los servicios de Salud de la mujer gestante.
3. Exponer los resultados obtenidos con los demás actores (Secretaria Salud Santander – Mecanismo Coordinador Departamental de VIH/SIDA – EPS – IPS) interesados y encargados de la atención de las mujeres en gestación del departamento de Santander

**Tabla 8 Planeación Fase 2**

OBJETIVO	LINEA BASE	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
Examinar las percepciones y conceptos de las madre FAMI en los conocimientos de VIH/SIDA y transmisiones de tipo vertical (madre - hijo), para de forma conjunta corregir si es necesario.	0	Identificar en un 100% las percepciones que se tiene de conceptos básicos en salud sexual y reproductiva	Reunión utilizando la técnica de talleres educativos reflexivos sobre: Derechos sexuales y reproductivos DSR, planificación familiar, uso adecuado del condón, normatividad, Creación de compromisos de la rutas de atención a la gestante *Organización logística de la reunión, *Socialización de los resultados evidenciados. *Compromisos a efectuar.	Auditorio , Papelería, Utensilios electrónicos,	Erika Paola Ardila López
Evaluar de forma participativa con las madres FAMI las rutas de acceso a los servicios de Salud de la mujer gestante.	Rutas de atención diseñadas por las aseguradoras.	Revisar en un 100% las rutas de atención en salud a la mujer gestante. Proponer al menos una estrategia de intervención.	Evaluación por medio de talleres lúdicos la ruta de atención a la mujer gestante.	Materiales como Auditorio , Papelería, Utensilios electrónicos	Erika Paola Ardila López

OBJETIVO	LINEA BASE	META	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE
Exponer los resultados obtenidos. Y proponer estrategias de intervención	Mecanismo Coordinador Departamental de Santander.	Proponer estrategias de intervención para la continuidad de procesos.	Exposición grafica de los resultados obtenidos en el proceso de intervención	Auditorio – equipos de cómputo.	Erika Paola Ardila López

## 4.7 PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN FASE 2

Para la realización del proceso de intervención es necesario definir las pautas o momentos que tendrá la misma con el fin de conocer que ruta metodológica se seguirá en el caso específico de este proceso.

La metodología que se llevara a cabo debe ser coherente con la intencionalidad que se tiene por parte de la institución, profesional y comunidad participante, la metodología que mejor sustenta este proceso es la metodología de educación popular la cual consiste en un “proceso continuo y sistemático que implica momentos de reflexión y estudio sobre la práctica del grupo o de la organización; es la confrontación de la práctica sistematizada con elementos de interpretación e información que permitan llevar dicha práctica consciente, a nuevos niveles de comprensión”<sup>31</sup>.

La Educación Popular tiene sus bases en la metodología dialéctica la cual tiene múltiples concepciones según autores que han escrito sobre ello, uno de los autores son Gramsci la cual la define como “La Concepción Metodológica Dialéctica, es una manera de concebir la realidad, de aproximarse a ella para conocerla y de actuar sobre ella para transformarla. Es, por ello, una manera integral de pensar y de vivir: una filosofía”<sup>32</sup> y que se sustente en su visión de que educar y organizar son dos dimensiones de una misma estrategia, que pretende que las clases populares se apropien colectivamente de su realidad, para que orienten su acción organizada en función de sus propios intereses.

---

<sup>31</sup> NUÑES CARLOS. EDUCACION POPULAR Y CONCEPCIÓN METODOLOGICA DIALECTICA; [disponible en] <http://www.isd.org.sv/publicaciones/documents/EDUCACIONPOPULAR.pdf> [consultado :20 febrero 2013]

<sup>32</sup> JARA HOLLIDAY OSCAR, C.M.D. Concepción Metodológica Dialéctica [disponible en][http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/CMD.pdf?revision\\_id=80138&package\\_id=80061](http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/CMD.pdf?revision_id=80138&package_id=80061)consultado :20 febrero 2013]

Como primer momento se estudia la realidad de las poblaciones que consta en el reconocimiento sistemático de la realidad objetiva, contextual en la que el grupo u organización vive, actúa y/o realiza su acción.

Como segundo momento se encuentra la teorización la cual es entendida como un proceso de profundización ascendente, es decir, un proceso de acumulación y avance cuantitativo y cualitativo, en el conocimiento de la realidad y a partir de la misma realidad, mediante acciones sistemáticas de reconocimiento, abstracción, análisis y síntesis, que llevan, mediante la construcción y apropiación de conceptos, al conocimiento y apropiación de un modelo científico de interpretación de la realidad y de sus leyes históricas.

Como tercer y último momento es necesario volver a la práctica de forma dinámica y creativamente, aunque sin alejarnos nunca de nuestra propia realidad. No debe entenderse como un hecho “final” del proceso de educación. La vuelta a la práctica debe entenderse como la capacidad de apoyar y coordinar, metodológicamente hablando, el proceso de práctica.

Todo el proceso de intervención tiene la intencionalidad de producir cambios en el direccionamiento de las políticas públicas que tienen incidencia directa en la atención de mujeres en estado de gestación y a quienes se les diagnostica como cero positivas en VIH/SIDA, el producto final que se desea dejar como propuesta son los cambios en las políticas públicas en relación a la ruta atención a los controles prenatales, siendo esta formulada por la población (madres FAMI) de forma participativa.

De igual forma conocer qué tipo de método se implementara en la ejecución de la misma, en este caso el que se aplicara es el método de grupo se tiene previsto trabajar de forma articulada, por medio de la técnica de talleres educativos reflexivos donde se tiene como intención ratificar o conocer de las propias

fuentes la situación que se presenta en la atención de controles prenatales y el las ofertas de la prueba voluntaria de VIH/SIDA, para cumplir con el Objetivo General propuesto, de igual forma a los grupos pertenecientes a las EPS e IPS que hacen parte de controles prenatales y / o P y P de las misma, para brindar una atención de calidad asegurando los derechos de la población santandereana y dando cumplimiento a lo expuesto por la normatividad internacional y nacional,

Ya para el momento de la realización del proceso y en sustento a la metodología de educación popular el ICBF construyo unos momentos metodológicos que permitan un funcionamiento más eficaz siendo estos:

1. Reflexionemos: facilita a las poblaciones a intercambiar en un contexto de reflexión y análisis, experiencias y opiniones referidas a sus historias individuales y colectivas.
2. Consultemos: posibilita compartir pedagógicamente puntos de vista desde diferentes conceptualizaciones y miradas con el fin de ampliar los panoramas y espacios de la familia.
3. Debatamos: permite el encuentro y confrontación de los diferentes saberes, desde la vida cotidiana de la familia y la comunidad como los conocimientos sistematizados desde teorías y modelos explicativos, en búsqueda conjunta de consensos y nuevas oportunidades.
4. Comprometámonos: Brinda la oportunidad de asumir responsabilidades individuales y de grupo para poner en práctica lo relativo al proceso reflexivo, basadas en los deberes, derechos y obligaciones inherentes a las relaciones familiares y sociales
5. Evaluemos: Permite destacar los procesos de cambio y las posibilidades de potencializar tanto en la familia como en la comunidad el proceso de renovación que se realiza.

Dentro de estos momentos se encuentran sub momentos como:

1. Creación y formulación de marco referencial que sustente teóricamente la intervención de Trabajo Social.
2. Acercamiento a las poblaciones sujeto de intervención (madres FAMI)
3. Creación de las herramientas a utilizar en los talleres educativos reflexivos que faciliten la comprensión de las temáticas a trabajar con el objetivo de generar sensibilización de la situación y a su vez influya en la disminución de las tasas de infecciones perinatales,
4. Análisis de lo recolectado por medio de las vistas, grupos focales, entrevistas a todos los actores tienen contacto directo con las gestantes del municipio de Bucaramanga.
5. Evaluación del monitoreo de la intervención
6. Publicación y socialización de los resultados

#### **4.8 MÉTODO DE GRUPO**

Para la autora Esther Villegas Castrillo Profesora de Trabajo Social de la EUTSA<sup>33</sup> Los grupos tienen como objetivo promover cambios sociales, o aproximar la Administración a las gentes, o lograr una distribución más coherente y operativa de los sistemas institucionales. El rol del Trabajador Social en el trabajo de grupo, tiene su presencia en las diversas fases del proceso grupal, favoreciendo la participación, la intercomunicación o la integración, y siendo, en suma, el animador y dinamizador de la vida interna y de la actividad específica del grupo.

Según la autora Esther, define y especifica las fases que tiene un proceso grupal mencionando que en su primer momento se encuentra la Fase de formación, segundo momento la Fase de conflicto, tercero Fase posterior de búsqueda de

---

<sup>33</sup> VILLEGAS CASTRILLO ESTHER Profesora de Trabajo Social de la EUTSA. El trabajador social en el trabajo de grupo. artículo de internet: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5865/1/ALT\\_02\\_07.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5865/1/ALT_02_07.pdf) consultado el {27 noviembre 2012 }

cohesión, cuarto Fase de trabajo, quinto disolución del grupo si así se requiere pero en el caso de la acción social que se pretende abordar se proyecta que el comité sea sostenible en el tiempo y espacio.

El autor Ezequiel Ander Egg conceptualiza de la siguiente manera el método de Trabajo Social de grupo es una forma de acción social realizada en situación de grupo que puede perseguir propósitos muy diversos (educativos, correctivos, preventivos de promoción etc.), cuya finalidad es el crecimiento de los individuos en el grupo y a través del grupo y el desarrollo del grupo hacia tareas específicas y como medio para actuar sobre ámbitos sociales más amplios.<sup>34</sup>

Las actividades que se realizaron para dar cumplimiento por los objetivos trazado se llevaron a cabo desde la segunda semana de noviembre del años 2012 hasta la 3 semana de Marzo del año 2013, con diversas actividades correspondientes a cada proceso y dando cumplimiento a las fechas establecidas por la Universidad Industrial de Santander para las practicas pre – profesionales.

#### **4.9 TÉCNICA TALLERES EDUCATIVOS REFLEXIVOS**

El taller reflexivo es, ante todo, una metodología participativa, no expositiva o magistral. La cual tiene momentos o fases que constan en motivación / sensibilización, a partir de la cual los participantes reflexionan, ponen en común sus aportes y dialogan para lograr un compromiso de acción de acuerdo a sus propios "saberes" y experiencias.

---

<sup>34</sup>ANDER EGG EZEQUIEL Trabajo Social de Grupo. articulo de internet: [http://www.google.com.co/#hl=es-419&tbo=d&sclient=psy-ab&q=metodo+de+grupo+en+trabajo+social&oq=metodo+de+grupo+&gs\\_l=serp.3.0.0l5j0i30l5.179.23.22123.1.23677.16.15.0.0.0.0.568.4407.0j3j7j2j1j2.15.0...0.0...1c.1.R9kJF6tdpHQ&psj=1&bav=on.2,or.r\\_gc.r\\_pw.r\\_qf.&fp=39f3035d54190eab&bpcl=38897761&biw=800&bih=466](http://www.google.com.co/#hl=es-419&tbo=d&sclient=psy-ab&q=metodo+de+grupo+en+trabajo+social&oq=metodo+de+grupo+&gs_l=serp.3.0.0l5j0i30l5.179.23.22123.1.23677.16.15.0.0.0.0.568.4407.0j3j7j2j1j2.15.0...0.0...1c.1.R9kJF6tdpHQ&psj=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.&fp=39f3035d54190eab&bpcl=38897761&biw=800&bih=466) consultado el {27 noviembre 2012 }

La escucha en el taller reflexivo es una escucha activa, no un silencio, esta escucha admite preguntas, anotaciones, contrastación de opiniones, lo esencial es que el facilitador no imponga sus puntos de vista al grupo, sino que "facilite" su proceso, en este se es necesario cumplir con el criterios de la construcción participativas de ideas, sugerencias, propuestas y compromisos respecto al tema, de igual forma de se debe cumplir con unas normas que faciliten el proceso y cumplimiento de los objetivos planteados:

1. Respetar el orden de palabra, como parte del deber de escucharse mutuamente.
2. Respetar las opiniones de los otros y llegar a un compromiso consensuado.
3. No exponer asuntos íntimos; el taller no es una sesión de terapia.

Esta técnica de igual forma tiene una metodología que facilita en proceso, este proceso consta de seis momentos que son:

1. Fase de Fase de motivación / sensibilización inicial
2. Fase de reflexión individual o en subgrupos
3. Fase de recolección de datos o informes
4. La plenaria
5. La devolución y los aportes
6. El compromiso

#### **4.10 HERRAMIENTAS**

La herramienta pedagógicas utilizadas son talleres lúdicos, donde se permite la participación activa de los miembros y la comprensión adecuada de los diferentes temas que se manejaron en el transcurso de las actividades. De igual forma las técnicas usadas en el transcurso de las actividades están ligadas a la utilización de herramientas tecnológicas como proyecciones de videos, presentaciones en

Power Point. Estos se podrán observar de mejor forma en los anexos al documento.

#### **4.11 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN. EJECUCIÓN**

Ya en el momento propio de ejecución o intervención misma del Trabajador Social con la población sujeto, es necesario describir de forma explícita el alcance de las acciones con los objetivos propuestos al inicio del diseño del proyecto; A continuación se describirá como fue la ejecución con los objetivos y si estos se alcanzaron o no.

Para la ejecución y como está planteado en las actividades y en el mismo cronograma se realizaron tres jornadas en las cuales se efectuaron 8 talleres que tenían el firme propósito de lograr el fortalecimiento y empoderamiento de las madres FAMI en todos los temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, haciendo énfasis en las infecciones perinatales de VIH/SIDA, en las formas de prevenirlas, y en la construcción de una ruta de acceso más viables para la mujer gestante o en la identificación plena de las situaciones que impiden la llegada y adherencia al programa, estos procesos son a mediano y largo plazo y que necesita un continuo proceso y masificación de la misma ya que entre más población este capacitada y con la claridad conceptual de los derechos y deberes que se tienen el impacto en la población es mayor y por ende mayor cumplimiento de derechos.

En este capítulo se describirá de forma específica la población con la cual se llevó a cabo la intervención, los momentos de los mismos y se verán enfrentados los objetivos con las metas, las actividades realizadas y los logros obtenidos.

En la primera jornada realizada el día 8 de febrero del 2013 en el hogar infantil Jose Raquel Mercado, donde la asistencia y participación fue de 30 madres FAMI del municipio de Bucaramanga Santander ubicadas espacialmente sus hogares 6 de ellas en el Café Madrid, 4 en el Kennedy, 4 en la Concordia, 10 en Villa rosa, 2 en Ola baja y 3 en el barrio el Viaducto. Todas ellas tienen a su cargo 14 niños y por ende 14 mujeres entre ellas gestantes. Las cuales el promedio de edades correspondía a 36 años, el nivel de estudio predominante es entre Bachillerato y Universitario, el estrato de sus viviendas oscila entre 1 – 2 la mayoría de ellas tiene SISBEN, el régimen al cual están escritas en su mayoría es al contributivo.

Los objetivos de esta primera jornada están enmarcados a la organización de espacios de participación comunitarios a las madres FAMI que permitan la información, comunicación y educación es todos los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Y en mostrar a la población la importancia de reconocer los derechos y deberes que se tiene como ciudadano en relación a la salud y específicamente en las maternas.

Para dar cumplimiento a estos objetivos las actividades que se desarrollaron tuvieron como finalidad exponer los conceptos claves para la comprensión de la Salud y Derechos Sexual y Reproductivo, en esta actividad se realizaron trabajos grupales desarrollando las definiciones de palabras claves y posterior a ello se hizo la correspondiente retroalimentación y correcciones pertinentes. (Ver anexo G taller 1) De igual forma se desarrolló un taller especialmente dedicado a los Derechos Sexuales y Reproductivos que tenía como objetivo el de aclarar dudas en relación a los mismo en este se proyectaron videos, presentaciones con diapositivas, (Ver anexo G taller 2), como cierre de la jornada se trabajó un taller dedicado a la planificación familiar donde se explicó el tema y se realizó un taller con su respectiva retroalimentación y correcciones. (Ver anexo G taller 3).

En las siguientes fotografías se pueden observar algunos momentos de la primera jornada y el desarrollo de los talleres.

**Figura 10. Fotografía 1 Actividad 1**



**Figura 11 Fotografía 2 Actividad 1**



Como resultado de estos encuentros se logró el compromiso por parte de las madres FAMI a participar activamente en el desarrollo de las actividades, de igual forma se logró la comprensión o clarificación conceptual de temas y términos manejados en el área de Salud Sexual y Reproductiva para el mejor desempeño de las actividades siguientes.

La meta que se tenía al principio de la intervención que correspondía a Generar espacios de diálogo y reflexión en las madres FAMI en relación a los servicios de salud a las mujeres en gestación (Empoderamiento de los derechos en salud). / Consolidar de forma participativa los espacios de información / comunicación y educación, en relación a los servicios de salud a las mujeres en gestación, se cumplió de forma satisfactoria.

En la segunda jornada la cual se realizó el día 1 de Marzo del año 2013 en el hogar infantil José Raquel Mercado, el número de participantes fue de 26 madres FAMI las cuales están caracterizadas de igual forma que en la primera jornada pues la población no es rotatoria, el objetivo que rige esta actividad es Examinar las percepciones y conceptos de las madre FAMI en los conocimientos de VIH/SIDA y transmisiones de tipo vertical (madre - hijo), para de forma conjunta corregir si es necesario; en otras palabras el objetivo es mostrar a la población la importancia de reconocer los derechos y deberes que se tiene como ciudadano en relación a la salud de las maternas. Y Examinar las percepciones y conceptos de las madre FAMI en los conocimientos de VIH/SIDA y transmisiones de tipo vertical (madre - hijo), para de forma conjunta corregir si es necesario. Para el cumplimiento de estos objetivos se desarrolló 4 talleres educativos reflexivos que permitieran el abordaje completo y significativo de los temas y lograr impacto sobre la población. (Ver anexo G talleres 4 – 5 – 6 – 7), en las siguientes fotografías se puede evidencia como trascurrió el desarrollo de la actividad:

**Figura 12 Fotografía 2 Actividad 1**



Como resultado de esta jornada se logró la comprensión de temáticas tales como VIH/SIDA, la importancia del uso del condón de forma correcta, profundización sobre transmisiones de VIH/SIDA de tipo vertical o más conocido como de madre a hijo y normatividad que reglamenta y protege lo concerniente a la gestante. La meta que se tenía previstas al inicio del proceso era el de lograr que todas las mujeres que pertenecen al grupo de capacitación y al igual que todas las mujeres visiten los hogares de estas conozca la importancia de reconocer que derechos les pertenece en relación a los servicios de salud y las rutas de atención. / Lograr que las madre FAMI entienda los derechos y pasos a seguir dentro de las rutas de atención para que se retroalimente la información a las mujeres que tienen a su cargo.

En la tercera y última jornada la cual se realizó el día 15 de Marzo del año 2013 en el hogar infantil José Raquel Mercado, el número de participantes fue de 30 madres FAMI las cuales están caracterizadas de igual forma que en la primera y segunda jornada pues la población no es rotatoria, el objetivo que se planteó

para que enmarcara la realización de esta jornada fue el de desarrollar de forma participativa con las madres FAMI la rutas de acceso a los servicios de Salud de la mujer gestante. Para el cumplimiento de estos objetivos se desarrolló 1 taller educativo, reflexivo y creativo que permitieran el abordaje completo y significativo de los temas y lograr impacto sobre la población. En la jornada anterior se dejó como compromiso la creación por sectores o barrios una ruta de atención a la mujer gestante en la cual se visualizara las concepciones del grupo del deber ser de la misma y la retroalimentación en la jornada siguiente de esta forma los grupos expusieron de forma satisfactoria sus trabajos, se elaboraron las situaciones positivas y negativas según la percepción de cada una de las madres FAMI presentes en la actividad en relación a la atención en salud a la mujer gestante dando resultados muy claros y precisos para la elaboración de una propuesta de intervención, (Ver anexo G taller 8), en las siguientes fotografías se evidencia de forma gráfica la dinámica de la actividad.

**Figura 7 Fotografía 1 Actividades 3**



**Figura 8 Fotografía 2 Actividad 3**



Como resultado de esta jornada se logró el conocer a profundidad las falencias que están siendo percibidas por las madres FAMI en la atención a la mujer gestante y visualizar como ellas conocen la ruta de atención a la mujer gestante, de igual forma se realizó un paralelo con lo positivo y negativo según la percepción de las madres FAMI, que tiene este tipo de atención dando cumplimiento a mediano plazo a la creación de una ruta de atención más comprensible a las mujeres en estado de gestación.

En términos generales se dio cumplimiento a los objetivos planteados, ya que este proceso se pretende dejar como propuesta de intervención que en capítulos próximos se planteara de forma clara para que sea llevada a cabo por los Trabajadores Sociales en prácticas o a la institución misma. Como objetivo a largo plazo se planteó que es necesario Exponer los resultados obtenidos con los demás actores (Secretaria salud Santander – Mecanismo coordinador departamental de VIH/SIDA – EPS – IPS) interesados y encargados de la atención de las mujeres en gestación del departamento de Santander para trabajar de forma continua en las mejoras de estrategias que ayuden a disminuir las barreras

que fueron evidenciadas por el proceso de investigación e intervención. Cuya meta que se pretende lograr es sensibilizar a los actores en la importancia de modificar las rutas de atención a la mujer gestante para que este tenga mayor aceptabilidad y continuidad.

Como resultados más operativos del proceso que se llevó acabo se identificaron las percepciones que tienen las madres FAMI en relación a la atención a la mujer gestante, en unas de las actividades se realizó un paralelo entre lo positivo y negativo en la atención. Y esto fue el resultado del proceso.

**Tabla 9. Analisis madres FAMI**

<b>Bueno</b>	<b>Malo</b>
<p><b>Protege la salud de la madre y su hijo (detención temprana de enfermedades).</b>  <b>Facilidad de tener sisben si se está en embarazo.</b>  <b>Oferta de servicios de salud (exámenes médicos).</b>  <b>Atención al usuario.</b>  <b>Pertenecer a los grupos dirigidos por las madres FAMI.</b>  <b>Prioridad y gratuidad de servicios.</b>  <b>Cursos psicoprofilacticos.</b>  <b>Planificación familiar.</b>  <b>Normatividad que protege a la mujer gestante y su hijo.</b>  <b>Registro civil al nacer.</b></p>	<p>No hay cumplimiento de leyes o protocolos.  Humanizar la atención por parte del personal de salud.  Falta de atención prioritaria en cualquier lugar del país.  No hay seguimiento por parte de las EPS e IPS a las madres que no asisten a los programas.  No hay instituciones especializadas para la atención de la mujer gestante (ejemplo materno infantil).  No hay protocolos que rigen la oferta de los cursos psicoprofilacticos.  Autorizaciones: madrugar, largas filas, remisiones, sin carnet no hay atención, demoras en asignar citas, si no tienen sisben no hay atención.  Ubicación: distancias largas de citas de atención, y de autorizaciones.  Economía: gastos de pasajes y cuotas moderadoras.  Falta de información.</p>

Como se observa en el anterior cuadro las madres FAMI, corroboraron estudios realizados en una primera intervención cuando con la metodología de Triangulación se identificaron barreras de tipo administrativas. Como se menciona en el párrafo anterior, la meta y objetivo que se pretende lograr en trabajar de forma continua y participativa en la construcción de una ruta de atención y de lograr reducir de forma significativa las situaciones impiden el ingreso y permanencia en los controles prenatales y que por ende tiene incidencia directa en las demora de la detecciones tempranas de enfermedades como el VIH/SIDA.

#### **4.12 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO.**

La justificación del por qué la teoría de Redes Sociales fue la que escogió para la orientación del proceso de intervención es básicamente porque ser necesario el abordaje de la salud desde un contexto participativo siendo el o los trabajadores sociales los encargados de coordinar el trabajo en red, puesto que en palabras de la autora Monica Chadi<sup>35</sup> somos los artesanos que facilitan el fortalecimiento del tejido relacional mediante el enlace de las potencialidades existentes entre los miembros de la red, generando espacios de acuerdo entre las diferentes profesiones y escenarios de aprendizaje para los individuos y familias con los que trabajan; siendo esta la intencionalidad motivadora del proceso.

Otro eje del proceso de intervención fue tomado el constructivismo ya que este cuenta con la posibilidad de la construcción del conocimiento a través de actividades basadas en experiencias ricas en contexto, que es lo que se pudo conocer por medio de las madres FAMI, quienes son mujeres en contacto directo con gestantes y niños; ellas están inmersas en la situación y conocen desde adentro la problemática. De igual forma los enfoque con que se trabajaron fueron el de derecho y diferencial que sustenta el propósito del reconocimiento de

---

<sup>35</sup> Ibis P. 20

derechos y deberes por parte de toda la población y que posibilita el inicio de la igualdad equidad y justicia social en el área de la salud disminuyendo las barreras que impiden los accesos rápidos y de calidad a la atención.

Teorías y enfoques enlazados fuertemente con la metodología que se escogió para la realización del proceso de triangulación, permitiendo conocer las situaciones que se presentan de forma específica y la metodología de Educación Popular no vista desde una esfera solamente política que como intencionalidad intrínseca está presente, sino desde la necesidad de hacer partícipes a la población del reconocimiento de sus necesidad y motivar a que ellas participen en la toma de decisiones y en los cambio que se requiera para dicha situación, que el trabajo sea de forma mancomunada instituciones gubernamentales, privadas y comunitarias dando mejores resultados y siendo más objetivos y directos en las políticas que se implementen para la mejora de dichos procesos, las teorías con las cuales fue sustentado el proceso incentiva y da pautas para estos tipos de trabajos de forma participativa y articulando las poblaciones de modo tal que los procesos sean sostenible.

La experiencia fue rica en todas las fases del proceso ya que en la primera se pudo resaltar las habilidades y conocimientos del trabajador social en temas de salud pública, en el uso de nuevas metodologías y en análisis de información. El departamento de Santander fue exaltado por la labor realizada ya que fue el segundo departamento en terminar en corto tiempo la ejecución del proceso, de igual forma el Instituto Nacional de Salud felicitó a los trabajadores sociales que pertenecen al comité ya que desempeñaron una labor exitosa.

El trabajo con la población sujeto fue satisfactoria ya que se propició un ambiente de trabajo significativo para un gran avance entre la comunidad y las instituciones de salud, el trabajador social en este proceso se puede definir como un canal de comunicación entre las partes, como un agente motivador a las comunidades a

reconocer y manifestar de forma respetuosas sus opiniones y a propiciar espacios de trabajos mancomunados donde los resultados beneficien a toda las partes y lográndose cambios significativos convirtiéndose el departamento de Santander como un ejemplo a nivel nacional en la implementación de mejora en la atención a la mujer gestante.

## 5. EVALUACION

Al inicio de la práctica profesional se tenía expectativas en cuanto al desempeño que debe tomar el profesional de Trabajo Social en el área de Salud por cuanto es un área que se piensa que ha venido perdiendo espacio de participación; ya dentro del proceso de prácticas esas dudas se fueron disipando y se encontró que la profesión tiene espacios grandes de desarrollo de intervenciones; este proceso fue realizado desde la secretaria de Salud departamental donde se brindaron todas las herramientas y condiciones adecuadas para el desarrollo del proceso donde el desempeño del trabajador social en formación fue supervisado de forma directa por un par idóneo permitiendo el aprendizaje de forma directa por un profesional experto en toda la temática trabajada de igual forma este profesional por el conocimiento claro del rol profesional permitió que la estudiante se desempeñara como educador, coordinador, facilitador y mediador entre las partes, permitiendo que el campo de aprendizaje fuera más extenso; De igual forma el proceso de intervención desde la secretaria de salud permitió consolidar la importancia y relevancia de contar con trabajadores sociales por los anteriores roles mencionados ya que tiene las herramientas para fortalecer interacciones comunidad institucionalidad ya sea de carácter público o privado (EPS- IPS) y el de fortalecer las comunidades en el conocimiento y reconocimiento de derechos en salud y del trabajo en red que se necesita para la sostenibilidad del mismo.

El proceso o las ideas centrales de trabajar con un grupo de madres FAMI del municipio de Bucaramanga se da por resultados de investigaciones y estudios realizados en momentos anteriores a este donde se evidencio que habían problemas de carácter administrativos en la atención a los controles prenatales que impedían un diagnóstico a tiempo de enfermedades como es el caso de VIH/SIDA y su transmisión de tipo vertical, por lo cual fue necesario buscar la población que tuviera un conocimiento empírico y propio de estas situaciones

conociendo las fuentes primarias, las madre FAMI tienen mayor receptividad de mujeres en estado de gestación por ende se podrían denominar como agentes o canales de comunicación entre las instituciones de salud y comunidad objetivo del proceso; el trabajo que se llevó con estas mujeres fueron de capacitación por medio de talleres reflexivos basados en el fortalecimiento en temas relacionados a la Salud Sexual y Reproductivas, VIH/SIDA sus transmisiones y rutas de atención a la mujer gestante, estos acercamientos a la población fueron importantes ya que se logró corroborar las investigaciones realizadas en momentos anteriores formándose una base más sólida para la creación de una propuesta de intervención según los resultados que sea más objetiva a la población, siendo la participación y el trabajo en equipo la estrategia para lograr mejores resultados en implementación de políticas o estrategias de atención.

Todas estas acciones fueron enmarcadas por teorías que nos da pautas y nos sirve como base o sustento de la intervención, de igual forma las teorías utilizadas, la metodología, el método y aun las herramientas o técnicas fueron diseñadas para que tuviera coherencia lógica y se respaldara la una de la otra, sin estas teorías no se podría evaluar si el proceso tuvo o no un impacto en la población e instituciones por lo cual es de gran importancia en el diseño del proceso escogerlas que cumplan con la intencionalidad del profesional y de la institución.

El cumplimiento de los objetivos planteados para el proceso de intervención se cumplió a corto y mediano plazo y requiere de una continuidad en el trabajo de masificación de capacitación a la totalidad de madres FAMI del municipio y de los trabajos de forma mancomunada con las instituciones de salud y entidades afines para la construcción de mejoras en la atención a la mujer gestante.

## 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MODELO PARTICIPATIVO EN CREACIÓN DE RUTA DE ATENCIÓN A LA MUJER GESTANTE

**“Tus opiniones y las mías hacen la diferencia”**



Este modelo tiene como prioridad el trabajo en equipo de forma participativa donde propicie acciones que beneficien la atención de las madres en estado de gestación y reduzcan de forma significativa el número de casos de muertes maternas y transmisiones de enfermedades de tipo vertical por desconocimiento de la situación y por inasistencia a los programas de controles prenatales.

La normatividad Colombiana protege y define a la salud como un derecho de obligatorio cumplimiento por parte de todas las instituciones prestadoras de servicios, pero barreras de carácter administrativo han impedido que este se cumpla a cabalidad viéndose afectados el ingreso, adherencia a los programas y de forma directa la detección temprana de enfermedades en la madre o hijo.

Esta propuesta va dirigida a un trabajo de forma conjunta con las instituciones o entidades de salud y la comunidad.

La conformación de redes que nutran el proceso de la articulación comunidad con sector salud

## **6.1 JUSTIFICACIÓN**

La salud de las mujeres gestantes es un tema prioritario en las políticas de Salud pública por los aun notificados casos de muertes y de transmisiones de enfermedades; estas según estudios realizados en anteriores oportunidades han sido directamente relacionados con problemas en: Desconocimiento de la importancia de la regularidad de los controles prenatales, ingresos económicos problemas de aceptación y continuidad del proceso, creencias personales y/o culturales, cuidado de la salud sexual y reproductiva, Barreras de tipo administrativas, falta de oportunidad a ingresar a los servicios de salud, barreras en remisiones de alta complejidad y de calidad de atención, adecuadas consejería familiare, fallas de oportunidad en el programa, deficiente organización interna de las instituciones, déficit en la toma de exámenes iníciales, desestiman los riesgos de tipo psicosocial y socioeconómicos, demoras en las entrega de los fichas para citas, costos de los servicios y demoras en la atención, actitud positiva de la gestante, fallas en los servicios de educación y consejería en planificación familiar, No hay continuidad en los procesos de aceptabilidad y confianza por continuo cambio de personal, No vinculación al sistema de seguridad social en salud, Excesivos tramites y papeleos para acceder a los servicios, No hay adecuada zonificación de los centros de salud o EPS, Calidad de atención, problemas de tipo social.

Todos estos resultados y los que se evidenciaron en el trabajo de campo por medio de las madres FAMI han generado la preocupación por implementar nuevas estrategias para la resolución de dichas falencias por lo cual lo que se hace justificado la propuesta de intervención que a continuación se presenta.

## **6.2. OBJETIVO GENERAL**

Orientar procesos de participación entre las instituciones de salud (EPS - IPS) y la comunidad (madres FAMI) en la formulación de nuevas estrategias de atención a la mujer gestante y la capacitación de la totalidad de las mismas en el municipio de Bucaramanga.

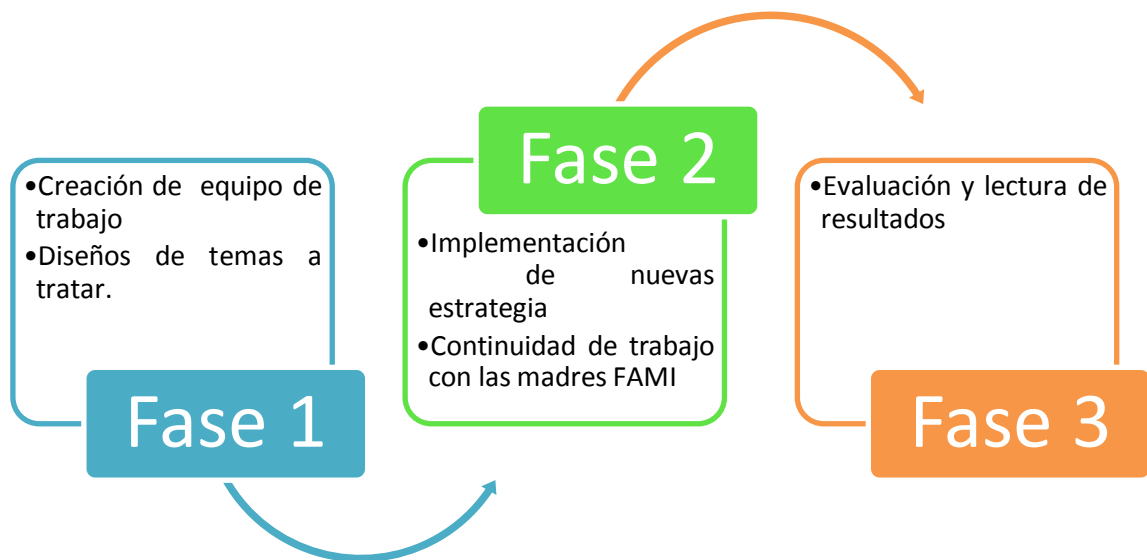
### **6.2.1 Objetivos Específicos**

- Diseñar estrategias de participación entre la comunidad y las instituciones, permitiendo el desarrollo de actividades que logren cumplir las intencionalidades de las partes.
- Conformar mesas de trabajo donde los temas relacionados a las atenciones de las mujeres gestantes sean expuestos.
- Establecer temas y líneas de acción para la construcción de cronogramas de trabajo entre las partes que den cumplimiento al objetivo general.
- Operacionalizar las estrategias diseñadas y monitorear los resultados que de ellas emerjan.
- Sugerir la continuidad de los procesos de capacitación de las madres FAMI del municipio de Bucaramanga.

### 6.3 PROCESO METODOLÓGICO

Según los objetivos planteados es necesario que el proceso metodológico sea dividido por fases que permitan el cumplimiento de los mismos, que es un proceso rico en conocimientos y en cambios significativos en la reducción de muerte y transmisiones de enfermedades de madre a hijo, recordando que los cambios son paulatinos. Este proceso metodológico estaría dividido de forma estratégica en tres fases como lo muestra el diagrama que a continuación se muestra:

**Figura 9 Proceso Metodológico Propuesta**



En la primera fase es necesario por parte del profesional encargado del direccionamiento, estructurar la creación y formalización de mesas de trabajo, conocer la institución desde donde se efectúa la intervención de forma detallada, de igual forma conocer las estructuras o bases del proceso (¿El por qué en

necesario este tipo de trabajo?), de las investigaciones realizadas en anteriores momentos, (lectura de investigaciones pasadas), y realizar de forma conjunta con las partes una mesa de conversaciones y discusiones de los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva, de igual forma para que exista continuidad y sostenibilidad en el proceso se es necesario estipular un cronograma de actividades.

En la segunda fase es necesario la ejecución de las propuestas planteadas en la anterior fase que debió darse de forma participativa y dar continuidad en los procesos de capacitaciones a la totalidad de las madres FAMI para que estas a su vez repliegue la información a las mujeres en estado de gestación y promover la ruta de atención que se generó de los espacios participativos.

En la tercera fase se debe realizar monitoreo y controles de los procesos llevados en las fases 1 y 2, lecturas de resultados.

Estos procesos deben realizarse de forma continuo y cíclica que sean sostenibles por las partes en este caso se pretende que el empoderamiento de las comunidades sean más fuerte por medio de las continuas capacitaciones.

#### 6.4 CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES

**Tabla 10 Cronograma actividades Propuesta**

Fases	Meses			
	1	2	3	4
1. Ubicación- creación de mesa de trabajo - formulación de temas- cronograma de trabajo				
2. Ejecución de actividades - capacitación madres FAMI				
3. Evaluación y lectura de actividades				

## **6.5 RESULTADOS ESPERADOS**

De estos procesos se espera que se den avances en la disminución de las barreras de atención a las mujeres gestantes que fueron encontradas por medio de intervenciones pasadas, se espera de igual forma que la interacción comunidad e instituciones de salud sea más fuertes, donde se permitan espacios de diálogos y se diseñen estrategias de solución a las situaciones que alteren el ordeno el tipo de comportamiento en la atención, se espera poder superar todos las barreras que están impidiendo diagnósticos a tiempo de enfermedades trasmisibles de madre a hijo como es el caso particular de VIH/SIDA, de igual forma este servirá como base para el diseño de nuevas rutas de atención conociendo que las actuales no responden a las necesidades, que pretende lograr con los objetivos de disminución de muertes maternas y cero transmisión por VIH/SIDA en el país.

De estos procesos se pueden dejar pautas claras para el inicio de cambio en las políticas públicas del departamento para que Santander logre escalonarse a nivel nacional como el primer departamento en construir de forma participativa con las comunidades mejoras en la salud que pasan por un muy mal momento.

## 7. CONCLUSIONES

La Educación en Salud por parte de la comunidad es de vital importancia para el reconocimiento y cumplimientos de derechos, donde de forma continua y conjunta se generen estrategias que mejoren la calidad de la atención en salud a la totalidad de la población, estrategia que resulta útil para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialmente en eventos catastróficos como el VIH/SIDA, siendo esta la estrategia más rentable que evitaría el aumento de costos por medicamentos, tratamientos y la afectación de la persona por vivir con esta enfermedad.

Para que estas estrategias sean sostenibles y den resultados positivos, se hace necesario trabajar de forma continua con una gran participación y compromiso de las partes, donde se gesten y nazcan procesos significativos que conduzca a cambios en salud del departamento posicionándolo como el primero en trabajar de forma conjunta con la comunidad.

Como factor positivo la secretaria de Salud de Santander ha brindado espacios a estudiantes de Trabajo Social para la realización de su práctica profesional, permitiendo un desarrollo de destreza del estudiante en un campo de aprendizaje importante de la mano de profesionales capacitados en los temas tratados. Con la población con la cual se realizó la intervención se logró una gran participación incentivando el compromiso del trabajo de forma conjunta. Dando cumplimiento al objetivo propuesto al inicio de la práctica profesional logrando el fortalecimiento de un grupo de las madres FAMI del municipio de Bucaramanga.

Como compromiso de la institución se define el dar continuidad a procesos que beneficien y den resultados a las partes, siendo el veedor de los procesos,

ayudando con los direccionamientos que se necesitan para que los procesos se den de forma adecuada.

Las teorías y enfoque desde donde la práctica profesional sustento los procesos, dan pautas de manejo claras en relación a la importancia de entender que el fortalecimiento de redes o grupos poblacionales, permiten la participación activa de las partes, siendo este el factor para que se cumplan los procesos de restitución de derechos en salud.

La metodología utilizada para el proceso de capacitación a través del taller reflexivo educativo permitió explorar la capacidad de comprensión de la realidad existente por parte del grupo de madres FAMI del municipio de Bucaramanga, con ello se despejaron las dudas existentes en relación a la temática y se logró que ellas comprendieran sus realidades y a qué se tiene derecho con el fin lograr que la misma comunidad participe y se empodere de estos procesos.

El aprendizaje del accionar social durante el proceso, fue enriquecedor para la estudiante en formación ya que permitió explorar los roles que en el área de protección social tiene la profesión, de igual forma permitió que la estudiante exploras nuevas metodologías e iniciara procesos de capacitación focalizados en el tema de VHI/SIDA.

Es importante mencionar que durante el proceso de Triangulación fue exaltado y reconocido a los profesionales de Trabajo Social por la capacidad de desempeño, de análisis de situaciones, por el compromiso adquirido en sus intervenciones, por la responsabilidad en el manejo de información.

## 8. RECOMENDACIONES

Como compromiso adquirido al inicio del proceso de práctica se da la necesidad de proponer una serie de recomendaciones que apunten al mejoramiento del proceso de práctica las cuales constan de:

- Continuar extendiendo los estudios de Triangulación e investigaciones en relación a todos los temas concernientes a Salud Sexual y Reproductiva del departamento de Santander haciendo énfasis en los temas de VIH/SIDA.
- Generar espacios de participación comunitaria en mesas de trabajo, en la creación de estrategias a implementar en las poblaciones sujetos (rutas de atención).
- Formación continua al personal de salud con el objetivo de lograr una mejor empatía con los pacientes que están expuestos a enfermedades de tan alta complejidad (humanización del personal salud).
- Continuar con las capacitaciones dirigidas a las comunidades y al empoderamiento de en los temas de salud.
- Trabajar de forma articulada con redes de apoyo y de forma intersectorial e interdisciplinaria para de esa forma brindar mejor atención a las personas.
- Afianzar las auditorias y/o controles en los centros de salud y velar por el cumplimiento de los protocolos por parte de las instituciones y la misma comunidad empoderando estas últimas de sus derechos.
- Revisar en la atención cuales son los modelos que mejor se asemejan a la realidad de las pacientes ayudados de los estudios psicosociales y socioeconómico.
- Mejorar la calidad de atención y cobertura durante el control prenatal.
- Integralidad en los servicios

## BIBLIOGRAFIA

ANDER EGG EZEQUIEL Trabajo Social de Grupo, consulta 27 noviembre 2012 <<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000348.pdf>>

BRAVO NESTOR, El concepto de taller, consulta marzo 2013.<[http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto\\_taller.pdf](http://acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%20BRAVO/Segunda%20Sesion/Concepto_taller.pdf) >

Caicedo Sidia, Idarraga Isabel, Pineda Paola, Osorio Adriana, estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita, por mi bien y el de mi bebe.

CARDOZO CABAS GINA GELTRUDIS. Historia del concepto de red social, consulta 27 noviembre 2012 [http://api.ning.com/files/XTj6PLCPPuFqdfb7UgUqoC3MJP2Gp8uETdvZtgGysgOtikjOSDtmFBx\\*D5\\*s9HLJlrxDDysQ3WRdjAwQBay\\*fSCWgNomHy/Historiadelconce ptoderedsocial.pdf](http://api.ning.com/files/XTj6PLCPPuFqdfb7UgUqoC3MJP2Gp8uETdvZtgGysgOtikjOSDtmFBx*D5*s9HLJlrxDDysQ3WRdjAwQBay*fSCWgNomHy/Historiadelconce ptoderedsocial.pdf)>

CHADI MÓNICA. Redes sociales en el trabajo social. Buenos Aires: Espacio Editorial, 2000, 161 pp.

GAVIRIA Trujillo cesar, ROUX Rengifo Gustavo, decreto número 1397 de 1992, 1992, consulta noviembre 2012<<http://www.redlactea.org/decretos/Decreto%201397%20de%201992.pdf> >

GELVES PATRICIA, salud publica conceptos básicos, 2008, consulta 2 Septiembre 2012 < <http://www.slideshare.net/NutPatty/conceptos-generales-de-salud-pblica-presentation>>

HERNÁNDEZ STEFANY, El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. Requena, 2008, consulta 27 noviembre 2012, <<http://www.uoc.edu/rusc/5/2/dt/esp/hernandez.html>>

ICBF, Lineamiento técnico para la organización del sistema de atención para la protección integral. 2007. Consulta diciembre 2012, <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallICBF/NormatividadGestion/Contratacion/RegimenEspecial/RESedeDireccion/CP%20001-2013/7%20LINEAMIENTO%20T%C3%89CNICO.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INAS) Protocolo de vigilancia y control de mortalidad materna. 2011, Consulta febrero 2013 < <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/MORTALIDAD%20MATERNA.pdf>> ,

JARA HOLLIDAY OSCAR, C.M.D. Concepción Metodológica Dialéctica, consulta febrero 2013 <[http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/CMD.pdf?revision\\_id=80138&package\\_id=80061](http://www.bantaba.ehu.es/formarse/ficheros/view/CMD.pdf?revision_id=80138&package_id=80061)>

OMS, veinticinco preguntas y respuestas sobre la salud y derechos humanos. 2002, consulta 4 diciembre 2012, < <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA, 2012, consulta diciembre 2012 < <http://www.who.int/features/qa/71/es/index.html> >

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA. “a tu hijo, trámítele solo amor”, preguntas y respuestas sobre la infección por VIH/SIDA y sobre la transmisión materno infantil del VIH, consulta septiembre 2011 < <http://www.slideshare.net/adrysilvav/vih-sida-y-transmision-materna> >

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL COLOMBIA, UNFPACOL, política nacional de salud sexual y reproductiva, consulta noviembre 2011 <[http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public\\_htmlfile/%20politicassr.pdf](http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf) >

NUÑES CARLOS. Educación popular y concepción metodológica dialéctica; 2002, consulta febrero 2013 <<http://www.isd.org.sv/publicaciones/documents/EDUCACIONPOPULAR.pdf>>

Observatorio de Salud Pública de Santander. Año 2012.< <http://web.saludsantander.gov.co/>>

ONUSIDA, Observatorio VIH/SIDA/MPS 2011, consulta noviembre 2011, < [http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/monitoreo\\_evaluacion/3\\_sistemas-informacion/MANUAL%20OPERATIVO%20OBSERVATORIO%20VIH%20DTS%20FASE%202.pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/3_sistemas-informacion/MANUAL%20OPERATIVO%20OBSERVATORIO%20VIH%20DTS%20FASE%202.pdf)>

ONUSIDA el VIH/SIDA y los derechos humanos Directrices internacionales consulta diciembre 2012 < disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9291732338\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9291732338_spa.pdf) >

OPS, CEPAL, UNFPA. el derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio, 2005 consulta diciembre 2012 <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/21541/lcg2331e.pdf>>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA DE LA SALUD 2009 Guía de recursos para la triangulación del VIH.

PAT DIONNE, MAZÍN RAFAEL, ZACARÍA FERNANDO , La mujer y la infección por el VIH/SIDA estrategia de prevención y atención,1999, consulta diciembre 2012 <<http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/MujeryVIH.pdf>>

Plan nacional de Salud pública, 2007 – 2010, 2007, consulta septiembre 2011.

PERFIL PROFESIONAL DEL TRABAJADOR SOCIAL N° 20 (2006). Cali: CONETS, 2006. 233 p. ISSN 0121-2818.

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA; consulta noviembre 2011 < [http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public\\_htmlfile/%20politicassr.pdf](http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf) >

PROYECTO DE LEY 32 DE 2011 SENADO, 2011, consulta Diciembre 2012 [http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar\\_documento?p\\_tipo=05&p\\_numero=32&p\\_consec=29636](http://servoaspr.imprenta.gov.co:7778/gacetap/gaceta.mostrar_documento?p_tipo=05&p_numero=32&p_consec=29636)

SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER. consulta septiembre 2011<[http://www.santander.gov.co/santander/index.php?option=com\\_content&view=article&id=27&itemid=32](http://www.santander.gov.co/santander/index.php?option=com_content&view=article&id=27&itemid=32)>

SOLÍS UMAÑA SONIA El enfoque de derechos: aspectos teóricos y conceptuales, consulta 27 noviembre 2012, < <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf> >

VILLEGAS CASTRILLO ESTHER Profesora de Trabajo Social de la EUTSA. El trabajador social en el trabajo de grupo, Consulta noviembre 2012 <[http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5865/1/ALT\\_02\\_07.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5865/1/ALT_02_07.pdf)>



## ANEXOS

### Anexo A. Fichas 1 y 2

#### Ficha 1 Triangulación

<b>Proceso de Triangulación</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Programa:</b>		
<b>Proceso:</b>		
<b>Participantes:</b>		
<b>Pregunta base :</b>		
<b>Fuente de datos:</b>		
<b>Descripción de la investigación</b>		
<b>Objetivo general:</b>		
<b>Materiales y métodos</b>		
<b>Técnicas de recolección:</b>		
<b>Variables:</b>		
<b>Resultados:</b>		

## Ficha 2 Triangulación

<p>Proceso de Triangulación</p>	  <p>CONSTRUYENDO FUTURO</p>	
<p><b>Dirección :</b></p>		
<p><b>Programa:</b></p>		
<p><b>Proceso:</b></p>		
<p><b>Participantes:</b></p>		
<p><b>Pregunta base :</b></p>		
<p><b>Disponibilidad de Datos</b></p>		
<p><b>Preguntas</b></p>		
<p><b>Datos Generales</b></p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. nombre (iniciales)</li> <li>2. Edad</li> <li>3. Edad de diagnóstico</li> <li>4. Fecha de Diagnóstico</li> </ol>		
<p><b>Datos de formación (Escolaridad)</b></p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. nivel educativo</li> <li>6. ocupación u oficio</li> </ol>		
<p><b>Datos de formación en salud</b></p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. recibió asesoría pre-pos prueba</li> <li>8. semana de embarazo (diagnosticada)</li> <li>9. trimestre</li> <li>10. etapa de enfermedad</li> </ol>		
<p><b>Datos Socio-económicos</b></p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>11. régimen de salud afiliado</li> <li>12. EPS afiliado</li> <li>13. lugar de residencia</li> <li>14. lugar de origen</li> </ol>		

## Anexo B. Investigación 1

<b>Proceso de Triangulación</b>		
<b>Dirección:</b> Secretaria Salud de Santander – Universidad Industrial de Santander (UIS) <b>Programa:</b> Salud Sexual y Reproductiva (VIH/SIDA) <b>Proceso:</b> Triangulación		
<b>Participantes:</b> Comité de triangulación		
<b>Pregunta base :</b> ¿Por qué hay gestantes con VIH/SIDA en el municipio de Bucaramanga que se diagnostican en el tercer trimestre de gestación, o en la etapa de parto o en la etapa de puerperio si la norma establece tamizaje de VIH/SIDA en primer trimestre?		
<b>Fuente de datos:</b> Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas, Bucaramanga, Colombia (Laura Andrea Rodríguez Villamizar, Myriam Ruiz-Rodríguez y María Leonor Jaime García)		
<b>Descripción de la investigación</b>		
<b>Objetivo general:</b> Definir puntos críticos de cambio en el proceso de la atención materna, orientar la toma de decisiones alrededor del tema y apoyar el fortalecimiento de las políticas de prestación de servicios con miras a alcanzar el objetivo de desarrollo del milenio de mejorar la salud materna.		

**Materiales y métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos de las muertes maternas registradas en Bucaramanga entre 2004 y 2009.

Se estudiaron fichas epidemiológicas, historias clínicas, visitas de campo y actas de comités de análisis. Se utilizaron como métodos de análisis el camino de la supervivencia (análisis de demoras) y el de detección de eslabones críticos de la atención. Se trianguló la información obtenida.

**Variables:**

1. Mujeres fallecidas: (edad, escolaridad, estado civil, paridad, régimen de afiliación en salud y zona de procedencia.)
2. Sobre el evento obstétrico (edad gestacional o tiempo posparto al momento de la muerte, sitio o establecimiento de salud donde ocurrió la defunción, establecimiento que atendió el parto, establecimiento que atendió el control prenatal, presencia de complicaciones del embarazo, causa básica de la muerte, cadena de interacciones de cada caso con los servicios de salud y presencia y tipo de demora en la ruta de la vida)

**Resultados:**

Entre enero de 2004 y diciembre de 2009 se registraron 10 muertes maternas en el municipio de Bucaramanga, todas en establecimientos de salud.

Las edades de las mujeres fallecidas oscilaron entre 22 y 37 años, con una mediana de 33 años.

Todas las mujeres eran de nivel socioeconómico medio o bajo y una era de origen indígena.

Todas las mujeres residían en la zona urbana del municipio y recibieron atención profesional en establecimientos de salud.

En 2004 se registraron tres muertes ocurridas durante la gestación:

El primer caso, debido a barreras administrativas para la remisión a nivel de atención de alta complejidad y retrasos en la decisión para desembarazar a la madre.

En el segundo, causado por el VIH/SIDA en fase sida C3, hubo inicio tardío de control prenatal y retrasos severos en manejo por infectología y en el inicio de terapia antirretroviral.

El tercer caso fue una mujer de origen indígena también infectada por VIH/SIDA (C3), sin visitas prenatales, quien falleció tras su ingreso al servicio de urgencias al parecer en estado post-ictal.

En 2006 se notificaron dos muertes, en los dos casos se identificaron problemas de disponibilidad oportuna de hemoderivados y fallas técnicas en el manejo de la complicación, así como ausencia o inicio tardío de control prenatal

En 2007 no se informaron muertes maternas al sistema de vigilancia.

En 2008 se registró una muerte durante el puerperio mediato en una mujer, se identificaron fallas en la periodicidad de los controles, falta de oportunidad en el manejo por cardiología y alta precipitada en el puerperio acorde con el alto riesgo de la madre.

2009 se notificaron cuatro muertes: tres durante el puerperio mediato y una durante la gestación.

cuatro tipos de demoras estuvieron presentes:

1. el reconocimiento del problema
2. oportunidad de la decisión y de la acción

3. acceso a la atención/logística de referencia
4. calidad de la atención en los establecimientos de salud

El análisis de las demoras se pudo determinar que en 6 de los 10 casos de muerte registrados hubo fallas relacionadas con el acceso y la periodicidad de la atención durante el embarazo, así como con retrasos en las decisiones médicas apropiadas para cada situación específica siendo estas relacionadas con el desconocimiento de los derechos en salud, la falta de reconocimiento de riesgos personales por parte de las gestantes y la calidad de la atención en casi todos los puntos de la atención materna.

Se pudo determinar que los problemas relacionados con la calidad del control prenatal y del puerperio son los que presentan mayores dificultades, así como identificar opciones de mejora en la articulación horizontal y vertical dentro de la red de atención, sobre todo en la remisión a niveles de mayor complejidad, donde el análisis reveló fallas severas.

Identificación de que una maternidad segura depende de una buena atención antes del embarazo; más de la mitad de las mujeres tenían situaciones de alto riesgo basal; en consecuencia, una adecuada consejería en planificación familiar hubiera ayudado a prevenir estas muertes.

En el caso de Bucaramanga, la reconstrucción año a año del avance o retroceso de las estrategias de prevención de mortalidad materna permite sugerir que dicho factor pudo ser clave para el comportamiento errático de la muerte materna.

## Anexo C. Investigación 2

<p><b>Proceso de Triangulación</b></p>		
<p><b>Dirección :</b> Secretaria Salud de Santander – Universidad Industrial de Santander (UIS)</p> <p><b>Programa:</b> Salud Sexual y Reproductiva (VIH/SIDA)</p> <p><b>Proceso:</b> Triangulación</p>		
<p><b>Participantes:</b></p> <p>Comité de triangulación</p>		
<p><b>Pregunta base :</b></p> <p>¿Por qué hay gestantes con VIH/SIDA en el municipio de Bucaramanga que se diagnostican en el tercer trimestre de gestación, o en la etapa de parto o en la etapa de puerperio si la norma establece tamizaje de VIH/SIDA en primer trimestre?</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b></p> <p>Investigación realizada por la universidad industrial de Santander en el año 1999 (características del programa de control prenatal en instituciones de salud pública en Bucaramanga).</p>		
<p><b>Descripción de la investigación</b></p>		
<p><b>Objetivo general:</b> identificar o describir las características del programa de control en instituciones de salud en Bucaramanga.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimar la captación del programa durante el primer trimestre de embarazo.</li> <li>• Estimar la identificación del riesgo obstétrico durante el control prenatal.</li> <li>• Determinar la continuidad de la atención prenatal.</li> </ul>		

- Valorar la percepción de la calidad atención prenatal por parte de la embarazada.
- Identificar problemas de tipo técnico-administrativo que permitan orientar acciones de mejoramiento del programa.

**Materiales y métodos:**

Estudio de tipo descriptivo para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta una proporción esperada de manejo con enfoque de riesgo del 50% con una precisión del 5% y un intervalo de confianza del 95% tamaño de la muestra estimada fue de 228,

Se revisaron 228 historias clínicas y se entrevistaron 213 usuarias durante el puerperio, se elaboró una base de datos en Epi-info 6,04<sup>a</sup>, para el análisis se utilizaron medidas de estadística descriptiva.

**Técnicas de recolección:**

1. Entrevista personal (instrumento de verificación de acciones o eventos que han sido estipulado para la realización de un proceso de atención- registro de cumplimiento o no cumplimiento), incluyo datos como (edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, afiliación al sistema de seguridad social, ocupación, razón que motivaron la realización del control prenatal, profesional que la atendió, actividades de educación, funcionalidad del programa)
2. Lista de chequeos de historias clínicas perinatal: costaba de una serie de ítem divididos en cuatro secciones:
3. Datos control prenatal (identificación, antecedentes, edad gestacional al inicio del control prenatal, número de controles, exámenes practicados, vacunas, manejo de control de riesgo, enfermedades y/o complicaciones durante el embarazo etc.
4. Terminación del evento obstétrico (parto, cesárea o aborto).
5. Características del recién nacido y sus complicaciones.

## 6. Organización clínica.

### **Variables:**

Continuidad - Accesibilidad – Oportunidad - Racionalidad técnico – científica – Integralidad - Calidad humana y terminación del evento obstétrico

### **Resultados:**

Dentro del este estudio se presentaron fallas en la oportunidad del programa, siendo el indicador de la captación en primer trimestre de mujeres gestantes de 32.8%. Estas fallas se encuentran relacionadas con fallas en organización del programa.

Como productores del inicio temprano y continuidad en el control prenatal se evidencio que variables como actitud positiva hacia el cuidado preventivo de la salud, el buen soporte social de la madre, tener pocos hijos y el papel del equipo de salud son factores positivos

En contraposición con el anterior indicador se evidencio que factores socioculturales como nivel de educación inferior a secundaria, falta de conocimiento de la importancia del control prenatal, problemas de transporte, multiparidad y falta de seguro de salud constituyen factores predictivos a un tardío control prenatal.

En este estudio el promedio de controles fue de 4.6.

Otro criterio de gran importancia que fue tomado en la investigación fue la racionalidad técnico – científica como resultado de esta variable se encontró déficit en la toma de exámenes de apoyo al iniciar el programa desfavoreciendo la calidad de atención gracias a impedir diagnósticos que ayuden a definir riesgos asociados al embarazo y facilitar el manejo de los mismo.

Un déficit del programa en relación a la detección de riesgo es la falta de identificación de riesgos de tipo psicosociales este ayuda a sugerir modelos de atención prenatal (Se observó altos índices de sub registro en la historia clínica.)

**Beneficios:**

Posibilidad de detectar riesgos y condiciones patológicas preexistente o desarrolladas durante el embarazo, Efectuar intervenciones necesarias para tratar las mismas, Brindar información necesaria a la madre para disminuir las prácticas de riesgo, Vigilar y promover el desarrollo normal del niño.

**Estrategia:**

Mejoramiento de la cobertura y la calidad de atención durante el control prenatal es la estrategia más importante que el ministerio de salud de Colombia para disminuir la mortalidad materna y perinatal.

**Características de la población:**

**Edad:** promedio de las usuarias fue de 25.2 años con una moda de 23 años. La edad mínima fue de 15 años y la máxima de 43 años. La mayoría se encontraba en edades entre 18 y 30 años.

**Embarazos anteriores:** el 43.2% no habían tenido embarazos anteriores, el 53.3% entre 1 y 3 embarazos y el 3.7% con 4 o más.

**Estrato socioeconómico:** prevalecieron los estratos 2 y 3, procedencia el 41.2% correspondieron al sector norte de la ciudad.

**Estado civil:** el 49.3% se hallaban en unión libre, el 33.3% eran casadas y el 16.4% solteras.

**Nivel de escolaridad:** el 49.3% algún grado de primaria, el 36.2% algún grado de secundaria, el 8% algún nivel universitario, el 4.7% tenían algún nivel técnico y

el 1.9% no tenía ni un grado de escolaridad.

**Ocupación:** ama de casa 52.1% y empleada doméstica 26.8%.

**Cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social:** el 64.9% régimen contributivo.

**Características del control prenatal:** (según las variables de estudio)

**Accesibilidad al programa:** el 21% de las usuarias identificó barreras de acceso al ingreso del programa, las más importantes entrega de fichas para la cita con un 28.8%, no ser admitida en el programa sin llevar los exámenes de laboratorio iniciales con un 22.2%, costos de servicios 22.2%.

En relación a la permanencia fueron la demora en la atención en el 31.9%, atención desorganizada por parte de institución en el 13.2%.

**Oportunidad:** el 32.8% de captación al programa se realizó durante el primer trimestre, el 36.9% durante el segundo y el 30.3% durante el último trimestre.

**Continuidad:** el número de controles mínimos fue de 1 y máximo de 12 el promedio fue de 4.6 controles con una media de 5 y moda de 6. se observó que las usuarias que iniciaron tempranamente fueron quienes mayor número de controles recibieron. El porcentaje de inasistencia fue del 10.8% siendo la principal razón de tipo económico.

**Racionalidad técnico-científica:** los exámenes de apoyo solicitados a la usuaria, ya que no fueron consignados por el médico en las historias clínicas, encontrándose dispersos y de forma desordenada lo que dificultando el acceso a la información. Al 32.3% no se les registro datos sobre factores de riesgo socio-

económico (escolaridad, estado civil o analfabetismo), los factores psicosociales no fueron contemplados por la historia clínica a quienes fueron indagadas el 15.5% se le identificaron como ansiedad y angustia permanente, dificultad de pareja, abandono y carencia de apoyo familiar, duelos recientes. Clasificación del riesgo: no fue posible clasificarlos porque ese dato no está consignado en todas las historias como dato concluyente. En relación a la identificación y manejo de complicaciones o enfermedades en el embarazo la prevelecia del grupo estudio fue de 57.4 % (131) el 55.7% presentaron una enfermedad (73), el 33.5% dos enfermedades (44) y el 10.7% tres enfermedades (14).



***Integralidad:*** se encontró baja cobertura de atención de otros profesionales distintos al médico, no hubo congruencia en lo consignado en las historias clínicas y lo dicho por las madres en la entrevista.

***Calidad humana:*** demora en la atención, atención desorganizada por parte de la institución.

### **Recomendaciones**

Es importante iniciar proyectos de investigación que analicen el contenido, la calidad y pertinencia técnica de la atención prenatal en Bucaramanga, cuyos resultados aportarían a las instituciones de salud información para la toma de decisiones en cuanto a la definición de estrategias de intervención perinatal y uso eficiente de los recursos, que garanticen la disminución de las tasas de morbimortalidad materna y perinatal.

### Anexo D. Investigación 3

<b>Proceso de Triangulación</b>		
<p><b>Dirección:</b> Secretaria Salud de Santander – Universidad Industrial de Santander (UIS)</p> <p><b>Programa:</b> Salud Sexual y Reproductiva (VIH/SIDA)</p> <p><b>Proceso:</b> Triangulación</p>		
<p><b>Participantes:</b> Comité de triangulación</p>		
<p><b>Pregunta base :</b> ¿Por qué hay gestantes con VIH/SIDA en el municipio de Bucaramanga que se diagnostican en el tercer trimestre de gestación, o en la etapa de parto o en la etapa de puerperio si la norma establece tamizaje de VIH/SIDA en primer trimestre?</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b> Comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia: análisis de decisiones. Marcela Gómez</p>		
<p><b>Descripción de la investigación</b></p>		
<p><b>Objetivo general:</b> Comparar mediante un modelo de análisis de decisiones tres estrategias de tamizaje de la infección por el VIH en mujeres embarazadas según su relación costo-efectividad y proponer la más apropiada para el sistema de salud colombiano.</p>		

**Materiales y métodos:**

Estudio económico basado en el análisis mediante árboles de decisión según tres estrategias de tamizaje de la infección por el VIH en mujeres embarazadas: la voluntaria, la universal y la opcional. Se consideró a todas las mujeres colombianas embarazadas sin diagnóstico de infección por el VIH que se presentaban para el parto. Se emplearon los costos médicos directos desde la realización de la prueba hasta un año después del parto, según el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se compararon las razones costo-efectividad y el ahorro de cada estrategia analizada.

**Técnicas de recolección:**

Para efectos del análisis se estudió una población constituida por una cohorte hipotética establecida mediante un modelo de simulación de mujeres embarazadas con las mismas características del universo en un término de un año a partir del parto.

Para la construcción de los árboles de decisión se asumió que todas las mujeres asistieron a una sesión informativa antes del parto; los niveles de carga viral materna y el número de madres que se encontraban en el período de ventana inmunológica para un resultado positivo en la prueba del VIH se distribuyeron uniformemente en las diferentes ramas del árbol de decisión;

El ahorro se calculó como la razón incremental del costo en función de la efectividad, según la siguiente ecuación:  $\text{ahorro} = (\text{costo de la estrategia 2} - \text{costo de la estrategia 1}) / (\text{efectividad de la estrategia 2} - \text{efectividad de la estrategia 1})$ .

Se elaboraron árboles de decisión clásicos en cuanto al balance, la estructuración de los nodos de azar, la superposición de nodos, la estandarización de probabilidades, las variables y la simetría. Para la realización

del árbol y su análisis se utilizó el paquete estadístico DATA v.3.5.

**Variabes:** Prueba voluntaria - Prueba universal - Prueba opcional

**Resultados:**

En términos de casos detectados por cada 10 000 mujeres, la estrategia universal permitió detectar 5 casos más que la estrategia voluntaria y 7 casos más que la opcional.

La efectividad de la estrategia de tamizaje universal resultó más favorable, además de menos costosa, que las otras dos, lo que la convierte en la mejor estrategia según este modelo

La estrategia de tamizaje universal reflejó un considerable ahorro por cada embarazada positiva adicional detectada con relación a las otras dos estrategias, ya que permitió aplicar tratamientos profilácticos durante el parto y evitar el nacimiento de niños infectados.



Las consideraciones éticas, la estrategia de tamizaje universal permite proteger el derecho de los recién nacidos a recibir atención médica ante una enfermedad crónica, incapacitante, estigmatizadora y mortal, para la que no se cuenta con tratamiento eficaz en la actualidad y que representa una alta carga económica y social para los sistemas nacionales de salud.

También se protege la salud de los profesionales involucrados en la atención del parto, ya que el conocimiento del estatus positivo de la madre puede ayudar a reducir el riesgo laboral adicional que representa el contacto físico con sangre infectada.

**Recomendaciones**

Se recomienda a las autoridades nacionales de salud realizar el tamizaje de todas las embarazadas colombianas con pruebas de tercera generación de detección de la infección por el VIH. Este cambio permitiría optimizar los recursos disponibles y reducir la mortalidad sin vulnerar los derechos fundamentales de ninguno de los actores del sistema.

## Anexo E. Investigación 4

<p><b>Proceso de Triangulación</b></p>		
<p><b>Dirección:</b> Secretaria Salud de Santander – Universidad Industrial de Santander (UIS)</p> <p><b>Programa:</b> Salud Sexual y Reproductiva (VIH/SIDA)</p> <p><b>Proceso:</b> Triangulación</p>		
<p><b>Participantes:</b> Comité de triangulación</p>		
<p><b>Pregunta base:</b></p> <p>¿Por qué hay gestantes con VIH/SIDA en el municipio de Bucaramanga que se diagnostican en el tercer trimestre de gestación, o en la etapa de parto o en la etapa de puerperio si la norma establece tamizaje de VIH/SIDA en primer trimestre?</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b></p> <p>Análisis globales de la mortalidad materna en Bucaramanga 2003-2009 (versión resumida y preliminar) investigadores: Myriam Ruiz Rodríguez; Laura Andrea Rodríguez, Estudiantes de 9º. Y 10º semestre de Medicina UIS</p>		
<p><b>Descripción de la investigación:</b></p> <p>El municipio de Bucaramanga desde el año 2003 implementó el análisis detallado de las muertes maternas con el enfoque de detección de demoras o retrasos en la atención y así poder implementar medidas de mejora de la atención a la mujer gestante.</p>		
<p><b>Metodología</b></p> <p>Se realizó un análisis global de los casos de muertes maternas ocurridos en Bucaramanga en el período 2003-2009 a partir de la herramienta de análisis</p>		

denominada “Detección de Eslabones críticos de la atención para prevenir muertes maternas

El método de eslabones críticos es una herramienta, que ayuda a los Comités de Análisis de Muerte Materna y Perinatal Municipal a transitar desde el enfoque centrado en la fisiopatología de la paciente, al enfoque de análisis del desempeño para responder dos preguntas: ¿En cuál de las interacciones que esta mujer tuvo con los servicios debió haberse detectado y corregido la evolución de la complicación que la llevó a la muerte? y ¿Qué se tiene que hacer distinto para evitar la muerte de una mujer que está hoy en los servicios, en condiciones similares a la que murió ayer?

#### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio que utilizó una combinación de métodos de investigación cualitativa y cuantitativa con el objeto de triangular los datos obtenidos en el análisis a partir de los casos fatales con el objetivo de identificar fallas en cada uno de los eslabones de la atención integral a la gestante.

En el presente estudio se revisaron y analizaron las historias clínicas de los casos fatales teniendo en mente los eslabones de atención y sus correspondientes acciones que garantizan una atención integral. En el esquema 1 puede observarse detalladamente estos eslabones. En total, con el método de eslabones críticos, se analizaron todos los casos de los cuales se pudo acceder a la historia clínica.

#### **Forma de recolección**

El estudio se realizó teniendo en cuenta las siguientes etapas a saber:

a) revisión documental de los análisis que el Comité de Análisis de Muerte Materna y Perinatal Municipal había realizado sobre cada caso fatal y de cada historia clínica

b) revisión de historias clínicas

c) evaluación conjunta de las muertes utilizando la metodología de eslabones críticos

d) evaluación de eslabones críticos de la atención prenatal desde la perspectiva de madres comunitarias del ICBF (madres FAMI) del norte de la ciudad, quienes son las encargadas de educar y orientar a las mujeres embarazadas en cuanto a los cuidados de salud materna y además se encargan de promocionar el acceso a los servicios de salud materna. Para ello se llevó a cabo la técnica de investigación cualitativa de grupo focal

e) identificación de las actividades críticas en cada eslabón, desde el análisis técnico y desde la perspectiva de las madres FAMI. Finalmente, una vez triangulado los datos cuantitativos y cualitativos, se realizó una sala situacional de mortalidad materna en la SSA con el fin de socializar y discutir los resultados en aras de identificar las áreas e intervenciones de mejora.

### **Resultados y conclusiones**

Revisión documental de los casos y de historias clínicas

Durante el año 2003 se presentó 1 muerte materna cuya causa de muerte fue sangrado secundaria a presencia de placenta ácreta. Se identificó en este caso múltiples fallas y demoras en la atención, siendo las más significativas, el inicio tardío de embarazo, manejo inadecuado del riesgo en el control prenatal, retrasos en la atención por especialista y fallas en el manejo del sangrado debido a la no disponibilidad oportuna de unidades de sangre y hemoderivados.

Durante el año 2004 el municipio registró tres muertes maternas. Un caso debido a cardiopatía congénita asociada a hipertensión pulmonar, el cual presenta barreras administrativas para la remisión a nivel de atención de alta complejidad y retrasos en la decisión para desembarazar a la madre.

La segunda muerte, en mujer múltipara, se debió a infección por VIH/SIDA en fase SIDA C3. En este caso también se observa inicio tardío de control prenatal, retrasos severos en manejo por servicios especializados y en el inicio de terapia antirretroviral.

El tercer caso ocurre en una mujer en posparto mediano cuya muerte corresponde a un embolismo de líquido amniótico.

Durante el año 2005 no se registraron muertes maternas.

En el año 2006 se registran de nuevo dos muertes maternas relacionadas con sangrado posparto debidas a atonía uterina en un caso y placenta ácreta en el otro. Problemas de disponibilidad oportuna de hemoderivados y fallas técnicas en el manejo de la complicación estuvieron asociados a la muerte, así como ausencia e inicio tardío del control prenatal.

Durante el año 2007 no se registraron muertes al sistema de vigilancia.

En el año 2008 se presentó una muerte materna durante el puerperio mediano correspondiente a una mujer a quien durante el tercer trimestre del embarazo se le diagnosticó una cardiopatía congénita, previamente asintomático, que comprometió severamente su fracción de eyección cardiaca. En este caso se observaron fallas en la periodicidad de los controles, falta de oportunidad en el manejo del especialista y alta precipitada en el puerperio acorde con el alto riesgo de la madre.

En lo corrido del presente año 2009, con corte a 15 de marzo, se registraron por el sistema de vigilancia cuatro muertes maternas, de las cuales las tres primeras sucedieron en el puerperio mediano y la cuarta durante la gestación. Las causas de muertes fueron:

- a) placenta ácreta con compromiso de vejiga y peritoneo en mujer pre cesareada
- b) sin control prenatal; se presentan fallas técnicas en el manejo. b) atonía uterina refractaria. En este caso hubo fallas críticas como la falta de disponibilidad a unidades de sangre en la institución las s en la remisión y en el acceso a un cubículo de UCI. Otra falla identificada fue la imprecisión en el procedimiento del cateterismo venoso central, causante probable del hemotórax derecho
- c) neumonía complicada con fallas en el manejo del puerperio
- d) cáncer ductal invasivo de mama en mujer que por razones religiosas abandona el control prenatal, sin embargo, dados los antecedentes de alto riesgo de la gestante, no fue atendida con equipo multidisciplinario requerido.

#### Aproximación cuantitativa a los eslabones críticos

Se estudiaron 8 casos de muerte materna en Bucaramanga.

Los eslabones de atención que estuvieron más comprometidos con fallas/omisiones/falta de apego a protocolos fueron aquellos que se ubican en los niveles de atención de menor complejidad, como son los programas de salud sexual y reproductiva, el programa de control prenatal y la referencia del embarazo de alto riesgo.

Los eslabone son:

1. programas preventivos (se identificó en todos los casos fallas en los servicios de educación y consejería en planificación familiar)
2. atención prenatal (prevalecieron fallas en las acciones de educación e información y ausencia de demanda inducida y búsqueda activa de embarazadas por parte de las instituciones---- falta de apego al protocolo
3. referencia 4. atención 2 niveles (fue común encontrar la falta de remisión oportuna para manejo de riesgos y la atención no oportuna por especialista.

4. parto y atención de emergencia
5. puerperio (se observaron fallas relacionadas con el alta temprana de la paciente, así como la falta de seguimiento médico del mismo).

#### Aproximación cualitativa a los eslabones críticos

En el eslabón de programas preventivos se obtuvo saturación teórica en cuanto a la falta del servicio de consejería en salud sexual y reproductiva que impide que la madre tenga información sobre el riesgo de quedar embarazada y las implicaciones del mismo.

Entre las principales problemas de atención en los servicios de control prenatal que impiden el ingreso oportuno y/o el abandono del control prenatal se encontraron:

- a) no se establecen horarios asequibles a las mujeres
  - b) no hay prioridad en la asignación del ficho para recibir el control prenatal
  - c) las acciones de educación y orientación sobre signos de alarma y búsqueda de atención son desarrolladas por estudiantes universitarios que hacen prácticas en los centros de salud y éstas son interrumpidas cuando el estudiante cumple la práctica. Debido a que hay muy poco personal en los centros, los funcionarios no tienen tiempo para dar continuidad o brindar estos servicios
  - d) hay excesiva movilidad de los funcionarios de los centros de salud lo cual afecta la continuidad y sobre todo la empatía entre funcionarios y embarazada;
  - e) no se ofrece el servicio de curso psico-profiláctico como un servicios del ISABU sino como una práctica de los estudiantes de una universidad
  - d) barreras administrativas relacionadas con la certificación de la condición de afiliada al seguro y/o sisbenizada cuando la madre proviene de otro municipio.
- Permitió identificar que en los servicios de atención ambulatorio de primer nivel se ubican la mayoría de las fallas que estuvieron asociadas a la ocurrencia de



la muerte materna.

Se pudieron identificar, a partir de la revisión de cada historia clínica, actividades críticas como la disponibilidad de unidades de sangre y hemoderivados, fallas en atención de placenta ácreta y alta temprana de la gestante durante el puerperio.

Ya partir de la perspectiva de las madres FAMI se evidencio la falta de consejería en salud sexual y reproductiva y la falta de personal de planta disponible para realizar actividades de educación y orientación en cuanto a signos de alarma fueron las actividades críticas clave para prevenir futuras muertes maternas.

Fuente: Autor 2012

## Anexo F Investigación 5

<p><b>Proceso de Triangulación</b></p>		
<p><b>Dirección:</b> Secretaria Salud de Santander – Universidad Industrial de Santander (UIS)</p> <p><b>Programa:</b> Salud Sexual y Reproductiva (VIH/SIDA)</p> <p><b>Proceso:</b> Triangulación</p>		
<p><b>Participantes:</b> Comité de triangulación</p>		
<p><b>Pregunta base:</b></p> <p>¿Por qué hay gestantes con VIH/SIDA en el municipio de Bucaramanga que se diagnostican en el tercer trimestre de gestación, o en la etapa de parto o en la etapa de puerperio si la norma establece tamizaje de VIH/SIDA en primer trimestre?</p>		
<p><b>Fuente de datos:</b></p> <p>Atención prenatal en Bucaramanga: una mirada desde los actores comunitarios MYRIAM RUIZ RODRÍGUEZ Docente Escuela de Medicina Departamento de Salud Pública Bucaramanga, mayo 2010.</p> <p>Proyecto propuesto y realizado por la UIS en coordinación con la Secretaría de Salud y Ambiente y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Centro Zonal Carlos Lleras Restrepo</p> <p>Indagar, desde las perspectivas de las madres FAMI del ICBF, la presencia o no de barreras para la atención del embarazo, parto y puerperio en las madres usuarias FAMI de Bucaramanga con el fin de identificar puntos críticos de mejora para la política de atención materna en Bucaramanga</p>		
<p><b>Descripción de la investigación:</b></p> <p>Estudio exploratorio de índole cualitativo</p>		
<p><b>Metodología</b></p>		

Selección de los participantes: madres FAMI

Se seleccionaron madres FAMI, por el papel que ellas tienen en la promoción del CPN, en la orientación sobre los cuidados maternos y el acompañamiento que hacen a las gestantes y lactantes de su área.

Se seleccionó la muestra por criterio de la siguiente forma:

- Ser madre FAMI
- Vivir en al área metropolitana de Bucaramanga
- Haber tenido maternas a cargo en el último año
- Llevar mínimo 4 años como madre FAMI
- Haber consentido participar
- Que las madre FAMI pertenecieran a diferentes barrios y comunas

### **Análisis de la información**

Se hizo un análisis de contenido El análisis se hizo manteniendo el anonimato de las participantes Se siguieron los procedimientos del Análisis propuesto por la Teoría Fundamentada

1. Identificación de códigos en vivo
2. Definición de códigos y formación de familias de códigos
3. Identificación de categorías explicativas

Los incidentes que permitieron identificar las categorías fueron escogidos por saturación teórica

Se utilizó el software Atlas Ti

### **Forma de recolección**

Grupos focales

- Se realizaron 11 grupos focales respetando la distribución geográfica de norte, sur, oriente y occidente de la ciudad.
- Cada grupo focal estuvo conformado por 12 madres FAMI
- Los grupos focales fueron video grabados y transcritos textualmente cuidando que en las transcripciones los nombres se omitieran por lo que se asignaron códigos a las participantes

- Se indagaron dificultades para el acceso y continuidad en el CPN de madres FAMI y madres no FAMI

## **Resultados**

características MADRES FAMI (n=132)

- Edad: Rango: 55 -24 años Promedio: 37
- Escolaridad: Bachilleres en su mayoría.
- tiempo en el programa FAMI: Rango : 4-19 años Promedio: 8.5
- otras ocupaciones: Amas de casa, estilistas, vendedoras, zapateras, entre otros.

Categorías de análisis

### 1. Problemas administrativos

- No vinculación a un sistema de seguridad social.
- Demasiados trámites y papeleo para exámenes, citas y/o medicamentos.
- No prioridad para mujeres embarazadas al momento de sacar cita.
- Inadecuada zonificación de los centros de salud por EPS/EPSS
- Falta de ampliación en cobertura del programa FAMI
- Tiempo de consulta inadecuado.
- La primera consulta CPN es la más difícil

### 2. Calidad de la atención

Relación humana médico- paciente: Atención durante el control

Técnica

-Atención durante el control

-Atención en el parto

-Atención puerperio

### 3. Problemática social

- Creencias erróneas
- Pobre red de apoyo

- Escasos recursos económicos
- Maltrato intra-familiar.
- Conflicto trabajador-empleador
- Consumo de sustancias psicoactivas

#### 4. Aspectos motivacionales de la gestante

Actitud inadecuada frente el embarazo (embarazo no deseado, experiencias previas negativas, influencia ejercida por otras gestantes sobre la mala atención)

#### 5. Falencias en los programas de salud sexual y reproductiva

Embarazo en la adolescencia - Embarazo no planeado

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Se identificaron dos perfiles:

- Madre que no hace CPN
- Madre que inicia tardíamente o abandona el CPN

Características:

- Madres adolescentes
- Madres con bajos recursos económicos y/o problemas en su trabajo para asistir al control prenatal
- Madres con pobre red de apoyo
- Madres sin seguridad social
- Madres con consumo de sustancias psicoactivas
- Embarazo no deseado
- Madres con bajo nivel educativo
- Madres que pertenecen a grupos sociales vulnerables (desplazados, etnias)
- Madres descuidadas con su estado
- Madres que han tenido malas experiencias con la atención médica

Se identificó un patrón de distribución geográfica de las dificultades para el

acceso a la atención

Se identificaron los eslabones de la atención que están comprometidos en el acceso al CPN y su jerarquización.

Las dificultades más recurrentes, tanto para el acceso como para la oportunidad del CPN fueron las barreras administrativas: más críticas se presentan para realizar el primer CPN.

Sobresalieron también las dificultades concernientes a la calidad de la atención, en especial, las de la relación médico-paciente y en la calidad técnica que afectan la continuidad del CPN y el inicio de CPN por nuevas usuarias

Los problemas de acceso y calidad son mucho más críticos en el norte de la ciudad lo cual nos presenta una inequidad en la atención respecto a las usuarias de resto de la ciudad

Los problemas relacionadas con falta de control puerperio se identifica como un problema crítico directamente relacionado con la vida

Hay poca o nula visibilidad del riesgo en primis y multigestantes

El retraso en el inicio del CPN es expresado por:

–No piensan que están embarazadas cuando no llega el periodo menstrual

–Esperan otro mes a ver qué pasa

–Fallas administrativas para el inicio del primer control

El inicio tardío en la mayoría de las madres FAMI se explica por la dificultad que existe para iniciar el PRIMER CONTROL

## Anexo G. Talleres

### TALLER # 1 DEFINICIONES (ACLARACIONES DE CONCEPTOS)

**Objetivo:** Aclarar los conceptos en relación a la salud y derechos sexual y reproductivo.

**Metodología** (Talleres participativos): Para la realización de la actividad se ven necesario dividir el grupo en pequeños subgrupos, entregar a cada uno un pliego de papel bond, marcadores y distribuir palabras buscando que cada uno de los grupos plasmen ya sea de forma gráfica o escrita lo que cree es la definición y socializar a los demás grupos, después de realizado esta actividad el responsable de la actividad aclarara los conceptos y si es el caso se harán las respectivas correcciones.

#### **Palabras:**

- **Sexualidades:** capacidad de sentir, compartir y dar amor, afecto y placer, deber ser vista desde lo biológico (vinculada al papel reproductivo y a lo erótico), sociocultural (Proceso de interesa a la comunidad) y psicológico (Capacidad de relacionarnos, de expresar sentimientos, emociones y cualidades)
- **Sexo:** características anatómicas y fisiológicas que nos definen como hombre mujer o intersexual (hermafrodita).
- **Genero:** características asignadas desde lo sociocultural a un sexo u otro, ósea el rol social asignado, corresponde al concepto de femenino o masculino.
- **Identidad Sexual:** conciencia que tenemos de nosotros mismos con respecto a nuestro sexo desde lo biológico sociocultural, orientación sexual, y comportamientos sexuales.
- **Identidad de género:** manera en cómo nos vamos o no a identificar con nuestro cuerpo, ósea con el rol social asignado.
- **Relaciones sexuales:** relaciones eróticas – afectivas que establecemos con nuestro propio cuerpo o con el de otras personas. Tipo de relaciones sexuales

(penetración vaginal, anal, sexo oral, masturbación mutua, auto masturbación, intercambio de caricias eróticas, besos, besos negros, hot line, video cámara, sexo en grupos, utilización de juguetes eróticos, video X).

- Orientación sexual: Preferencia sexual o vinculación que establecemos con otras (os) personas desde lo afectivo, erótico, genital y deseo.
- Deseo: gusto hacia alguna conducta o comportamiento sexual o hacia alguna persona.
- Erotismo: expresión comportamentales sexual, que tiene que ver con el disfrute o el placer que se produce al tocar a alguien o al recibir un estímulo sexual frente a determinadas situaciones.
- Afectividad: sentimientos y emociones de una persona, en la sexualidad tiene que ver con las emociones que establece una persona con otra.
- Genitalidad: posibilidad de intercambio íntimo entre dos personas, expresión comporta mental sexual en la que hay contacto con los genitales de otros.
- Vulnerabilidad: Es la probabilidad de ser afectado por un riesgo de cualquier naturaleza y está vinculada con la capacidad de afrontarlo. Puede deberse a condiciones permanentes (vejez, discapacidad, o pobreza estructural) o transitorias (dependencia en la niñez, desplazamiento, crisis económica).
- Factores de Riesgo: Comportamientos que contribuyen, facilitan o abren la posibilidad de que se genere un problema. Comportamientos y actitudes que permiten que las causas de un problema se encarnen en la sociedad, las instituciones y las personas.
- Riesgo en VIH: Es la probabilidad que tiene una persona de adquirir el VIH por causa de sus propios actos o los de otra persona, como por ejemplo: prácticas sexuales penetrativas sin protección, uso de drogas inyectables, múltiples compañeros o compañeras sexuales, malas prácticas y prestación de servicios de salud, otros. (El riesgo lo determina el comportamiento no la población. Es decir, no hay poblaciones de riesgo sino comportamientos de riesgo, y la vulnerabilidad está ligada a factores de riesgo).

- Estigma: Es más que un señalamiento impuesto a algo o alguien y que generalmente produce sentimientos de pérdidas, maltrato, agresión, temor.
- Discriminación: Es un acto de separar, distinguir, diferenciar una o varias cosas o una o varias personas de otra por diversos motivos: raciales, religiosos, políticos, sociales. Es Excluir, restringir, diferenciar.

Terminado el proceso de construcción colectiva de conceptos se evalúa el grado de claridad conceptual que manejan las madres FAMI en relación a la temática, seguido de realiza de forma participativa la retroalimentación del proceso con la respectiva aclaración y corrección de las definiciones.

## TALLER #2 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (DSR)

**Objetivo:** Aclarar los conceptos en relación a la salud y derechos sexuales y reproductivo.

**Metodología** (Talleres participativos): Para la realización de la actividad se da inicio con un conversatorio y proyección de videos y ayudas audiovisuales en relación a la temática a desarrollar, seguido de la entrega de los talleres escritos que busca evaluar la comprensión de los temas trabajados y seguido por la clarificación del responsable.

1. ¿Que son los derechos sexuales y reproductivos?

---

---

2. Escribir a cual derecho se está refiriendo el caso y si está protegiendo o no el mismo.

### **Casos:**

Juanita una joven de 20 años está en estado de gestación de forma no deseada, ella recurre a realizarse un aborto en un centro no especializado ni con las condiciones mínimas de salubridad para realizar el procedimiento. VIDA (VULNERANDO)

Paola joven de 16 años es novia de Juan de la misma edad, ellos han charlado sobre el momento en el cual quieren tener su primera relación sexual de forma concertada y planeada entre ambos. RELACIONES INTIMAS, Y A LA INTIMIDAD (PROTEGIENDO)

Susana tiene 19 años y no ha terminado sus estudios universitarios, quedo embarazada sin desearlo el médico que la trata esta en la obligación de callar y ser confidencial en la información. INTIMIDAD (PROTEGIENDO)

Marta ingresa una hoja de vida a la empresa aventura LTDA en donde el encargado de recursos humanos le exige una prueba de embarazo donde verifique que no está en gestación para poderle dar en empleo. IGUALDAD (VULNERACION)

Inés desea ingresar a las fuerzas militares donde le cuentan es muy complicado el ingreso a mujeres que es casi imposible ya que años atrás no era bien visto que las mujeres desempeñaran esos tipos de roles y/u oficios, en esta ocasión Inés es aceptada y recibida en las mejores condiciones. IGUALDAD Y DISCRIMINACION (PROTECCION)

Dora mujer Palestina desea en su noche de bodas utilizar lencería y juguetes que animen el erotismo del momento, pero su madre la corrige con malos tratos aludiendo a que su dios la castigara por esos pensamientos impuros. LIBERTAD DE PENSAMIENTO (VULNERACION)

El colegio pies limpios anexo en su pensul estudiantil como materia la salud sexual y reproductiva desde los niños de 1 a 11 para garantizar la información y debida educación de los menores desde temprana edad. INFORMACION Y EDUCACION (PROTECCION)

María joven de 14 años recurre al centro médico de su barrio deseando información sobre formas de planificación, llevándose no una grata sorpresa de que los miembros del equipo de salud (enfermera) encargada la trata de forma no debida refiriéndose a ella como culicagada que a un le sabe la boca a leche y ya quiere tener macho. INFORMACION Y EDUCACION (VULNERACION)

Marcos y Ana llevan 2 años de casado y planearon tener 2 hijos brindándoles un bienestar adecuado según su economía planificando de forma adecuado.  
DECIDIR SI SE TIENE O NO HIJOS Y CUANTOS TENER (PROTECCION)

3. Aparear con una línea las imágenes con sus respectivos derechos.



DISCRIMINACION



LIBERTAD DE PENSAMIENTO



RELACIONES SEXUALES



ATENCION EN SALUD



INTIMIDAD



EDUCACION SEXUAL



SER PADRES Y CUANTOS HIJOS  
TENER



IGUALDAD



VIDA

### TALLER # 3 PLANIFICACION FAMILIAR

**Objetivo:** Aclarar los conceptos en relación a la salud y derechos sexual y reproductivo con énfasis a la planificación familiar.

**Metodología** (Talleres participativos): Para la realización de la actividad se da inicio con un conversatorio y proyección de videos y ayudas audiovisuales en relación a la temática a desarrolla, seguido de la entrega de los talleres escritos que busca evaluar la comprensión de los temas trabajados y seguido por la clarificación del responsable.

1.¿Qué es la planificación familiar?

---

---

---

2. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?

---

---

---

3. ¿En cuántos categorías están divididos los métodos anticonceptivo, cuales son y explique cada uno?

---

---

---

4. Que entiende por métodos temporales, nombra los que conoces y explica en qué consiste.

---

---

---

5. Que entiende por métodos definitivos, nombra los que conoces y explica en qué consiste.

6. Sopa de letras.

M	E	T	O	D	E	L	R	I	T	M	O
Q	A	E	C	F	G	I	B	H	Y	J	D
H	D	M	I	L	P	G	I	F	T	Y	I
O	K	P	M	H	F	A	Y	U	E	S	P
R	V	E	R	C	V	D	B	F	S	D	M
M	P	R	E	D	A	U	U	I	P	K	U
O	I	A	D	M	S	R	N	F	E	G	R
N	L	T	B	G	E	A	L	Ñ	R	O	R
A	D	U	U	K	C	D	I	U	M	P	E
L	O	R	S	C	T	E	M	N	B	C	T
E	R	A	E	O	O	T	A	S	C	S	N
S	A	B	T	N	M	R	G	D	I	A	I
T	S	A	N	D	I	O	H	Y	D	P	O
I	M	S	A	O	A	M	H	D	A	W	T
K	L	A	L	N	F	P	H	C	O	C	I
H	S	L	P	K	A	A	E	R	S	D	O
D	G	H	M	T	Y	S	E	R	I	K	C
O	X	Z	I	N	Y	E	C	C	I	O	N

**La conclusión de estos tipos de talleres es la verificación de la claridad conceptual que tengan del tema que se les brindo con estos talleres se logró conocer el compromiso que cada una de ellas tenía con el proceso ya que este fue un taller que se les dejo como actividad a realizar en sus hogares**

## TALLER # 4 CONOCIENDO MAS SOBRE VIH/SIDA

**Objetivo:** Conocer analizar y desarrollar actividades que nos permita conocer a profundidad que es el VIH/SIDA, sus formas de transmisión, formas de prevención.

**Metodología** (Talleres participativos): La actividad se llevara a cabo mediante un conversatorio participativo con proyecciones de videos y ayudas audiovisuales que faciliten la comprensión de la temática.

**Desarrollo:**

1. ¿Qué es el VIH?
2. ¿Qué es el SIDA?
3. ¿Cómo se transmite el VIH?
4. ¿Cómo NO se transmite el VIH?
5. ¿Cómo saber si es portador de VIH?
6. ¿Significado de resultado prueba ELISA?
7. ¿Cómo evitar la infección de VIH?

Como cierre de la actividad se evaluó el grado de conocimiento que cada una de ellas tenía sobre la enfermedad, se realizaron preguntas y debates en relación a los mitos y verdades.



## TALLER # 5 USO ADECUADO DEL CONDON

**Objetivo:** Conocer la importancia del adecuado uso del condón por medio de talleres teórico/prácticos

**Metodología** (Talleres participativos): La actividad se llevara a cabo mediante un conversatorio participativo con proyecciones de videos y de forma práctica con la ayuda de un pene anatómico que simula la erección y eyaculación.

### Desarrollo

El taller trascurrió en su primer momento con la presentación de diapositivas y videos de cómo debe ser el uso adecuado del condón y de mitos y verdades del uso del mismo, seguido por la parte práctica .



## TALLER # 6 CONOCIENDO MIS DERECHOS

**Objetivo:** Identificar, analizar y comprender los derechos a los cuales se tienen acceso según la norma colombiana en la protección a las gestantes.

**Metodología** (Talleres participativos): se efectuara por medio de la proyección de videos y presentaciones las normas en las cuales se basa la protección de las mujeres en gestación en Colombia con el fin de aclarar conocer y aclarar dudas en relación al tema.

**Desarrollo:** Normatividad que protege a las gestantes

1. Constitución política de Colombia
2. ley 100 de 1993
3. Resolución 412 de 2000
4. política nacional de SSR de 2003
5. Decreto 1543 de 1997
6. circular 0063 de 2007
7. plan nacional de salud publica
8. detección en la gestante
9. detección en el hijo de mujer infectada
10. convenio 405 de 2006

Exposición por medio de ayudas audiovisuales y posterior a ello revisión detallas y aclaraciones de dudas e inquietudes.



## TALLER # 7 CONOCIENDO LA TRANSMISION DE MADRE A HIJO

**Objetivos:** conocer a fondo el tipo de trasmisión de madre a hijo y cómo podemos evitar que estos casos sigan presentándose.

**Metodología** (Talleres participativos): proyecciones de videos, presentaciones y conversatorios de forma participativa en el desarrollo de la temática.

Desarrollo:

1. ¿qué es la transmisión de VIH de madre a hijo?
2. ¿cómo se puede prevenir?
3. ¿qué es el control prenatal?
4. ¿importancia del control prenatal?
5. ¿prueba de VIH?
6. ¿Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal de VIH?



## TALLER # 8 RUTAS DE ACCESO

**Objetivo:** construir una ruta de atención de forma participativa que disminuya las barreras de acceso y oportunidad en los servicios de salud

**Metodología** (Talleres participativos): se dividen el grupo en sub grupos, se les brinda marcadores, papel, tijeras, colores, pintura herramientas que permitan la elaboración de forma gráfica la ruta de atención adecuada para la población.

### **Desarrollo:**

Como compromiso adquirido en la jornada anterior las madres FAMI realizaron un esquema de atención a la mujer gestante, seguido de ello se retroalimentó en el grupo, dando pautas para la realización del paralelo que nos mostraría las percepciones.



# Anexo H Asistencia jornada 1

	NOMBRE/APELLIDO	CEDULA	DIRECCION	CORREO	MUJERES A CARGO	FIRMA
1	Martha Janeth Rincon	63334618	Km 32 98-19	janesta0612@hotmail.com	MF	Janeth Rincon
2	Eliabeth Navas Manthilla	63318148	Cll 53 # 21 - 14	elizanamas@hotmail.com	A 4	Eliabeth
3	Ludy Dirsania Rosales	63528990	calle 35 AN # B-14	ludyrosales@hotmail.com	14	Ludy Rosales
4	Lucifer Fucua Gomez	63359519	ell 53 # 2-61	anacelia98@gmail.com	14 M.Us.	Lucifer Gomez
5	Yulesys Canegias C.	40931385	Monic 5-00-24	yuley_23@hotmail.com	14 M.Us.	Yulesys Canegias
6	Valentia Martinez Celis	37842757	Calle INIC 2000-07	Valencia@hotmail.com	14 Decano	Valentia Martinez
7	Edith Rojas Morales	37841501	Cra 8 # 30-30	ediro13@hotmail.com	14	Edith Rojas
8	Amaira Rojas Mendoza	63341022	Calle 33 # B-43	ama.rojas@mendoza@hotmail.com	14	Amaira Rojas
9	Sandra Tamile Reina	63559070	Cll 20 # 1-14	Jordanicos@hotmail.com	14 Fam.	Sandra Reina
10	Rehina Portillo de Humberto	28118237	cra 18 # 15-48	rehina.portillo@hotmail.com	14 fam.	Rehina Portillo
11	Nubia Mancipe M.	63517339	cra 10 sector B	nuvica22@hotmail.com	14 Fam	Nubia Mancipe
12	Luz Angiea Rueda Huidobro	22118305	Cra 8 # 3AN-60	luzmendezmcs@hotmail.com	14 M.Us.	Luz Angiea Rueda
13	Monica Hualde Perez Ter-Meyer	63524764	Calle 12 AN # 20-54	MONIK_20023@hotmail.com	14 Familias	Monica Hualde
14	María Cecilia Torres	63245074	ell ISNET 19A53	chechi_ceci15@hotmail.com	14 Fias	María Cecilia Torres
15	Luz Estela Plendero N	37545707	Calle 33 # B-10	hanspanderson993@hotmail.com	14 Fias	Luz Estela Plendero
16	Amanda Rivas Villamizar	637297762	Cra 19 # 1180-06	Amrapasi@hotmail.com	14 Fias	Amanda Rivas
17	Martha Plaza	63281854	Calle 22 # 10-33	martha23@hotmail.com	25	Martha Plaza
18	Yolanda Esparza Torres	63482317	Torre 14 Apto 202	Yolanda.torres20@hotmail.com	#14	Yolanda Esparza
19	Victoria Pagan DO	63360784	Calle 51A # 18-60	victoriapagan@hotmail.com	#14	Victoria Pagan
20	Aminio Salazar Flores	63315691	Cra 15 # 14-57	aminio_salazar@hotmail.com	14	Aminio Salazar
21	Mariela Muñoz Caballero	37546843	Manzana D-03021	maryley101@hotmail.com	#14 Us.1B3	Mariela Muñoz



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
SECRETARIA SALUD SANTANDER  
ASISTENCIA TALLER 1  
VIERNES 8 FEBRERO 2013





Anexo I. Fotografías jornada 1



Anexo J Asistencia jornada 2



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
SECRETARIA SALUD SANTANDER  
ASISTENCIA TALLER 1  
VIERNES 1 MARZO 2013

NOMBRE/APELLIDO	CEDULA	DIRECCION /BARRIO	TELEFONO	CORREO	MUJERES A CARGO	FIRMA
Ana Celia Buitrago Gomez	63259519	e11434 2-57 cafe Madrid	6407989	anacelia950@gmail.com	14	[Signature]
Maria Andrea Mendez M	22118305	180#33nnico Cafe Madrid	640485	lizamendezmcs@hotmail.com	14	[Signature]
Ludy B. Reategui	63528990	Calle 35 AN # 8-14 Madrid	6408302	Ludy B. Reategui	14	[Signature]
Bright Paola Hoyos	709862529	Calle 36 AN # 8-15-21 Cafe	6732184	brightpaola@hotmail.com	14	[Signature]
Barbara Isabel Ruiz	63-213672	Asenamiento Servonish	3162997699	barbaraisabelruiz@hotmail.com	14	[Signature]
Aminta Salazar	63315691	KR 15 N: 14-58 Kennedy	6403177	amintasalazar@hotmail.com	14	[Signature]
JULIANA	63361923	16 AN-17 N: 56-15 Amp 201	316774856	juliana@losfamil.com	14	[Signature]
LOISAMONENOR	28495818	CLAYTON # 8A-54 HD 1 C9	6400549	loisamonenor@hotmail.com	14	[Signature]
Beatriz Echeverria	63286120	KR 17 # 15K-54 M2-3	640759	bety-0338@hotmail.com	14	[Signature]
Jennifer Amortegui	1098651290	Clt 29A # 13-05 don Pedro	6510013	fernandajenniferamortegui@hotmail.com	14	[Signature]
Edith Rojas Morales	37891501	Cra 38 # 24-20 Cafe el Est. B	6405056	edithrojas@hotmail.com	14	[Signature]
Monica Perez	63524764	Calle 12 AN # 20-54 C-2 M 18	64091896	Monika.2823@hotmail.com	14	[Signature]
Elizabeth Navas A	63.218148	C/ 53 # 21-14 Concordia	6526529	elizabethnavas@hotmail.com	14	[Signature]
Claudia P. Cuervo	63482076	Calle 51 # 18-125 concordia	6522075	verga071@hotmail.com	14	[Signature]
Luz Estelita Tendarza Nino	373545707	Calle 33 B-10 Cafe Madrid	3135705410	henrytendarza993@hotmail.com	14	[Signature]
Omaira Casas L.	63341022	Calle 33 B A 43 Cafe el	6737623	omairyacasasvarela@hotmail.com	14	[Signature]
Jennifer Herazo	1098624092	C/ 29 # 22-29	6576191	Arey-vala@hotmail.com	14	[Signature]
Amanda Gaitan Villanueva	63.297762	Cra 19 # 19-027 paf 110033 villa	6401837	amandagaitan@hotmail.com	14	[Signature]
Yelanda Espigosa T.	63.482.318	Torre 14 App 202 fmdo 1103	6736419	yelanda.ferraz@hotmail.com	14	[Signature]
Paulina Patricia de la	28131837	Cra 18 # 15-18 Cra 24 # 14-1008	3152553281	Paulina.patricia@hotmail.com	14	[Signature]
Sandra Romero C	37547551	C/ 32 AN # 15-04 ciudadela	6407832	Sandra.romero2012@hotmail.com	14	[Signature]



Anexo K. Fotografía jornada 2



Anexo L Asistencia jornada 3

NOMBRE/APELLIDO	CEDULA	DIRECCION	CORREO	MUJERES A CARGO	FIRMA
Jennifer Amortegui	10916651240	Cll 73 # 28A-09	perdomo198@hotmail.com	H.C. Fami	Jennifer Amortegui
Martha Janeth Rincon	63431473	ATA 32 # 98-19	luzmendezmcs@hotmail.com	Fami	Martha Rincon
Angela Arce Henandez	22118305	VA # 3 ANGO	angelalarincon1463@gmail.com	M.C. Fami	Angela Arce Henandez
Alia Cecilia Escobar Gomez	63359519	El 143 # 2-61	alia.celice.escobar@gmail.com	M.C. Fami	Alia Cecilia Escobar Gomez
Ludy V. Reyes	63528990	Calle 35 Av # 8-14	ludyreyes1@hotmail.com	M.C. Fami	Ludy V. Reyes
Balvina Parilla de Hurtado	28181837	ca 18 # 18 # 18 c 342	balvina.parilla@hotmail.com	M.C. Fami	Balvina Parilla de Hurtado
Nohemi Salazar Flores	63309124	Calle 18 # 16-04	amsef10@hotmail.com	M.C. Fami	Nohemi Salazar Flores
Aminta Salazar	63315691	era 15 # 14-58	plazasantiva@hotmail.com	M.C. Fami	Aminta Salazar
Marilva Rivas	63281054	de 21 # 10-33	lucia.yelvet@hotmail.com	M.C. Fami	Marilva Rivas
Lucia Yelvet Bonilla	63344224	ca 106 # 29-83	lucia.yelvet@hotmail.com	M.C. Fami	Lucia Yelvet Bonilla
Valentina Martinez Celis	39842757	Cll 11 # 22-07	MartinezV360@gmail.com	M. Fami	Valentina Martinez Celis
María Cecilia Torres	63295076	el 15 # 19 # 53	chechi.cecelis@hotmail.com	M. Fami	María Cecilia Torres
Londry Yamile Reina	635591810	Cll 20 # 11-19	lgam1085@hotmail.com	M. Fami	Londry Yamile Reina
Brigit Paola Agón M.	1098621529	Cll 36 Av # 8 bis-21	brigitpaola@hotmail.com	M. Fami	Brigit Paola Agón
Yuleys Vanegas C.	40931385	Cll 10 # 50c-24	yuleys_23@hotmail.com	M. Fami	Yuleys Vanegas
Claudia Patricia Quintero	63482076	Calle 51 # 18-125	Verano27@hotmail.com	M. Fami	Claudia Patricia Quintero
Elizabeth Navas Homalla	63318148	Cll 53 # 21-14	elizanavaras@hotmail.com	Fami	Elizabeth Navas Homalla
Victoria Fajardo Quintero	63360789	Calle 51 # 18-60	VictoriaFajardoC@gmail.com	Fami	Victoria Fajardo Quintero
Martha Amador Abril	63361927	Mta 17 # 10 # 56-13	Jaltona019@hotmail.com	A. Fami	Martha Amador Abril
Amanda Brice Villanueva	63297762	ca 14 # 18 # 06 # 1432	amandabrice@hotmail.com	M.C. Fami	Amanda Brice Villanueva
Josafonso Pata	63341022	CAJIN # 74-131	nilhob26@hotmail.com	M.C. Fami	Josafonso Pata
Marina Rojas R.	63341022	Calle 35 # 8A-43	marinajr@gmail.com	M. Fami	Marina Rojas R.



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
SECRETARIA SALUD SANTANDER  
ASISTENCIA TALLER 1  
VIERNES 15 FEBRERO 2013



Sandra Milena Tardora	63.420.853	Cra 10 P 2 M B Cas	sandra.1977-08@hotmail.es	fami	Sandra Mendoza
Monica Andrea Perez	63.524.764	Calle 12 # 20-54	monika-2823@hotmail.com	fami	Monica
Luz Estela Mendoza	37845707	Calle 33 # 8-10	<del>luzmendoza1973</del> @hotmail.com	fami	Luz Estela Mendoza
Quaira Rojas Mendosa	63341022	Calle 33 # 8A43	quairarojasmendosa@hotmail.com	Fami	Quaira Rojas
Sandra Amile Reina M.	63.559.870	Cra 20 # 1-19 # 7	Jorginicoes@hotmail.es	M. Fami	Sandra Reina
Edith Rojas Morales	39.841.501	Cra 89 34 u 30	edithromo13@hotmail.com	M. Fami	Edith Rojas
Martha Isabel Ruiz	63.513.672	Bosque Arm. 2da 7A Servicion. 2da 7A	m.martha07@hotmail.com	fami	Martha Isabel Ruiz

Anexo M. Fotografía jornada 3

