FACTORES QUE AFECTAN LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOLAL CARTAGENA DE INDIAS. 2021

BEATRIZ BARRERA SOTO

INVESTIGADOR

URIEL PALACIOS BARAHONA

TUTOR

UNIVERSIDAD CES DE MEDELLIN

DIVISION DE SALUD PUBLICA

ESPECIALIZACION EN PROMOCION Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

Grupo de investigación: Observatorio de la Salud Publica

Cartagena

2021

FACTORES QUE AFECTAN LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOLAL CARTAGENA DE INDIAS. 2021

BEATRIZ BARRERA SOTO

INVESTIGADOR

URIEL PALACIOS BARAHONA

TUTOR

PROYECTO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PROMOCION Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

UNIVERSIDAD CES DE MEDELLIN

DIVISION DE SALUD PUBLICA

Cartagena

2021

RESUMEN

Introducción: La Resolución 3280 de 2018 la cual adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, así como las directrices para su implementación, marca un nuevo comienzo para la atención integral de los usuarios en los diferentes cursos de vida y en actividades de protección específica en salud, sin embargo, aún en el país no se ha implementado en su totalidad en todas las IPS, para ello es necesaria la inversión al sector salud, la socialización capacitación de todos los actores.

Objetivo: Conocer los factores que afectan la implementación de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia, según la resolución 3280 del 2018 en la ESE HLCI durante el año 2021.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico, el cual se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes, el cual buscó conocer desde la mirada de los participantes los factores que afectan positiva o negativamente la implementación de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en la primera infancia e infancia.

Resultados: Se realizaron un total de 20 entrevistas, en los participantes prevaleció el sexo femenino, 12 eran de profesión enfermeros y 6 médicos. A la luz de la fenomenología social de Alfred Schutz, se esbozaron los hallazgos en tres temas: Condiciones mínimas de infraestructura y dotación; verificación de implementación de la RIAS, procesos y/o procedimientos necesarios en la implementación de las RIAS; factores positivos en la implementación de las RIAS y barreras en la implementación.

Conclusiones: Para la implementación de la ruta se identificaron faltantes en infraestructura y dotación para llevar a cabo la atención integral a la primera infancia e infancia; déficit presupuestal para inversión en contratación de profesionales y

compra de insumos. Asimismo, son vitales las asistencias técnicas, capacitaciones y cualificación de los profesionales de la salud.

ABSTRAC

Introduction: Resolution 3280 of 2018, which adopts the technical and operational guidelines of the Comprehensive Care Route for the Promotion and Maintenance of Health, as well as the guidelines for its implementation, marks a new beginning for the comprehensive care of users in the different life courses and in specific health protection activities, however, even in the country it has not been fully implemented in all the IPS, for this it is necessary to invest in the health sector, the socialization training of all the actors .

Objective: To know the factors that affect the implementation of the care route for the promotion and maintenance of health in the early childhood and childhood life course, according to resolution 3280 of 2018 in the ESE HLCI during the year 2021.

Methodology: Qualitative phenomenological study, which focuses on the subjective individual experiences of the participants, which sought to know from the perspective of the participants the factors that positively or negatively affect the implementation of the RIAS for the promotion and maintenance of health in early childhood and childhood.

Results: A total of 20 interviews were conducted, the female sex prevailed among the participants, 12 were nurses and 6 were doctors. In the light of the social phenomenology of Alfred Schutz, the findings were outlined in three themes: Minimum conditions of infrastructure and endowment; verification of implementation of the RIAS, processes and/or procedures necessary in the implementation of the RIAS; positive factors in the implementation of the RIAS and barriers in the implementation.

Conclusions: For the implementation of the route, gaps in infrastructure and equipment were identified to carry out comprehensive care for early childhood and childhood; budget deficit for investment in hiring professionals and purchasing

supplies. Likewise, technical assistance, training and qualification of health professionals are vital.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA

Uno de los principales objetivos de todo el país es del mejorar la calidad de vida para sus habitantes [1]. Por tanto, el discernimiento, la experiencia, el estado de bienestar y salud brinda una importancia hacia el logro de este objetivo, logrando conquistar un cambio de auto-realización, para conseguir la felicidad individual poder alcanzar términos y responsabilidades según las que se conservan [2].

La disposición en cuanto a la vigilancia de la salud está proporcionada por la diversidad de tipologías competentes, positivas, humanas, financieras y materiales para obtener seguridad general en lo que respecta a la salud; con la probabilidad de tanto personas como instituciones pertenecientes al procedimiento de salud, conlleva al educado uso de los bienes según la proporción de los beneficiarios. Por ello, la existencia en la correspondencia entre usuarios y profesionales de la salud, está dado por el establecimiento de particularidades de capacidad, capacidad competitiva de los profesionales, disposición, cuidado humanizado y bienestar del usuario.

En esencia, el derecho a la salud es parte esencial de la colectividad, puesto que es la exigencia al Estado de garantizar los modelos y estrategias para todos los individuos bajo un enfoque del estado de bienestar acorde a su entorno. De ahí que, la salud se traduce en un patrón de cuidado que efectúe conjuntamente con las peculiaridades de justicia, respetando el derecho a la salud de todos los ciudadanos y que satisfagan las carestías de salud de la colectividad [3] .

De esta manera, la salud como aspecto importante y esencial de la realidad transciende, y está sujeta a la conceptualización y sobre todo a la objetividad de la decisión a tomar de manera concreta. El vocablo salud logra rememorar diversos

contextos, según el período real y cultural en la que se sitúen los beneficiarios que lo utilicen[4].

En este sentido, la Carta de la Constitución Mundial de la Salud (1946), afirma que la salud es un cambio que trasciende hacia la felicidad física, espiritual y social, y no simplemente la separación de sufrimientos[5] . Por tanto, la salud es el equilibrio de las fuerzas del ser humano con lo cual logra alcanzar y desarrollar todo lo que se propone, pues todo ello coincide en ofrecerle a la sociedad los medios para que los seres humanos sigan gozando de una vida saludable.

Se tiene en cuenta que la existencia de experiencia en cuanto al modo de mejorar la calidad de atención mediante las políticas de servicios de salud, que vayan a favor de las comunidades puesto que la gestión de la calidad se traduce en nuevas prácticas de cuidado de salud [6] . En cierto sentido, la Organización Mundial de la Salud dentro de los objetivos fundamentales están la elaboración de protocolos de la gestión para mejorar desempeño del personal y la calidad de servicio; reforzando los sistemas de vigilancia y la seguridad de la atención en los centros de salud [7].

En Colombia desde la década de los años 90 con el cambio del régimen de salud y establecido a través de la Ley 100 del 1993 se viene instando en la integralidad de, al igual que la equidad, igualdad etc. La implementación de este nuevo sistema trajo consigo la presencia de sesgo en su ejecución reflejados en las barreras de acceso, atención aseguramiento entre otras. Para tratar de dar solución a esto se creó la primera reforma de la ley a través de la ley 1122 del 2007 en la que se plantea ejecutar arreglos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, poseyendo como ventaja el progreso en la asistencia de las actividades hacia los beneficiarios, ya que con esta intención se crean transformaciones para salvaguardar la asistencia de servicios de salud, fortaleciendo las presentaciones de salud pública bajo la intervención, cuidado, vigilancia, distribución y dinamismo en la asistencia de bienes de la salud en la colectividad**.**

Esta propuesta no fortaleció el sistema ni reflejó el impacto que se deseaba en las atenciones en salud de la población colombiana. En el 2011 se plantea fortalecer el sistema de salud y se crea la ley 1438 del 2011; esta norma propone en su artículo 1 la necesidad de crear un nuevo modelo orientado al cuidado en salud, la necesidad de un trabajo intersectorial para mitigar los Determinantes Sociales de la Salud.

Pero es realmente en el 2013 con el surgimiento de la ley 1751 del 2015 teniendo en cuenta el art, 49 de la constitución política, ésta ley en su Art. 5 Obligaciones del Estado de efectuar valoraciones sobre el goce efectivo del derecho a la salud y realizar el seguimiento continuo de la evaluación de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas. De manera que, las rutas de Atención Integral en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la salud permiten responder a la vigilancia de la salud de la colectividad en general comenzando con interposiciones de evaluación de la misma, tomando en consideración el progreso de la calidad de atención, esperando los mejores efectos en cuanto a la seguridad y goce del colectivo para la optimización del disfrute de los recursos.

La atención integral debe realizarse mediante una medición y calificación en cada área de trabajo, puesto que significa establecer cuantificaciones de la conducta laboral e individual de los individuos que hacen vida dentro de una institución de salud pública [8]. El problema puntual a plantear con este tema, es el retraso en las etapas preliminares para la implementación de las rutas de Atención Integral en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la salud, según la resolución 3280 del 2018 en la etapa de primera infancia e infancia, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS), Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficio (EAPB), ya que no han iniciado con la caracterización de la población afiliada que es el primer componente del nuevo modelo de salud que les permitirá tener la base para implementar las rutas, el equipo de salud no tiene claridad en el tema de la Implementación de las rutas, el personal posee una actitud negativa ante los cambios que se requieren, conocimiento deficiente de la normatividad que da origen a la resolución, entre otros factores administrativos.

Se espera con esta propuesta que el recurso humano en salud logre aplicar en forma eficiente, efectiva, con calidad y humanización las atenciones en salud en todo el curso de vida desde los 8 días de nacidos hasta los 10 años mediante las rutas integrales de atención en salud con calidad y humanización las atenciones en salud que son las acciones que derogaran a la resolución 0412 del 2000. De igual forma, se hará énfasis en las atenciones realizadas en el ciclo de vida primera infancia e infancia, considerando que la calidad de las atenciones que se brindan en estas etapas, dependerá del buen progreso corporal y espiritual de los niños y niñas, se verá reflejado en el bienestar de los posteriores tiempos de la trayectoria de existencia, logrando realmente calidad de vida disminuyendo la carga de enfermedades y ganancia en salud.

2. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que afectan la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en la primera infancia e infancia en la ESE Hospital Local Cartagena de Indias durante el año 2021?

3. JUSTIFICACION

Cuando se hacen propuestas de cambios en un proceso, se hace necesario que los protagonistas en la operación estén debidamente entrenados, capacitados para el éxito en la ejecución. Toda empresa desde todos los sectores necesita hacer cambios para proteger los entornos que son cambiantes, generando cambios en los individuos, ya que no se pretende conceder espacios, desaprovechar la seguridad que crea concebir sus trabajos bajo las representaciones que son de su influencia y comodidad, considerándose que las organizaciones se encuentran en movimiento continuo y dinámico, exigiendo una alta capacidad de adaptación de todos los actores ante los cambios[9].

Este estudio tiene su justificación en ámbito social, ya que es unánime el hecho de ofrecer calidad de atención a la población, lo cual redundará en usuarios satisfechos, con juicios de valor positivo, no solo del servicio como tal si no de la Institución prestadora, y al tener un usuario satisfecho.

La investigación cobra una importancia en el ámbito institucional debido a las iniciativas orientadas a la atención integral, como es la condición de la salud de las personas, desde un enfoque de salud pública. De igual forma, el presente trabajo de investigación busca el progreso de la disposición del cuidado de la salud, así como mejorará la integración de los trabajadores a conocer sus competencias y la forma de relacionarse con los demás en la institución de salud, impulsando además la cultura de orientación de la organización hacia el usuario, mejora el trabajo en equipo.

En esta propuesta se beneficiarán directamente el recurso humano (Médicos y Enfermeras) de la Instituciones prestadoras de salud, Empresas Administradoras de Beneficios -EAPB, entes territoriales, Régimen Especiales, fundaciones que brinden bienes de salud. Se beneficiarán indirectamente la localidad comprendida entre la Primera Infancia e infancia, considerando que son las etapas en donde se requieren la formación y el desarrollo Integral que está sujeto a las atenciones que se brinden en todos los entornos en donde se mueven, crecen los niños y las niñas como lo propone la Ley de cero a siempre 1804 del 2016. La resolución 3280 del 2018 garantiza esas atenciones mediante recorridos sistémicos de cuidado de la salud.

Asimismo, esta investigación podrá ser otra iniciativa para desarrollar nuevas investigaciones acerca de esta problemática. De igual forma, los resultados del presente estudio permitirán ofrecer mayor conocimiento sobre esta situación y las consecuencias que la misma traería consigo, buscando además resultados positivos. Por ello, se tiene el capital humano y tecnológico para llevar a cabo la investigación.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores que afectan la implementación de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia, según la resolución 3280 del 2018 en la ESE HLCI durante el año 2021.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las condiciones mínimas adecuadas de infraestructura y dotación (equipos, insumos y medicamentos) que deben ser tenidas en cuenta para la implementación de las RIAS.
2. Analizar los procesos y/o procedimientos necesarios en la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia.
3. Develar los factores que afectan de manera positiva o negativa la implementación de las RIAS

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 Marco teórico

La Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) define la salud como un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". En esta definición subyace la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad [10].

Ante la importancia del ámbito de la salud donde existe la conjugación de la mente y el cuerpo, aparece el primer intento adjudicado, en el cual expresa una definición formal de la psicología de la salud, donde la consideró como el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias[11].

Siguiendo con la misma idea, se argumenta que la psicología de la salud constituye el reconocimiento del fenómeno vital humano que está en permanente variación en función de factores orgánicos, ambientales, psicosociales y estilos de vida, aspectos éstos, que juegan preponderante participación en el proceso de salud – enfermedad [12].

Po otro lado, Rondón (2006), aclara que la salud es un concepto amplio, que incluye diversas interpretaciones subjetivas de lo que significa: sentirse bien mucho más invasivo que simplemente no sufrir de enfermedad alguna. Sin embargo, a veces

olvidamos que la Salud Mental es parte integral de sentirse bien, consecuentemente, cuando reclamamos el derecho a la salud, con sus componentes de atención oportuna y adecuada de la salud física y mental.

Calidad de Atención

La conceptualización de calidad tienen su relación con los elementos que incurren en las empresas, entes gubernamentales, fabricantes de materiales, actores políticos y corporaciones constituidas, construcción de los procedimientos de salud en la obtención de los productos [(8)].De este modo, se completan los juicios, con tipologías individuales de la eficacia como práctica técnica, relaciones interpersonales, que se conjugan con los colaboradores que son pieza fundamental dentro de un régimen de salud.

En cuanto a la eficacia de la vigilancia de la salud, su comprobación se basa en el cuidado técnico, administración de personal y contexto donde se produce el proceso de cuidado. Por tanto, la calidad en salud permite obtener un conjunto actitudes asociados en relación con la atención recibida, beneficiando a la entidad prestadora de los servicios de salud, previendo de servicios accesibles y equitativos para la satisfacción del usuario **Error! Reference source not found.**.
Lo importante de esta materia es que la calidad posee características, con las cuales se pueden valorar y optimizar la atención en salud:

- Eficacia: capacidad de atención del paciente bajo un ambiente óptimo y controlado, con el propósito de lograr progresos en la salud y prosperidad de los individuos.
- Efectividad: **r**elación entre el impacto real de un servicio y la mejora de salud alcanzada, produciendo resultados que repercuten en la etapa de cuidado del paciente.

- Perfeccionamiento: perfil de la disposición de invertir para el logro y el grado óptimo de salud.
- Aceptabilidad: perspectivas y bienes de los usuarios hacia los familiares en cuanto a la información de la etapa de cuidado, la atención, particularidades del paciente sobre el costo de la atención.
- Legitimidad: elementos legítimos de la atención en salud del individuo y los manuales de convivencia.
- Equidad: distribución equitativa de las actividades colectivas y sus insuficiencias.
- Oportunidad: se considera pertinente el servicio cuando los individuos obtienen beneficios por su estado de salud.
- Competencia profesional: capacidad en el desempeño de sus funciones por parte de los profesionales y los equipos de trabajo, implicando la capacidad de diseñar normas para ser aplicadas en todas las fases del proceso de atención.
- Accesibilidad: garantía y posibilidad que poseen los usuarios de utilizar los servicios de salud.
- Continuidad: ausencia de interrupción en la atención del servicio en salud y el mantenimiento de la atención médica.
- Seguridad: elementos estructurales basados en evidencias para minimizar los riesgos en cuanto a eventos adversos de atención.
- Comodidades: conforten la atención de salud según aspectos físicos de la institución.
- Calidad técnico-científica: grado de aplicación de las herramientas tecnológicas médicas que dispone la institución.
- Coordinación: acoplamiento general de los elementos de cuidado durante la vigilancia de la salud.

Se puede afirmar que, la base fundamental para la generación de servicios de calidad a la persona humana, es porque el individuo que posee prácticas y dentro de su entorno logra recapacitar y vincular su desarrollo integral con el contexto que lo rodea. Por ello, las personas mediante su intelecto lograr ampliar prácticas que lo incitan a realizar diversas operaciones cónsonas con su actuación[13].

De igual forma, los individuos quebrantan los valores motivados por capacidad de acción; surgiendo contextos que cimientan la edificación de su calidad humana, social y productiva, los cuales tienen afines con la calidad y servicio. Constriñendo que los dichos valores sociales en cada individuo se relacionan con los demás, los diversos servicios institucionales tienen proporción entre la persona y su dinamismo competitivo [14].

Se tienen que los valores sociales se basan en la obediencia, equidad, paz, apoyo, libertad, honradez, conexión, honestidad, rectitud, voluntad, responsabilidad, y esfuerzo. Por su parte, los valores empresariales se relacionan con excelencia, justicia, baluarte, firmeza, caridad, oportunidad, regla, y prestación de servicio, ya que estos valores revelan el carácter para la toma de decisiones y acción. De igual forma, la justicia obedece a los mandatos de ley, obrando por la misericordia del ejercicio y consentimiento con el conocimiento originario, por lo que causa una acción de mejora continua dentro de cada institución[15].

Por ello, es importante tomar en consideración que una cultura de calidad y servicio, requieren del conocimiento hacia el cambio por parte de las personas y enunciado en cuanto a los valores. Además, la calidad en el servicio se logra medir según el repetido número de clamores por parte de la colectividad, ya que estas establecen los modelos de mando hacia la utilización del beneficio y que los usuarios logran demostrar las quejas que penalizan el ejercicio de cada institución de salud y la mejora en sus servicios[16].

De manera que, el comportamiento de las personas se deriva de los juicios intelectuales y morales que sobrellevan a la elección de optar entre ganancia o asistencia, ya que primeramente el colectivo logra identificar un bien o servicio para la satisfacción de una carencia, donde se ejecuta un estudio del demanda para garantizar la satisfacción a sus carencias según su conocimiento, estilo de vida, estimulación, distintivo, edad y discernimiento[17].

De lo anteriormente expuesto se infiere que para consolidar la cultura de la atención en salud, es importante tomar en consideración las técnicas y conocimientos adyacentes al progreso de destrezas, modos enfocados a aminorar las escaseces de los usuarios., ya que los esquemas de calidad de la atención en salud se basan en la atención sanitaria, permitiendo alcanzar los objetivos de excelencia dentro de la institución de salud[18]. Adicionalmente, los estándares de calidad como elementos en la destreza sanitaria del personal dentro de la institución de salud van de la mano con los indicadores para controlar y valorar la disposición del cuidado de los usuarios.

Al definir la aproximación del fenómeno a conocer y los propósitos de la presente investigación, es necesario establecer algunos ejemplos de investigaciones que sustentan el estudio en cuestión. Tal es el caso de la investigación titulada Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia, cuya metodología se centró en un modelo re-aim por medio de sus cinco dimensiones: Cobertura, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento. Los resultados de la investigación demuestran que el uso del marco re-aim permitió la evaluación integral del modelo de Atención Primaria en Salud (MAPIS) más allá de las evaluaciones convencionales centradas en indicadores de cobertura y eficacia o efectividad. Por tanto, el re-aim facilitó la identificación, descripción y comprensión de los aciertos y desaciertos de tipo organizacional que afectaron el desempeño del modelo, como por ejemplo el referido a la falta de formalización del MAPIS desde lo político y administrativo por parte de las autoridades municipales, lo cual constituyó uno de los principales obstáculos para la implementación y la sostenibilidad a mediano y largo plazo del modelo [19].

Una investigación titulada El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS), con una metodología basada en una revisión narrativa. Los resultados muestran que el papel de los profesionales de la salud en el sistema y rol que juegan un papel fundamental en la atención primaria y en la organización de los servicios de salud, ya que en el sistema de salud colombiano y se hace énfasis

en el cambio que se requiere del médico general, históricamente más ligado a la clínica y al hegemonismo del modelo biomédico. De manera que, se presenta un esquema sobre la formación para las nuevas demandas en el actual momento, en tres dimensiones macro, meso y micro de la realidad socio-sanitaria, sin desconocer las limitaciones estructurales del sistema colombiano que lo afectarán [20].

Mediante un artículo en titulado la Percepción de calidad y satisfacción en el servicio de urgencia, cuyo objetivo fundamental fue evaluar el grado de satisfacción y la percepción de calidad de los pacientes del Hospital San Vicente de Paúl ubicado en el municipio de Alcalá. Se realizó un estudio cualitativo de caso, en el cual se empleó como mecanismo de recolección de datos una encuesta y el método de muestreo fue aleatorio sistemático. Los resultados del estudio evidencian que los niveles de satisfacción y valoración de la calidad de los pacientes es positivo con 92%, además se demuestra que el sociabilidad es la más adecuada, lo que indica que las apreciaciones sobre el servicio son equivocados. De igual forma, la evaluación del grado de satisfacción y percepción de calidad de los pacientes facilitarán a la toma de decisiones, lo cual busca optimar el servicio y su influencia en el discernimiento de calidad tanto en infraestructura como en la atención recibida por el equipo médico[21].

De igual forma, se realizó un estudio acerca de la Evaluación de la calidad de atención en el área de hospitalización en la clínica psiquiátrica de la costa limitada en el último trimestre de 2010. La metodología empleada en el presente estudio fue de tipo cuantitativo con método descriptivo, permitiendo presentar la información y como se presenta en un tiempo y espacio determinado. Los resultados evidencian que el país se han realizado importantes avances legislativos y culturales en el intento de garantizar la calidad y evitar la pérdida de recursos en los procesos de atención en salud, si bien el actual sistema de garantía de la calidad no ha logrado permear todos los niveles de atención en salud y aun es considerado por algunos individuos e instituciones como una obligación más que como una necesidad. De manera que, es necesario ilustrar a las instituciones en lo importante y provechoso

que puede ser la implementación de un sistema garante de la calidad para ellos, los pacientes y el sistema de salud de Colombia[22] .

Calidad de Vida

Es la felicidad que tiene cada persona al momento de ser atendido, mitigando sus querencias materiales, medicas, psicológicas, sociales, políticas y culturales, ya que todo circunda con base al ambiente donde vive y se desenvuelve como individuo. Además, está emparentado con el modo de salud física que posea, su estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y la forma cómo logra incluir los diversos factores que lo circundan. En tal sentido, es lo que el ser humano percibe dentro del lugar de su existencia, en el ámbito de la cultura y del sistema de valores en los que vive conjuntamente con sus objetivos, perspectivas, reglas y molestias [23].

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud en el adulto mayor se encuentra significativamente relacionada tanto con el servicio que otorga el personal de enfermería o medico en cuestión como con el ámbito familiar. El núcleo familiar es importante como red social de apoyo emocional, de las necesidades del paciente geriátrico ya que al existir una deficiencia en este ámbito puede desarrollar depresión, así, aquellos que perciben una baja Calidad de Vida Relacionada con la Salud también es asimilado por sus parientes[24].

La importancia de la Calidad de Vida está en reconocer que lo que percibe el ser humano en cuanto a su estado de bienestar se refiere a la creación de condiciones para la complacencia de sus requerimientos materiales, morales y sociales. A continuación, se logran explicar las diversas concepciones que diferencian al individuo:

Subjetivo. Cada ser humano tiene discernimiento propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

Universal. Representan los bienes que presentan las diversas culturas.

Holístico. El individuo se observa así mismo como un todo, mediante el cual incluye todos los aspectos de la vida, distribuidas en tres dimensiones a nivel psicológico, social y biológico.

Dinámico. Se basa en el cambio activo y constante de una persona en cuanto a sus intereses y prioridades vitales así como los parámetros que constituyen una óptima calidad de vida.

Interdependencia. Consiste en la dependencia recíproca entre la persona y ámbito que la envuelve, de modo que existen muchos aspectos como afectivos, físicos y sociales que repercuten en su cotidianidad [25].

La calidad de vida posee afinidad con la salud, la cual se relaciona con:

Física: estado físico o de salud de los individuos que producen enfermedades y efectos adversos.

Psicológica: desarrollo de la salud mental y la percepción cognitivo y afectivo de los individuos basados en el miedo, ansiedad, incomunicación, pérdida de autoestima, incertidumbre del futuro, creencias personales, espirituales y religiosas.

Social: Es la manera en cómo el individuo distingue las relaciones interpersonales y roles sociales en la vida así como la necesidad de apoyo familiar y social, relación médico-paciente y desempeño laboral [26].

5.2 Marco normativo

Dentro de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud se encuentran los lineamientos normativos, planes, políticas y programas nacionales en los que ya está comprometido para estructurar Colombia en el ámbito de servicio en salud, a continuación, se describen:

Constitución Política de Colombia de 1991

La Constitución Política de 1991, declara a Colombia como un Estado Social de Derecho, consagrando la vida como un derecho fundamental e inviolable; en desarrollos jurisprudenciales subsecuentes se avanza hacia el derecho a una vida digna.

Por cuanto, la Salud como derecho la Corte Constitucional le da protección tutelar, bajo el precepto de conexidad con el derecho a una vida digna, además reconoce el carácter de fundamental del derecho a la salud de manera autónoma. Adicionalmente, la Carta Magna establece que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, y en los términos de sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. De igual forma, se determinó que la Seguridad Social es un derecho irrenunciable como garantía para toda la población dentro del territorio nacional, puesto que el Estado concurre al igual que los particulares, en la de la cobertura de la Seguridad Social y la prestación de los servicios como forma de ampliación progresiva de los mandatos legales.

Por otro lado, el Estado garantiza el sistema de salud, la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos, además avala el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud de todas las personas. Por tanto, los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, en cuanto a los términos de gratuidad y obligatoriedad de las personas.

Resolución 2003 de 2014

En la presente resolución se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, adoptados por el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Art. 1). Asimismo, en cuanto al campo de aplicación se señalan: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Profesionales Independientes de Salud, Servicios de Transporte Especial de Pacientes, entidades con objeto social

diferente a la prestación de servicios de salud y Entidades Departamentales y Distritales de Salud que estén dentro de su competencia.

Ley 1122 de 2007

La Ley 1122 de 2007 establece en su artículo 1 realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud**.**

Ley Estatutaria 1751

La Ley 1751 en su Artículo 10 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Adicionalmente, el artículo 2 expresa el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, ya que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

6.0 METODOLOGÍA

6.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación adoptó un enfoque metodológico cualitativo, cuya orientación corresponde a profundizar casos específicos y no a generalizar. En esta clase de estados la preocupación esencial no es medir, sino cualificar y describir el fenómeno social objeto de estudio a partir de rasgos determinantes, buscando entender una situación como un todo, teniendo en cuenta sus propiedades y su dinámica. De este modo, mientras en la investigación cuantitativa se parte de cuerpos teóricos aceptados por la comunidad científica, en la investigación cualitativa se conceptualiza sobre la realidad, con base en la información obtenida de la población o las personas estudiadas[27].

También puede afirmarse que en los estudios cualitativos se busca recolectar la información en diferentes formas, excepto numérica, y se tienden a centrar en la exploración de un limitado número fuentes, sin embargo, predomina el detalle y deben resultar interesantes o esclarecedores, ya que la meta es lograr la profundidad[28].

6.2 Tipo de Investigación

Tipo de estudio fenomenológico, que se enfocan en las experiencias individuales subjetivas de los participantes, buscando conocer el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), grupo (grupal) o comunidad (colectiva) respecto de un fenómeno cabe anotar que el centro de indagación de estos diseños investigativos se halla en las experiencia(s) del participante o participantes[29].

Para la realización de estos estudios se recurre en esencia, a las siguientes etapas:

- Etapa descriptiva: se busca una caracterización del fenómeno de estudio, lo más completa y no prejuiciadamente posible, que refleje la realidad vivida por la persona, su mundo, su situación en la forma más auténtica
- Etapa estructural: se enfoca en el estudio de las descripciones previamente obtenidas, con lo cual se llevan a cabo los análisis y se obtienen los resultados en torno a la problemática de interés.
- Etapa de discusión de los resultados: se relacionan los resultados obtenidos de la investigación con las conclusiones o hallazgos de otros investigadores para compararlos, contraponerlos o complementarlos, y entender mejor las posibles diferencias o similitudes[30.]

5.3 Población

La población o universo de una investigación está compuesta por la totalidad de las unidades de análisis sobre las que trata un estudio explícito, ya que la población es un conjunto finito o infinito de personas, temas o compendios que muestran tipologías habituales. Por tal razón, la población de esta investigación estuvo constituida por los profesionales de la salud que brindan la atención para la promoción y mantenimiento de la salud y el personal administrativo que labora en la secretaria distrital de salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y en los centros de salud de la Empresa Social de Estado Hospital Local Cartagena de Indias (ESE HLCI) de la ciudad de Cartagena.

Desde la mirada de los actores (Secretaria de salud distrital, EAPB y ESE HLCI) se busca conocer los factores que afectan positiva o negativamente la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia.

6.4 Muestra

Es evidente que, para el investigador la muestra es una parte característica de la población, por tanto, a efectos del estudio, la practicidad se representa en manipular sólo un extracto de la población y no la totalidad de la misma, por

lo cual, la muestra es un subgrupo de la población, donde se recogerán fundamentos que tendrán que definirse o concretar de antemano con exactitud [24].

La muestra estuvo constituida por veinte (20) participantes de los cuales 14 fueron enfermeros y seis (6) médicos, esa se definió mediante un muestreo abierto por saturación, entendiéndose como el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse[31].

6.5 Criterios de inclusión:

- Persona con edad igual o mayor a18 años.
- Ser el representante oficialmente designado por cada uno de los actores identificados, para responder la entrevista.
- Tiempo mínimo en el cargo de 18 meses
- Por lo menos una de las siguientes condiciones:
  - Hacer parte del programa de primera infancia o infancia
  - Desarrollar actividades y/o estrategias relacionadas con la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia.

6.6 Posibles fuentes de pérdida

- Se niega a participar de la entrevista
- Se niega a firmar el consentimiento informado
- Retiro voluntario

6.7 Fuentes de Información

Los participantes serán seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y se tendrá la posibilidad de escoger a los participantes, de acuerdo con lo que puedan

aportar al análisis del objeto de estudio a medida que se desarrolle el trabajo de campo, siempre tomando como criterio para definir el muestreo a la saturación teórica.

Las entrevistas a nivel local fueron realizadas a personas encargadas de desempeñar funciones en relación a la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia.

Las entrevistas buscaron conocer los factores que afectan la implementación de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia

La cobertura geográfica es en la ciudad de Cartagena, enmarcada dentro del Departamento de Bolívar.

Para el reclutamiento de los participantes se identificaron inicialmente los actores considerados como clave dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en la concepción, formulación, implementación, prestación, vigilancia, mantenimiento o mejoramiento, de RIAS; y que fueron convocados para que, desde sus conocimientos y experiencias, nos brindaran información útil que dé respuesta al objeto de esta investigación.

Para las entrevistas, la investigadora compartió las cartas de presentación explicando el propósito y objeto del proyecto de investigación y realizara una presentación a las entidades y organizaciones, informando que esta actividad hace parte de un proceso académico e investigativo que gesto el proyecto de investigación titulado FACTORES QUE AFECTAN LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN LA ESE HLCI. 2021. El tiempo estimado de duración para cada entrevista será de 45 a 60 minutos.

Las cartas fueron enviadas a cada organización para identificar la persona dentro de la organización que mejor se ajuste a los criterios descritos en el plan de muestreo, y una vez identificada la (s) persona(s) a entrevistar se le(s) solicitó una cita para programar la realización de la entrevista.

Esta recolección de información se realizó a través de la plataforma Teams, Google Meet o Zoom.

Los temas que se abarcaron en la entrevista para los actores de esta investigación son:

a. Condiciones mínimas de infraestructura y dotación para la implementación de las RIAS
b. Procesos y procedimientos necesarios para la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia
c. Factores que pueden afectar la implementación de las RIAS

6.8 Recolección de datos

Entrevistas virtuales: las entrevistas virtuales tuvieron una duración entre 45 y 60 minutos, estas se realizaron por las plataformas Teams, Google Meet o Zoom. Todas las entrevistas fueron grabadas por equipos de campo utilizando la función de grabación de Teams, Zoom o Google Meet con el consentimiento de cada participante; antes de comenzar las entrevistas, la grabación se probará y reproducirá para garantizar la mejor calidad posible.

El entrevistador descargó las grabaciones diariamente al final de cada día de recolección de datos y a cada participante se le asignó un identificador alfanumérico único. El entrevistador resaltó a los participantes que no utilicen nombres completos ni información de identificación personal durante la entrevista, para salvaguardar la confidencialidad.

Para las transcripciones: La investigadora principal realizó las transcripciones de todas las grabaciones de audio.

Cualquier referencia al nombre completo u otra información de identificación (ej. ocupación, donde viven, nombres de compañeros de trabajo, etc.) que surgió involuntariamente durante la entrevista, se eliminó de las transcripciones y se revisó para garantizar la calidad.

Todos los datos de entrevistas redactados se analizaron con el software de análisis cualitativo Atlas TI. Una vez haya pasado el mes de entrega del informe final las grabaciones de las entrevistas serán eliminadas y para ellos, se utilizará el software Sdelete.

Se obtuvo el consentimiento informado verbal y virtual de todos los participantes antes de cada entrevista; el formulario de consentimiento abordó los beneficios potenciales de la participación, los riesgos y los esfuerzos para proteger la confidencialidad y la participación voluntaria. El consentimiento de que la entrevista sea grabada con audio y video o solo con audio, se incluyó dentro del consentimiento informado así mismo información de contacto de la investigación en caso de que se presenten preguntas o inquietudes.

Los participantes podrán retirarse en cualquier momento si lo desean, y no están obligados a responder preguntas que no deseen responder; se mantendrá toda la información en estricta confidencialidad y se alentará a todos los participantes a hacer lo mismo.

6.9 Plan de análisis

En el análisis de la presente investigación, se omitió la identificación de personas y entidades de los extractos de entrevista utilizados.

Cada una de las entrevistas se hizo de forma diferente, según las características y condiciones laborales y específicas de los participantes. Para llevar a cabo el análisis de la información, se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

a. Transcripción, reducción y categorización de la información para cada participante (EAPB; ESE, etc.).
b. Codificación de entrevistas
c. Análisis de la información cualitativa: La información cualitativa se analizó a través del análisis de contenido, puesto que este permitió la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus experiencias personales y las situaciones objeto de evaluación.

6.9.1Transcripción

Las transcripciones de las entrevistas se hicieron de forma literal, ya que este es el tipo más exacto de transcripción, porque en ella quedan recogidos fielmente todos los sonidos, incluyendo errores, muletillas, expresiones indecisas o palabras sin acabar que el sujeto participante verbaliza durante la aplicación de la técnica.

La reducción de la información es la etapa de simplificación, resumen, selección, ordenamiento y clasificación de los datos cualitativos para hacerlos abarcables y manejables de tal manera que puedan ser susceptibles de ser analizados.

Por otra parte, la categorización de la información es el intento progresivo de agrupar la información recogida con base a ciertos criterios; a veces, perfilados de antemano o susceptibles de revisión.

6.9.2 Codificación de entrevistas

Posterior a la transcripción literal de las entrevistas en formato Word y subidos al programa Atlas ti, se procedió a su codificación, de la misma forma se hizo con todos los documentos resultantes de la revisión documental los cuales también serán incorporados en una misma unidad hermenéutica de este software.

Se utilizó un proceso de codificación inductivo para incluir nuevos temas que surjan en los datos; a medida que avance el análisis, los códigos se pueden refinar, reorganizar, subdividir y combinar. La codificación se realizó en tres etapas, una primera que correspondió a la codificación abierta la cual permitió generar códigos o conceptos, un segundo momento donde se desarrolla la codificación axial que logró relacionar esos códigos o conceptos y generar categorías de análisis, y finalmente una codificación selectiva para relacionar las categorías o conceptos y poder generar una construcción teórica que dé cuenta de la percepción de las sociedades de pacientes, población general, comunidades de las condiciones mínimas de operación del prestador primario en relación con la satisfacción del derecho fundamental a la salud.

El libro de códigos describió la información que los codificadores “etiquetarán” para abstracción a través de transcripciones y/o notas. Se utilizó la guía de entrevista

como base inicial de nuestra estructura de codificación; ya medida que avance el análisis, los códigos se pueden refinar, reorganizar, subdividir o combinar. Además de codificar las categorías que se definen antes de comenzar el análisis, también se utilizó un proceso de codificación inductivo para incluir nuevos temas que surjan de los datos. A medida que avanza la evaluación, se supervisó los pasos de procesamiento de datos y los pasos de codificación. La estructura final del libro de códigos incluyó los siguientes componentes: código, descripción breve, la definición completa, pautas sobre cuando usar el código, pautas para cuando no usar el código y ejemplos.

6.9.3 Análisis de información

El análisis de contenido permitió entender las dinámicas y las interrelaciones y dilucidar la percepción de los participantes en relación con la implementación de las RIAS.

En la presente investigación se utilizaron fuentes de información primaria, basadas en las técnicas de recolección de información como la observación y guion de entrevista.

La observación es una técnica que consiste en representar o captar mediante la perspectiva cualquier hecho, fenómeno o escenario que se origine en el ambiente o en la colectividad, en función de unos objetivos de investigación preestablecidos [(25)].

La entrevista semi- estructurada es una técnica para la recolección de información; aquí el investigador antes de la entrevista se prepara un guión temático sobre lo que quiere que se hable con el informante. Las preguntas que se realizaron fueron abiertas. El informante pudo expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado por el investigador cuando se descubren temas emergentes que es preciso explorar[32].

De igual forma, se tomó información en la investigación de fuentes secundarias, como la revisión documental, que según Hurtado esta técnica permite recolectar información escrita sobre un determinado tema, teniendo como fin proporcionar

variables que se relacionan indirectamente o directamente con el tema establecido, vinculando esta relaciones, posturas o etapas; y en esta investigación se revisaron los lineamientos normativos emitidos por el Ministerio de Salud, la Secretaria Departamental, la Secretaria Distrital de salud y la ESE HLCI.

6. Consideraciones éticas

Esta investigación estuvo sujeta a normas éticas promoviendo el respeto a todos los seres humanos, protegiendo la salud y los derechos individuales y es acorde a lo estipulado por la Resolución 008430 del 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, la cual tiene como objetivo establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación, establece que los aspectos éticos de las investigaciones en seres humanos son importantes según los lineamientos establecidos donde se infiere que el consentimiento informado por escrito por parte de los sujetos de investigación y/o su representante legal hace prevalecer su seguridad.

La investigación está basada en principios científicos y conocimientos importantes que sustentan o apoyan la investigación. Por ello, es importante la participación de profesional idóneo y competente sobre la temática, ya que la protección de los participantes es responsabilidad del profesional encargado.

7. RESULTADOS

Características sociodemográficas de los participantes

Para describir las características sociodemográficas de los participantes se utilizó la descripción de las variables estudiadas en las entrevistas por cada participante; de la misma forma se utilizaron códigos específicos para cada uno de ellos, con el fin de brindar confidencialidad de los sujetos que participaron en el estudio.

En total fueron 20 entrevistas, donde primo el sexo femenino con edades comprendidas entre 26 y 65 años; con relación a su perfil profesional 14 fueron enfermeros y 6 médicos, 5 tenían formación posgradual (5 con especialidades y 1 con maestría), los años de experiencia en el área se encuentran en el rango de 5 meses a 28 años.

Cuadro características sociodemográficas:

Código	Edad	Género	Profesión	Especialista	Magister	Doctor	Años de experiencia en el área
001-E	35	F	Enfermero	No	no	no	6
002-M	41	F	Médico	No	no	no	8
003-E	41	F	Enfermero	Si	no	no	7
004-M	32	F	Médico	No	no	no	8
005-E	31	F	Enfermero	No	no	no	12
006-E	32	F	Enfermero	Si	no	no	10
007-E	33	F	Enfermero	No	no	no	3
008-E	36	F	Enfermero	No	no	no	7
009-M	65	F	Médico	No	no	no	28
0010-E	59	F	Enfermero	Si	no	no	15
0011-E	35	F	Enfermero	No	no	no	1 y 5 meses
0012-M	33	F	Médico	No	no	no	5 meses
0013-E	53	F	Enfermero	No	no	no	3 y 5 meses
0014-M	36	F	Médico	Si	no	no	8
0015-E	26	F	Enfermero	No	no	no	6

0016-M	32	F	Médico	No	no	no	5
001-DADIS	43	F	Enfermero	Si	si	no	15
001-EPS	41	F	Enfermero	No	no	no	8
002-EPS	38	F	Enfermero	No	no	no	5
003-EPS	39	F	Enfermero	No	no	no	7

Fuente: Elaboración propia

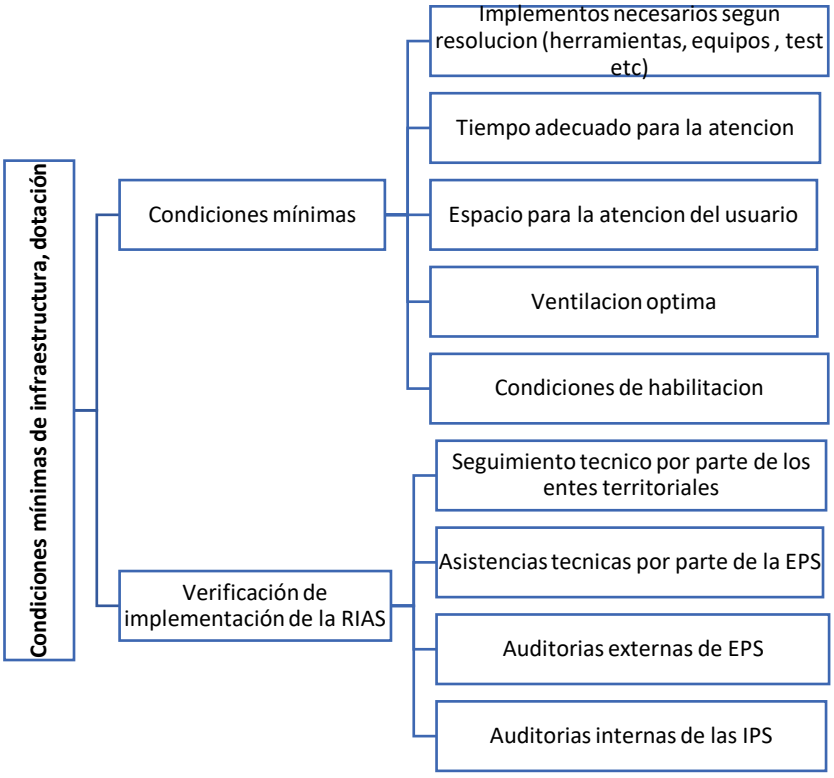
Hallazgos

A la luz de la fenomenología social de Alfred Schutz, este capítulo esboza los hallazgos encontrados en el estudio FACTORES QUE AFECTAN LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN LA ESE HLCI, 2021; cuyo objetivo es conocer los factores que afectan la implementación de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia según la resolución 3280 del 2018, en la ESE HLCI durante el año 2021; posterior a la recolección de la información de 20 entrevistas, se logró dar cumpliendo a este objetivo a través de los siguientes temas, que describen de manera concreta las expresiones emanadas por los sujetos: Condiciones mínimas de infraestructura y dotación, verificación de implementación de la RIAS, procesos y/o procedimientos necesarios en la implementación de las RIAS, factores positivos en la implementación de las RIAS y barreras en la implementación.

Teniendo en cuenta que la atención integral en salud establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social define que estas rutas de atención actúan como un conjunto de acciones complementarias y coordinadas que permiten garantizar el derecho a la salud de los usuarios, mediante el abordaje del individuo, la familia y los colectivos con la finalidad de promover de manera articulada gestiones intersectoriales que determinen de manera positiva la atención continua de la salud.

A continuación, se describen los temas y subtemas encontrados en los hallazgos:

1. **Condiciones mínimas de infraestructura y dotación**



Fuente: Elaboración propia

En relación a las condiciones mínimas de infraestructura y dotación descrita por los participantes para dar cumplimiento a la atención integral de la primera Infancia, exponen que dentro de los mínimos elementos a nivel institucional y de acuerdo a las concepciones teóricas y las implicaciones prácticas para la implementación de RIAS, se percibe que entre los actores administrativos y funcionarios asistenciales de atención a la primera infancia, los elementos mínimos son: tener los insumos y herramientas técnicas para brindar la atención, esto incluye peso, infantómetro, tallímetro, equipo de órganos entre otros elementos claves para la identificación de riesgos y signos de alarma en niños y niñas; sumado a esto es relevante según los participantes tener el tiempo adecuado y óptimo para la valoración del infante pues se incluye el diligenciamiento de documentos y programas tecnológicos y la atención directa del niño; para esta atención se debe contar con un espacio ventilado , que en conclusión cumpla con los requisitos mínimos de habilitación para el desarrollo e implementación de las RIAS de para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia.

En este sentido, lo manifestado por los participantes guarda relación con los estipulado en la Resolución 3280 de 2018[34], la cual especifica que adicional a lo establecido en los estándares mínimos de habilitación[35], se requiere lo descrito y otros elementos obligatorios como el carné de salud infantil, tablas y gráficas de los patrones de referencia para clasificación nutricional, la Escala Abreviada de Desarrollo-3 y kit de materiales para la aplicación de la misma; estos últimos son de obligatorio cumplimiento dentro de la consulta. Así mismo, se debe garantizar la presencia de materiales para examen físico pediátrico como el fonendoscopio, tensiómetro pediátrico, cinta métrica, pulsoxímetro, optotipos para agudeza visual, balanza pesa bebé y balanza de pie.

Este proceso de implementación es verificado mediante seguimiento y/o visitas de asistencia técnica por parte del entre territorial (DADIS), quien ejecuta su función de acompañamiento, vigilancia y control del cumplimiento de normatividad en salud; por otra parte las EPS también realizan asistencias técnicas y auditorías a las IPS enfocadas a la verificación de la implementación de las RIAS y de igual forma las Instituciones prestadoras de servicios de salud realizan auditorías internas que muestren el proceso de ejecución de las RIAS.

Este contexto lo evidencian los siguientes testimonios:

Tema	subtema	Propiedades	Sujeto de enunciación	Testimonio
		Implementos necesarios según resolución (herramientas, equipos, test etc.)	002-M-EPS	"*primero tener todos los materiales para hacer , este, adecuadas, tener su balanza, tener el infantometro, tener una cinta métrica tener, todo, y tener todos los implementos del desarrollo* […] "

Condiciones mínimas de infraestructura y dotación	Condiciones mínimas		004-M-EPS	"[…] *teniendo en cuenta serian todas las herramientas de aquí, de… valoración de neurodesarrollo, o sea tener todos los implementos necesarios que nos permitan hacer esas valoraciones adecuada".*
			007-E-EPS	"[…] *principalmente en el centro de donde estoy, o sea, no están todas... no están todos los equipos para implementar o para, de pronto realizar la consulta como tal. No contamos con un pesabebés, que eso es esencial para poder tú de pronto tener un peso adecuado para poder identificar si el niño está bien de peso, bien de talla* […]"
			009-M-EPS	*"hay que tener los tensiómetros pediátricos. A los niños también se les debe tomar la presión. Yo*

				tenía aquí tensiómetro y fonendo pediátrico"
		Tiempo adecuado para la atención	016-M-EPS	*Entonces, el tiempo es muy corto, 20 minutos, y a veces se nos cae el sistema, uno tiene que estar, mejor dicho, uno aquí y el otro escribiendo*"
			002-M-EPS	[…] *importante es el tiempo porque en 20 minutos es muy complicado desarrollar todo lo que requiere la ruta. Específicamente estoy hablando de infancia y primera infancia que es la que yo manejo. Para hacer una evaluación adecuada del desarrollo, eso genera mucho más de 20 minuto […]* "
		Espacio para la atención del usuario	015-E-EPS	*En infraestructura un espacio adecuado que tenga su área de entrevista y área para valorar el examen físico, buena iluminación obviamente todo lo temático, aire* […]

			016-M-EPS	" […] *primero tenemos que tener el espacio adecuado. En el momento no contamos con el espacio adecuado, usted ve consultorios muy pequeños muy pequeño. No tenemos el espacio para hacer la evaluación de las diferentes escalas. El kit, tenemos un kit, pero es un kit de crecimiento y desarrollo, el kit adecuado para evaluarlas las escalas […]*
			004-M-EPS	[…] *pienso que debe haber un espacio locativo exclusivo para la atención de la primera infancia. ¿Por qué? Porque necesitamos que el niño entre en contacto con el entorno y pueda facilitar en esta consulta la realización de los test y las pruebas*"
		Ventilación optima	010-E-ESE	"[…] *de infraestructura pues un consultorio bien acondicionado, con todos los espacios necesarios, todos los*

				elementos que se necesitan para evaluarle esa atención integral al niño, porque como la ruta ahora de primera infancia e infancia va mucho más allá, si, no se queda con el niño que viene aquí al consultorio, sino que hay que hacerle un estudio de su medio en que él se está desenvolviendo allá en su comunidad" […] *El consultorio mínimamente debe estar bien ventilado, pues para que el niño se de, pueda pasar a intervención. En cuanto a recursos, el instrumento que se requiera […]*"
		Condiciones de habilitación	001-DADIS	[…]"*En esta entidad hay un área que se llama vigilancia y control, ellos son los encargados, por ejemplo, de mirar la infraestructura, la amplitud de las salas de espera, las condiciones de habilitación, cerrar o abrir servicios según los criterios de*

				seguridad del paciente que encuentren o no, entonces es tarea de otra dependencia[…]"
	Verificación de la implementación de las RIAS	Seguimiento técnico por parte de los entes territoriales	003-EPS	" […] *Nosotros tenemos una gestora en cada regional y esa gestora en esa región, o sea, gestiona todo lo que el paciente concierne. Ejemplo, si es un paciente que nos notifica que le salió un alto grado de… o tiene cáncer, bueno, nosotros tenemos una gestora de cáncer, la cual enseguida no lo reportan, lo ofrecemos el programa y se le presentan todas las atenciones que lleva el programa, dependiendo del cáncer que el paciente tenga*[…] "
			004-M-ESE	"*nosotros tratamos de hacer evaluaciones de historia clínica, evaluación de adherencia, también estamos realizando jóvenes institucionales y tenemos visitas de las diferentes referencias*

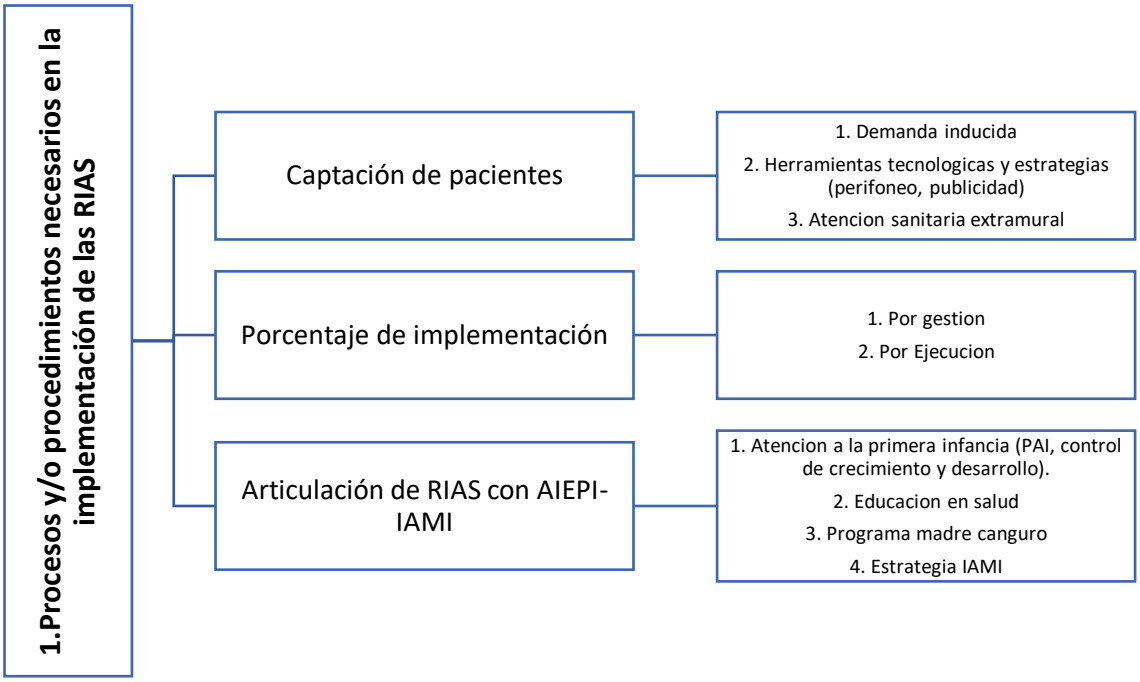
				de la institución donde están haciendo seguimiento a los procesos, a los que reportamos, en los niños que están con desnutrición, en los niños que se remite a las diferentes subespecialidades"
			005-E-ESE	" […] *los actores son las diferentes EPS, también tenemos el ente territorial que siempre nos hace visitas y acompañamientos con asistencia técnica con los diferentes líderes de los programas, los cuales nos apoyan y están presto siempre a cualquier* […] "
		Asistencias técnicas por parte de la EPS	001-EPS	" […] *Se le realizó una asistencia técnica por lo menos la, hace aproximadamente más de 15 días se le realizó una asistencia técnica a la coordinadora del PyP* […]
			002-EPS	[…] "*a través de las asistencias técnicas…*

				nosotros las hacemos […] " "*hacemos unas asistencias técnicas, a las cuales precisamente en eso, nosotros le mandamos a ellos la población que no ha sido atendida para la demanda… la demanda inducida realizado para que estos niños sean ingresen a la ruta. De ahí nosotros tenemos un software igualmente que se reporta de {…], ahí evaluamos a las IPS y de ahí es que sacamos la asistencia técnica de las IPS que no están cumpliendo con los indicadores de la atención a los usuarios* […]"
			003-EPS	
		Auditorías externas de EPS	003-E-EPS	"*seguimiento, nos hacen seguimiento … Auditoría de las empresas que… las internas, pues se hacen internas y las externas también*"

			002-M-EPS	"*cuando hacen la auditorias. Aquí se manejan auditorías internas y auditorías externas cuando vienen las auditorias de la EPS, que revisan las historias clínicas para ver si se está implementando la estrategia AIEPI*.
		Auditorías internas de las IPS	001-EPS 003-EPS	*" Nosotros lo vamos monitorizando por medio de la auditoria que se le hace, que es de manera trimestral*" *" Nosotros tenemos un grupo de auditores que ellos mensualmente me hacen auditoria precisamente a todas estas IPS. Además de eso, también las gestoras de los programas, ellos hacen como una evaluación en cuanto a la atención o algo que… de los usuarios que pertenecen a estas cortes o a estos programas y ahí entonces qué se dice si hay compromisos, si hay falencias. Eso se*

				evalúa y queda al siguiente mes para entonces la IPS empezar a implementar, es un compromiso que queda"

2. Procesos y/o procedimientos necesarios en la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia.



Fuente: Elaboración propia

Mediante la implementación de la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia, se generan herramientas que aportan en la gestión de los diferentes actores que forman parte del Sistema de Salud Colombiano y que de manera integral, facilitan los tratamientos y el goce efectivo

del derecho a la salud de la población infantil; los procesos y procedimientos facilitan, esclarecen, permiten reorganizar acciones y revelan la manera cómo se logra una operativización de las rutas integrales de atención en salud.

Para los participantes del estudio la implementación de las RIAS, amerita de la captación de los pacientes por medio de acciones de demanda inducida, atención sanitaria extramural, herramientas tecnológicas y otras estrategias comunitarias como el perifoneo y la publicidad; desde su mirada, el porcentaje de implementación varía según sea el tipo de implementación, por gestión o ejecución, siendo esta última, en un promedio del 70%; se ha avanzado mucho más en el tema de desarrollo de capacidades de los profesionales, adecuaciones e incluso en la articulación de las RIAS con estrategias que ya se vienen manejando como AIEPI e IAMI; esta articulación se muestra de forma específica en los programas de atención a la primera infancia e infancia, programa ampliado de inmunizaciones, educación para salud al individuo, familia y colectivos, programa madre canguro para niños prematuros y la estrategia IAMI enfatizando en lactancia materna.

Uno de los aspectos que resalta la ruta en el curso de vida de primera infancia e infancia, es la parte de la educación para la salud, pues la atención integral del menor no solo se enfoca en lo biológico, sino que tiene en cuenta todo lo relacionado con la dinámica y funcionalidad familiar, esto permite direccionar pautas y recomendaciones a los padres y/o cuidadores en referencia a lo identificado en las consultas, por ejemplo, pautas de crianza respetuosa, prevención de violencia, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, fomento de la recreación, deporte e interacción con pares, signos de alarma de enfermedades prevalentes en la infancia y prevención de accidentes en el hogar y fuera de el, todo esto engranado con las estrategias AIEPI e IAMI.

De igual manera, la atención contribuye en el diseño y ejecución del plan de cuidados para los niños y niñas, conforme a los hallazgos de la consulta, para la promoción y mantenimiento de su salud. Este plan puede estar enfocado a una

o varias patologías, o para la prevención de enfermedades y protección específica por ejemplo a través de la vacunación y atención a la salud oral, así como también, al refuerzo de las relaciones personales e interpersonales del infante y su grupo familiar.

Tema	subtema	Propiedades	Sujeto de enunciación	Testimonio
Procesos y/o procedimientos necesarios en la implementación de las RIAS	Captación de pacientes	Demanda inducida	002-EPS	*""Lo hacemos a través de la demanda inducida… en salud, derivándolo de acuerdo a los riesgos identificados […]"*
			003-EPS	*"nosotros a estos usuarios le hacemos nuestra demanda inducida, para el ingreso a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud. Nosotros tenemos nuestra base, nuestros usuarios a las cuales se les hace seguimiento, se actualiza mensualmente[…]".*
			008-E	*"el paciente que llega apartar una consulta externa uno inmediatamente verifica si la paciente esta, y todos los médicos deben de*

				remitir si es para Adulto, Juventud, adolescencia…Ya…todos loe médicos, auxiliares hacemos demanda inducida, es importante que en la consulta se identifique y se remite, se les explica que es y para que es, porque los pacientes preguntan […]".
		Herramientas tecnológicas y estrategias (perifoneo, publicidad)	001-EPS	*"nosotros tenemos un aliado que es un prestador que se llama Consusalud. Consusalud es el que hace las demandas inducidas y la captación de los usuarios, eh ya sea por perifoneo, cuñas radiales, por las bases de datos, mensajes de texto; ellos buscan la captación de esos usuarios y obviamente nos los tienen que remitir a nosotros […]"*

		Atención sanitaria extramural	014-M	*"captación de pacientes en la comunidad. Por lo menos en odontología nos hemos dado cuenta que ahorita que ellos están en la comunidad, captan una cantidad de pacientes que las mamitas y los han educado porque dicen: "¡ay! Pero ya él tiene que ir a odontología". "A partir de los seis meses tiene que ir a odontología". "no pero es que él tiene solo un añito". Y ya le hacen la educación y captan al paciente"*
			005-E	*"los procesos de demanda inducida. Aquí no viene casi niños y ahora en diciembre menos. Estamos luchando aquí con la jefe … que haya como un agente, un agente educativo que nos ayude"*

			006-E	*"En la parte de procedimientos, pensaría yo que este la demanda inducida es fundamental, ya. Entonces como que también reforzar esa parte porque, pues nosotros hacemos demanda dentro de nuestro consultorio, dentro del misma área, pero a veces también la falta de personal, yo me imagino que a veces hay auxiliares extra-extramurales que se dedican"*
	Porcentaje de implementación	Por gestión	003-EPS	*"bueno, yo por mi te diría con 100%, por todo lo que estamos gestionando, pero igual ya eso depende de pronto, porque igual por más de gestione siempre algunos... siempre uno encuentra como algo de y le baja a uno ese 100%"* *"ya nos capacitamos sobre las RIAS, ya la*

			005-E	*estamos implementando. O sea todo está bien. Como un… no sé. Que será. ¿70? ¿80? […]""*
			007-E	*"pues el proceso como tal, yo le daría más del 50% porque se ha avanzado desde el inicio hasta ahora, y como todos los procesos, siempre van a haber contratiempos para poder llegar al 100%"*
			008-E	*"Como un 70% si porque hace falta las dotaciones"*
		Por Ejecución	008-E	*"Como un 70% si porque hace falta las dotaciones"*
			001-E	*"si ya falta… yo digo que por ahí como un 60%,*

				porque no tenemos… si porque todavía no tenemos el equipo, los equipos"
			002-M	*"acá tenemos, yo diría como un 60%, en el caso de infancia"*
	Articulación de RIAS con AIEPI-IAMI	Atención a la primera infancia (PAI, control de crecimiento y desarrollo.	001-EPS	*"Pues se han articulad, pues en base con las atenciones de primer nivel que el medico lo que hace eh por medio de los ciclos de vida y los signos de alarma que se pueden presentar en el infante, pues eso se le recalca más que todo a los médicos ya, a los médicos y a las enfermeras que esa es una de las socializaciones que se han presentado, que se presenta pues a la ESE, que todo debe ir articulado, tanto IAMII que ese sobre eh, pues eh, materno, tanto AIEPI que es infante, si no van de la mano con las RIAS*

				prácticamente no estamos haciendo nada"
			003-EPS	*"Todas estas estrategias están implementando para los niños… un ejemplo: lo de PAI para que todos los afiliados de cero a 11 meses tengan el esquema completo de la de vacunación. Nosotros tenemos unas metas programáticas, tenemos unas estimaciones y todo eso se evalúa mensualmente"*
			010-E	*"[…]Digámoslo así, van muy, muy ligadas la estrategia AIEPI con las rutas de primera infancia e infancia. Que hay que tener en cuenta la estrategia AIEPI para la evolución del niño[…]"*

		Educación en salud	002-M	*"si, aquí se está articulando y yo manejo, por ejemplo, las tarjetas de la madre, se le entregan las tarjetas de la*

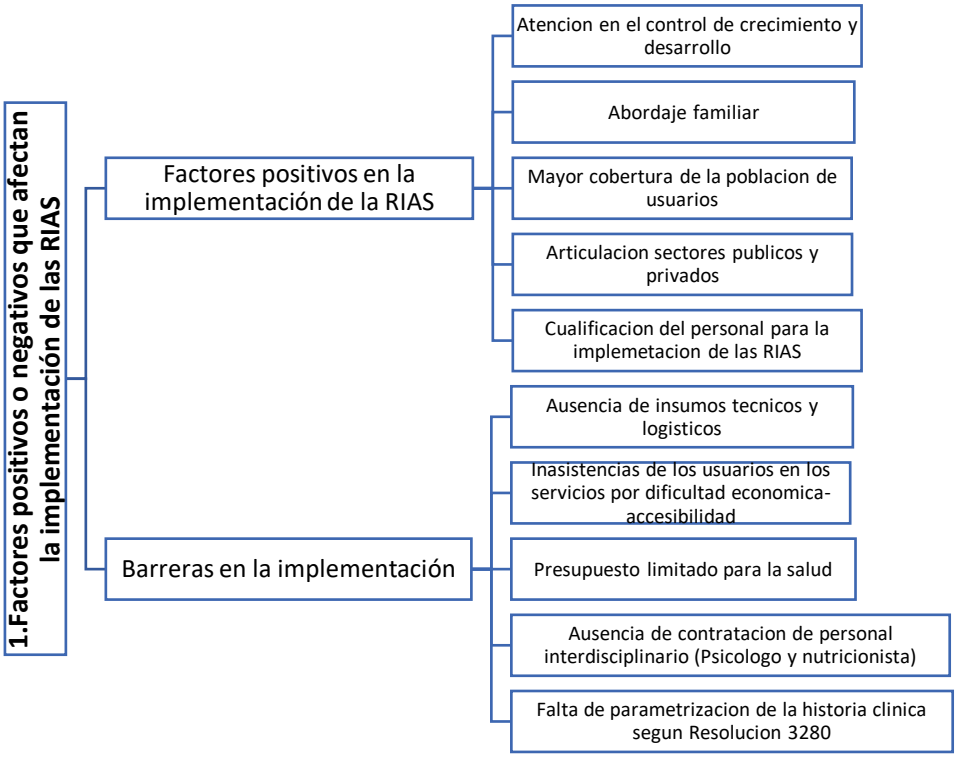
				madre para las recomendaciones, se les hace educación sobre los cuidados que tienen que tener en la casa. Eso sí, se está manejando, se está implementando"
			007-E	*"en AIEPI, nosotros manejamos una guía e incluso la ESE tiene una tarjeta de la madre donde se le da la educación al paciente. Con respecto AIEPI, sobre IRA, sobre la primera infancia, sobre la consulta que tiene el niño, dependiendo de la edad y los rangos y, de pronto, los factores de riesgo que tiene más en cada etapa. La alimentación como tal, ellos tienen una guía donde uno le da educación a la madre en la consulta"*
				"Si claro porque es importante la educación a la mama, de acuerdo a lo que tenga el niño[…]"

			008-E	
		Programa madre canguro	005-E	*"Bueno en AIEPI enseguida si uno ve a un niño enseguida uno lo capta y se le realiza su historial, le aplica la se le da su educación ahí. También programas Madre Canguro. Todo es remisiones"*
			011-E	*"con la AIEPI, pues se sigue implementando, también con charlas educativas, que también se les hacen charlas educativas a las madres todos los días, o en grupo[…]"*
		Estrategia IAMI	004-M	*"bueno, nosotros como siempre AIEPI y IAMI son estrategias que no las podemos dejar nunca. Pienso que nacieron para quedarse siempre en la atención del infante y nos dan pautas claras en cuanto a los casos de gravedad. Identificar*

				casos de gravedad de manera oportuna y hacer los tratamientos oportunos"
			015-E	*"En la estrategia IAMII, Cuando me llega el paciente que esta lactando, mas que todo ese vinculo madre e hijo, en que sentido…. Como son los comportamientos entre ellos, en la alimentación que consume el niño, cuales han sido los signos de alarma, por lo general en la Historia clínica al inicio pregunta si el niño ha presentado fiebre, dificultad respiratoria, vomita todo, todas esas cosas si o si hay que realizarselas al niño. he también hacemos recomendaciones a ellos en caso de que el niño presente síntomas cuando regresar de inmediato, por lo general yo entrego un volante a la madre que se llama tarjeta para la madre que esta todo resumido de cuando la madre debería,*

				cuando son los signos de alarma y cuando debe estar pendiente si ocurre tal cosa[…]"

3. Factores positivos o negativos que afectan la implementación de las RIAS



Fuente: Elaboración propia

En todo proceso de implementación existirán factores que puedan influir de manera positiva o negativa, para los participantes del estudio existen factores que facilitan el proceso de implementación de las RIAS entre ellos están la atención en el programa de crecimiento y desarrollo que permite la articulación

de la RIAS en la población infantil, de la misma forma expresan que el abordaje familiar brinda mayor cobertura de la población para la implementación de las ruta y consideran importante la cualificación del personal profesional encargado de la atención directa así como la articulación que se ha sostenido con sectores del ámbito público y privado.

Por otra parte, la población objeto expreso que entre los aspectos que se han convertido en barreras para la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia, está la ausencia de insumos técnicos y elementos logísticos propios para la atención de la población, falta de adecuación y parametrización de la historia clínica con lo requerido por la Resolución 3280 de 2018, a esto se le suma el presupuesto limitado en salud por parte del ente territorial (DADIS) y la falta de contratación de personal interdisciplinario por parte de las EPS e IPS, que apoya en el proceso de atención de la población infantil y el cumplimiento de los establecido en la ruta para esta población especifica.

Las inasistencias de los usuarios en los servicios por dificultad económica mostrando problemas de accesibilidad a los servicios y programas; es un aspecto a tener en cuenta que devela las inequidades entre la población. En este sentido, la ruta para el curso de vida de la primera infancia e infancia es puntual en que esta población identificada, se canalice para atención básica de orientación familiar, por ejemplo, a familias en situaciones de vulnerabilidad social (un solo proveedor económico, en contexto de mayor exposición a violencias, consumo de sustancias psicoactivas), también a familias con pobres redes de apoyo. En este punto, el abordaje esta dado de acuerdo al contexto familiar y será un seguimiento interdisciplinario, igualmente, se dará especial atención a niños desescolarizados, en cuanto a direccionamiento a red escolar, apoyo alimentario y transferencias monetarias condicionadas, lo anterior en aras de la prevención y atención del trabajo infantil.

Tema	subtema	Propiedades	Sujeto de enunciación	Testimonio
Factores positivos o negativos que afectan la implementación de las RIAS	Factores positivos en la implementación de la RIAS	Atención en el control de crecimiento y desarrollo	006-E	*"[…]yo pienso que pues cada uno desde su área, desde su punto este, podemos hacer que-que que la ruta y esto funcione, poniendo un poquito de-de parte, hablándole al usuario, como recalcarle mucho la importancia de las vacunas, por que lo niños no se enfermen, la importancia de la alimentación, de venir aquí al control, no solamente pesarlo y tallarlo; vemos el niño como un todo, identificamos cualquier alteración[…]"*
			012-M	*"lo que está facilitando es que desde las escuelas están también*

				fomentando a que las mamás asistan con sus niños a la consulta de crecimiento y desarrollo, que ahora son de infancia y primera infancia"
Factores positivos o negativos que afectan la implementación de las RIAS		Abordaje familiar	002-M	*"esta ruta sirve para detectar ciertos factores que antes de pronto no se veía, porque antes no se hacía tanto énfasis este en la familia, las condiciones de-de cómo vivían las familias y eso es importante para saber[…]"*
		Articulación sectores públicos y privados	002-EPS	*"Como facilitador, actualmente la voluntad político-administrativa de los vales de la ESE, tanto directivos como digo en intermedios, háblese de la gerencia de las sugerencias, científica de los referentes.*

				Comunicación para eso y de verdad que se observan muchas ganas de hacer muchísimos cambios."
			004-M	*"bueno, positivamente, eh en el distrito de Cartagena hemos tenido muy buena articulación con DADIS y él nos ha permitido actualizarnos en conceptos, nuevas directrices, normas, nueva normatividad. Y pienso que se ha hecho una articulación tanto el sector público como privado[…]"*
			004-M	*"[…]el factor facilitador seria toda la capacitación que estamos haciendo del personal médico de la Ciudad de*

				Cartagena porque incluye todo general, tanto de la ESE como el sector privado"
		Cualificación del personal para la implementación de las RIAS	001-DADIS	*"en este caso la ESE Cartagena de Indias, viene avanzando, es posible que no avance porque el personal no está entrenado, pero ya el Ministerio ofreció una gran capacitación y el DADIS ofreció otra ¿verdad?, entonces, ya por capacitación no va a haber una limitante"*
			001-DADIS	*"la Secretaría de Salud: el DADIS, ha invertido recursos para la contratación de talento humano, cuyo objeto contractual*

				exclusivamente para fortalecer la implementación de la ruta[…]"
			007-E	*"pues yo pienso que la parte positiva que tiene de pronto la institución, este, ha actualizado mucho el personal de salud por respecto a las RIAS, y de pronto lo ha orientado en todos los procesos y en los cambios que se deben efectuar"*
			010-E	*"el desarrollo de capacidades es un facilitador. Las capacitaciones, todas estas capacitaciones[…]".*

			001-DADIS	*"me parece favorable el compromiso por parte del digamos, del, del, del coordinador de las rutas en momentos de vida de primera infancia. El interés que le ha puesto para poder convocar con facilidad a médicos y enfermeras para que asistan a las capacitaciones y estuvo[…]"*
	Barreras en la implementación	Ausencia de insumos técnicos y logísticos	011-E	*"pues tener todo para que se haga una buena valoración … Si tener toda la dotación"*
			001-DADIS	*Bueno, veo con preocupación, eh, que algunos… por ejemplo, que la*

				ESE no tenga disponible algunos instrumentos que se requieren para la atención o que no hay datos de procedimientos a la ruta, eh, ara adoptar la ruta, la ruta de promoción y mantenimiento en los momentos de vida que nos interesa, que me parece preocupante que aún en este momento, pues no estén adaptados a sus procedimientos porque a partir de ello, pues, eso no nos garantiza que en el año 2022 qué personal empiece y con una obligatoriedad" *"Y, pues las barreras de pronto tienen uno, como te dije ahorita, tiene uno que estar evaluando el prestador,*

			003-EPS	*evaluando a esto, pero si de pronto todos manejamos el mismo idioma, todo fuera más fácil y pues eso es lo que estamos nosotros como EAPB implementando para que el prestador atienda a los usuarios como debe ser y que no haya ninguna queja, no haya ninguna barrera hacia estas atenciones"*
			001-EPS	*"Dificultades que hemos tenido en implementación de RIAS es que la ESE no nos había implementado la resolución 3280, sino que trabajaban con la 412"* *"Este la parte de la demanda también*

			006-E 015-E	*es una barrera porque, bueno si nosotros eh por lo menos tuviéramos auxiliares de terreno que se vinieran 2/3 veces a captar usuarios, yo sé que la gente viene, porque uno les dice: "bueno vengan y hagan esto"* *"En este centro de Salud (Bayunca) la infraestructura y la parte de dotación ahora mismo. Porque no tenemos las cosas 100% completas"*
		Inasistencias de los usuarios en los servicios por dificultad económica-accesibilidad	001-EPS	*"Las barreras que tenemos, pues eh muchas veces que eh que, por lo menos eh no tenemos la continuidad de ese usuario que*

				muchas veces por problemas económicos, socioeconómicos pues se pierde en las atenciones"
			006-E	*"[…]la accesibilidad a las citas médicas sobre todo, y las de nutrición y otras especialidades, porque este aja las mamitas a veces son de bajos recursos, ella viven por aquí y viene caminando, vienen en moto, pero cuando uno les dice que hay que autorizar, que hay que hacer esto a ellas se les complica un poco la situación"*

		Presupuesto limitado para la salud	003-E	*"el costo, es el costo. Se necesita el lugar, se necesitan las cosas, se necesita que el personal se capacite. Se hace el costo. Es más que todo dinero, porque por lo demás no, porque la gente está muy dispuesta hacerlo"*
			004-M	*"negativa, bueno, falta… la falta de recursos, el flujo, a veces el flujo de caja que-que tenemos la disposición de los elementos que necesitamos en los presupuestos, que uno no es ajeno a nosotros. Lastimosamente la salud a veces maneja presupuesto muy limitado, entonces necesitamos*

				mejorar de manera presupuestal para que podamos adquirir todas las cosas"
		Ausencia de contratación de personal interdisciplinario (Psicólogo y nutricionista)	005-E	*"lo que le dije anteriormente, el profesional de psicología y nutrición, que siempre este allí para no desviar al paciente. Porque aquí tenemos ya vacunación. Sale aquí el paciente, la mamita enseguida lo lleva a vacunación, a*

				psicología y a nutrición"
			007-E	*"Porque muchas veces aquí uno manda el paciente para consultas de nutrición o de pediatría y nunca llegué a la contra referencia, o el paciente no va. Yo digo que esa es una parte que dificulta. Si de pronto la institución contara con… en cada institución con una nutricionista dentro de la institución o un pediatra una vez por mes o una vez a la semana, de pronto, todos los pacientes que saldrían en una consulta con alguna alteración se les apartaría a la cita para que ya el especialista lo viera, y fuera mucho más fácil"*

			005-E	*"ah bueno, nos quitaron psicología, nutrición. Ahora con psicología tiene que ir directamente con la EPS, estamos ahí partiendo como el proceso, ¿si me entiendes? Aquí salían y se metía enseguida a psicología, nutrición. Ahora disque a remitirlo y ya que la mamita corriendo va a llegar a hasta allá, de aquí del Pozón las mamas no van a buscar la citas"*

		Falta de parametrización de la historia clínica según resolución 3280	013-E 015-E	*"yo pienso que lo más fundamental son la actualización del software e inclusión de los tamizajes de la historia clínica y capacitación del talento humanos"* *"Implementar la Historia Clínica, hacer la dotación de los implementos de los consultorios en general, la EAD, como ya como ya se debe implementar en el deber ser, obviamente la resolución trae consigo muchos*

				cambios y en esos cambios mínimos de atención… porque por lo general duramos 20 minutos, pero con la implementación mínimo son 30 a 40 minutos que es lo que se requiere"
			016-M	*"es que todo va de la mano, o sea, porque nosotros tenemos la capacitación, porque nosotros la tenemos. Este, no se está implementando en el momento porque esa la ESE todavía no nos ha dado, pues la historia para uno… y las herramientas para uno poder hacer eso en la consulta"*
				"Entonces se está atendiendo aquí a

			002-M	*los prematuros y una cosa negativa que tiene la ESE es que no tiene una escala, como se supone que el prematuro debe ser atendido es en su programa Canguro y debe iniciarse crecimiento y desarrollo al año aquí, entonces acá como las tablas que se manejan, la historia no está parametrizada para un manejo de un niño prematuro[…]"*

8. DISCUSION

Las Rutas Integrales de Atención en Salud, fueron diseñadas con el fin de garantizar el derecho a la salud de la población que habita en el territorio colombiano, a través de la articulación de los agentes del sistema de salud como son los entes territoriales, las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud [36].

En la presente investigación se indagó sobre los factores que afectan la implementación de la Ruta de Atención Integral para la Promoción y Mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia en una institución de salud de la ciudad de Cartagena, utilizando para el análisis de resultados la fenomenología social de Alfred Schutz. Los hallazgos se dividen en tres temas centrales: Condiciones mínimas de infraestructura y dotación; procesos y/o

procedimientos necesarios en la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia; factores positivos o negativos que afectan la implementación de las RIAS.

En lo referente a las condiciones mínimas de infraestructura y dotación, se hace alusión a la estructura física donde se llevará a cabo la atención de los niños y las niñas en el marco de la ruta para la primera infancia e infancia, así como adecuación de esta; también abarca los elementos, herramientas, insumos y equipos que se estipulan en la Resolución 3280 de 2018 [34].

A partir de los implementos necesarios para realizar las atenciones que dicta la ruta para la primera infancia e infancia, los entrevistados refieren algunas herramientas faltantes como la Escala Abreviada del Desarrollo-3 que no está parametrizada en la historia clínica de la institución y el infantómetro, necesario para medir la talla en lactantes menores y mayores. Asimismo, hacen la salvedad que el tiempo asignado para las consultas que generalmente es de 20 a 30 minutos por usuario, no es suficiente para realizar la anamnesis, la valoración, examen físico y educación al niño o niña tal como lo indica la Resolución 3280 de 2018.

Por otra parte, afirman que, si bien desde la gerencia de la Institución se han realizado esfuerzos para mejorar la dotación e infraestructura de los centros de salud, aún son necesarias algunas mejoras en cuanto a iluminación, ventilación y dotación de los consultorios. Atribuyen al déficit presupuestal del sector salud, la causa de la falta de lo anteriormente descrito, que de manera directa impacta a la ESE HLCI [37]. Este es un fenómeno que no es ajeno a la realidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud del país, especialmente las del sector público debido a los pagos que adeudan las EAPB y los entes territoriales [37].

Otro aspecto importante es la accesibilidad a los servicios para los usuarios, ya que, en algunos centros de salud de la ESE HLCI no se ofertan todas las consultas o especialidades relacionadas en la ruta, por ejemplo, nutrición, psicología, pediatría o laboratorio clínico, eso se convierte en un factor para que los padres y/o cuidadores no continúen con el cumplimiento de las órdenes médicas y atenciones

que requieren los menores, pues la distancia, el tiempo y el factor económico impiden el traslado a un centro de salud u hospital en una zona del Distrito de Cartagena diferente a su lugar de residencia, esta situación suele afectar especialmente los usuarios de los corregimientos y veredas.

Este contexto es recuente en Colombia, la literatura evidencia en el estudio de Hoyos y Muñoz, que las gestantes atribuyen la lejanía de los centros de salud, la no disponibilidad de ayudas diagnósticas y del especialista en Ginecología y Obstetricia, como una barrera de acceso al control prenatal [38]. A nivel internacional también se refleja esta problemática, por ejemplo, el estudio de Moraes y Vasquez ilustra la relación entre la mortalidad infantil en Fortaleza, Brasil con los determinantes sociales (alta pobreza, desempleo, violencia) y la insuficiente implementación de las políticas de salud infantil en atención primaria y las acciones intersectoriales [39].

Un aspecto importante a tener en cuenta dentro del proceso de implementación de la ruta, es el acompañamiento que las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen por parte de los entes territoriales y EAPB. Esto es vital puesto que permite la actualización y capacitación del personal que labora en las instituciones, promueve las políticas públicas y el conocimiento de la normatividad vigente en salud. Adicional a lo anterior, estas asistencias técnicas dentro del marco de la investigación, facilitaron el empalme con los nuevos procesos y procedimientos que se deben llevar a cabo; en este sentido, los profesionales entrevistados refieren este acompañamiento como un aspecto vital, que les facilitó el aprendizaje de las rutas integrales.

Continuando con todo los relacionado con los procesos y/o procedimientos necesarios para la implementación de las RIAS en el curso de vida de la primera infancia e infancia en la ESE HLCI de la ciudad de Cartagena, es preciso mencionar, que la captación de pacientes y la accesibilidad es uno de los temas más álgidos al momento de la implementación de las rutas, por tanto, la comunicación y trabajo articulado entre las aseguradoras y prestadores debe ser una constante que garantice la atención a los usuarios. Jaramillo [40] refiere que las EAPB son las

responsables de identificar los factores de riesgo y necesidades de su población asegurada, realizar la captación de los pacientes y direccionar a los prestadores para el ingreso a las rutas y así contribuir a la optimización de los recursos del sistema, garantizando el acceso de su población asegurada.

Con relación al presente estudio, los resultados evidencian que las EAPB han realizado esfuerzos significativos para la caracterización de sus usuarios y captación de los mismos para garantizar su ingreso a la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud dirigido a primera infancia e infancia, lo cual es de mucha importancia puesto que, un grueso de la población infantil atendida en los centros de salud y hospitales de la ESE HLCI, está en situación de vulnerabilidad alimentaria y sanitaria. De igual manera, la institución apoya este proceso a través de la demanda inducida y promoción de los servicios ofertados, lo cual permite un flujo importante de pacientes y a la vez mejorar las cifras relacionadas con la implementación de la ruta en la institución.

A través de la vinculación de los niños y niñas a la ruta de atención, se garantizan actividades de detección temprana y protección específica que permitan la remisión y el tratamiento oportuno del menor, asimismo, educación para la salud en alimentación, pautas de cuidado y crianza, recreación[41]. Por tanto, este tipo de políticas en salud han demostrado en países como Brasil, reducción de la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, diarrea, desnutrición en niños y niñas, y mayor adherencia a la lactancia materna[42]. A su vez, a estos indicadores en salud, también apunta el Ministerio de Salud de Colombia con la implementación de esta ruta.

En este mismo orden, en cuanto al avance en la implementación de las RIAS en el Departamento Valle del Cauca, indica que a nivel departamental en referencia a la planeación de la implementación de las ruta integral para la Promoción y Mantenimiento de la salud, esta se encuentra con el 100%, así como también la caracterización del grupo de riesgo, la definición de la ruta de atención y el modelo de prestación de servicios, sin embargo, en lo relacionado a la articulación de la ruta, el indicador muestra un avance del 73%, evidenciando un trabajo importante

en actividades como socialización con los actores implicados en el proceso y beneficiarios de la atención, los acuerdos con los prestadores de servicios para incluir la ruta dentro del modelo de atención y posteriormente realizar seguimiento a las adaptaciones realizadas a las intervenciones[43]. Este contexto está estrechamente relacionado con los resultados del presente estudio, pues los participantes refieren que en promedio la ruta para el ciclo de vida de primera infancia e infancia se ha implementado en un 70% en los centros de salud de la ESE HLCI.

En la literatura también se encuentra que el porcentaje de implementación al 100% de la Ruta Materno Perinatal en la Red de Salud Ladera de la ciudad de Cali según un estudio realizado fue de solo el 1.35% de las gestantes atendidas asistió a todas las actividades contempladas dentro de la ruta de atención y que el cumplimiento es de 87% en la mayoría de las actividades estipuladas para la atención prenatal, las que tienen menor adherencia son las relacionadas con el curso de preparación para la maternidad y paternidad (46%) y la programación mínima de citas de control prenatal según la paridad de la gestante (45%)[44].

No obstante, de acuerdo a las cifras de la rendición de cuentas de segundo semestre de 2021 del Ministerio de Salud y Proyección Social de Colombia, el porcentaje de niñas y niños de la primera infancia que cuentan con valoración integral para la promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018 ha tenido un avance del 40,8% a nivel nacional, la meta establecida para el cuatrienio (2018-2022) es de 90,0%[45], lo cual indica un bajo porcentaje de implementación de la ruta a la primera infancia en el país. Esto contrasta con la percepción de los funcionarios participantes del estudio de las EAPB y de la ESE HLCI, quienes indican que, en promedio, la ruta se ha implementado en la institución en un 70%.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que se debe continuar el trabajo enlazado y arduo entre los actores del sistema de salud del país para facilitar el acceso de la primera infancia e infancia a las políticas públicas en el marco de las RÍAS, pues la evidencia indica en otros países que la inversión en programas de

primera infancia de calidad proporciona a la sociedad una alta tasa de rendimiento, asimismo, es la mejor manera de reducir las desigualdades, enfrentar la pobreza y construir una sociedad social y ambientalmente sostenible[42], lo cual apunta al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En lo que concierne a la articulación de la ruta para la primera infancia e infancia con otras políticas nacionales, los participantes coinciden en que se trabaja conjuntamente lo estipulado en la ruta y las directrices de la estrategia para la Atención a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) desde su componente clínico y comunitario; reafirman que las consultas a los niños y niñas no deben realizarse alejadas a los lineamientos de la estrategia. Además, mencionan que les facilita hacer una valoración y abordaje integral al menor, lo que permite identificar factores de riesgo y signos de alarma y así hacer un direccionamiento adecuado.

De manera similar, refieren que la estrategia IAMI (Instituciones amigas de la mujer y de la infancia) no puede ser ajena a la implementación de la ruta puesto que da pautas para la óptima nutrición de los niños desde la etapa neonatal, contribuyendo a la prevención de desnutrición y enfermedades prevalentes de la infancia.

Un aspecto que mencionan los entrevistados, es la relevancia que tiene la educación para la salud brindada en el marco de las consultas y que las estrategias AIEPI e IAMI se convierten en la carta de navegación para educar a padres y/o cuidadores en la prevención de enfermedades prevalentes como diarrea, infecciones respiratorias, enfermedades febriles, entre otras; igualmente, fortalecer actividades de protección como la vacunación de acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones, el apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y una acertada alimentación complementaria de acuerdo a la edad del niño o niña.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Proyección Social afirma que estas estrategias suman al trabajo conjunto de las rutas integrales de atención en aras de contribuir al desarrollo integral de la primera infancia e infancia en lo concerniente de promoción y mantenimiento de la salud, protección, recuperación y mitigación de daños al bienestar físico, mental y social[46]. De la misma manera, refieren que para

operativización de ruta integral en el curso de vida primera infancia e infancia, deben estar armonizados todos sus componentes con las estrategias como AIEPI e IAMI que se conviertan en herramientas protectoras de la niñez colombiana[47], promuevan la atención humanizada con calidad.

En lo concerniente a aquellos factores positivos que influyen en la implementación de la ruta, el equipo de enfermería y médicos entrevistados concuerdan en que las nuevas directrices para la atención a la primera infancia e infancia permite el abordaje integral con enfoque familiar. Otro punto que mencionan es que la articulación con el sector público y privado permitirá mayor cobertura, por ende, más niños y niñas beneficiados en atención integral.

De igual manera, manifiestan que un aspecto positivo dentro del proceso de implementación de la ruta fue la capacitación y cualificación recibida, tanto por parte del ente territorial, las EAPB y la ESE HLCI. Ellos catalogan esta actividad como vital, especialmente porque la ruta indica nuevas actividades dentro de la consulta como la valoración del desarrollo mediante la Escala Abreviada del Desarrollo-3, direccionamiento y remisión de pacientes a otros profesionales. En este punto coincide Jaramillo[40], quien afirma que “en el sistema de salud se cuenta con intervenciones facilitadoras como las socializaciones y acompañamiento por parte del Ministerio para apoyar el proceso de implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud”[40].

No obstante, también se perciben factores negativos o barreras, por ejemplo, ausencia de insumos o dispositivos médicos, lo cual se mencionó previamente y está ligado al déficit presupuestal de la institución, que afecta lo relacionado a infraestructura y dotación de los servicios; y la falta de oferta de profesionales de la salud como nutrición, psicología o pediatría en todos los centros.

Otro punto álgido, y que los enfermeros y médicos de la ruta manifiestan, es la falta de parametrización de la historia clínica con los lineamientos de la Resolución 3280 de 2018 en el software institucional, lo que entorpece la adecuada valoración y diagnóstico del usuario pues carece de todos los parámetros que se deben tener en cuenta.

De igual manera, refieren inasistencia a citas médicas o no continuidad en la atención en algunos usuarios, especialmente los de bajos recursos económicos, en este punto, es vital la identificación de los usuarios y el direccionamiento a su asegurador, pues ellos, gestionan los recursos necesarios para el acceso y oportunidad a la atención integral en el marco de la ruta, tal como lo refieren los representantes de las EAPB que fueron entrevistados.

En este orden de ideas, MinSalud cita que para la adecuada implementación de la ruta, es importante realizar una planeación estratégica teniendo en cuenta el contexto, en el caso de este estudio, un análisis de las necesidades de la población afiliada cuya red de servicios es el HLCI, para de esta manera identificar la disponibilidad de oferta de servicios, y los perfiles y competencias del talento humano en salud que operativiza las diferentes actividades, a partir de allí, se determina el presupuesto y las fuentes de financiación del mismo[48].

Jaramillo expone que son múltiples las barreras en el marco de la atención en las rutas integrales, las cuales coinciden con los hallazgos del presente estudio, por ejemplo, de índole geográfico que concierne a la población rural dispersa o la población con dificultades económicas que impiden el traslado a los centros de atención. Encontrándose también que las IPS ubicadas en estas zonas cuentan con una pobre infraestructura y dotación, así como escasas herramientas técnico científicas[40].

Así como también factores culturales de los afiliados, quienes generalmente por desconocimiento de los servicios ofertados o poca confianza en el proveedor de los servicios de salud, no accede a la atención integral. De igual forma, no se deja de lado las barreras administrativas y financieras, principales causales de retrasos en la atención, insuficiente dotación y déficit de talento humano en salud[40], esto último tiene como consecuencia la insatisfacción de los usuarios por los servicios e incremento de derechos de petición, tutelas y demandas, vulnerando así el derecho a la salud de la primera infancia e infancia y población en general.

Por último, es de destacar que en el seguimiento que hicieron a la implementación de la RÍAS en el Departamento de Valle de Cauca, se puso de manifiesto la

insuficiencia en la red de prestadores en cuanto a servicios y tecnologías, por tanto es esencial la gestión que se realice entre las instituciones prestadoras y las EAPB; también se resalta la falta de formación del talento humano en salud, por lo que se deben fortalecer los programas de capacitación institucional en apoyo de los entes territoriales, para garantizar calidad e idoneidad en la atención a los usuarios[43].

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, para la implementación de la ruta integral de atención en salud en el curso de vida primera infancia e infancia, deben hacerse esfuerzos a nivel político y administrativo que aseguren el flujo de recursos económicos y talento humano cualificado, apuntando esfuerzos también a la caracterización de la población objeto para de esta manera direccionarlos a una atención integral, que proteja el derecho a la salud de la niñez y la disminución de morbi mortalidad en menores de cinco años.

9. LIMITACIONES

- El tiempo del que disponían los participantes entrevistados fue muy limitado, esto debido a al horario laboral y sus funcionales; especialmente los funcionarios entrevistados del ente territorial DADIS y los representantes de las EAPB.
- Durante la ejecución de la investigación no se tuvo acceso a información presupuestal, puesto que los entrevistados no cuentan con acceso a información de tipo financiero. La información brindada fue de índole técnico y operativo.

10. CONCLUSIONES

- Se identificaron las condiciones mínimas de infraestructura y dotación necesarias para llevar a cabo la atención integral a la primera infancia e infancia en el marco de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud, constatando por parte de los entrevistados la falta de insumos y

parametrización de la historia clínica en el software de la institución para llevar a cabo los procesos y procedimientos establecidos.

- Desde el ente territorial, EAPB y la ESE HLCI se han realizado esfuerzos coordinados para la implementación de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de primera infancia e infancia, en promedio afirman una implementación del 70%.
- Para la implementación de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de primera infancia e infancia son vitales las asistencias técnicas, capacitaciones y cualificación de los profesionales de la salud de la ESE HLCI, lo que permite un actual ético y con conocimiento de la normatividad legal vigente.
- Entre los factores positivos que trae consigo la implementación de la ruta se encuentran el abordaje integral del menor incluyendo a su familia, la posibilidad de mayor cobertura a la población de primera infancia e infancia, la articulación con el sector público y privado, y la cualificación de los profesionales de la salud en las RIAS.
- En cuanto a los factores negativos o barreras en la implementación se destaca la ausencia de insumos, tecnologías y equipos; inasistencias de los usuarios a los servicios por dificultades económicas y de accesibilidad; presupuesto limitado para inversión en la ESE HLCI; ausencia de contratación de personal interdisciplinario para la atención de usuarios (nutricionista, psicólogo).

11. RECOMENDACIONES

- Al ente territorial, continuar con las asistencias técnicas y capacitaciones a las EAPB e instituciones prestadoras de servicios de salud en relación a la normatividad legal vigente, procesos y/o procedimientos en el marco de la atención de los pacientes.

- Para las EAPB, continuar con la caracterización y captación de usuarios, haciendo direccionamiento a la ESE HLCI para la inclusión de su población asegurada dentro de la ruta de primera infancia e infancia. De igual manera, realizar las gestiones necesarias para que los niños y niñas en situaciones de vulnerabilidad económica, escolar y geográfica accedan a los servicios de salud.

- A nivel institucional, es importante la planeación presupuestal destinada para adecuar la infraestructura, la dotación de equipos, insumos y tecnología necesaria para la implementación de las RIAS para los cursos de vida de primera infancia e infancia, así como las actividades de promoción y mantenimiento de la salud que establece la Resolución 3280 de 2018.

12. CONFLICTO DE INTERESES

- No hay conflicto de interés para desarrolla este proyecto de investigación.

13. AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme tener los espacios, los tiempos**,** la voluntad, la motivación para realizar este proyecto. A mi familia porque fueron mi mayor apoyo, mis principales motivadores. A la Universidad con su equipo de Docentes que orientaron con sabiduría el logro de esta formación.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oshea, Eamon. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway: Universidad Nacional de Irlanda, 2003, p. 6

2. Vásquez, M. Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la Clínica San Francisco de la ciudad de Quito, Ecuador, en el año 2012.

3. OPS. Modelo de Atención Integral, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud (MAIBAPS) Santander. Bucaramanga: Organización Panamericana de la Salud, 2005

4. Vicens, J. El valor de la salud: una reflexión sociológica sobre la calidad de vida. Siglo XXI de España Editores. 1995.

5. Carta de la Constitución Mundial de la Salud. New York 1946

6. RIVEROS, J. et al. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso sobre desde la perspectiva de la aplicación del marketing. RevMéd Chile 2007; 135, 862-870.

7. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de gestión de la garantía de la calidad Informe de la Secretaría. Washington, D.C. 2007.

8. Briceño C. Modelo para evaluar calidad del servicio en una IPS de alta complejidad, en su componente de satisfacción del usuario. *Rev Col Marketing*; 2001, *2*(3), 1-9.

9. Kerguelén, Carlos. Calidad en saluden Colombia Los principios. Ministerio de la Protección Social Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). 2008.

10. Organización Mundial de la Salud. La Salud. Disponible en: http://www.who.int/publications/es/. (2005).

11. León, J. Psicología De La Salud Y De La Calidad De Vida. Editorial Voc. Barcelona. 2004.

12. Flores, R. Psicología Para La Sociedad Mexicana. A.C. vol. 2. México. 2004.

13. León, J. Psicología De La Salud Y De La Calidad De Vida. Editorial Voc. Barcelona. 2004.

14 . Rondón, M. Salud mental: Un problema de salud pública en el Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2006.

15. Gutiérrez, M., y PIEDRAHITA, C. El cambio organizacional y la experiencia emocional de las personas. Colombia, Universidad de Antioquia. 2005

16. Ruelas, E. Sobre la calidad de la atención médica. Conceptos, acciones y reflexiones. *Gaceta Médica de México*, 1994, 130, 218-30. 1994.

17. Vargas, M. y Aldana, L. Calidad y servicio, conceptos y herramientas, 2a ed. Colombia: Universidad de la Sabana. 2011.

18. Rodríguez-Villamizar LA, Ruíz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N. Evaluación de un modelo de atención primaria en salud en Santander, Colombia. Rev. Fac. Nac. *Salud Pública* 2016; *34*(1): 88-95.

19. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015; *33(*3), 414-424

20. Ocampo B. Percepción de calidad y satisfacción en el servicio de urgencia. Revista Arbitrada Sentido de Vida ciencias y humanidades. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia. 2012.

21. Beltrán Medina A. Evaluación de la calidad de atención en el área de hospitalización en la clínica psiquiátrica de la costa limitada en el último trimestre de 2010. Universidad de Cartagena, Colombia. 2011.

22. Organizacion Mundial de la Salud. Atencion primaria de salud. 2017. Obtenido de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

23. Suárez, E. Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresion en centros de salud publica. Santiago. 2013.

24. Rivero, I. Calidad de vida. Disponible en: https://es.slideshare.net/izamilrivero/calidad-de-vida-11316435. 2012.

25. Bigné, E., Moliner, M. A. y Sánchez, J. Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos, Investigación y Marketing, 1997, (57), pp. 55-61.

26. Hurtado, I. Paradigmas y Métodos de Investigación en tiempos de cambios. Cuarta Edición. Caracas – Venezuela. Editorial Episteme. 2000.

27. Bernal C. Metodología de la investigación. Bogotá: Pearson; 2014.

28. Niño V. Metodología de la investigación. Bogotá: Ediciones de la U; 2014.

29. UNAD [internet]. Diseños de carácter cualitativo: Diseños Fenomenológicos: Investigación etnográfica – Diseños Narrativos [citado 10 mayo de 2019]. Disponible en: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/100104/100104_EXE/leccin_23_diseos_de_carcter_cualitativo_diseos_fenomenolgicos_investigacin_etnogrfica__diseos_narrativos.html.

30. Trejo F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. Enfermería Neurológica. 11(2): 98-101.

31. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied research.* 3th edition. Thousand Oaks: Sage; 2000.

32. Troncoso-Pantoja, C. Amaya-Placencia, A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2017: *65*(2), 329-332.

33. Hurtado J.. Guía para la comprensión Holística de la ciencia, Unidad III. 2008, Capitulo 3, PP. 45 a 65

34. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Diario oficial, 02 de agosto de 2018. 1-348 [Consultado 2022 feb 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud [Consultado 2022 feb 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf

36.Ministerio de Salud y Protección Social. Rutas integrales de atención en salud - RIAS [Internet]. Bogotá D.C: MinSalud; 2018 [Consultado 2022 feb 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx

37. Cigüenza- Riaño N. El déficit de la salud se financiará con deuda pública: Juan Pablo Uribe [Internet]. Bogotá D.C: La República; 2019. [Consultado 2022 Mar 08] Disponible en: https://www.larepublica.co/economia/el-deficit-de-la-salud-se-financiara-con-deuda-publica-juan-pablo-uribe-2827267

38.Hoyos-Vertel LM, Muñoz L. Barreras de acceso a controles prenatales en mujeres con morbilidad materna extrema en Antioquia, Colombia. Rev. Salud Pública [Internet] 2019 [Consultado 2022 mar 08];21 (1): 17-21. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rsap/2019.v21n1/17-21/

39.Moraes-Vanderlei L, Vázquez Navarrete M. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. Rev Saúde Pública [Internet] 2013 [Consultado 2022 mar 08];47(2):379-89. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rsp/2013.v47n2/379-389/

40.Jaramillo E. Rutas Integrales de atención en salud de la normatividad a la realidad [Monografía en Internet]. Bogotá D.C: Universidad Santo Tomás; 2019 [Citado 03 de marzo 2022]. Disponible en: https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/15649/2019erikajaramillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

41.Barrera-Sánchez LF, Ospina-Díaz JM. Intervenciones de enfermería para prevenir trastornos nutricionales en niños de 0 a 2 años. Duazary. 2019 mayo; 16 (2 número especial): 161-172. Doi: https://doi.org/10.21676/2389783X.2950

42.Venancio SI. Why invest in early childhood?. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 03]; 28: e3253. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

11692020000100200&lng=pt. Epub 03-Fev-2020. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3253.

43.Gobernación de Valle del Cauca. Seguimiento al proceso de implementación RIAS Valle del Cauca 2019. [Internet]. Cali: Servicio Occidental de Salud; 2019 [Consultado 2022 feb 28]. Disponible en: https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=31563

44. Ramírez S, Becerra E. Cumplimiento en la implementación de la ruta integral para la atención de la población materno perinatal en la red de salud Ladera durante el primer trimestre del año 2020 [Trabajo de grado especialización en Internet]. Bogotá D.C: Universidad Santiago de Cali; 2020 [Citado 03 de marzo 2022]. Disponible en: https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5100/CUMPLIMIENTO%20EN%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N.pdf?sequence=3&isAllowed=y

45. Ministerio de Salud y Proyección Social. Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. Informe de avance indicadores SINERGIA Mayo - agosto de 2021 [Internet]. Bogotá D.C: MinSalud; 2021 [Consultado 2022 feb 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/GSG/informe-sinergia-mayo-agosto-2021.pdf

46. Atención Integral en salud a primera infancia, infancia y adolescencia [Internet]. Bogotá D.C: MinSalud; 2021 [Consultado 2022 feb 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/Lineamientos.aspx

47. Ministerio de Salud y Proyección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia [Internet]. Bogotá D.C: MinSalud; 2014 [Consultado 2022 feb 28]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf

48. Taller de apropiación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Ruta Integral de Atención en Salud Materno - Perinatal. Medellín. Dirección de Promoción y Prevención abril de 2018. https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Campanas/Eventosymemorias/Shared%20Content/Taller%20RIAS/06%20RIA%20PROM%20Y%20MTO%20MEDELL%C3%8DN.pdf

ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código del Participante: _____

Yo, _____, estoy de acuerdo en participar en el Estudio: **FACTORES QUE AFECTAN LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN LA ESE HLCI. 2021.** He sido informado por los investigadores de los objetivos del estudio, el cual pretende Describir los factores que afectan la implementación de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia, según la resolución 3280 del 2018, en la ESE HLCI durante el año 2021**.**

Dejo constancia de que he sido enterado y de que conozco los riesgos que implica esta investigación, el cual es inferior al mínimo ya que no existe ningún tipo método invasivo que represente riesgo físico. Igualmente conozco los beneficios de la investigación.

La duración estimada de la entrevista es de 45 a 60 minutos; entiendo que los investigadores pueden detener el estudio ó mi participación en cualquier momento sin mi consentimiento. Así mismo tengo derecho a retirarme del estudio en cualquier momento.

Por el presente autorizo a los investigadores de éste estudio de publicar la información obtenida como resultado de mi participación en este, en revistas u otros medios legales, y de guardar la debida CONFIDENCIALIDAD de mi nombre y apellidos.

Entiendo que todos los documentos que revelen mi identidad serán confidenciales, salvo que sean proporcionados tal como se menciona líneas arriba ó requeridos por Ley.

_____ _____

Firma del Investigador Firma del Participante

Anexo 2

INFORMACION DEL ENTREVISTADO

CODIGO DEL PARTICIPANTE: _____

EDAD: _____ **Años**

GENERO: M_____ **F**_____

PROFESION: _____

ESPECIALISTA EN: _____

MAGISTER: _____

DOCTOR (A) EN: _____

AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL AREA: _____

LABORA EN:

Secretaria de salud departamental_____

Secretaria de salud distrital_____

ESE HLCI_____

Cargo:

DATOS DE LA ENTREVISTA

FECHA DE RELIZACION:

LUGAR O LINK DE LA ENTREVISTA:

DURACION: _____ Minutos

CONDICIONES EN QUE SE REALIZO LA ENTREVISTA

PALABRAS CLAVES DE CONTENIDO

Anexo 3
GUION DE ENTREVISTA

FACTORES QUE AFECTAN LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN LA ESE HLCI. 2021

Tema:

Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la primera infancia e infancia

Objetivo General:

Conocer los factores que afectan la implementación de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia, según la resolución 3280 del 2018, en la ESE HLCI durante el año 2021.

Objetivos Específicos

1. Identificar las condiciones mínimas adecuadas de infraestructura y dotación (equipos, insumos y medicamentos) que deben ser tenidas en cuenta para la implementación de las RIAS.
2. Analizar los procesos y/o procedimientos necesarios en la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia.
3. Develar los factores que afectan de manera positiva o negativa la implementación de las RIAS

Meta a responder ante la entrevista:

¿Cuáles son los factores que afectan la implementación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la primera infancia e infancia en la ESE HLCI durante el año 2021?

Guía de temáticas a tratar durante la entrevista:

1. Biografía del participante
2. Experiencia del trabajo en el área
3. Cuales son las condiciones mínimas adecuadas de infraestructura y dotación para la implementación de la ruta
4. Cuales son los procesos necesarios para la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia
5. Cuales son los procedimientos necesarios para la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia
6. Que factores cree usted puede afectar o estar afectando de manera positiva la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia
7. Que factores cree usted puede afectar o estar afectando de manera negativa la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia

.

Anexo 4

Invitación para participar en Proyecto de Investigación "FACTORES QUE AFECTAN LA IMPLEMENTACION DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN LA PRIMERA INFANCIA E INFANCIA EN LA ESE HLCI. 2021"

La Universidad xxxxxx en su especialidad xxxxxxxxx desarrolla por medio de la estudiante BEATRIZ BARRERA SOTO, la investigación titulada: ***factores que afectan la implementación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la primera infancia e infancia en la ESE HLCI. 2021****; por lo cual lo invita a participar* en el Proyecto de Investigación.

Este proyecto busca Describir los factores que afectan la implementación de la ruta de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida primera infancia e infancia, según la resolución 3280 del 2018, en la ESE HLCI durante el año 2021 y es por eso que al investigador le gustaría conocer su experiencia en este tema.

Cualquier información que necesite ampliar puede comunicarse en los siguientes medios

Correo electrónico: xxxxx

Teléfono: xxxxx

Cordialmente,

xxxxxxxxxx