



Universidad Internacional de La Rioja

Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Evaluación del Programa Crecimiento y Desarrollo desde la Atención Integral a la Primera Infancia en Bogotá, Colombia 2018.

Trabajo Fin de Máster

Presentado por: Orfa Rocío Castellanos Morales

Titulación: Máster en Intervención Social en las Sociedades del Conocimiento

Director/a: Aida López Serrano

Categoría Tesouro: Evaluación Programas Sociales

Bogotá, marzo de 2019.

Rocío Castellanos. Máster en Intervención Social.

Resumen

El Programa de Crecimiento y Desarrollo en Colombia fue concebido como una expresión del compromiso del Estado con los niños y niñas por la mejora de su salud y bienestar; su formulación data de hace casi 20 años y su ejecución es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social. La formulación de la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia, recientemente sancionada mediante la Ley 1804 de agosto 2 de 2016, da a este programa un papel protagónico en la garantía y materialización de los derechos de la primera infancia. Es en este escenario en el que esta evaluación de tipo cualitativo pretende, desde la voz de profesionales de la educación inicial, establecer la percepción de cumplimiento de los objetivos del Programa de Crecimiento y Desarrollo en algunos contextos de la ciudad de Bogotá durante el año 2018. Tras este ejercicio se evidenció la necesidad de fortalecer el programa en los contextos explorados, con el fin de reducir la brecha entre su diseño y su ejecución si verdaderamente se busca dar cumplimiento a los objetivos formulados e impactar de forma positiva la calidad de vida de la primera infancia en este país.

Palabras clave: derechos de los niños y niñas, primera infancia, crecimiento y desarrollo, detección y atención temprana.

ABSTRACT

The Growth and Development program in Colombia was conceived as an expression of the State's commitment to children to improve their health and well-being; Its formulation dates back almost twenty years and its execution is the responsibility of the Ministry of Health and Social Protection. The formulation of the public policy of comprehensive early childhood care, recently sanctioned by Law 1804 of August 2, 2016, gives the program a leading role in guaranteeing and realizing the rights of early childhood. It is in this scenario that this qualitative evaluation aims from the voice of professionals in early education to establish the perception of compliance with the objectives of the Growth and development program in some contexts of the city of Bogotá, during the year 2018. After this exercise there is evidence of the need to strengthen the program in the explored contexts, to reduce the gap between its design and execution if it truly seeks to comply with the objectives formulated and positively impact the quality of life of early childhood in Colombia.

Keywords: rights of children, early childhood, growth and development, detection and early intervention

Contenido

Resumen	2
1 Introducción	6
2 Descripción del programa objeto de evaluación.....	8
2.1 Objetivos del Programa de Crecimiento y Desarrollo	9
2.1.1 Formulaciones año 2000	9
2.1.2 Actualizaciones del año 2007	10
2.2 Una nueva guía para el año 2014.....	11
2.3 El programa a la luz de la atención integral a la primera infancia.....	11
3 Justificación de la elección del tema objeto de evaluación.....	13
4 Marco teórico.....	15
4.1 Derechos de los niños y las niñas.....	15
4.2 Primera infancia.....	17
4.3 Crecimiento y desarrollo	20
4.4 Detección y atención temprana	23
4.5 Antecedentes.....	24
5 Diseño metodológico	27
5.1 Tipo de evaluación	27
5.2 Objetivos	27
5.2.1 Objetivo general	27
5.2.2 Objetivos específicos.....	28
5.3 Técnicas de recogida de datos	28
5.3.1 Selección de las agentes críticas.....	29
5.3.2 Recolección de la información	30
5.3.3 Análisis de la información	31
5.4 Instrumentos e indicadores de evaluación.....	58
5.5 Cronograma de la evaluación	60
6 Limitaciones y prospectiva.....	61

6.1	Limitaciones de esta evaluación	61
6.2	Prospectiva de futuras evaluaciones al Programa Crecimiento y Desarrollo.....	61
6.3	Prospectiva del Programa Crecimiento y Desarrollo	61
7	Bibliografía	63
8	Anexos	67
	Anexo A. Guion del grupo de discusión	67
	Anexo B. Matriz de información recolectada y categorizada	68
	Anexo C Informe Final de Evaluación.	80

Lista de figuras

Figura 1. Esquema de control de crecimiento y desarrollo.....	8
Figura 2. Importancia de la atención integral a la primera infancia.....	18

1 Introducción

En el escenario de los derechos humanos, los derechos de la infancia ocupan un lugar de prevalencia dada la vulnerabilidad que esta población posee. Mucho antes de la firma de la Convención de los Derechos de los Niños en el año 1989, el Estado colombiano ya venía realizando acciones en pro de la primera infancia, tales como la creación de instituciones, programas y servicios sociales. Tras la incorporación de la Convención en la Constitución Política de 1991, los esfuerzos en formulación de políticas públicas para la protección de la primera infancia fueron más decididos, hasta lograr su reglamentación en el año 2016 (Ley 1804, 2016).

En esa medida, la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, reglamentada por la Ley 1804 del 2 de agosto de 2016, reafirma el compromiso que ha asumido el Estado colombiano con la primera infancia y su protección integral bajo el principio constitucional de corresponsabilidad entre la familia, el Estado y la sociedad. Dicha ley plantea siete realizaciones o condiciones mínimas para la materialización de la política pública en mención, entre ellas que cada niño y niña disfrute del mejor nivel posible de salud y tenga un estado nutricional adecuado. En ese marco, la asistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo del Ministerio de Salud constituye uno de los siete indicadores de garantía de los derechos de los niños y las niñas en Colombia contemplados por la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia; en general, este programa busca prevenir, identificar y atender de forma temprana enfermedades y alteraciones en el desarrollo que puedan afectar la calidad de vida del individuo.

Sin embargo, a pesar de que su implementación se remonta a más de 20 años atrás, muy anterior a la política misma, este carece de un sistema de evaluación periódico que permita medir su impacto. En contraste, la academia ha realizado algunas investigaciones y evaluaciones externas, las cuales son reseñadas, junto con el diseño del programa, más adelante en el apartado titulado Marco teórico.

Ante la ausencia de una evaluación continua por parte del programa en mención, este ejercicio investigativo aporta, con relación a ejercicios anteriores, una nueva perspectiva intersectorial entre el sector salud y el de educación inicial, tal y como lo establece la política pública para la primera infancia en su artículo 7 (Ley 1804, 2016), verificando el cumplimiento de sus objetivos desde la voz del personal vinculado a servicios de atención integral a la primera infancia. Así, la pregunta desde la cual se desarrolló esta evaluación de carácter cualitativo fue: ¿Cuál es la percepción de cumplimiento de los objetivos del Programa de Crecimiento y Desarrollo en su ejecución año 2018, por parte de algunos profesionales que

se desempeñan en atención a la primera infancia en Bogotá, Colombia? Las respuestas encontradas a este interrogante se encuentran en el Anexo C. Informe final de evaluación. El cómo se llegó a lo expuesto en el informe final se formula en el apartado Diseño metodológico.

De antemano se reconoce que esta evaluación tiene las limitaciones propias de un ejercicio de corte cualitativo, esto es, sus hallazgos no son generalizables al programa objeto de estudio, pero sí aplican a los contextos específicos de las informantes para el período evaluado, que es el año 2018. Asimismo, esta evaluación se centra únicamente en las acciones del Programa de Crecimiento y Desarrollo en el ciclo vital de primera infancia por considerarse un ciclo definitorio para el desarrollo social y humano. Estas y otras limitaciones se explican en el apartado del mismo nombre.

2 Descripción del programa objeto de evaluación

Para empezar, se debe decir que el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Colombia está a cargo del Ministerio Nacional de Salud y Protección Social; fue concebido como una expresión del compromiso del Estado con el bienestar de los niños y niñas. Se trata concretamente de una serie de intervenciones en edades clave para el seguimiento y acompañamiento de su crecimiento y desarrollo, así como para la detección temprana y la atención oportuna de cualquier alteración a la que se encuentren expuestos (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2007, pág.28). La población objeto del programa son todos los niños y niñas menores de 10 años vinculados al Sistema Nacional de Afiliación en Salud y quienes lo ejecutan son profesionales en salud previamente capacitados, esto es, médicos primordialmente en la primera cita y enfermeras jefe en los controles sucesivos. Para que el programa se desarrolle de forma secuencial, el Ministerio de Salud ha fijado una periodicidad de asistencia para los usuarios, tal y como lo ilustra la siguiente figura:

Figura 1. Esquema de control de crecimiento y desarrollo

ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	CONCENTRACIÓN
Identificación e inscripción temprana	Al nacimiento o primer mes de vida	1
Consulta médica 1ª vez	Desde el primer mes de vida	1
Consulta de seguimiento por enfermera	< de 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 10-12m.	4 al año
	De 1 año: 13-16m; 17-20; 21-24m.	3 al año
	De 2 a 4 años: 25-30m; 31-36m; 37-48m; 49-60m.	4 veces
	De 5 a 7 años: 61-66m; 67-72m; 73-78m; 79-84m.	4 veces
	De 8 a 9 años: Cada año	3 veces

Fuente: (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000, p. 8)

Ahora bien, los procedimientos que los profesionales a cargo deben implementar durante el desarrollo del programa se encuentran especificados en las distintas guías técnicas que el Ministerio de Salud y Protección Social ha formulado para tales fines.

Del mismo modo, las guías de atención en salud señalan que son tres los instrumentos del programa, a saber, un formato nacional de historia del niño sano, un carné nacional de salud infantil y las curvas de registro del crecimiento. Además de ello, para la atención a la primera infancia se deben diligenciar las escalas abreviadas del desarrollo, y luego de los cinco años, el deber es practicar una prueba de desarrollo cognitivo (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2007, pág. 34).

2.1 Objetivos del Programa de Crecimiento y Desarrollo

2.1.1 Formulaciones año 2000

El Ministerio Nacional de Salud y Protección social expidió en el año 2000 la Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000) en el marco de la Resolución 412 de febrero 25 del año mencionado, la cual plantea los siguientes objetivos:

Disminuir la tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años.

Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades. (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000, p. 6)

De igual forma, dicha norma estipula los objetivos específicos del programa que para el desarrollo de esta evaluación se han clasificado en tres categorías, que son las que aparecen en la tabla a continuación:

Tabla 1. Objetivos específicos del Programa de Crecimiento y desarrollo

Objetivos asociados a la promoción y prevención de la salud infantil.	<ul style="list-style-type: none">-Potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, y prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.-Garantizar a la población menor de 10 años el esquema completo de vacunación, de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.-Promover el autocuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.-Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años.-Vigilar y controlar la buena nutrición de los niños(as).-Impulsar los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de este tipo de patologías.-Promover el vínculo afectivo padres, madres hijos e hijas y prevenir el maltrato.-Orientar a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos(as).- Respetar y promover los derechos de los niños(as).
Objetivos asociados al seguimiento y control del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.	<ul style="list-style-type: none">-Evaluar el proceso de crecimiento y desarrollo del y la menor de 10 años en forma integral.-Valorar el progreso en las conductas motoras gruesa y fina, auditiva y del lenguaje y personal social.
Objetivos relacionados con la detección y atención a los riesgos de déficit.	<ul style="list-style-type: none">-Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.

Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio Nacional de Salud y Protección Social (2000)

2.1.2 Actualizaciones del año 2007

Para el año 2007, el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social publicó las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública con el fin de actualizar las que fueron emanadas en el año 2000 de la Resolución 412 de febrero 25 (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000). La primera de las guías de tipo preventivo contemplada en dicha publicación es la Guía técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, la cual se formuló con el objetivo general que a continuación se enuncia:

“Brindar pautas para la atención integral con calidad para el niño sano menor de 10 años en todo el territorio nacional, por parte de los administradores de planes de beneficio y los prestadores de servicios de salud” (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2007, p. 29).

A su vez, con los siguientes objetivos específicos:

- Promover la salud, el crecimiento y el desarrollo armónico de todos los niños.
 - Fomentar condiciones y estilos de vida saludables, potenciando factores protectores y controlando factores de riesgo.
 - Promover el buen trato, los vínculos afectivos y las prácticas de crianza humanizada entre padres, cuidadores, adultos y los niños.
 - Evaluar las condiciones de salud, los riesgos para la misma y el proceso de crecimiento y desarrollo mediante el seguimiento periódico del proceso vital.
 - Fomentar una alimentación saludable, con aportes nutricionales adecuados para la edad, lactancia materna en los primeros años, complementaria balanceada y suplementación con micronutrientes.
 - Prevenir las enfermedades más frecuentes y los accidentes, promoviendo medidas de protección específicas como la vacunación y las recomendadas en la estrategia AIEPI.
 - Impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva.
 - Fomentar la participación comunitaria y la articulación con el sector educativo como estrategias para fomentar la salud integral de los niños.
- (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2007, p. 29)

Esta guía plantea la salud, la autonomía, la solidaridad, la autoestima, la felicidad, la creatividad y la resiliencia como metas del desarrollo infantil (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2007, pág. 31). La contrastación de la formulación de objetivos de los años 2000 y 2007 se encuentra en el apartado Análisis cualitativo.

2.2 Una nueva guía para el año 2014

Más adelante, en el año 2014, el Ministerio Nacional de Salud y Protección social publicó la Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la promoción del crecimiento, la detección temprana y el enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años, y también la promoción del desarrollo, la detección temprana y el enfoque inicial de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años en Colombia. Este es un extenso y completo documento que retorna al enfoque de valoración y acompañamiento al desarrollo infantil, así como a la detección temprana; se debe decir que su contenido es netamente clínico y procedimental y que sus objetivos van dirigidos en tres sentidos, el primero a la unificación de estrategias y procedimientos a los profesionales de salud; el segundo a proponer los mejores instrumentos para el programa, y el último a proponer estrategias para la labor de las familias en torno al crecimiento y el desarrollo infantil.

2.3 El programa a la luz de la atención integral a la primera infancia

Es importante anotar en este apartado que en el año 2014 el Programa de Crecimiento y Desarrollo cobró especial relevancia toda vez que en el marco de la Estrategia para la Atención Integral a la Primera Infancia se constituyó como uno de los ocho indicadores básicos sobre los cuales se realiza el monitoreo a la atención integral en cada niña y niño. Dicha estrategia plantea que a partir del año 2014 las entidades territoriales deben garantizar ocho atenciones, a saber (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013): que cada niño y niña en Colombia esté afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud; que esté vinculado a un programa de educación inicial y atención integral autorizado; que disfrute de la cultura; que se encuentre registrado desde su nacimiento; que tenga las vacunas completas; que tenga una familia vinculada a procesos de formación; que sea valorado y seguido para conocer su estado nutricional y asista a las consultas para detectar oportunamente trastornos en su crecimiento y desarrollo (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, pág. 267). Como se puede apreciar, los objetivos del Programa de Crecimiento y Desarrollo tienen injerencia directa en al menos cuatro de los ocho indicadores de la atención integral a la primera infancia para Colombia.

En este punto es oportuno mencionar que por cuanto los planteamientos de la Norma Técnica son de obligatorio cumplimiento, mientras que las Guías de atención son un conjunto

de procedimientos sugeridos (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000, pág. 2), la presente evaluación se realiza con base en los objetivos de la Norma Técnica del año 2000.

3 Justificación de la elección del tema objeto de evaluación

Los Estados latinoamericanos han reconocido la importancia de la atención a la primera infancia y su relación con el desarrollo social; por consiguiente, cada vez más estudios demuestran la relación que existe entre el desarrollo físico y cognitivo de la infancia con el nivel intelectual y de ingresos que un individuo logra en la vida adulta. Inclusive, algunos teóricos economistas han establecido que solo el coste de la desnutrición crónica en la infancia puede estar entre los USD 2.8 a 3.5 billones (Fundación Éxito, 2018, pág. 1). En consonancia con ello, el Banco Mundial estima que *“los niños que escapan al retraso en el crecimiento permanecen más tiempo en la escuela, generan ingresos entre un 5% y un 50% más altos cuando son adultos y tienen 33% más de probabilidades de salir de la pobreza”* (Hansen, 2016, pag. 11).

Respecto a cómo debe ser la atención para la infancia, la Unicef precisa que las intervenciones deben hacerse de forma muy temprana, antes que finalicen los primeros tres años de vida incluso, y además deben ser de carácter intersectorial, de tal modo que se reconozcan tanto los contextos del desarrollo, como el papel de la familia en dicho proceso. Solo así tendrá lugar una crianza en entornos favorables en los cuales exista la prestación de servicios de nutrición, salud y protección, así como oportunidades para el desarrollo social (UNICEF, 2015, pag. 8).

En un país como Colombia, con un índice de coeficiente Gini de 0,539 que da cuenta de la inequidad poblacional y regional que prevalece (PNUD, 2018), monitorear efectivamente el grado de materialización de las políticas públicas y programas sociales se hace indispensable para lanzar las alertas y movilizar hacia la exigibilidad de la equidad en derechos. La política pública por la primera infancia es quizás de las más recientes del país, y todos los sectores que intervienen en ella están llamados a dar cumplimiento a su implementación. El sector salud es junto al sector educación, uno de los principales responsables en esta tarea. En el marco de esta política, el Programa de Crecimiento y Desarrollo constituye uno de los indicadores de su materialización (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, pág. 267). La responsabilidad de la ejecución del programa está a cargo del Ministerio de Salud. Sin embargo, como ya se ha señalado, este carece de un sistema de evaluación por parte del Estado que permita medir su impacto y mejorar la toma de decisiones (Viñas, 2005, pág. 28).

Por este motivo, se diseña e implementa la evaluación aquí expuesta, que pretende establecer la percepción de cumplimiento de los objetivos del Programa de Crecimiento y

Desarrollo desde la atención a la primera infancia durante el año 2018. Es importante recalcar que si bien es cierto que el programa se piensa para niños y niñas hasta los 10 años, el presente ejercicio se enfoca en las acciones en la primera infancia; desde ya se reconoce que una evaluación más amplia implicaría una recolección de datos e información de usuarios hasta este rango de edad, lo cual sería importante en un segundo momento del ejercicio. Se espera que en la información recogida se encuentren aportes para futuras reflexiones acerca del programa, desde la intersectorialidad sugerida por la Unicef y la política pública para la primera infancia, pues quienes aportan la información son profesionales externos al programa, especializados en la atención integral a la primera infancia, algo no realizado en evaluaciones e investigaciones anteriores aportadas por la academia.

4 Marco teórico

4.1 Derechos de los niños y las niñas

La implementación del Programa de Crecimiento y Desarrollo está ligada a la garantía de derechos fundamentales de los niños y las niñas colombianos. En esta evaluación se entienden los derechos de los niños y las niñas como un avance de los derechos humanos contenido en la Convención Sobre los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre del año 1989 (Durán & Torrado, 2005, pág. 39). Dicho avance determina que todo ciudadano menor de 18 años, en el caso de Colombia, además de tener derecho a lo estipulado en los derechos humanos, requiere de un cuidado y una protección especial para su pleno desarrollo, dada su condición de vulnerabilidad. Cabe añadir que los derechos de la infancia son interdependientes, progresivos, indivisibles, universales, irreversibles, exigibles e irrenunciables (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, pág. 137).

En esa medida, con la adopción y ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, el Estado colombiano da a la niñez el estatus de sujeto de derechos que ejerce la ciudadanía a partir de la interacción con los demás y con el medio que le rodea. De hecho, en el artículo 44 la Constitución Nacional determina lo que sigue:

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. (...) Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. (...) Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás. (s.p.)

Por su parte, la estrategia de la Política pública para la atención integral a la primera infancia se refiere a la ciudadanía de los niños y niñas de la siguiente manera:

Se entiende que estos ciudadanos y ciudadanas tienen derechos a crecer y desarrollarse en ambientes participativos que les garanticen óptimas condiciones para potenciar sus capacidades y lograr su bienestar. (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, p. 101)

El registro civil de nacimiento es el primer instrumento con el que se verifica el reconocimiento de la ciudadanía de los niños y niñas en Colombia, toda vez que de este depende el acceso a los bienes y servicios propios del Estado.

En un esfuerzo por intervenir en la situación de los derechos de la niñez, la estrategia de atención integral a la primera infancia plantea, desde la perspectiva de derechos, que las niñas y los niños colombianos son reconocidos como seres sociales, singulares y en la diversidad. Adicionalmente, esta estrategia destaca cuatro entornos clave en los que se debe velar porque existan condiciones ideales que promuevan el desarrollo de la infancia y la garantía de sus derechos, estos son hogar, entorno salud, entorno educativo y espacio público. Al entorno salud se le asigna la responsabilidad de ser el primer escenario institucional que tiene contacto con el niño o niña y debe procurar la preservación de su vida mediante acciones humanizadas, como lo debe hacer el Programa de Crecimiento y Desarrollo.

Ahora bien, dejando de lado la teoría y visualizando la realidad respecto a la situación de los derechos de la niñez en Colombia, se debe decir que la Unicef muestra algunos indicadores, en torno al derecho a la vida se evidencia una disminución en la tasa de mortalidad infantil en un 50% entre 1990 y 2015; en cuanto al derecho a la participación, para el año 2012 hasta un 5% de los niños y niñas de Colombia no contaban con registro civil de nacimiento; en cuanto al derecho a la protección los padres figuran como los principales agresores, con las connotaciones e implicaciones que esto suscita para el papel que la familia desempeña como corresponsable en la garantía de derechos y de un entorno clave para el desarrollo infantil; además, el desplazamiento forzado a causa del conflicto armado aparece como una amenaza permanentemente para la infancia en Colombia. Las demás conclusiones del documento consultado apuntan al crecimiento de la brecha social entre la niñez rural y la niñez que se desarrolla en contextos urbanos, donde la primera padece serias dificultades de acceso a los servicios de salud, educación y al mínimo vital por parte de su familia (UNICEF, 2017).

Sumado a lo anterior, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015 reportó que entre el 2010 y el 2015 hubo un incremento del 4.9% al 6.3% del sobrepeso en la primera infancia y del 18,8% al 24,4% en niños y niñas en edad escolar (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, s.p). En lo referente a la situación en la ciudad de Bogotá, es importante anotar que el Concejo de Bogotá reportó una sentida disminución de la desnutrición en la primera infancia en la capital entre los años 2007 a 2018, pues la desnutrición aguda pasó del 2.4% al 1.8%, la desnutrición crónica del 21.4% al 17% y la tasa de mortalidad por desnutrición pasó de 2.7 por 100.000 menores de 5 años a ser de 0.7 por 100.000 en el 2016 (Concejo de Bogotá, 2018, s.p.).

Respecto a la exigibilidad de derechos, es importante señalar que en los servicios de primera infancia de Bogotá una estrategia ante situaciones de inobservancia, amenaza o vulneración de derechos es la activación de rutas mediante la articulación de las distintas

instituciones encargadas de la protección de la primera infancia para el intercambio de información, la generación de alertas y la ejecución de acciones que mitiguen el riesgo o reestablezcan el derecho, según aplique (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, 2013, pág 5). En el caso de la familia y la sociedad civil, pueden recurrir a mecanismos de restablecimiento de derechos como la acción de tutela, tal y como lo estipula el artículo 86 de la Constitución Nacional, que se interpone en contra de la entidad que se considere realiza la vulneración (Constitución Política de Colombia, 1991, s.p.).

En cuanto al derecho a la protección en salud, es importante tener en cuenta que, aunque debe ser universal en términos de derechos, en Colombia está mediada por varios factores, entre ellos el tipo de afiliación al sistema de salud. Los tipos de afiliación más relevantes son el régimen contributivo, conformado mayoritariamente por empleados y trabajadores independientes que tienen capacidad de pago mensual para garantizar su atención y la de su núcleo familiar a través de entidades prestadoras de salud de carácter privado o EPS, y el régimen subsidiado, en el que se ubican las personas que no tienen capacidad de un pago mensual para obtener el servicio de salud para ellos y su núcleo, por tanto reciben la atención por parte del Estado a través de la red de hospitales públicos. También existe un tercer tipo de afiliación específico para grupos poblacionales minoritarios o de régimen especial y excepcional, como los docentes y fuerzas armadas del Estado. Para el año 2017, el 44.8% de los colombianos pertenecían al régimen contributivo, un 45.4% al subsidiado y un 4.2% al régimen especial y de excepción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 18).

4.2 Primera infancia

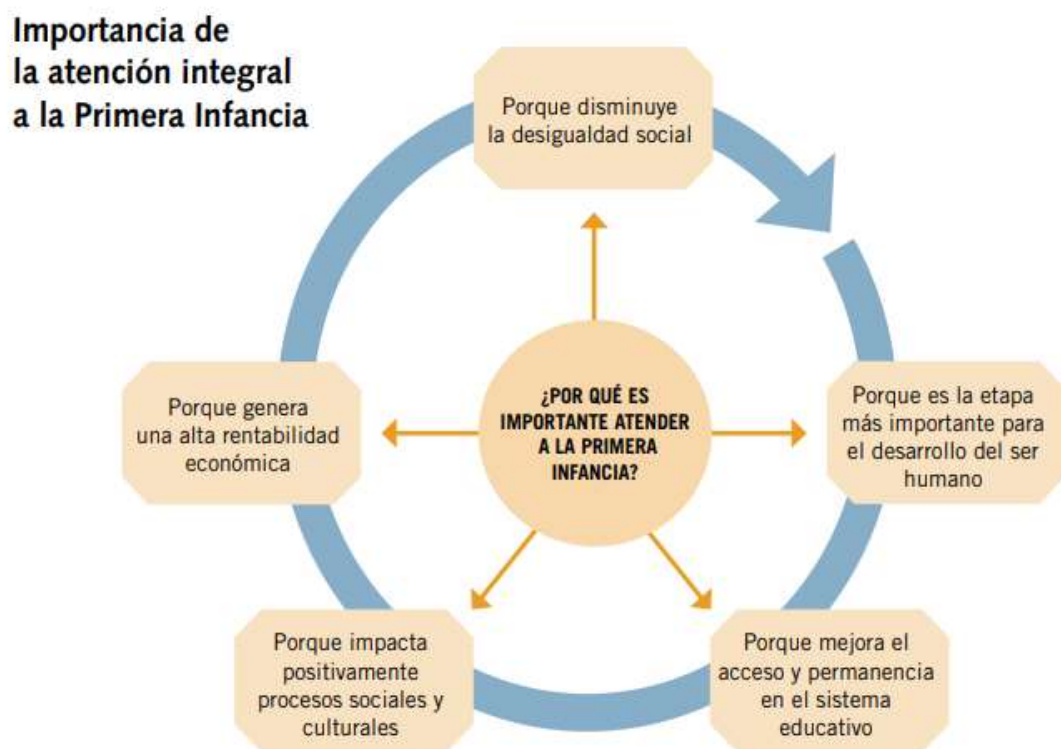
Se piensa que los hallazgos acerca de la relación entre el bienestar de la infancia y las perspectivas de desarrollo social han llevado a reconocer a la primera infancia como una fase determinante en la historia de un individuo y de la sociedad a la que pertenece; por esto, defensores de derechos, economistas y estudiosos de políticas sociales desde hace tres décadas han centrado su mirada en este ciclo vital.

La estrategia de atención integral a la primera infancia en Colombia expone en sus fundamentos conceptuales que la primera infancia está representada en todo niño y niña entre los cero y cinco años (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, pág.99). La formulación de la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia de cero a siempre va más allá del rango de edad contemplado por la estrategia de atención integral, incluyendo en su artículo 1 Propósito de la ley a las mujeres gestantes y los niños y

niñas de cero a seis años de edad dentro de la población a la cual va dirigida (Ley 1804, 2016, pág.1).

A nivel de desarrollo evolutivo, se considera que la primera infancia es el ciclo vital en el que más cambios se suscitan en el ser humano, muchos de ellos marcan de manera definitiva la expectativa de vida. En tal sentido, el Ministerio de Educación Nacional de Colombia respalda la prioridad que debe darse a la atención integral a la primera infancia, de la siguiente forma:

Figura 2. Importancia de la atención integral a la primera infancia



Fuente: (Ministerio de Educación Nacional República de Colombia, 2009)

En el apartado anterior se presentaron cifras en torno a la garantía de los derechos de la niñez en Colombia; la Comisión para la primera infancia basó la formulación de la estrategia de atención integral en un diagnóstico específico de la situación de niños y niñas menores de seis años en el que los aspectos a resaltar fueron:

- Para 2013 se calculaba en 5.150.797 la población de primera infancia. Un 48.8% niñas y 51.2% niños. De ellos un 75.9% ubicados en contextos urbanos y 24.1% rurales.
- Cifras discriminadas de los más vulnerables, primera infancia en ruralidad, pertenecientes a etnias 14.4%, niños con discapacidad 1,87%.

- Niños y niñas de primera infancia en situación de pobreza 60,03%, de los cuales el 23.36% están en pobreza extrema.
- Las nuevas conformaciones de la familia se percibió en que solo un 35% de niñez en primera infancia vive en seno de familia nuclear, 12% familiar nuclear incompleta, 14% familias extensas completas, 3% familia extensa incompleta, 4% al cuidado de no parientes.
- La violencia social hacia la primera infancia tiene unas cifras significativas, más una reducción sostenida del 10% entre los años 2005 y 2011.
- Respecto a la salud en la atención prenatal, se evidenció un incremento del 3.5%; sin embargo las cifras de atención son menores al 50%, incluso 80% en los territorios más apartados. Esta cifra se relaciona con que el 59,5% de la mortalidad infantil obedece a causas perinatales.
- En cuanto a la atención en salud un 76% de la niñez en su primera infancia recibe algún tipo de atención en salud; un 79,9% tenía el esquema básico de vacunación para su edad.
- La lactancia materna registró una disminución de hasta el 4%; quienes amamantan lo hacen de forma exclusiva apenas 14,9 meses.
- Respecto al estado nutricional, la Desnutrición crónica en la primera infancia estaba en el 13.2%, con un 30,2% de niños y niñas en riesgo de presentarla. A lo anterior se suma un 3,4% con Desnutrición global. Si bien es cierto que estas cifras representan reducción sostenida en las cifras internas del país, aún están lejos de los objetivos de desarrollo del milenio. (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, p. 37)

Por otra parte, la Estrategia Nacional de Prevención con Micronutrientes 2014- 2021 señala que la deficiencia de micronutrientes es más frecuente entre los 6 y los 24 meses, de tal manera que afecta el desarrollo cognitivo; en consecuencia, se retrasa el crecimiento del niño o la niña y aumenta el riesgo de padecer enfermedad o muerte; más aún, este documento reconoce las implicaciones a nivel del desarrollo social que la ausencia de micronutrientes conlleva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 14). No obstante, los diagnósticos no se componen solo de carencias, la estrategia de atención integral a la primera infancia en Colombia plantea varias atenciones para cada niña o niño en el país, una de ellas es la inmunización correspondiente a su edad (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, pág 222). Para el año 2013, el gobierno colombiano presentó como logro la tenencia de uno de los programas de inmunización más completo a nivel de América Latina, con una cobertura de hasta 93,5% en niños y niñas de hasta un año (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 1).

Otro recurso lo constituyen las unidades de servicio de atención integral a la primera infancia, las cuales desarrollan varias atenciones para la garantía de derechos. Estas unidades pueden depender del gobierno nacional, del gobierno distrital o de entidades privadas vigiladas por el gobierno distrital. El servicio se presta en dos modalidades, por un lado, la institucional realizada en infraestructuras especializadas, y por otro, la familiar caracterizada por atención en el hogar. En todo caso, en ambas modalidades intervienen equipos interdisciplinarios (Ministerio de Educación Nacional, 2014, pág. 19).

A nivel nacional, todas las acciones de todos los sectores alrededor de la primera infancia deben articularse alrededor de la política pública reglamentada en la Ley 1804 de agosto 02 de 2016. Para que esto ocurra en el contexto en el que los niños y las niñas se desarrollan, se requiere identificar el papel que cumple cada sector y maximizar luego sus recursos; asimismo, tener claridad ante las competencias del Estado, la sociedad y la familia, y en definitiva, promover la actuación generosa y solidaria pensada para la garantía de los derechos de los niños y las niñas (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, pág 32).

Antes de finalizar este apartado es importante señalar que para los supuestos de esta evaluación, se ha asumido la definición de primera infancia expuesta por la estrategia de atención integral a la primera infancia, que a su vez es planteada por la Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, según la cual se engloba en esta categoría a todo niño o niña de cero a cinco años.

4.3 Crecimiento y desarrollo

El Ministerio Nacional de Salud y Protección Social define el crecimiento como un proceso que abarca desde la concepción hasta la adolescencia y se manifiesta en el aumento de masa corporal. Su medición se realiza a través de variables tales como “*peso, talla, perímetro cefálico... perímetro torácico, envergadura y segmento inferior*” (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000, pág. 6). Así pues, el crecimiento inicia desde la concepción hasta la adolescencia; este, al igual que el desarrollo, está sujeto a los factores genéticos y ambientales del individuo.

De igual forma, este ministerio define el desarrollo como el proceso dinámico que conlleva una transformación gradual hacia mayores complejidades en distintas dimensiones, como la nutricional, la cognoscitiva, la psicológica, entre otras. Afirma que para que el crecimiento y desarrollo sean adecuados, los niños y niñas requieren de integralidad y armonía en entornos sociales que respeten la individualidad de cada ser humano (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000, pág. 7).

En ese orden de ideas, la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia considera que el crecimiento y el desarrollo en la primera infancia son una condición especialmente sensible durante este ciclo vital, lo cual permite un mayor impacto de las acciones en pro del bienestar del individuo; igualmente reconoce que a pesar de que el desarrollo tiene singularidades, su ritmo está relacionado con las condiciones de los entornos en los que transcurre la vida de cada niño o niña (Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia, 2013, pág.107).

Complementando esta visión, el sector salud identifica unos factores en el niño y en el entorno que favorecen el desarrollo de sus habilidades y capacidades; a éstos se les reconoce como factores protectores. Las distintas estrategias de atención irían encaminadas a potenciarlos como una forma de impulsar la formación y realización del individuo. En otro sentido, el sector salud expone que existen otro tipo de factores que, al contrario de los factores protectores, pueden obstaculizar el crecimiento y o desarrollo del individuo; las distintas formas de intervención irían encaminadas a prevenirlos o mitigarlos. Éstos últimos se denominan factores de riesgo.

Tabla 2. Factores que influyen en el crecimiento y el desarrollo infantil

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
<p>DEL NIÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inteligencia promedio • Buena salud física • Temperamento equilibrado, buena autoestima y autorregulación • Creer en la capacidad de resolver sus problemas • Conocer que puede acudir a apoyo parental, o de la autoridad, o de la familia extendida • Tener buena comunicación y relaciones con sus pares 	<p>DEL NIÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prematuridad • Malformaciones de nacimiento • Ganancia muy rápida de peso en las primeras semanas de vida. • Enfermedad del niño recurrente, crónica o grave • Tener temperamento pasivo • Discapacidad física o mental • Trauma psicológico

Fuente: (Ministerio de Salud. Colciencias, 2014, p. 31)

Tabla 3. Otros factores protectores y factores de riesgo para el crecimiento y el desarrollo infantil

FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO
<p>DE SU ENTORNO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia de apego seguro • Lactancia materna adecuada: exclusiva hasta los 6 meses • Paternidad responsable • Buen cuidado después experiencias estresantes • Tener buen modelo de afrontamiento a problemas • Tener reglas y estructura en el hogar y el colegio • Empleo regular de los padres • Tener vivienda, escuela, servicio de salud y ambiente adecuado y seguro • Contar con recursos financieros adecuados • Seguridad alimentaria • Padres y cuidadores con buenos hábitos alimentarios y de actividad física 	<p>DE SU ENTORNO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control prenatal incompleto • Exposición a toxinas en el útero o luego de nacer • Problemas nutricionales in útero o luego de nacer • Ausencia de lactancia materna • Apego inseguro • Enfermedad mental materna, depresión • Sedentarismo, falta de actividad física • Paternidad individual (con falta de apoyo) • Malos tratos parentales, violencia doméstica • Desorganización familiar, baja supervisión • Estar rodeado de pares antisociales • Aislamiento social • Separación / divorcio, divorcio de alto conflicto • Abuso parental de sustancias: alcohol, tabaquismo, sustancias psicoactivas • Enfermedad parental, muerte de un padre o un hermano • Encargar al niño a la crianza de un hermano menor. Pobreza: Falta de oportunidades, de educación con calidad, de vivienda, de acceso a atención médica • Desempleo de los padres • Discriminación • Cambio frecuente de residencia y escuelas • Vivir en un barrio peligroso • Violencia comunitaria • Padres y cuidadores con malos hábitos alimentarios y baja actividad física • Padres con desnutrición crónica, o con obesidad

Fuente: (Ministerio de Salud. Colciencias, 2014, p. 32)

Por otro lado, no puede dejar de decirse que una de las apuestas del Programa de Crecimiento y Desarrollo es potenciar los factores protectores y además mitigar los factores de riesgo con el propósito de proporcionar una mejor calidad de vida a la niñez colombiana; para ello se apoya a su vez en otras estrategias como la de suministro de micronutrientes y el Programa Ampliado de Inmunizaciones antes referenciados. De acuerdo con la Norma Técnica y Guías del Programa de Crecimiento y Desarrollo, su consulta es un escenario en el cual se tejen las distintas estrategias para la protección de la infancia.

4.4 Detección y atención temprana

La Norma Técnica y las Guías del Programa de Crecimiento y Desarrollo plantean tanto en sus objetivos como en los procedimientos, las acciones a llevar a cabo ante la detección de riesgos o alteraciones en el crecimiento y desarrollo, así como la subsecuente atención en la consulta especializada de pediatría, nutrición o fisioterapia de acuerdo a cómo sean las necesidades evidenciadas (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2007, pág. 45). El Ministerio Nacional de Salud y Protección social define la detección temprana bajo los siguientes términos:

[Es] el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2000, p. 2)

Así mismo, establece una serie de guías con los protocolos dirigidos a los profesionales de la salud para la detección temprana de enfermedades específicas o de enfermedades en ciclos de desarrollo específicos. Por otra parte, con relación al concepto de atención temprana el Grupo de atención temprana indica lo que sigue:

Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de cero a seis años, a la familia y la entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo, que tienen el riesgo de padecerlos. (Grupo de Atención Temprana, 2000, p. 13)

El Grupo de atención temprana aclara que esta tiene un lado preventivo dirigido a todos los niños y niñas, el cual pretende anular cualquier riesgo de desarrollo, y en cambio optimizarlo. Existe también un lado dirigido a los niños y niñas con déficits diagnosticados, para quienes una pronta intervención, contemplando su entorno y su familia, mejora la expectativa de mitigación o anulación del mismo. De todas maneras, en cualquiera de los enfoques de atención temprana aquí planteados es fundamental considerar e intervenir al niño o niña como un sujeto activo de su proceso de desarrollo. Para el Ministerio Nacional de Protección Social, tanto la detección como la atención temprana constituyen acciones dirigidas a todo niño o niña en Colombia conducentes a lograr “*una sociedad más justa y equitativa*” (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2007, p. 28).

4.5 Antecedentes

La revisión bibliográfica realizada permitió establecer que desde la perspectiva que el presente documento plantea, son escasos los antecedentes de evaluaciones o investigaciones similares acerca del Programa de Crecimiento y Desarrollo, y las evaluaciones existentes identificadas han sido realizadas por el sector salud en sus escenarios propios. A continuación, se expone una reseña de ellas:

- La evaluación cualitativa de proceso, hecha por el Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano (Cinde) y la Universidad de Antioquia, en el departamento de Antioquia, denominada El Programa de Crecimiento y Desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. Se llevó a cabo mediante herramientas de recolección de información como la revisión de fuentes secundarias, entrevistas y estudio de casos a funcionarios responsables del programa y usuarios. Los hallazgos de la evaluación evidencian la inequidad en la atención en razón al régimen de afiliación al sistema de salud; así, aquellos más favorecidos gozan de consulta en Crecimiento y Desarrollo de mayor calidad, mientras que la población más vulnerable es atendida en precarias condiciones o en su defecto, le es negada la atención. Así, Peñaranda, Bastidas Ramírez, Lalinde, Giraldo y Echeverri (2000) expusieron que en el régimen subsidiado se implementa un Programa de Crecimiento y Desarrollo desarticulado, con personal sin capacitación, acompañado de trabas administrativas para su ejecución con calidad y el coste social que de allí se deriva. Una de las recomendaciones planteadas es la necesidad de la implementación de una política pública para la infancia desde la intersectorialidad (pág.10).
- En la tesis de grado elaborada en el año 2009, denominada Motivos de inasistencia al programa de crecimiento desarrollo del Hospital San Vicente de Paúl, se desarrolló una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, en el municipio de Caldas, departamento de Antioquia, mediante encuestas a los usuarios. A diferencia de la evaluación anterior, en esta investigación el Programa Crecimiento y Desarrollo tiene una valoración positiva por parte de los usuarios. Los investigadores Estrada, Sanmartín, y Barragán (2010), pág. 46, presentaron como hallazgos que el principal motivo de inasistencia es el olvido de la cita por parte de la familia, seguido por factores de orden geográfico como la distancia desde la vivienda hasta el puesto de atención; también se identificaron factores de orden económico como la carencia de recursos para el desplazamiento por parte de la familia, y de orden social como el bajo nivel educativo de los cuidadores o la falta de redes de apoyo. De igual forma, se identifican barreras de acceso atribuidas al sistema de salud, como los cambios en la afiliación al sistema.

- Bajo el mismo problema de investigación se encuentra la tesis de grado de Cifuentes, Mendoza, Ortiz y Duitama (2015) publicada en el año 2015 con el título “*Evaluación de las causas de inasistencia del Programa de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud con camas de Pasacaballo, departamento del Atlántico*”; los hallazgos o motivos de inasistencia son más detallados que la investigación anteriormente reseñada, pero coinciden en varios aspectos en cuanto a que el olvido de la cita es la causa de inasistencia de más alta frecuencia. La metodología fue cuantitativa descriptiva, y el instrumento de recolección la encuesta.
- La tesis de grado de estudiantes de la Fundación Universitaria Del Área Andina, Evaluación del diligenciamiento de la historia clínica Programa de Crecimiento y Desarrollo, se reconoce como una investigación de tipo cuantitativo descriptivo basada en la revisión de fuentes secundarias, para este caso historias clínicas del programa. El contexto es el Hospital Santa Ana, municipio de Guática, departamento de Risaralda Marín, Rodríguez y Sánchez (2017) evidenciaron que las historias clínicas se han diligenciado en un 50% con respecto a la calidad exigida por la norma, siendo los profesionales de enfermería los responsables en un 68% del diligenciamiento (p.72). Además, identifica falencias en la base de datos de usuarios, así como que los riesgos detectados en la consulta no se derivan en muchos casos en las citas con especialistas requeridas. Las recomendaciones para este hospital se resumen en la implementación de un plan de mejoramiento con énfasis en capacitación al personal.
- La Encuesta Nacional de Salud 2007 es quizás el único documento de la revisión bibliográfica elaborado para el Ministerio de Salud y Protección social por la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad Javeriana (Rodríguez et al., 2007). Tuvo por finalidad recolectar información acerca de la situación de salud de los usuarios y realizar una caracterización de la oferta y demanda de los servicios de salud, entre ellos, la consulta de crecimiento y desarrollo. Las variables contempladas fueron carácter de riesgo, proceso de atención, recomendaciones recibidas y procesos realizados. Las encuestas se hicieron en forma presencial tras la consulta como instrumento de recolección, en entidades de salud públicas y privadas. Tras su lectura se pudo evidenciar que un 22% de los encuestados llegó a una cuarta a sexta consulta; los encuestados restantes estaban por debajo de esa cantidad de consultas. Por otra parte, se identificó que la primera consulta se está suscitando entre el primer y segundo año de edad. La percepción de los usuarios sobre la realización de procedimientos para el seguimiento al crecimiento del niño o la niña y la orientación a

familias fue positiva. Esta encuesta no contempló percepción de calidad de acciones para seguimiento al desarrollo del niño o niña; tampoco información sobre detección de alteraciones en el desarrollo, ni la atención temprana.

- Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA. Esta guía publicada en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección social tiene por objetivo orientar a las entidades territoriales e instituciones prestadoras de salud IPS hacia una atención en salud humanizada y de calidad a gestantes y niños y niñas en primera infancia. La guía está conformada por los análisis técnicos, metodológicos y los instrumentos sugeridos para la revisión de la gestión. El documento plantea el diseño del ejercicio y deja bajo responsabilidad de las entidades e IPS su implementación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 27).

Ahora bien, es preciso aclarar que, para el caso particular de la ciudad de Bogotá, que es el lugar donde se llevó a cabo esta evaluación, no se encontraron documentos antecedentes. En ese sentido, es importante anotar que la mayor parte de la bibliografía existente es de carácter normativo, y está entonces referida a protocolos y procesos para el programa que fueron elaborados en su mayoría por diversos operadores prestadores de salud, a los cuales se accede predominantemente de forma virtual.

5 Diseño metodológico

5.1 Tipo de evaluación

Es de mencionar que la caracterización de esta evaluación se basa en la tipología recopilada por Pérez (2005), la cual establece como criterios el momento en que se realiza la evaluación, el contenido del programa a evaluar y el actor que la realiza. pág.185. En lo concerniente al momento de la evaluación, el presente documento constituye una evaluación intermedia por cuanto se realiza sobre la marcha de la ejecución del programa, con el fin de revisar su implementación e identificar factores que posibilitan u obstaculizan su ejecución (Valdés, 2000, pág. 9).

Para responder al segundo criterio, esto es, el contenido del programa a evaluar, se debe decir que esta es una evaluación de proceso o de desempeño y ejecución puesto que los hallazgos se refieren a la percepción sobre la calidad de aplicación del programa estudiado en el terreno propiamente, teniendo como referencia los objetivos planteados en su norma técnica (Pérez, 2005, pág.187). Asimismo, según el actor que realiza la evaluación, este ejercicio puede caracterizarse como una evaluación externa pues la aplica una evaluadora que no pertenece al Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, entidad gubernamental a cargo del Programa de Crecimiento y desarrollo (Pérez, 2005, pág. 188).

Se determinó abordar el programa objeto desde la perspectiva cualitativa, la cual plantea la evaluación como un escenario para reflexionar sobre la manera de abordar la realidad social, dando pie a aprendizajes desde la información recolectada mediante técnicas como el grupo de discusión (Ballart, Carden, Feinstein, Liger, & Majone, 2016, pág.259). Finalmente, en cuanto a los criterios de la evaluación, esta responde a los criterios de relevancia toda vez que los objetivos del Programa Crecimiento y Desarrollo fueron relacionados con la Política pública de atención integral a la primera infancia, con la Estrategia de atención integral a la primera infancia y con el sector de educación inicial (Feinstein et al., 2016, pág.30).

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo general

Conocer la percepción de cumplimiento de los objetivos del Programa de Crecimiento y Desarrollo durante el año 2018, por parte de profesionales que se desempeñan en la atención integral a la primera infancia en Bogotá, Colombia.

5.2.2 Objetivos específicos

- Analizar las acciones de promoción y prevención en salud infantil ejecutadas en el marco del Programa de Crecimiento y Desarrollo.
- Analizar el seguimiento que el programa realiza al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas usuarios.
- Identificar las actuaciones realizadas por el Programa de Crecimiento y Desarrollo para la detección y atención temprana a los riesgos de déficit de la primera infancia.

5.3 Técnicas de recogida de datos

Para esta evaluación se seleccionó como herramienta de recolección de la información el grupo de discusión, que es un método cualitativo validado ya usado en campos como la mercadotecnia y la sociología (López, 2010, pág.147). Sus características se consideran favorables para el ejercicio de evaluación de un programa en la medida en que permite la generación simultánea de información desde los diversos contextos en los que se desempeñan las agentes críticas. Además de ello, permitió a la evaluadora, cuando estimó conveniente, provocar profundizaciones y/o aclaraciones durante la implementación de la técnica.

Como corresponde, el guion fue previamente elaborado y en él se incluyeron detonantes que de forma intencional pretendieron llevar la discusión a los tópicos relacionados con los objetivos de la evaluación. Para asegurar una discusión ordenada y basada en el cumplimiento de los objetivos del Programa de Crecimiento y Desarrollo, esta se llevó cabo por dimensiones o ejes temáticos a explorar, que corresponden a las categorías en las que se agruparon los objetivos específicos, a saber, prevención y promoción de la salud infantil; seguimiento al crecimiento y desarrollo, y detección y atención temprana a los riesgos de déficit. Para dar mayor consistencia a la información recolectada se pidió a las agentes que en la medida de lo posible se refirieran a casos o situaciones vivenciadas en relación con el programa evaluado, durante el año 2018. Asimismo, se buscó durante la moderación que la información se relacionara con los indicadores creados para cada eje de discusión o dimensión a explorar.

Como se evidencia en la transcripción y el análisis, el grupo de discusión constituyó la técnica de recolección de datos seleccionada para esta evaluación por ser un método de generación de discursos en torno al programa objeto, que provee información suficiente y pertinente que da lugar a un análisis y resultados de acuerdo a los objetivos propuestos (López, 2010, pág.150).

5.3.1 Selección de las agentes críticas

La presente evaluación se realizó desde la voz de ocho profesionales con experiencia en algunas de las modalidades de atención integral a la primera infancia en Bogotá, Colombia. Su selección se basó en criterios similares al diseño muestral no probabilístico, puesto que ello resultaba conveniente ya que se presupone que sus perfiles y ejercicio laboral eran idóneos para obtener la información requerida. Con su selección se quiso responder a los criterios de homogeneidad y heterogeneidad favorables para el grupo de discusión. Los criterios de selección fueron los que abajo se consignan:

- Experiencia en programas de atención integral a la primera infancia. En su mayoría, las agentes críticas tienen tres o más años de experiencia de desempeño en este tipo de programas.
- Interdisciplinariedad. Con el fin de obtener los puntos de vista de las distintas disciplinas que intervienen en los programas de atención integral a la primera infancia, el grupo cuenta con pedagogas, psicólogas, nutricionistas y trabajadoras sociales.
- Representatividad de los contextos urbanos y rurales de Bogotá. El grupo está compuesto tanto por profesionales que se han desempeñado en contextos urbanos, como por quienes se han especializado en atención a la primera infancia en la ruralidad de Bogotá. De esta manera se garantiza tener información del programa en los dos contextos.
- Representatividad de modalidades de atención. En Bogotá se implementan distintas modalidades de atención integral a la primera infancia. La conformación de este grupo de agentes críticos pretende obtener información acerca del programa objeto, desde modalidades de atención que dependen de recursos e instancias nacionales, así como desde modalidades que dependen de recursos e instancias distritales; desde modalidades de atención en ámbitos institucionales, hasta modalidades de atención en ámbito familiar, es decir, que atienden al niño o niña en el seno de su familia.

Con base en dichos criterios la codificación de las agentes para los ejercicios de transcripción y análisis se realizó como se muestra a continuación:

Primera letra con base en el rol desempeñado dentro del servicio durante el año 2018:

C: Coordinadora de servicio de atención integral a la primera infancia.

N: Nutricionista.

P: Psicóloga.

Ts: Trabajadora social.

Segunda letra con base en el contexto de Bogotá en el que ubicó el servicio en el cual se desempeñó la agente crítica durante el año 2018:

U: Servicio que atiende primera infancia en contexto urbano.

R: Servicio que atiende primera infancia en contexto rural.

Tercera letra, orden del cual dependen los recursos y recibe los lineamientos el servicio al que perteneció la agente crítica:

N: Nacional; servicio que depende del gobierno nacional.

D: Distrital; servicio que depende de gobierno local del Distrito Especial de Bogotá.

Lo anterior arrojó las siguientes codificaciones de las agentes críticas:

CUN: Coordinadora de servicio Urbano que depende del gobierno Nacional.

CUD: Coordinadora de servicio Urbano que depende del gobierno Distrital.

CRD: Coordinadora de servicio Rural que depende del gobierno Distrital. Con este perfil participaron dos agentes críticas, por tanto, hay información aportada por CRD1 y CRD2.

NUN: Nutricionista de servicios en contexto Urbano que depende el gobierno Nacional.

PUD: Psicóloga de servicio en contexto Urbano que depende del gobierno Distrital.

PRD: Psicóloga de servicio en contexto Rural que depende del gobierno Distrital.

TsRD: Trabajadora social de servicio en contexto Rural que depende del Distrito.

5.3.2 Recolección de la información

Como se dijo líneas atrás, la recolección de la información se realizó mediante la técnica grupo de discusión. Se invitó a las agentes críticas al encuentro en un céntrico lugar de Bogotá que garantizase la privacidad, la comodidad y la calidez requerida para el desarrollo del ejercicio. La convocatoria se hizo mediante invitación previa en la que se dio a conocer el tema a abordar y se confirmaba el interés por participar. Se programó una sesión de dos horas en la que el uso de la palabra fue de libre iniciativa por parte de las agentes cada vez que consideraran que tenían información para aportar en torno al eje de discusión. La evaluadora, además de moderar el uso de la palabra, intervino como motivadora cuando se evidenciaban vacíos de información en contextos o tópicos, así como cuando se requería confirmar o negar una información que percibía como relevante para la evaluación.

La recolección de la información estuvo a cargo de la evaluadora con el apoyo de una persona externa para supervisar la grabación de voz del encuentro y para la observación y registro de lenguaje no verbal. La totalidad de la sesión fue transcrita literalmente de audio a texto por una empresa especializada. Como ocurre con este tipo de técnicas cualitativas, en la transcripción y el análisis del grupo de discusión fueron elementos importantes para el análisis de la información tanto el discurso como el tono de voz, además de los silencios y el lenguaje no verbal (López, 2010, pág.153).

5.3.3 Análisis de la información

Como toda evaluación el proceso de análisis se originó desde el mismo apartado de descripción del programa a evaluar; este junto al marco teórico aportaron los insumos para determinar el diseño del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Desde ese insumo se formuló la conceptualización de los objetivos del programa a partir de las dimensiones a explorar ya mencionadas:

- Acciones en torno a la promoción y prevención de la salud infantil.
- Acciones de acompañamiento y registro al crecimiento y desarrollo infantil
- Acciones en torno a la detección y atención temprana de los riesgos de déficit.

Una vez implementada la técnica de recolección, se clasificó la información recolectada en dimensiones o ejes de discusión acordes a las categorías de conceptualización de los objetivos del programa y a los objetivos de la evaluación (ver Anexo B).

El análisis cualitativo pretende establecer relaciones entre la descripción del programa, el marco teórico, los antecedentes u otros ejercicios de investigación y evaluación con base en la información recolectada. Las relaciones establecidas se centran en establecer la percepción de cumplimiento de los objetivos del programa y su relevancia ante los retos de la atención integral a la primera infancia, para las informantes. Esas relaciones de mayor o menor coherencia o incongruencia entre los distintos elementos en juego se encuentran consignadas a continuación.

5.3.3.1 Análisis de la información sobre los objetivos asociados a la promoción y prevención de la salud infantil

- **Respecto a la garantía del esquema de vacunación para la edad**

La percepción de las agentes críticas en torno a la garantía del esquema completo de vacunación es favorable; aquí una apreciación del contexto rural:

“Durante el 2018, nosotros pudimos contar con una jornada de vacunación, sin embargo, en la ruralidad de Chapinero se presenta algo, y es que los esquemas de vacunación se cumplen, ¿sí? Finalmente, las familias son responsables en el momento de cumplir con las vacunas de los niños (...) pero finalmente el sistema de salud en temas de vacunación de los niños creo que funciona y creo que han hecho un buen trabajo”.

(CRD1)

Es relevante para esta evaluación identificar que, en este testimonio, aunque la acción de vacunación se realizó, no se hizo en el marco del Programa de Crecimiento y Desarrollo, sino en una jornada al territorio. En contraste con lo anterior, una agente de contexto urbano identificó algunas limitantes desde su experiencia en torno a la vacunación:

“Pero resulta que a veces no hay vacunas. Y así se encuentran las familias, “no hay”. Y tras de que el centro de salud queda, no sé, al otro lado de la ciudad, cuando llega ya no hay. ¿Cuánto le implica eso a la familia? ¿sí? Y no solo eso, tenemos ahorita una situación de migrantes, ¿no cierto? entonces según la situación que haya, pues alerta en el tema priorizado. ¿Cuál es el de ahorita? Vacunas”.

(PUD)

Después de lo dicho, es importante reconocer que, en términos de derechos de la infancia, a unos y otros, es decir, a migrantes y a residentes, se les debe garantizar el plan de inmunización, y esto pareciera estar sucediendo.

- **Respecto a la promoción de la lactancia materna**

El objetivo específico del programa en torno a la promoción de lactancia materna plantea la promoción de la lactancia exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria hasta los dos años, sin embargo, las experiencias de las agentes van en otro sentido:

“Yo trabajo con modalidad familiar y nos toca estar dizque promoviendo la lactancia materna, y tú te aterrás de ver en los encuentros todos los bebés con biberón. Y uno promoviendo la lactancia materna. Porque sencillamente ya están enseñadas a su tarro de leche, el pediatra se los dio y en ese orden de ideas se perdió. Si tú miras los resultados de la ENSIN, de la 2010 con la última, que es la 2015, de 3.1 que estaba el promedio del tiempo de lactancia materna, ahorita vamos en 2. Y vamos cada vez peor, porque las mamás tienen que trabajar, y las que no trabajan no quieren lactar a sus hijos, no están interesadas. Entonces ahí se pierde”.

(NUN)

Cabe aclarar que la ENSIN, que es la fuente de la cual la agente sacó los índices de descenso de la lactancia materna exclusiva, es la Encuesta nacional de Situación Nutricional. Uno de los datos más controversiales de esta evaluación es la posibilidad de que los profesionales de la salud a cargo de la atención a la primera infancia estén desestimulando la práctica de la lactancia materna por posibles beneficios personales y comercialización de códigos sucedáneos, como puede entenderse del siguiente testimonio:

“Mira, yo te voy a comentar desde la experiencia en las diferentes modalidades de Bienestar Familiar, dentro de las mismas guías de supervisión o los estándares de calidad que nos exigen están la promoción a las familias de la lactancia materna. Pero si tú te fijas, el problema va mucho más allá, y es la falta de interés que existe entre los mismos profesionales que tienen en sus manos de primera boca a las mamás. ¿Por qué? Porque dentro del gremio médico que es finalmente a quien le creen las mamás, porque tú puedes decirlo como nutricionista, pero si lo dice un médico, el concepto del médico mata el concepto de la nutricionista; los médicos no están interesados, son muy pocos los que verdaderamente están interesados en promover la lactancia materna, porque detrás de eso van intereses comerciales. Si yo promuevo la leche de Nestlé, si yo promuevo las leches de laboratorios, recibo...”

>>Comisión.

(NUN)

Otra de las informantes indicó que percibe otro tipo de acción del sector salud que desestimula la lactancia materna:

“Hay un choque también, digamos, entre el tema de la promoción de la lactancia materna desde el sector salud y desde el sector, no sé, que atiende la primera infancia, y radica en que si el niño o la niña está presentando alguna dificultad en la alimentación es culpa del pecho, ¿no cierto? “Entonces eso quítele el seno, porque o si no ese niño se le va a bajar de peso y no va a comer”, en fin”.

(PUD)

Es de recordar que el tipo de prácticas descritas por las agentes, además de ir en contravía con los objetivos del Programa de Crecimiento y desarrollo, están catalogadas por la OMS como nocivas para la promoción de la lactancia materna por cuanto influyen de forma negativa en la capacidad de decisión de las madres y en la posibilidad de que lacten a sus hijos. A pesar de que las guías del programa documentan la llamada consejería para la lactancia, las

agentes críticas perciben ausencia en la formación a las familias en prácticas adecuadas para lactar, así como limitantes en la cantidad de profesionales:

“Uno sabe que estamos muy mal en el servicio de salud, que a las enfermeras les toca hacer todo, que hay hospitales que están los médicos en paro, y pues, obviamente, les toca multiplicarse, pero entonces cuando ven que la mamá tiene en posición al bebé en su pecho para darle leche, tampoco le explican cuál es la posición y entonces el pezón se raja... Bueno, la mamá termina sufriendo, el bebé termina sufriendo y termina siendo una experiencia tormentosa”.

(TsRD)

“Efectivamente, en 2018, lo que hacen las familias es: no van a los cursos profilácticos para no tener que escuchar a los médicos diciendo que deben usar leches de fórmula, que no les enseñan a acomodar el bebé. Y quién le enseña a la mujer a acomodar el bebé, qué hacer para que no se le cuarteen los senos, en fin, todo eso, son las abuelas, son las personas mayores. Ese ejercicio de transmisión no lo hace el sistema de salud, porque no lo está haciendo, no lo hizo en el año 2018, sino lo hacen las abuelas, que es un tema cultural”.

(CRD2)

Solo en uno de los servicios rurales se registra una acción en formación en lactancia materna, pero esta no proviene del Programa de Crecimiento y desarrollo, de hecho, no proviene del ámbito institucional del sector salud, más bien parece obedecer a la iniciativa personal de un funcionario:

“Bueno, particularmente para la zona de Chapinero se ha venido trabajando o se trabajó durante el 2018 con el Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, y tuvimos dos acciones frente a la lactancia materna, ¿sí? Y fue en... en ferias de servicios que realizamos en la zona rural estaba presente una persona de salud haciendo charlas con mamás que estaban ya lactando; sin embargo, eso no obedece tanto a la implementación o a un deber de este funcionario, sino a su interés particular. Eso no está dentro de sus funciones y lo hace como una buena voluntad de realizarlo, porque se necesita”.

(CRD1)

Por otra parte, pareciera evidente la ausencia de formación de personal de salud en la atención con enfoque diferencial toda vez que no se reconoce el saber cultural de las familias campesinas y sus prácticas en torno a la lactancia:

“El otro tema frente a la lactancia materna es que muchos de los médicos regañan a las familias lactantes cuando el niño pasa de los seis meses. Les obligan a que tienen que dejar el seno. Culturalmente para las ruralidades el niño deja el seno por sí solo, siempre y cuando esté combinado con otro tipo de alimentos, pero para las mujeres campesinas se convierte en un trauma que los médicos les exijan que dejen el seno a los seis meses. Es una exigencia que les hacen los médicos y las regañan cada vez que van al control de crecimiento y desarrollo, porque el niño todavía está consumiendo tética”.

(CRD2)

- **Respecto al suministro de micronutrientes**

El suministro de micronutrientes está contemplado dentro de las acciones de prevención de los riesgos de la salud de la primera infancia. Su práctica se encuentra ampliamente documentada en las guías del programa evaluado, sin embargo, su implementación en los territorios fue escasa durante el año 2018, así lo manifestó una de las agentes:

“Con los micronutrientes, durante el 2018 también tuvimos ausencia de los complementos de micronutrientes, porque era algo que sí se venía presentando durante los dos años anteriores, 2016 y 2017, que nos daban la directriz desde salud también para otorgar a los niños micronutrientes, a todos los niños. Sin embargo, durante el 2018 no se dio”.

(CRD1)

Únicamente una de las agentes críticas identificó algunas acciones en suplementación hacia finales del 2018, como se puede evidenciar del siguiente testimonio:

“Pero mira que yo sí empecé a ver terminando ya el año, yo diría que como a partir del tercer trimestre, que los niños empezaban a llegar con su crecimiento y desarrollo, y suplementación de micronutrientes. No lo vi en todos, pero ya se empezó a generar. Es algo en lo que Secretaría- refiriéndose a la Secretaría De Salud- a nivel al menos de acá de Bogotá ha venido trabajando, y ya uno: “Ah, pero están dando vitaminas y...”, antes yo no lo veía, la verdad”.

(NUN)

Entonces, los insumos para realizar la suplementación a la primera infancia durante el 2018 en las unidades de servicio donde estaban vinculadas las agentes críticas parecieron no llegar o llegar tardíamente.

- **Respecto a las demás acciones de prevención y promoción contempladas en los objetivos del programa**

En este apartado se hará referencia a las acciones restantes contempladas en los objetivos del programa, relacionadas con la promoción y prevención de la salud infantil, tales como la promoción de factores protectores de la infancia, la prevención de factores de riesgo, la salud visual y auditiva, la formación a familias. A este respecto las agentes aportaron lo que sigue:

“Bueno, voy a abordarlos rápidamente todos. Salud visual, no tuvimos ningún tipo de acción en términos de salud visual. No, ninguno. En términos de alimentación saludable, lo que hacíamos nosotros por iniciativa del servicio de Creciendo en Familia, más no por una iniciativa de salud; en términos de accidentalidad lo mismo; y en crianza humanizada igualmente. O sea, son tres temas que finalmente salud no tiene ningún tipo de acción ni se les ve voluntad ni aparece en ninguna parte en un comité o algo así que estos temas estén como priorizados para el sistema de salud, no”.

(CRD1)

Es probable que esto se deba a que los servicios de atención a la primera infancia comparten con el Programa de Crecimiento y Desarrollo la ejecución de acciones de prevención y promoción de la salud; una de las agentes manifestó su inconformidad porque no existan acciones articuladas en los siguientes términos:

“Entonces, ¿qué se requería? Que el equipo territorial de salud estuviera haciendo vigilancia en articulación con los equipos de atención a primera infancia. Esa articulación debe existir, y lamentablemente no existe ningún tipo de articulación, menos en el tema de salud auditiva y visual, nada”.

(CRD2)

A pesar de que las agentes se manifestaron ampliamente, fue necesaria la intervención específica de la evaluadora para discutir en torno al papel del programa como formador de las familias en prácticas de puericultura, de educación nutricional, de prevención del maltrato y la accidentalidad, entre otros aspectos:

“En el tema de formación a familias con respecto a crianza humanizada, alimentación saludable y prevención de la accidentalidad y el maltrato, salud en ruralidad no llega con esos temas específicos (...) Con el tema de prevención, para salud efectivamente en años anteriores se hacía todo el tema de prevención de accidentes, ahora no, ahora no se hace eso”.

(CRD2)

“Creo yo que es salud, el organismo de salud es quien tiene que llamar las familias y decirles, y hacer esa formación, esas charlas, no las hacen”.

(CUN)

En definitiva, para concluir los aportes que se suscitaron durante el grupo de discusión es importante recordar que 9 de los 12 objetivos específicos del programa evaluado pertenecen a el eje o dimensión a explorar de las acciones para la prevención y la promoción de la salud infantil, incluso se puede decir que gran parte del Programa de Crecimiento y Desarrollo se encuentra formulado en esta dimensión. Es oportuno añadir que una de las agentes entiende el estado de la ejecución de estos objetivos desde la escasez de recursos sumada a directrices de la planeación distrital, y lo expresó así:

“Pero yo no lo pienso más porque ellos- refiriéndose a salud- no quieren y demás, sino que siento que la demanda es tan alta que no hay como esa red que pueda atender en su totalidad todos estos temas en cuanto a los programas de prevención y promoción. O sea, hay muy pocos profesionales en territorio, y ahorita como cambia el sistema de salud por subredes, ¿sí? Menos”.

(PUD)

5.3.3.2 Análisis de la información sobre los objetivos asociados al seguimiento y control del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas

Acerca de la frecuencia en la asistencia al programa

El Programa Crecimiento y Desarrollo estipula en su Norma Técnica del año 2000 y en la guía del año 2007, una frecuencia de las atenciones o consultas ya consignadas en el apartado “Descripción del programa” de este documento. Sin embargo, en ocasiones, esta frecuencia no se cumple; en el ámbito urbano, una de las agentes críticas atribuye esto a causas mixtas.

“De hecho, a veces, sobre todo en los jardines, y creo que en eso es más juicio ruralidad, en los jardines a veces es complicado el tema de que ellos asistan al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Primero, porque son familias que trabajan constantemente; segundo, porque muchas veces cuando van donde la jefa de enfermeras, las devuelven”.

(CUD)

Ahora bien, la causa de esas “devoluciones” y del no cumplimiento de la frecuencia del programa podría estar asociada con la capacidad limitada de atención del sistema de salud.

“Sí, pues en cuanto a la frecuencia de asistencia a los controles, puede que a veces se cumpla, pero a veces no, porque al momento de pedir la cita la agenda está ocupada, entonces se demora otros tres meses en pedir la cita”.

(TsRD)

Mientras tanto, en el contexto rural esta situación puede estar agravada por barreras de comunicación de las familias.

“Pero en el tema de control de crecimiento y desarrollo si la mamá tiene la cita médica, cumple el sexto mes y ya tiene... se le aproxima, para tener la siguiente cita médica la mamá debe llamar. Y efectivamente ella gasta, se tiene que montar a la montaña donde lo coge la señal, llamar al call center, que le cobran un montón, para que le digan que no hay agenda, que llame más tarde”.

(CRD2)

De acuerdo con las agentes críticas que participaron en la evaluación pertenecen a servicios ubicados en la ruralidad y en zonas marginales de Bogotá, se pudo evidenciar que la distancia desde la vivienda de niño o niña hasta el punto de atención afecta a los usuarios del Programa Crecimiento y Desarrollo.

“Nosotros tenemos un caso de un chiquis también con síndrome de Down, y estoy hablando de una zona de Chapinero que es, o sea, en medio de la nada, San Luis, es la UPZ 89 (...) Pero llegar hasta allá para poder tener una atención adecuada a una situación que pone en riesgo la integridad del niño, pues en realidad es muy triste”.

(PUD)

“Porque a la ruralidad no suben equipos de terapia para el niño, entonces el niño vive en la vereda Andes, que es más lejos que Curubital, y de ahí hasta abajo caminando son aproximadamente hora y media a dos horas”.

(CRD2)

Cabe señalar que las agentes críticas se refieren en el primer caso a zona urbana de Bogotá y en el segundo caso a una zona rural, no obstante, la dificultad geográfica para el acceso hasta los puntos de atención es la misma. Este panorama podría estar matizado por el desconocimiento de los territorios donde se desarrolla el niño, por parte de algunos profesionales de la salud.

“Que lo que dice CRD2, si yo como médico tuviera de pronto un poco más de tiempo, ¿no?, o de pronto ya voy y le digo: “¿Usted en qué territorio vive?, ¿y eso dónde queda?”, porque muchos ignoran que Bogotá tiene mucha ruralidad, muchas veredas, entonces: “¿Y eso dónde queda?, ¿eso es Bogotá? Ah, ¿y eso a cuánto queda?” ¿Sí? Averiguar también un poco más del ambiente en el que se desarrolla ese niño para yo poder orientarlo”.

(TsRD)

Así pues, aunque de la frecuencia del programa depende la oportunidad de una detección, atención y o intervención; en la cotidianidad, la periodicidad del programa pareciera imponer un rigor a la atención en salud que las agentes críticas interpretan como desfavorable:

“Porque hay casos donde por ejemplo tú puedes hacer el proceso iniciando el año y “no, que la cita me la dan a los tres o seis meses dependiendo la edad”, pero dentro de esos seis meses hay un rango en el que el niño puede sufrir algunos cambios, tú me lo dirás como nutricionista- dirigiéndose a otra agente, o puede bajar de peso o puede subir mucho de peso, ¿sí? Y esa es una manera también de que el jardín pueda mirar hasta dónde está llegando en su intervención y hasta dónde puede ahondar un poco más en el tema con la nutricionista”.

(CUD)

Es de resaltar que las agentes críticas coincidieron en que una vez atendido el niño o niña por consulta de crecimiento y desarrollo, el sistema de salud le niega la posibilidad de acceso a otras consultas como pediatría. Así lo confirman dos de las agentes que se desempeñan en diferentes localidades de Bogotá:

“No, porque usted ya vino hace un mes- emulando la voz de un funcionario salud-, entonces tienen que esperar los seis meses o los tres meses para usted vuelva a venir a la visita”. Entonces no colabora en ese tema (...).”

(CUD)

“Por eso, tengo 6 meses, me toca a los tres meses ¿no cierto? – poniéndose en el lugar de una madre- Pero si vi algo antes como mamá, no puedo ir, porque no me van a atender; ni por urgencia, porque te dilatan los procesos”.

(PUD)

Entonces, pareciera ser que la asistencia al programa evaluado en ocasiones se convirtiera en una barrera de acceso a otros servicios de salud; pero la información recolectada permitió

plantear otros factores que pueden influir de forma negativa en la frecuencia del programa, la contratación del personal de salud, por ejemplo:

“Salud está muy, lo que decía ahorita ella- refiriéndose a otra agente- ... O que porque no hay profesionales o porque firman contrato a tres meses, entonces le dan cita a la familia, pero justo fueron cuando se le venció el contrato- al funcionario de salud- y ya no los atienden porque no hay profesional. Entonces no hay profesional, no hay, no hay”.

(CUN)

De esa manera, pareciera que la contratación por prestación de servicios se traduce en rotación del talento humano y pérdida de procesos para la atención.

“Además, que tú vas a un control hoy y al siguiente te atiende otro profesional, entonces no hay ese conocimiento y seguimiento al caso, ¿sí? Así quede registrado en el sistema, es diferente cuanto tú has estado viendo al niño durante todo el año, ¿cierto? Es diferente. A mí me parece que esa es una falla grandísima del sistema”.

(NUN)

En contraposición con lo expuesto hasta este punto, se identificó un caso de atención periódica motivada por el riesgo del niño o la niña:

“La única niña, o sea, que tiene, así como una frecuencia de la asistencia, que todo el sistema de salud está encima de ella, es una niña que nació prematura, que nació de muy bajo peso, y ella sí tiene esos controles mensuales, todo el seguimiento del crecimiento y desarrollo (...) Pero esa es la única”.

(TsRD)

“La única de cuántos usuarios.”

(Evaluadora)

“Del 2018, de 52 que tenemos activos”.

(TsRD)

Lo anterior pondría al programa en un escenario de muy bajo cumplimiento de la frecuencia en la atención. Además, en cuanto a la gran mayoría de los niños y niñas en situación de desigualdad:

“Y los otros... Frente a la situación de los otros 51, que es cuál”.

(Evaluadora)

“No, es complicada. Algunas sí, porque tienen mamás más empoderadas, que tal vez terminaron su bachillerato y tienen otros conocimientos, que son muy... digamos, corresponsales, que están metidas en el cuento, que le preguntan a uno todo”.

(TsRD)

Nuevamente, las agentes reconocen el papel de las familias empoderadas, o de las “mamás juiciosas”, como se denominaron, en la mitigación de las dificultades en la atención y barreras de acceso al programa. Por último, los programas de atención a la primera infancia, tanto de orden nacional como distrital, tienen en sus lineamientos la directriz de solicitar a cada familia el cartón de consulta de crecimiento y desarrollo del niño o niña, y en adelante hacer seguimiento a la asistencia y acciones que el programa ejecuta.

“En jardines desde la experiencia les tocó en diciembre, ellos van- los padres con sus hijos. Para nosotros en enero no nos sirve esa valoración porque debe ser con vigencia de 2019. Le decimos a la familia: “Pídale...” “No, porque le corresponde hasta marzo”- emulando diálogo con la familia- Nosotros no podemos esperar hasta marzo para tener ese documento que sí nos lo exige el estándar”.

(CUN)

Para concluir, en este aspecto parece leerse una asintonía entre la exigencia del programa de atención a la primera infancia y la periodicidad del control de crecimiento y desarrollo, que deja a la familia en la mitad de la contravía de dos directrices.

Acerca del registro de las curvas de crecimiento

Las curvas de crecimiento, también llamadas rejillas, constituyen uno de los tres instrumentos en los que se basa el programa. El profesional de la salud debe registrar periódicamente en ellas la evolución de los datos antropométricos del niño o niña. Empero, por parte de las informantes, fueron varias las observaciones a su diligenciamiento, en cuanto a la forma:

Cuando uno revisa todo el tema de papeles de los niños y niñas y usuarios, hay muchos en que solo está la rejilla y un punto (...) a la vez también es muy difícil acceder y decirle al papá: “Listo, ya te dieron una rejilla, ¿no te dieron un certificado donde diga que tú asististe y que ese punto debe tener unos números en un cuadrado específico?” Pues yo... o sea, yo qué voy a saber de qué punto está grande el niño, medio uno va aprendiendo con el tiempo y con las compañeras nutricionistas, pero sí les hace falta de pronto un poco de humanidad, a mi manera de ver, un poco de humanidad y de entender un poco más al papá y al paciente que están atendiendo. Y puede sonar muy guache y muy brusco: Ah, usted como es pobre, cualquier cosa, cualquier dato le sirve.

(CUD)

La intervención anterior se refirió a la inconformidad por el precario diligenciamiento de la curva y la carencia de información. Sentir que es compartido por otra de las agentes:

“Porque no va el nombre del niño, o sea, ya ni siquiera se toman el trabajo de poner el nombre del niño y la edad o lo que sea, no, únicamente sacan una fotocopia, ponen el punto y dicen que ese es”.

(CUN)

Sumado a lo anterior, podría existir también una mala calidad de en la papelería, por ende, en la calidad del dato.

“Entonces sí me quedé pensando en eso, porque uno lo ve en algunas carpetas, ¿no cierto?, que puede ser, que no me he fijado si es del contributivo o el subsidiado-refiriéndose al régimen de afiliación al sistema de salud-, pero sí como decían, en los cartones de crecimiento, las curvas de crecimiento, son las copias de las copias de las copias y ya no se ven, entonces la calidad del dato también se pierde”.

(PUD)

Por otro lado, existe la percepción de una posible baja retroalimentación del programa a la familia y a los servicios de primera infancia:

“Entonces, las familias no se enteran de cómo están los niños y las niñas, porque no hay una relación armónica entre el paciente, que es la mamá y el niño o la niña, y el médico, porque el médico se sienta a escribir, a registrar todo y no le informa cómo está; coloca el punto en la curva de crecimiento y desarrollo”.

(CRD2)

De igual forma, durante la evaluación se evidenciaron observaciones en cuanto a la calidad de los instrumentos utilizados durante la consulta:

“Yo quería complementar lo de la compañera, lo que dicen las nutricionistas de Secretaría de Integración Social es básicamente que las tablas de medidas antropométricas que usan los médicos son totalmente diferentes. Ellas nos daban la explicación que utilizan unas bastante viejas y que hubo un cambio de esas tablas, entonces los niños aparecen con unas medidas antropométricas totalmente diferentes, los tamizajes son diferentes”.

(CRD2)

Es de recordar que la guía clínica del año 2014 se compone de dos subguías; una de ellas dedicada al análisis y sugerencias al seguimiento al crecimiento, la otra subguía se refiere al seguimiento del desarrollo infantil. Sin embargo, reiteradas apreciaciones de las agentes ponen en duda que esto se esté haciendo adecuadamente.

(...)” Pero como tenemos que cumplir con el estándar, y el estándar dice que el niño debe tener su crecimiento y desarrollo, deben acudir a su EPS, a su sistema de salud, y muchas veces el peso que uno toma tan a conciencia no coincide con el peso y la estatura, sobre todo las estaturas que toman en el sistema- refiriéndose al sistema de salud- son pésimas”.

(NUN)

Asimismo, una de las agentes expresa que la disparidad de los datos de seguimiento al crecimiento puede ser casi total.

“Sí (...) resulta que no coincide, no coincide. Si coincide en un niño, es mucho; de resto siempre hay diferencia en talla o en peso”.

(CUN)

Este último aspecto podría ser en futuros estudios un indicador de posibles tensiones entre los profesionales de la salud y los profesionales de la primera infancia, a la luz del propósito de articulación y el principio de intersectorialidad que deberían existir, según la Política Pública para la Atención Integral a la Primera Infancia.

Acerca del registro de las escalas abreviadas de valoración al desarrollo

Las escalas abreviadas de valoración al desarrollo son otro de los instrumentos a diligenciar por los profesionales de la salud responsables del programa. Durante la recolección de la información sobre el seguimiento al desarrollo infantil, lo primero que se pudo observar fue un posible desequilibrio entre las acciones que el programa evaluado realiza por el crecimiento infantil, en comparación con el seguimiento al desarrollo.

“Y también, mira, digamos que, para medir el desarrollo, esa es la escala que se está usando a nivel Bogotá Distrito, la Escala Abreviada del Desarrollo. Pero también si es la que se está usando y no se le presta atención a los resultados que arroja, pues nos seguimos quedando en medir el crecimiento y no ver el desarrollo del niño (...) Prevalece, sigue prevaleciendo es el cartón de crecimiento (...), pero la Escala Abreviada del Desarrollo muy poco, no la ve uno en todos, en todas las carpetas no, nosotros”.

(PUD)

Igualmente, la posible deficiencia del seguimiento al desarrollo fue documentada por casos específicos evidenciados por las agentes durante el año 2018.

“En 2018 tuvimos una niña (...) que nació con discapacidad, con macrocefalia, y el médico no se dio cuenta. Y uno ve el carné de crecimiento y desarrollo de la niña que tiene macrocefalia y es normal. Normal- rostro y entonación denotan indignación”.

(CRD2)

Otros casos similares se hallan en el eje de discusión de los objetivos asociados a la detección y atención temprana, en el siguiente apartado del análisis. En primera instancia, frente a la calidad del diligenciamiento de la escala del desarrollo, las agentes comentan:

“En este diligenciamiento de escalas de desarrollo, yo he podido ver en las carpetas de los niños el EAD-1, la Escala Abreviada del Desarrollo; esto es una prueba, ¿sí?, que yo a veces me pregunto cómo lo aplican en los centros de salud, o sea, parece un checklist (...) Se ve como el chulo, la x, el chulo, la x, o sea, esa es la demarcación de la escala, ¿sí? El chulo, si cumple con eso para la edad según esa escala; y la x, que no. Vienen de a tres según los meses, ¿no cierto?, pero si en estas tres salió una sola x, yo empiezo a evaluar de atrás, o sea, edades en las que el niño no tendría que estar. Eso ya me marca a mí que algo pasa en esa escala del desarrollo del niño, pero no hay una retroalimentación al respecto”

(PUD)

En ese punto de la discusión, la evaluadora consideró relevante tratar de establecer cuántos niños y niñas tienen alguna escala de desarrollo diligenciada desde el programa evaluado:

“No, son como cuatro no más, tres, cuatro niños no más”.

(CRD2)

“¿En tres, cuatro niños contributivos- refiriéndose a que los niños que tienen la escala pertenecen al régimen de afiliación contributivo- de cuántos usuarios?”

(Evaluadora)

“Del año pasado, 138”.

(CRD2)

Entre tanto, se realizó la misma indagación con otra agente:

“Que nosotros mirando lo de la escala de desarrollo de los niños, en nuestros usuarios no hay ninguno que la tenga, y tenemos, digamos que como la mitad, mitad contributivos y mitad subsidiados”.

(CUN)

“¿Cuántos usuarios?”

(Evaluadora)

“260 (...) No las hacen, y estamos hablando, lo que hablaba de Usaquén- una de las veinte localidades de Bogotá-, y somos en este momento 12 unidades de servicio ICBF, y ninguno contamos con la escala del desarrollo”.

(CUN)

“Bueno, desde la Ruralidad de Chapinero y Santafé, con los 52 niños que teníamos durante el 2018, ninguno tenía escala de desarrollo, ninguno”.

(CRD1)

Como se puede observar en las anteriores intervenciones, la información en torno al casi nulo diligenciamiento de escalas de desarrollo es constante en tres agentes vinculadas a servicios distintos. Otro aspecto identificado que puede estar influyendo en la calidad del seguimiento al desarrollo del niño y la niña es el tipo de afiliación al Sistema de seguridad Social:

“Yo he visto algunos carnés de EPS contributivos en donde efectivamente están las escalas de desarrollo en una cara del carné para que la familia se dé cuenta de que el niño cumple o no cumple eso ítems, esos criterios de desarrollo, pero en las de las EPS subsidiadas no aparece, sencillamente aparece un montón de información, un cuadro que la familia ni entiende (...)”.

(CRD2)

Vale resaltar que una de las agentes críticas se expresó de manera contundente respecto a los objetivos relacionados con el acompañamiento al crecimiento y desarrollo:

“Ahora, si tú me preguntas desde Crecimiento y Desarrollo cómo se está promoviendo, yo a ti te podría decir que para mí en este momento el Programa de Crecimiento y Desarrollo en el papel está perfecto, pero la ley no se está cumpliendo, las EPS – Entidades Prestadoras de Salud- no quieren hacer el control de crecimiento y desarrollo con la periodicidad que lo manda la ley, y se volvió en que solamente pesan mal y tallan mal al niño, y salió. No se hace”.

(NUN)

En contraste, otra de las agentes expresó una visión asociada al tema de recursos:

“Porque igual yo siento, yo sigo en lo mismo, en el tema de recursos, el sistema. Se automatizan los procesos; no hay personal que aguante. Estamos hablando de un Programa de Crecimiento y Desarrollo a la Primera Infancia, pero de verdad la demanda es tan alta que no hay quién atiende. O sea, yo siento que eso también interfiere en los procesos y que no se hagan bien. Definitivamente, o sea, no hay personal que atiende. Y a veces tienen que cumplir unos tiempos de atención, entonces si son diez minutos por niño, pues entonces todo se convierte en rápido, marque chu-chu-chu y ya, ¿sí?”.

(PUD)

Esta última intervención plantea posibles dificultades en el tiempo de consulta.

5.3.3.3 Análisis de la información sobre los objetivos asociados a la detección y atención temprana de riesgos de déficit

Para abordar este eje o dimensión de discusión, el detonante durante el grupo de discusión fue comentar si existieron casos durante el año 2018, en los que se hubiese evidenciado una detección temprana y por tanto, la derivación a profesionales especializados para su atención. En esta dimensión o eje de discusión se observa una posible injerencia de las decisiones administrativas hacia la oportunidad o acceso a la atención:

“No. Entonces... Y a veces pasa... Nosotros tenemos la obligación de remitir a todos los niños que tengan mal nutrición, y mal nutrición es: riesgo a la desnutrición aguda, desnutrición aguda; que la orden es que ningún niño se nos puede morir por desnutrición aguda, y es al único que le corren, el que tiene desnutrición aguda sí lo enrutan y lo atienden rapidísimo y le dan sus fórmulas (...) Eso es muy triste, o sea, que sea una estadística, no puede estar en la estadística”.

(NUN)

La anterior situación también se presentó en la ruralidad, como se puede notar a continuación:

“Sí. Dentro del año 2018, nosotros contábamos con 138 niños, y solamente un niño con riesgo nutricional del régimen contributivo recibió... se le hizo la detección de un riesgo nutricional, creo que estaba en riesgo de desnutrición. Era lo que decía la certificación. Y tuvo todo el especialista activado (...) Fue lo único”.

(CRD2)

“Y por Santafé- localidad de Bogotá- (...) como eso es un territorio priorizado, pues ahí ha estado todo el tiempo hospital, porque allá sí hay hospital; que tienen priorizados 40 casos. Tenemos un caso en Santafé que es bastante complicado, porque ella tiene”
...

(TsRD)

“Tiene una condición médica” ...

(CRD1)

“Sí, en su cara, que se puede convertir en un cáncer. Y el hospital no la prioriza, porque ella vive a casi hora y media más para dentro de la montaña. Entonces, “no, porque ya tenemos los 40 casos”- emulando la respuesta del sistema de salud-. ¿Sí? Entonces, pues menos mal es una familia juiciosa”.

(TsRD)

Por otro lado, distintas agentes verbalizan dificultades del sistema de salud para diagnosticar tempranamente y lo documentan con casos específicos en la vigencia 2018. La activación de rutas, ante posibles inobservancias, vulneraciones o amenazas a los derechos, es una expresión constante en sus relatos:

“Y lo otro, frente al tema de detección de discapacidad y alteraciones en el desarrollo no lo perciben ellos- refiriéndose a los profesionales de salud-, o sea, ni siquiera en la consulta de Crecimiento y Desarrollo; se supone que debe ser una consulta en donde uno remita al niño para que el pediatra revise si existe alguna alteración, porque uno como maestro lo percibe, uno sabe. Inclusive, algunas familias lo saben, y ellos no hacen esa detección. Entonces, ¿qué debemos hacer? Hacer la remisión directa a los equipos de... entre pares, en este caso Secretaría de Integración Social, para que ellos hagan la detección y activen la ruta, porque el médico no come cuento de un maestro o de una familia.

(...) Y el otro es el de la niña... macrocefalia, sí, donde la detección fue tarde, fue tardía, fue muy tarde, sin embargo, es una mamá muy pila y ella hizo todo el ejercicio, y con orientación de las psicosociales hizo el ejercicio de activar todos los especialistas; sin embargo, es demorado, es bastante demorado”.

(CRD2)

Otra de las agentes expuso otro caso identificado:

“Y pasa mucho, o sea, nosotros tenemos niños, digamos, a nivel de dificultades en las piernas, ¿sí? “No, espere a que tenga 4 o 5 años, que ahí sí podemos hacer X, Y

evaluación". Y nos ha pasado, una niña que tenía 3 años cumplió los 5, se fue al colegio y ella ya parecía un... Un mico, un mono, un gorila con las piernas. Pero "espere a que crezca más para poderle hacer..."- emulando la voz del profesional de salud- ¿Sí? Son esas cosas que uno dice: "Se pueden detectar a tiempo".

(PUD)

Del mismo modo, las agentes afirmaron que la atención temprana, oportuna y especializada no es común:

"Este tema de alteraciones en discapacidad o alteraciones en el desarrollo a nivel salud es complicado, y ya cuando hacen la detección de discapacidad y alteraciones de desarrollo porque se activó la ruta, el tema de neurología, todo lo de especialistas que requiere el niño de acuerdo a su discapacidad, son complicados, entonces termina el niño en un sistema difícil en donde no va a tener avances" (...).

(CRD2)

Igualmente, documentaron la no atención temprana con un caso específico:

"Y tenemos un niño con síndrome de Down, en donde la detección fue temprana básicamente por su aspecto físico, porque tiene... pues, el niño de síndrome de Down tiene características específicas. Igual las rutas para especialistas, nos tocó poner tutela (...) y nunca, nunca se lo dieron, hasta ahora".

(CRD2)

De tal manera, la tutela se refiere a la acción legal interpuesta por cualquier ciudadano colombiano cuando considera que se le está siendo vulnerado un derecho fundamental. Su uso es recurrente por no atención en salud, pero no es el único al parecer; otra agente hizo alusión a un mecanismo distinto de exigibilidad:

"Pocos especialistas y difícil las citas para con los especialistas que se requieren. Solo familias empoderadas o que reciben verdaderamente la orientación o la atención, o se informan o van a la Defensoría del Pueblo generalmente".

(PUD)

También, otra de las agentes de contexto distinto ratificó las dificultades de acceso a consulta con profesional de la salud especialista:

"Y de ahí para adelante todas las consultas son hechas por enfermera jefe (...) Que es quien está en la capacidad de detectar si hay alguna alteración de desarrollo, y lo remite al pediatra. Y nosotros sabemos que por ley los niños no deberían tener barrera para asistir al pediatra, sino que ellos de entrada tienen derecho... Eso la misma

Sociedad Colombiana de Pediatría lo ha dicho, por ley ellos pueden acceder a pediatra. Y no ocurre así, siempre hay la barrera para acceder a pediatra”.

(NUN)

No obstante, al parecer las barreras en la atención temprana no solo tienen que ver con dificultades para consulta con especialistas, también se documentaron casos sobre falta suministro de insumos:

“Entonces, a ese niño tenían que darle unas leches especializadas, por algún tema que no recuerdo bien qué era lo que pasaba, y eran unos micronutrientes y unas leches súper especializadas, y el niño estaba en desnutrición básicamente porque duró todo un año completo sin que se las autorizaran”.

(CRD2)

De la misma forma, en esta dimensión a explorar se evidenció una posible inequidad en la atención temprana entre los niños y niñas del régimen contributivo, frente a los de régimen subsidiado:

“Pues bueno, en los casos en que se... el que ocurre que un niño va a su consulta y no sube de peso o no gana talla al ritmo que debería ganar, yo he notado pero es en el régimen contributivo que le empiezan a hacer el estudio del cargo, estudio hormonal, es decir, empiezan un estudio juicioso para averiguar cuál puede ser la causa de ese posible déficit en ganancia de peso o de talla. La verdad, eso sí yo he visto que lo hacen mucho, pero más en el régimen contributivo, la verdad, que en el subsidiado. Es lo que he podido detectar. No sé ya a nivel de desarrollo” ...

(NUN)

Así mismo, fueron evidentes nuevamente tensiones generadas por discrepancias en la sospecha de alteración entre los profesionales de salud y el servicio de atención integral:

“Y con el tema de detección de discapacidad y alteraciones en el desarrollo, fue algo paradójico, porque teníamos niños que, para nosotras, dentro del ejercicio de trabajo continuo con ellos, no evidenciábamos que tuvieran alguna alteración en el desarrollo; sin embargo, nos llegaban... me llegaron certificaciones en donde el médico, el pediatra decía que tenía alteración en el desarrollo, comunicación verbal, bueno, había unos ítems. Y uno decía: “Pero cómo lo evaluó, cómo le hizo el seguimiento, en cuánto tiempo”, pues es un niño campesino que apenas ve al médico, que no le va a hablar. Y uno dice: “Este niño habla hasta por montones, yo no le veo la alteración por ningún lado”.

(CRD2)

Además, se encontraron tensiones por la expectativa de atención de los profesionales de primera infancia y la atención efectivamente prestada por salud:

“Tienen dos tipos de fórmulas. Yo juro que eso debe venir de Estados Unidos, hay una que es a base de mantequilla de maní; ese no es nuestro hábito. Y en muchos casos ocasionan alergias en los niños. Y son las fórmulas que hay para recuperar los niños con desnutrición, o sea que uno ve que... es con tristeza que tampoco se esmeren en algo que... ¿Por qué no sacan un alimento que corresponda a los hábitos nuestros, no? (...) He tenido dos o tres casos en la modalidad familiar que les dan la fórmula y les ocasionó alergia”.

(NUN)

En un contexto distinto, otras agentes manifestaron inconformidad respecto a acciones u omisiones en la atención a posibles alteraciones al desarrollo:

“Y no sé qué tablas, la verdad, manejan para la atención temprana, porque nos ha pasado que el niño tiene 7 meses y no gatea, que nos sucedió con una niña. Los médicos... Mejor dicho, es a molestar a la mamá, que tiene gatear, que tiene gatear, que tiene que gatear. Y uno a veces se da cuenta que es problema de caderas”.

(CRD2)

“Nosotros tenemos tres casos de tres niños, que el uno fue detectado, después de tanta pelea y remisión, con un grado de autismo; y el otro tiene problemas auditivos, y llevamos un año peleando con la EPS. “El niño no nos escucha, el niño, el niño...” Sin embargo, el médico como que no le ha dado importancia (...) Tenemos un niño también (...) Le describimos todo el cuadro a la mamá como para decirle: eso es signos de epilepsia. La mamá hace todos los exámenes, le hacen de todo. El médico le dice que no es eso, que no es eso. Y hace 15 días le diagnostican que sí es epilepsia. Le dan una cantidad de medicamentos, que ya lleva no sé cuántos tarros tomados, y resulta que eso no era para eso; lo que hizo fue fortalecer la epilepsia al niño”.

(CUN)

Por otra parte, se documentó la posible injerencia de políticas territoriales y metas del gobierno distrital, lo cual obstaculiza las acciones de atención temprana:

“Es un tema de Sumapaz, de una niña con parálisis cerebral. Que era un tema prevenible, pues básicamente la sacaron con fórceps y la niña... Le ocasionaron el daño cerebral. Pero entonces en Sumapaz sí existe como enfoque diferencial, porque

la ciudad piensa que la única ruralidad, ruralidad de Sumapaz, y allá sí llegan casa a casa los equipos completos por las distancias. A esta niña efectivamente le llega equipo completo de médicos, enfermeras y terapeuta ocupacional para la atención. Y donde llega sin que tutele ni nada, y le llega porque vive en una vereda súper lejana”.

(CRD2)

Como se puede apreciar, en este caso hay además posible responsabilidad del sistema de salud en la discapacidad de la niña; además, anteriormente las agentes se refirieron a casos en los que la demora en la atención ocasiona el deterioro de la condición de la salud y la disminución de la expectativa de superación o mitigación del déficit.

“Entonces se enruta... Eso corren. Y tenemos que, ahí mismo activar la ruta, de hecho, uno en modalidad familiar se toma perímetro branquial, y el niño que tiene un perímetro menor de 11, de una vez a su EPS porque es un niño que está en riesgo de morir. Y le corren y lo atienden. Tenemos a niños con sobrepeso y también tenemos que remitir a los niños con obesidad. Si no nos atienden a los niños que están bajos de peso, que no se diga que esté todavía en desnutrición, que están en riesgo, no los atienden, imagínate tú, los de sobrepeso y obesidad no les importan, no los atienden”.

(NUN)

En ese mismo sentido, otra agente consideró que frente al tema de negación a la atención temprana, existe de fondo un tema presupuestal:

“O sea, en la ruralidad inclusive de Colombia, los niños y las niñas con discapacidad y los jóvenes y adultos con discapacidad no reciben una atención de salud de manera diferencial. Es un enfoque diferencial. Y eso sé que es costoso. Y pienso lo mismo, que todo es por el bolsillo”.

(CRD2)

Entonces, es posible que exista una brecha muy grande entre las guías del programa y la detección y atención temprana:

“Pero no, la urgencia es: “¿Y qué edad tiene y el nombre y el yo no sé qué?”, y registre y registre, y llene datos en ese computador, y yo siento que se pierde tiempo valioso para hacer lo que verdaderamente es importante en una consulta, que es auscultar un niño, mirarlo, mirarlo a los ojos, “venga, se sienta, se ríe, es sociable, no es sociable”, y eso se ha perdido en la consulta médica”.

(NUN)

Es preciso destacar el término “guerrearla”, que usó la agente crítica en la siguiente intervención para describir lo que se debe hacer para acceder a la atención temprana de la primera infancia.

“Es muy triste que tengamos una Ley de Infancia, una ley que no se cumple, que tristemente se quedó en el papel. Es muy triste que estemos hablando de que somos garantes de derechos, pero sabemos que nos toca pelearla y guerrearla para que los niños logren atención”.

(NUN)

5.3.3.4 Otras situaciones evidenciadas fuera de las tres dimensiones a explorar

Si bien, esta evaluación se orientó hacia los ejes temáticos o dimensiones a explorar con base en la conceptualización de los objetivos del programa, durante la fase de recolección de información se suscitó la producción de datos cualitativos que no están necesariamente relacionada con dichos ejes, pero que se consideran relevantes para futuros ejercicios en torno al Programa Crecimiento y Desarrollo.

Similitudes con antecedentes de evaluación e investigación del Programa Crecimiento y Desarrollo

En el apartado Marco Teórico se expusieron algunos antecedentes de estudios acerca del programa; durante la fase de recolección de información de esta evaluación se evidenciaron puntos comunes con algunos de esos documentos anteriores, por ejemplo: el Programa Crecimiento y Desarrollo e inequidad en el sistema de salud; al igual que la evaluación realizada por Cinde y la Universidad de Antioquia. Así pues, las agentes críticas durante esta evaluación manifestaron diferencias en la atención del programa según el tipo de régimen al que el niño o niña usuario(a) pertenecía:

“Pues bueno, en los casos en que se... el que ocurre que un niño va a su consulta y no sube de peso o no gana talla al ritmo que debería ganar, yo he notado pero en el régimen contributivo que le empiezan a hacer el estudio del cargo, estudio hormonal, es decir, empiezan un estudio juicioso para averiguar cuál puede ser la causa de ese posible déficit en ganancia de peso o de talla. La verdad, eso sí yo he visto que lo hacen mucho, pero más en el régimen contributivo, la verdad, que en el subsidiado. Es lo que he podido detectar. No sé ya a nivel de desarrollo...”

(NUN)

Con respecto a ese vacío, otra agente aportó lo siguiente:

“Yo he visto algunos carnés de EPS contributivos en donde efectivamente están las escalas de desarrollo en una cara del carné para que la familia se dé cuenta de que el niño cumple o no cumple eso ítems, esos criterios de desarrollo, pero en las de las EPS subsidiadas no aparece, sencillamente aparece un montón de información, un cuadro que la familia ni entiende”.

(CRD2)

Teniendo en cuenta lo que se aportó en el Marco teórico del presente documento, la evaluación de Cinde y la Universidad de Antioquia hacían un llamado en el año 2002, toda vez que planteaban que la población del régimen subsidiado es más vulnerable que la de régimen contributivo y que por ello requerían una atención que respondiera a sus necesidades.

Evaluación del diligenciamiento de la historia clínica, Programa de Crecimiento y Desarrollo.

Este ejercicio fue realizado en el departamento de Risaralda en el año 2016 y se encontró un porcentaje de calidad del 50% en el ejercicio comparativo del diligenciamiento de la historia clínica frente a la Norma Técnica del programa evaluado. Asimismo, fueron varias las intervenciones que las agentes realizaron durante la recolección de la información de esta evaluación, para expresar su inconformidad con el diligenciamiento de los formatos del programa por parte del personal de salud:

“Cuando uno revisa todo el tema de papeles de los niños y niñas y usuarios, hay muchos en que solo está la rejilla y un punto (...) a la vez también es muy difícil acceder y decirle al papá: “Listo, ya te dieron una rejilla, ¿no te dieron un certificado donde diga que tú asististe y que ese punto debe tener unos números en un cuadrito específico?”

(CUD)

“Porque no va el nombre del niño, o sea, ya ni siquiera se toman el trabajo de poner el nombre del niño y la edad o lo que sea, no, únicamente sacan una fotocopia, ponen el punto y dicen que ese es”.

(CUN)

La atención del Programa Crecimiento y Desarrollo y las metas en salud a nivel distrital

Desde los distintos testimonios se evidencia que el gobierno local de Bogotá tiene priorizados para la atención territorios y patologías. Empero, lo que las agentes críticas consideraron es que esa priorización podría implicar la desatención a otros tipos de riesgos nutricionales:

“Entonces se enruta... Eso corren. Y tenemos que ahí mismo activar la ruta, de hecho, uno en modalidad familiar se toma perímetro branquial, y el niño que tiene un perímetro menor de 11, de una vez a su EPS porque es un niño que está en riesgo de morir. Y le corren y lo atienden. Tenemos a niños con sobrepeso y también tenemos que remitir a los niños con obesidad. Si no nos atienden a los niños que están bajos de peso, que no se diga que esté todavía en desnutrición, que están en riesgo, no los atienden, imagínate tú, los de sobrepeso y obesidad no les importan, no los atienden”.

(NUN)

Y ahora súmale tú que priorizan sectores de cada localidad, pues menos (...) Yo, en el 2017 y 2018, he tratado de articularme con salud, ¿sí?, solicitando que se acerquen a los jardines para hacer como un ejercicio de revisión general de los niños en los aspectos básicos, que es todo el tema de lo visual, lo auditivo, todo lo de crecimiento y desarrollo, pero las respuestas que me encuentro es como: “No se puede, ese no es un territorio priorizado, por eso las familias tienen la obligación”.

(PUD)

Posibles límites difusos entre la labor del sector salud y la atención integral a la primera infancia

Durante esta evaluación se pudo establecer que las agentes críticas tienen serias inconformidades con la forma en que se ha exigido a los servicios de atención integral realizar acciones que históricamente han correspondido al sector salud.

“Yo llevo trabajando con primera infancia ya diez años, y lo que ha ido pasando, y yo no sé si así pasa en Secretaría de Integración Rural, al menos en programas del ICBF, es que cada vez más, ante la inoperancia del sistema de salud, a los profesionales de las instituciones nos han descargado mucha más responsabilidad. ¿Sí? Como el hecho de tener que hacer seguimientos individuales a los niños, porque una consulta de nutrición es lejana. Como la responsabilidad de que si el niño está desnutrido, somos nosotras quien les da el dictamen. Cada vez más también preparando más a las maestras o las maestras preparándose también para hacer lo que el sistema de

salud no hace. ¿Sí? Se ha venido descargando en esa forma. No sé si a ustedes les pasa exactamente lo mismo- dirigiéndose a las demás agentes-, pero uno siente que cada vez son más cosas y más cosas, y más responsabilidad”.

(NUN)

Ahora, ante la pregunta la evaluadora sobre el hecho de que esa posible “sobrecarga de funciones” obedezca a voluntades personales de las agentes o si en cambio, los lineamientos del servicio se los exige, la misma agente respondió:

“Los estándares son claros, se lo van poniendo a uno. La nutricionista es la que enruta, la nutricionista es la... Mira, a mí me ha pasado en los programas de modalidad familiar, de niños que fallecen y enseguida le caen a uno como nutricionista. “Estaba desnutrido y usted no se dio cuenta”. Y son niños que se han muerto por todo, menos por desnutrición. Pero lo primero que tú ves en las noticias, te salen a decir: “Es que el niño estaba desnutrido y es que el jardín no le puso atención”.

(NUN)

Por consiguiente, su apreciación fue ratificada por una de las agentes que se desempeña en un servicio de orden distrital:

“Sí. Bueno, precisamente en ese mismo sentido, efectivamente hay directrices institucionales que hacen que obligaciones o responsabilidades que tiene el sector salud terminen siendo asumidas por otra institución, como en este caso sería la Secretaría de Integración Social. (...) Sin embargo, encontramos lo que ya dijeron las compañeras, entonces creo que más allá de no contar o de descargar una responsabilidad en el otro, creo que también hay unas falencias y una disparidad entre lo que dice o los... digamos que los criterios o lineamientos que tiene que seguir salud y lo que sigue la Secretaría de Integración Social o ICBF, ¿sí? Cuando finalmente dentro de la política sí se supone que todos estamos encaminados exactamente a lo mismo”.

(CRD1)

De acuerdo con esto, se podría decir que no se logra aún la articulación que la Estrategia y la Política de Atención Integral a la Primera Infancia plantean:

“Es preocupante que salud desde su visión no haga este ejercicio de manera articulada con los equipos que hacen atención a primera infancia, porque efectivamente sí se requiere que exista una articulación para que se haga todo el tema de atención, de activación de rutas cuando se ve un maltrato o un accidente”.

(CRD2)

De tal modo, es probable que el análisis comparativo de los estándares y lineamientos de educación inicial frente al diseño del Programa Crecimiento y Desarrollo podría ser un camino para establecer en qué grado lo aquí expresado por las agentes se está presentando.

Posible duplicidad de acciones entre el sector salud y los programas de atención integral a la primera infancia

Complementando el apartado anterior, tras la recolección de la información queda en la evaluadora la impresión de que esas aparentes dificultades para la coordinación intersectorial, sumada a los posibles límites difusos entre el Programa de Crecimiento y Desarrollo y el Servicio de Atención Integral a la Primera Infancia, se traducen en duplicidad de acciones.

“Peso y talla lo hacemos de verdad a conciencia, porque sabemos... uno de nutricionista sabe lo que eso implica, pesar o medir mal un niño implica clasificarlo mal, ¿cierto?, para subirlo al Cuéntame, pero como tenemos que cumplir con el estándar, y el estándar dice que el niño debe tener su crecimiento y desarrollo, deben acudir a su EPS, a su sistema de salud, y muchas veces el peso que uno toma tan a conciencia no coincide con el peso y la estatura, sobre todo las estaturas que toman en el sistema son pésimas”.

(NUN)

La intervención anterior ilustra una de las varias situaciones en que se puso en evidencia, en referencia a que los profesionales de los dos sectores en ocasiones pueden estar haciendo las mismas tareas, quizás con distinta calidad.

Posibles tensiones entre los profesionales de la salud y los profesionales de atención a la primera infancia

A lo largo de la fase de recolección de información fue constante la manifestación de tensiones entre los equipos de salud y atención a la primera infancia:

“Ah, además, hay veces que le devuelven a uno... Le dicen: “Ya revisamos los niños de acuerdo a la remisión que usted hizo, revisamos los niños y los niños están perfectos”. Entonces, la mamá viene y casi que lo insulta a uno porque uno fue el bruto que remitió a un niño que no estaba... Los papás se ofenden, pero uno está seguro de sus datos, está seguro de su clasificación. ¿Ves?”

(NUN)

Ese ese orden de ideas, lo anterior fue reiterado por otra informante:

“Y si bien es cierto, con el tema de pediatras médicos y demás, pues ellos no son muy amigos de los jardines, ¿sí? Ellos, si mandan a decir algo del jardín, “No le preste atención que eso no sé qué”. Somos muy exagerados. “Por todo activan ruta. Usted debe tener en cuenta que ahí está bien y listo”.

(CUD)

Contrastando objetivos

La revisión comparativa de los objetivos del Programa Crecimiento y Desarrollo, consignados los distintos documentos permite establecer que desde la Norma Técnica 2000 a la Guía Técnica del año 2007, los objetivos generales de la primera están ajustados a las proyecciones de un programa de orden nacional, con aspiración a impactar un factor de la fundamental como lo es la mortalidad infantil; además, reconocen el papel de la familia como aliado fundamental.

En contraste, el objetivo general de la Guía Técnica del año 2007 se centra en brindar pautas a prestadores del servicio de salud para modificar sus prácticas. En cuanto a la comparación de los objetivos específicos, se observa que la Guía 2007 unificó algunos objetivos de la Norma Técnica del año 2000, como ocurre en el tema de alimentación balanceada y la lactancia materna; así como también la vacunación y la prevención de la accidentalidad. Se aprecia cómo los objetivos de la Guía 2007 están muy enfocados a la salud pública, mientras que desaparecen términos como detección temprana y educación familiar respecto de la Norma 2000. No obstante, es importante reseñar que la Guía 2007 introduce un objetivo específico en procura de la articulación con la comunidad y el sector educativo, el cual no se había contemplado en la Norma del año 2000.

Respecto a los objetivos consignados en la Guía 2014 se asemejan a la Guía 2007 en el hecho de que su objetivo general pretende modificar prácticas clínicas del sector salud; sus tres objetivos específicos se derivan del general, no plantean abordaje a temas de salud pública. Básicamente, tanto para el seguimiento al crecimiento como para el seguimiento al desarrollo elabora una subguía de procedimientos. La familia retoma en este documento un lugar preponderante en las acciones contempladas; desaparece el tema de articulación con comunidad y sector educación que se había formulado en la Guía 2007.

5.3.3.5 La articulación intersectorial como posible camino: tejer redes, acercarse y maximizar recursos

Una de las intervenciones destaca en este aspecto; una agente relató una experiencia exitosa basada en el trabajo mancomunado de los profesionales de atención integral a la primera infancia y los profesionales de salud, además de otras instituciones. Además, aunque es anterior al año de evaluación, aporta un posible camino para mirar hacia adelante.

“O sea, yo me acuerdo... recordando hace dos años, cuando estábamos todos en territorio, se alcanzó a lograr o por lo menos por mi lado, yo estaba en urbano, no estaba en lo rural; sé que siempre ha sido más difícil, pero se hizo un trabajo maravilloso cuando tratamos de hacer eso, porque estaba toda la gente en territorio-refiriéndose a los profesionales de las distintas entidades-. Entonces estaba hospital en territorio, estaba la Casa de Igualdad de territorio, ¿sí?”.

(TsRD)

Es importante anotar que esta experiencia tiene como característica principal que los profesionales y las instituciones estaban en los territorios en los que se desarrollaba el niño, cercanos, a la mano de las familias; otra de las agentes complementó lo anterior:

“Pero yo ahí si hablo y complemento lo de TsRD, es que hace dos, tres años sí se veía eso, se veía la articulación en Bogotá, se veía la articulación en todos los sectores y llegaban todos los sectores a los territorios, rurales también, llegaba a absolutamente todo el mundo. Y por teléfono solucionábamos, apoyábamos a la gente. Y yo pienso que la gente en lo rural no perdió la corresponsabilidad, porque estaban un poco más pendientes de sus niños, básicamente porque les estábamos facilitando la vida en el tema de desplazamiento”.

(CRD2)

5.4 Instrumentos e indicadores de evaluación.

En consecuencia con la técnica de recolección de la información seleccionada, el guion del grupo de discusión constituyó el instrumento en la fase de recolección de información; mismo que propiciará la expresión en torno a los ejes temáticos o dimensiones a explorar seleccionados para la evaluación del Programa Crecimiento y Desarrollo: promoción y prevención de la salud infantil, seguimiento al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas usuarios, detección y atención temprana a los riesgos de déficit (ver Anexo A).

Con base en los objetivos de la investigación, se formularon las dimensiones a explorar o ejes del guion del grupo de discusión y se generaron los indicadores o medidas verificables de la percepción de cumplimiento del programa evaluado. Para esta evaluación de proceso, los indicadores propuestos están relacionados con insumos y productos del programa, a saber:

Primer objetivo específico de la evaluación: analizar las acciones de promoción y prevención en salud infantil ejecutadas en el marco del Programa de Crecimiento y Desarrollo.

Eje promoción y prevención de la salud infantil

Indicador: actividades de promoción y prevención de la salud infantil, ejecutadas en el marco del programa a evaluar durante el año 2018.

Desagregación del indicador:

1. Se evidencia que el programa realizó acciones para la promoción y prevención de la salud infantil.

2. Se evidencia desde el programa realización parcial de actividades de promoción y prevención de la salud infantil.

3. No se registra evidencia desde el programa acciones de promoción y prevención de la salud infantil.

Segundo objetivo específico de la evaluación: analizar el seguimiento que el programa realiza al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas usuarios.

Eje seguimiento al crecimiento y desarrollo

Indicadores: cartones de asistencia al programa con registro de diligenciamiento de curvas del crecimiento.

Cartones de asistencia al programa con registro de diligenciamiento de escalas de desarrollo durante el año 2018.

Desagregación del indicador:

Respecto a la curva de crecimiento.

1. Las agentes críticas observan que todos los cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la de curva de crecimiento.

2. Las agentes críticas observan que algunos cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la de curva de crecimiento.

3. Las agentes críticas observan que ninguno de los cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la de curva de crecimiento.

Respecto a la escala de desarrollo

1. Las agentes críticas observan que todos los cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la escala de desarrollo.

2. Las agentes críticas observan que algunos cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la escala de desarrollo.

3. Las agentes críticas observan que ninguno de los cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la escala de desarrollo.

Tercer objetivo específico de la evaluación: identificar las actuaciones realizadas por el Programa de Crecimiento y Desarrollo para la detección y atención temprana a los riesgos de déficit de la primera infancia.

Eje detección atención temprana al déficit

Indicador: casos de usuarios a quienes se les haya diagnosticado y/o derivado atención temprana a un déficit en el marco del programa durante el año 2018.

Desagregación del indicador:

1. Las agentes críticas evidencian casos de detección y atención temprana en el programa.

2. Las agentes críticas evidencian casos de detección, mas no atención.

3. Las agentes críticas no evidencian casos de detección, ni de atención temprana en el marco del programa.

5.5 Cronograma de la evaluación

Tabla 4. *Cronograma*

Fase	Tiempo Proyectado
Planeación de la evaluación	Septiembre a octubre 2018
Diseño del proceso	Noviembre 2018 a enero 2019
Recolección de la información	Documental: noviembre 2018 a febrero 2019 De campo: 16 de febrero de 2019
Análisis de la información recolectada.	Tercera semana febrero de 2019
Elaboración informe final	Cuarta semana febrero de 2019

Fuente: elaboración propia.

6 Limitaciones y prospectiva

6.1 Limitaciones de esta evaluación

A la luz de la importancia que el Estado colombiano reconoce al ciclo vital primera infancia para el desarrollo personal y social; y con base en la formulación de la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia y la sanción de la Ley 1804 de agosto 2 de 2016 que la reglamenta; el presente documento se enfoca en la evaluación de los objetivos del Programa Crecimiento y Desarrollo desde la atención integral a la primera infancia. Aunque el programa está dirigido a niños y niñas hasta 10 años, se requiere un ejercicio de mayor envergadura con un diseño metodológico distinto, pues no existe par en cuanto a los profesionales, ni programas tan integrales para la atención a los niños y niñas mayores de 6 años, de los cuales se puede obtener información similar a la recolectada en esta evaluación.

Por otro lado, el carácter cualitativo de la evaluación hace imperativo reconocer que sus resultados no son generalizables, solamente se refieren a los contextos desde los cuales las agentes críticas aportan a información. Así, dado que se trata de una evaluación externa, esta conlleva la limitación de tener una baja posibilidad de influencia sobre el programa: más aún cuando se realiza por iniciativa propia y no por solicitud de la entidad gubernamental a cargo (Pérez, 2005, pág. 189).

Para concluir, la carencia de un centro de documentación del Ministerio de Salud y Protección Social, sumado a la ausencia de material bibliográfico sobre el Programa de Crecimiento y Desarrollo en Colombia en las bibliotecas consultadas y la escasa orientación desde la oficina de atención al ciudadano del Ministerios de Salud, hizo dispendiosa la revisión documental del programa. Todo el material al que se accedió se encuentra solo de forma virtual.

6.2 Prospectiva de futuras evaluaciones al Programa Crecimiento y Desarrollo

Resulta ser de carácter urgente el diseño e implementación de una evaluación por parte del Ministerio de Salud, mediante la contratación de un evaluador externo calificado, como un posible indicador de verdadero compromiso y seguimiento a la garantía de la realización de los derechos de los niños y de calidad de las atenciones planteadas por la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, en lo que al sector salud se refiere.

6.3 Prospectiva del Programa Crecimiento y Desarrollo

Desde el marco de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, por ser el sector salud el primer respondiente en la bienvenida a cada nuevo ciudadano colombiano, desde el

mismo vientre de su madre, el Programa Crecimiento y Desarrollo podría estar llamado a ser una de las estrategias con mayor responsabilidad en la expectativa de vida con calidad de la sociedad colombiana, ya sea por sus acciones u omisiones.

De esa forma, continuar la eterna ejecución sin sistemas de monitoreo y evaluación no permitiría establecer de manera objetiva los criterios de relevancia, efectividad y eficiencia del Programa de Crecimiento y Desarrollo; por tanto, podría ser errático cualquier ajuste a su diseño y ejecución, así como cualquier apreciación de su impacto. Entre tanto, este documento, en su Anexo C: Informe Final de Evaluación, hace una lectura del programa desde la atención integral a la primera infancia.

7 Bibliografía

- Amorante, V., Galven, M., & Mancero, X. (2016). Desigualdad en América Latina: una nueva medición global. *Revista Cepal*, 27-47.
- Asamblea Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: LEGIS.
- Ballart, X., Carden, F., Feinstein, O., Ligeró, J., & Majone, J. (2016). La evaluación de políticas. Fundamentos conceptuales y analíticos. Buenos Aires, Argentina.
- Cifuentes, L., Mendoza, H., Ortiz, S., & Duitama, F. (2015). *Evaluación de la causas de inasistencia del programa de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud con camas de Pasacaballos en el año 2014*. Obtenido de Tesis (Especialista de Gerencia en Salud) -- Universidad de Cartagena. Facultad de Ciencias Económicas. Especialización en Gerencia en Salud: <http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/handle/11227/5068>
- Comisión intersectorial para la atención a la primera infancia. (2013). *Estrategia de atención integral a la primera infancia. Fundamentos políticos técnicos y de gestión*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia. (2013). Lineamiento Técnico de Salud en la Primera Infancia. Bogotá, Colombia.
- Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia. (2013). Lineamiento Técnico para la Protección Integral del ejercicio de los derechos de las niñas y los niños desde la primera infancia. Bogotá, Colombia.
- Concejo de Bogotá. (2018). *La desnutrición infantil, un flagelo nacional del cual no escapa la ciudad capital*. Obtenido de <http://concejodebogota.gov.co/la-desnutricion-infantil-un-flagelo-nacional-del-cual-no-escapa-la/cbogota/2018-02-21/113209.php>
- Congreso de la República de Colombia. (2016). Ley 1804. *Diario Oficial No. 49.953 de 2 de agosto de 2016*. Bogotá, Colombia.
- Consejería Presidencial para la Primera Infancia . (22 de Noviembre de 2017). *De Cero a Siempre*. Obtenido de De cero a Siempre: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/2017/Paginas/Gobierno-presento-resultados-Encuesta-Nacional-Situacion-Nutricional-Colombia-ENSIN-2015.aspx>

- Durán, E., & Torrado, M. (2005). Los derechos de los niños y las niñas marco general y puntos de debate. Bogota, Bogota DC, Colombia.
- Estrada, V., Sanmartín, V., & Barragán, A. (2010). *Motivos de inasistencia al programa de crecimiento desarrollo del Hospital San Vicente de Paúl. Caldas-Antioquia 2009-2010*. Obtenido de Universidad CES. Especialización en Gerencia de la Salud Pública. Medellín : http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/936/1/Motivos_inasistencia.pdf
- Feinstein, O., Ligeró, J., Rein, M., S. M., Weiss, C., & Carden, F. (2016). La evaluación de políticas. Fundamentos conceptuales y analíticos. Buenos Aires, Argentina.
- Fundación Exito. (30 de Octubre de 2018). *Fundación Exito*. Obtenido de Funación Exito: <https://www.fundacionexito.org/images/noticias/2018/octubre/Reporte-Anual-Gen-Cero-2018-Presentacion.pdf>
- Fundación Éxito. (2018). Reporte anual Gen 0, una aproximación desde los determinantes de la desnutrición crónica en Colombia. Medellín, Antioquia, Colombia.
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Madrid: Centro Español de Documentación Sobre Discapacidad.
- Hansen, K. (2016). *Desarrollo en la primera infancia: Una inversión inteligente para toda la vida*. Obtenido de Banco Mundial. Educación.: <http://blogs.worldbank.org/education/es/desarrollo-en-la-primera-infancia-una-inversion-inteligente-para-toda-la-vida>
- Koeting, J. (1984). *Fundamentos de la investigación naturalista: desarrollo base para la comprensión de la interpretación individual de la realidad*. Dallas: Estados Unidos.
- López, I. (2010). El grupo de discusión como estrategia metodológica de investigación: aplicación a un caso. *Revista Edetania*, 38, 147-156.
- Marín, L. M., Rodríguez, A. M., & Sánchez, D. (2017). *Evaluación del diligenciamiento de la historia clínica, programa de crecimiento y desarrollo, Hospital Santa Ana, Guática, Risaralda 2016*. Bogotá: Pereira: AREANDINA. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Ministerio de Educación Nacional. (2014). Modalidades y condiciones. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. (Noviembre de 2009). Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia. Bogotá, Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *La salud es de todos*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/plan-vacunacion-completo.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). • *Guía operativa para la valoración de la calidad y humanización de las atenciones de protección específica y detección temprana a mujeres gestantes, niños y niñas en la Ruta Integral de Atenciones-RIA*. Bogotá: Dirección de Promoción y Prevención. Subdirección de Población y Desarrollo. Grupo Curso de Vida.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en Colombia 2014-2021. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín del aseguramiento en salud. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Noviembre de 2017). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Obtenido de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional#ensin3>
- Ministerio de salud y protección social. (22 de Febrero de 2019). *La salud es de todos*. Obtenido de La salud es de todos: <https://www.minsalud.gov.co/Regiones/Paginas/Vacunaci%C3%B3n-orientaci%C3%B3n-y-atenci%C3%B3n-de-urgencias-ha-brindado-Bogot%C3%A1-a-los-migrantes-venezolanos.aspx>
- Ministerio de Salud. Colciencias. (2014). Guía de práctica clínica. Bogotá, Colombia.
- Ministerio Nacional de Salud y Protección Social. (2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Bogotá: Scripto Ltda.
- Ministerio Nacional de Salud y Protección Social. (2000). *Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años*. Obtenido de Dirección General de Promoción y Prevención: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf>
- Ministerio Nacional de Salud y Protección Social. (2000). *Resolución 412 de febrero 25 de 2000*. Bogotá: Diario oficial.
- Muñoz, L. (2018). Aporte a la seguridad alimentaria a través de la lactancia materna en comunidades campesinas. Pereira, Risaralda, Colombia.

- Organización Mundial de la Salud ; Unicef. (2016). Comercialización de sucedáneos de la leche materna: Aplicación del Código Internacional. Ginebra, Suiza. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.
- Peñaranda, F., Bastidas, M., Ramírez, H., Lalinde, M., Giraldo, Y., & Echeverri, S. (2000). El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. *Rev Fac Nac Salud Pública, 20*, 89-99.
- Pérez, M. (2005). *Análisis de políticas públicas*. Granada: Universidad de Granada.
- PNUD. (2018). *Colombia en breve*. Obtenido de Home: <http://www.co.undp.org/content/colombia/es/home/countryinfo.html#Desaf%C3%ADos>
- Rodríguez J, R. F., Peñaloza, E., Eslava, J., Gómez, L., Sánchez, H., Amaya, J., . . . Botiva, Y. (2007). *Encuesta Nacional de Salud. Resultados Nacionales*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- UNICEF. (2015). La inversión en la primera infancia en América Latina. Propuesta metodológica y análisis en países seleccionados de la región. Buenos Aires, Argentina.
- UNICEF. (Octubre de 2017). Análisis de situación de la niñez en Colombia (2014) – Actualización con base en ENDS (2015). Bogota, Colombia.
- Valdés, M. (2000). La evaluación de proyectos sociales: Definiciones y tipologías. Santiago de Chile, Chile.
- Viñas, V. (2005). La profesión del evaluador de políticas, programas y servicios públicos: perspectivas de futuro. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas, 27-37*.

8 Anexos

Anexo A. Guion del grupo de discusión

Objetivo de la evaluación	Dimensión a explorar	Preguntas detonantes
Analizar las acciones de promoción y prevención en salud infantil ejecutadas en el marco del programa de Crecimiento y desarrollo.	Promoción y prevención de la salud infantil	<p>¿Cómo valora la labor de promoción de los factores protectores del crecimiento y desarrollo infantil- como la lactancia materna, alimentación adecuada, suministro de micronutrientes, prevención de accidentalidad y maltrato- que se hace en el programa?</p> <p>¿Qué opinión les merece la labor del programa por detectar, evitar o controlar los factores de riesgo o amenazas al desarrollo infantil?</p> <p>¿Cómo calificarían el papel del programa como escenario de educación familiar en pautas de crianza humanizada?</p> <p>¿Consideran que se está haciendo el énfasis requerido en la promoción de la salud visual, oral y auditiva de los niños y niñas beneficiarios del programa?</p>
Analizar el seguimiento que el programa realiza al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas usuarios.	Seguimiento al crecimiento y desarrollo infantil	<p>¿Cumplen los usuarios con la frecuencia de asistencia al programa planteada en su diseño?</p> <p>¿Se evidencia registro e interpretación de la toma de datos antropométricos?</p> <p>¿Se evidencia registro de escalas de valoración del desarrollo?</p>
Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.	Detección temprana a los déficit	<p>¿Conocen ustedes situaciones de diagnóstico de déficits derivadas de la consulta de crecimiento y desarrollo?</p> <p>¿Conocen de experiencias de atención por parte de profesionales especializados tras el diagnóstico de un déficit en alguno de los niños o niñas usuarios del programa?</p>

Anexo B. Matriz de información recolectada y categorizada

<p>Objetivo de la evaluación: Analizar las acciones de promoción y prevención en salud infantil ejecutadas en el marco del programa de Crecimiento y desarrollo.</p>	
<p>Dimensión o eje a explorar: Promoción y prevención de la salud infantil</p>	
<p>¿Cómo valoraría la labor de promoción de los factores protectores del crecimiento y desarrollo infantil- como la lactancia materna, alimentación adecuada, suministro de micronutrientes, prevención de accidentalidad y maltrato- que se hace en el programa?</p>	<p>Lactancia. TsRD: Pues digamos que desde la promoción de la lactancia materna, no hemos tenido en la parte rural, ¿no? de Chapinero, empezando porque el territorio es bastante complejo y algunas actividades ni siquiera entienden o saben que la vereda El Verjón hace parte de Chapinero, solo porque hay que pasar por el peaje de La Calera, yendo hacia La Calera. Hay bastantes barreras, precisamente porque no tienen un enfoque diferencial para atender a estas madres, y si les dicen: “Tienen que llegar a tal hora”, resulta que así ellas salgan a las 4 de la mañana de la vereda, a veces se tranca la salida por la carrera que baja a la 85 y pues llegan tarde. Entonces cinco minutos tardes, obviamente no las atienden. (...) Cuando llegamos a hacerle la otra visita, le dije: “¿Qué pasó?”. “De una vez me atendieron, profe”. Le dije: “Listo, ¿cómo va el curso? No, que ya no va pa’ curso. Le dije: “¿Le explicaron algo de la lactancia?”. “No”. Entonces la profe saca y empieza a explicar algo sobre la lactancia materna. ¿Sí? Hemos tenido problemas precisamente por eso, ni siquiera recién que nace... Uno sabe que estamos muy mal en el servicio de salud, que a las enfermeras les toca hacer todo, que hay hospitales que están los médicos en paro, y pues, obviamente, les toca multiplicarse, pero entonces cuando ven que la mamá tiene en posición al bebé en su pecho para darle leche, tampoco le explican cuál es la posición y entonces el pezón se raja... Bueno, la mamá termina sufriendo, el bebé termina sufriendo y termina siendo una experiencia tormentosa.</p> <p>CRD1: Bueno, particularmente para la zona de Chapinero, se ha venido trabajando o se trabajó durante el 2018 con el Comité de Seguridad Alimentaria y Nutricional, y tuvimos dos acciones frente a la lactancia materna, ¿sí? Y fue en... en ferias de servicios que realizamos en la zona rural estaba presente una persona de salud haciendo charlas con mamás que estaban ya lactando; sin embargo, eso no obedece tanto a la implementación o a un deber de este funcionario, sino a su interés particular. Eso no está dentro de sus funciones y lo hace como una buena voluntad de realizarlo, porque se necesita.</p> <p>Evaluadora: Lo que observo en lo que TsRD y CRD1, que están en el mismo contexto, que es ruralidad de Bogotá, nos están contando, para mí no es fácil ubicarlo como una acción del Programa Crecimiento y Desarrollo. O sea, lo que TsRD me cuenta es una acción de salud o una negligencia de salud, pero no como tal el programa, es decir, no se percibe la presencia del programa en eso, porque lo que CRD1 me comenta a mí me da la percepción de que no fuera ni siquiera el sector salud, sino la voluntad personal de funcionarios del sector salud.</p> <p>CRD1: Correcto.</p>

CRD2: Efectivamente, en 2018, lo que hacen las familias es: no, van a los cursos profilácticos para no tener que escuchar a los médicos diciendo que deben usar leches de fórmula, que no les enseñan a acomodar el bebé. Y quien les enseñe a la mujer a acomodar el bebé, qué hacer para que no se le cuarteen los senos, en fin, todo eso, son las abuelas, son las personas mayores. Ese ejercicio de transmisión no lo hace el sistema de salud, porque no lo está haciendo, no lo hizo en el año 2018, sino lo hacen las abuelas, que es un tema cultural(...) El otro tema frente a la lactancia materna es que muchos de los médicos regañan a las familias lactantes cuando el niño pasa de los 6 meses. Les obligan a que tienen que dejar el seno. Culturalmente para las ruralidades el niño deja el seno por sí solo, siempre y cuando esté combinado con otro tipo de alimentos, pero para las mujeres campesinas se convierte en un trauma que los médicos les exijan que dejen el seno a los 6 meses. Es una exigencia que les hacen los médicos y las regañan cada vez que van al control de crecimiento y desarrollo, porque el niño todavía está consumiendo tética.

NUN: Mira, yo te voy a comentar desde la experiencia en las diferentes modalidades de Bienestar Familiar, dentro de las mismas guías de supervisión o los estándares de calidad que nos exigen están la promoción a las familias de la lactancia materna. Pero si tú te fijas, el problema va mucho más allá, y es la falta de interés que existe entre los mismos profesionales que tienen en sus manos de primera boca a las mamás. ¿Por qué? Porque dentro del gremio médico que es finalmente a quien le creen las mamás, porque tú puedes decirlo como nutricionista, pero si lo dice un médico, el concepto del médico mata el concepto de la nutricionista; los médicos no están interesados, son muy pocos los que verdaderamente están interesados en promover la lactancia materna, porque detrás de eso van intereses comerciales. Si yo promuevo la leche de Nestlé, si yo promuevo las leches de laboratorios, recibo...>>Comisión (...) Yo trabajo con modalidad familiar y nos toca estar dizque promoviendo la lactancia materna, y tú te aterrass de ver en los encuentros todos los bebés con biberón. Y uno promoviendo la lactancia materna. Porque sencillamente ya están enseñadas a su tarro de leche, el pediatra se los dio y en ese orden de ideas se perdió. Si tú miras los resultados de La ENSIN, de la 2010 con la última, que es la 2015, de 3.1 que estaba el promedio del tiempo de lactancia materna, ahorita vamos en 2. Y vamos cada vez peor, porque las mamás tienen que trabajar, y las que no trabajan no quieren lactar a sus hijos, no están interesadas. Entonces ahí se pierde.

PUD: Hay un choque también, digamos, entre el tema de la promoción de la lactancia materna desde el sector salud y desde el sector, no sé, que atiende la primera infancia, y radica en qué, si el niño o la niña está presentando alguna dificultad en la alimentación es culpa del pecho, ¿no cierto? “Entonces eso quítele el seno, porque o si no ese niño se le va a bajar de peso y no va a comer”, en fin.

Vacunación. CRD1 : Durante el 2018, nosotros pudimos contar con una jornada de vacunación, sin embargo, en la ruralidad de Chapinero se presenta algo, y es que los esquemas de vacunación se cumplen, ¿sí? Finalmente las familias son responsables en el momento de cumplir con las vacunas de los niños. Hemos tenido(...)

	<p>pero finalmente el sistema de salud en temas de vacunación de los niños creo que funciona y creo que han hecho un buen trabajo.</p> <p>PUD: Pero resulta que a veces no hay vacunas. Y así se encuentran las familias, “no hay”. Y tras de que el centro de salud queda, no sé, al otro lado de la ciudad, cuando llega ya no hay. ¿Cuánto le implica eso a la familia? ¿sí? Y no solo eso, tenemos ahorita una situación de migrantes, ¿no cierto? entonces según la situación que haya, pues alerto en el tema priorizado. ¿Cuál es el de ahorita? Vacunas. Y el resto sale un poco como de esa parte de promoción, más que todo.</p> <p>Micrinutrientes CRD1 : Con los micronutrientes, durante el 2018 también tuvimos ausencia de los complementos de micronutrientes, porque era algo que sí se venía presentando durante los dos años anteriores, 2016 y 2017, que nos daban la directriz desde salud también para otorgar a los niños micronutrientes, a todos los niños. Sin embargo, durante el 2018 no se dio.</p> <p>NUN: Pero mira que yo sí empecé a ver terminando ya el año, yo diría que como a partir del tercer trimestre, que los niños empezaban a llegar con su crecimiento y desarrollo, y suplementación de micronutrientes. No lo vi en todos, pero ya se empezó a generar. Es algo en lo que Secretaría a nivel al menos de acá de Bogotá ha venido trabajando, y ya uno: “Ah, pero están dando vitaminas y...”, antes yo no lo veía, la verdad.</p> <p>CRD2: Y en suministro de micronutrientes, a nosotros en ruralidad de Usme desde el año 2015, finales de 2015, principios de 2016 no nos dan micronutrientes. Antes daban los micronutrientes solamente a los niños que estaban en el espacio rural, a jardines infantiles; niños que vivían en la casa no recibían micronutrientes. Efectivamente los recibían siempre y cuando los niños asistieran al control de crecimiento y desarrollo, lo suministraban, pero a muchas familias no se los daban, no eran juiciosas.</p>
<p>¿Qué opinión les merece la labor del programa por detectar, evitar o controlar los factores de riesgo o amenazas al desarrollo infantil?</p>	<p>PUD: Pero yo no lo pienso más porque ellos no quieren y demás, sino que siento que la demanda es tan alta que no hay como esa red que pueda atender en su totalidad todos estos temas en cuanto a los programas de prevención y promoción. O sea, hay muy pocos profesionales en territorio, y ahorita como cambia el sistema de salud por subredes, ¿sí? menos. Y ahora súmale tú que priorizan sectores de cada localidad, pues menos... Yo, en el 2017 y 2018, he tratado de articularme con salud, ¿sí?, solicitando que se acerquen a los jardines para hacer como un ejercicio de revisión general de los niños en los aspectos básicos, que es todo el tema de lo visual, lo auditivo, todo lo de crecimiento y desarrollo, pero las respuestas que me encuentro es como: “No se puede, ese no es un territorio priorizado, por eso las familias tienen la obligación”.</p> <p>TsRD: Entonces, como pasa en lo público, así mismo pasa a veces en las EPS, que tiene un profesional tres localidades y tiene que cumplir tanta meta. Entonces lo mismo pasa en las EPS, entonces usted tiene en cada consulta 20 minutos y tiene que cumplir con todas las citas. ¿Sí? O el pago también queda ahí en duda.</p> <p>CRD2: En el tema de formación a familias con respecto a crianza humanizada, alimentación saludable y prevención de la accidentalidad y el maltrato, salud en ruralidad no llega con esos temas específicos (...) Con el tema de prevención, para salud</p>

	efectivamente en años anteriores se hacía todo el tema de prevención de accidentes; ahora no, ahora no se hace eso.
¿Cómo calificarían el papel del programa como escenario de educación familiar en pautas de crianza humanizada?	CRD1: En términos de alimentación saludable, lo que hacíamos nosotros por iniciativa del servicio de Creciendo en Familia, más no por una iniciativa de salud; en términos de accidentalidad lo mismo; y en crianza humanizada, igualmente. O sea, son tres temas que finalmente salud no tiene ningún tipo de acción ni se les ve voluntad ni aparece en ninguna parte en un comité o algo así que estos temas estén como priorizados para el sistema de salud, no. CRD2: En el tema de formación a familias con respecto a crianza humanizada, alimentación saludable y prevención de la accidentalidad y el maltrato, salud en ruralidad no llega con esos temas específicos.
¿Consideran que se está haciendo el énfasis requerido en la promoción de la salud visual, oral y auditiva de los niños y niñas beneficiarios del programa?	CRD1: Salud visual, no tuvimos ningún tipo de acción en términos de salud visual. No, ninguno. CRD2: Entonces, ¿qué se requería? Que el equipo territorial de salud estuviera haciendo vigilancia en articulación con los equipos de atención a primera infancia. Esa articulación debe existir, y lamentablemente no existe ningún tipo de articulación, menos en el tema de salud auditiva y visual, nada.

Objetivo de la evaluación: Analizar el seguimiento que el programa realiza al crecimiento y desarrollo de los niños y niñas usuarios.

Dimensión o eje a explorar: Seguimiento al crecimiento y desarrollo infantil

¿Se evidencia registro e interpretación de la toma de datos antropométricos?	NUN: Ahora, si tú me preguntas desde Crecimiento y Desarrollo cómo se está promoviendo, yo a ti te podría decir que para mí en este momento el Programa de Crecimiento y Desarrollo en el papel está perfecto, pero la ley no se está cumpliendo, las EPS no quieren hacer el control de crecimiento y desarrollo con la periodicidad que lo manda la ley, y se volvió en que solamente pesan mal y tallan mal al niño, y salió. No se hace. PUD: Porque igual yo siento, yo sigo en lo mismo, en el tema de recursos, el sistema. Se automatizan los procesos; no hay personal que aguante. Estamos hablando de un Programa de Crecimiento y Desarrollo a la Primera Infancia, pero de verdad la demanda es tan alta que no hay quién atiende. O sea, yo siento que eso también interfiere en los procesos y que no se hagan bien. Definitivamente, o sea, no hay personal que atiende. Y a veces tienen que cumplir unos tiempos de atención, entonces si son diez minutos por niño, pues entonces todo se convierte en rápido, marque chu-chu-chu y ya, ¿sí? (...) Entonces sí me quedé pensando en eso, porque uno lo ve en algunas carpetas, ¿no cierto?, que puede ser, que no me he fijado si es del contributivo o el subsidiado, pero sí como decían en los cartones de crecimiento, las curvas de crecimiento son las copias de
--	--

	<p>las copias de las copias y ya no se ven, entonces la calidad del dato también se pierde</p> <p>. NUN: ...deben acudir a su EPS, a su sistema de salud, y muchas veces el peso que uno toma tan a conciencia no coincide con el peso y la estatura, sobre todo las estaturas que toman en el sistema son pésimas. Entonces el niño te viene con estaturas mucho... Uno dice: "Pero si el niño tiene 6 meses, ¿cómo le va a medir esto?" O "pero ¿cómo así que el niño está midiendo menos?" No tienen conciencia de la importancia que tiene el medir a un niño. ¿Ves? (...) No. Entonces... Y a veces pasa... Nosotros tenemos la obligación de remitir a todos los niños que tengan mal nutrición, y mal nutrición es: riesgo a la desnutrición aguda, desnutrición aguda; que la orden es que ningún niño se nos puede morir por desnutrición aguda, y es al único que le corren, el que tiene desnutrición aguda sí lo enrutan y lo atienden rapidísimo y le dan su fórmulas.</p> <p>CRD2: Yo quería complementar lo de la compañera, lo que dicen las nutricionistas de Secretaría de Integración Social es básicamente que las tablas de medidas antropométricas que usan los médicos son totalmente diferentes. Ellas nos daban la explicación que utilizan unas bastante viejas y que hubo un cambio de esas tablas, entonces los niños aparecen con unas medidas antropométricas totalmente diferentes, los tamizajes son diferentes. Entonces si el niño efectivamente requiere un apoyo nutricional por cualquiera de los servicios de atención a primera infancia o requiere atención médica urgente y el médico pediatra hizo la medida antropométrica con esas tablas viejas, no va a funcionar.</p> <p>CUN: Sí. Con pesos de calidad, porque toca así; resulta que no coincide, no coincide. Si coincide en un niño, es mucho; de resto siempre hay diferencia en talla o en peso</p> <p>CUD: (...) cuando uno revisa todo el tema de papeles de los niños y niñas y usuarios, hay muchos en que solo está la rejilla y un punto (...) a la vez también es muy difícil acceder y decirle al papá: "Listo, ya te dieron una rejilla, ¿no te dieron un certificado donde diga que tú asististe y que ese punto debe tener unos números en un cuadrito específico?" Pues yo... o sea, yo qué voy a saber de qué punto está grande el niño, medio uno va aprendiendo con el tiempo y con las compañeras nutricionistas, pero sí les hace falta de pronto un poco de humanidad, a mi manera de ver, un poco de humanidad y de entender un poco más al papá y al paciente que están atendiendo. Y puede sonar muy guache y muy brusco: "Ah, usted como es pobre, cualquier cosa, cualquier dato le sirve".</p> <p>CUN: Por qué no va el nombre del niño, o sea, ya ni siquiera se toman el trabajo de poner el nombre del niño y la edad o lo que sea, no, únicamente sacan una fotocopia, ponen el punto y dicen que ese es.</p> <p>CRD2: Entonces, las familias no se enteran de cómo están los niños y las niñas, porque no hay una relación armónica entre el paciente, que es la mamá y el niño o la niña, y el médico, porque el médico se sienta a escribir, a registrar todo y no le informa cómo está; coloca el punto en la curva de crecimiento y desarrollo. Muchas veces cuando el niño tiene algún tema de bajo peso, riesgo nutricional, coloca la fecha en el cuadrito que hay y escribe.</p>
--	--

<p>¿Se evidencia registro de escalas de valoración del desarrollo?</p>	<p>CRD1 : Bueno, desde la Ruralidad de Chapinero y Santafé, con los 52 niños que teníamos durante el 2018, ninguno tenía escala de desarrollo, ninguno. Y de nosotros, casi que el 80% de nuestros niños, si no es más, pertenecen al régimen contributivo. ¿Sí? Y ninguno tiene la escala de desarrollo.</p> <p>CRD2: Yo he visto algunos carnés de EPS contributivos en donde efectivamente están las escalas de desarrollo en una cara del carné para que la familia se dé cuenta de que el niño cumple o no cumple eso ítems, esos criterios de desarrollo, pero en las de las EPS subsidiadas no aparece, sencillamente aparece un montón de información, un cuadro que la familia ni entiende (...) Sí, pero me refiero a que en el carné de crecimiento y desarrollo, esos niños tienen como una guía para los padres frente a lo que hace su niño dependiendo de la edad. Y cuando tienen la consulta, el médico le dice cómo está el niño en desarrollo, el pediatra específicamente. Le dice cómo está en el tema de desarrollo. Eso pasa en contributivo, en subsidiado no.</p> <p>PUD: En este diligenciamiento de escalas de desarrollo, yo he podido ver en las carpetas de los niños el EAD-1, la Escala Abreviada del Desarrollo; esto es una prueba, ¿sí?, que yo a veces me pregunto cómo lo aplican en los centros de salud, o sea, parece un checklist (...) Se ve como el chulo, la X, el chulo, la X, o sea, esa es la demarcación de la escala, ¿sí? El chulo, si cumple con eso para la edad según esa escala; y la X, que no. Vienen de a tres según los meses, ¿no cierto?, pero si en estas tres salió una sola X, yo empiezo a evaluar de atrás, o sea, edades en las que el niño no tendría que estar. Eso ya me marca a mí que algo pasa en esa escala del desarrollo del niño, pero no hay una retroalimentación al respecto. Y se supone que allí el direccionamiento sería hacerle seguimiento a ese déficit que puede estar presentando el niño para estar acorde a su proceso.</p> <p>PUD: Y también, mira, digamos que para medir el desarrollo, esa es la escala que se está usando a nivel Bogotá Distrito, la Escala Abreviada del Desarrollo. Pero también si es la que se está usando y no se le presta atención a los resultados que arroja, pues nos seguimos quedando en medir el crecimiento y no ver el desarrollo del niño. Prevalece, sigue prevaleciendo es el cartón de crecimiento y desarrollo, pero la Escala Abreviada del Desarrollo muy poco, no la ve uno en todos, en todas las carpetas no, nosotros...</p> <p>CRD2: En 2018 tuvimos una niña (...) que nació con discapacidad, con macrocefalia, y el médico no se dio cuenta. Y uno ve el carné de crecimiento y desarrollo de la niña que tiene macrocefalia y es normal. Normal.</p> <p>CRD2: No, son como cuatro no más, tres, cuatro niños no más</p> <p>Evaluadora: ¿En tres, cuatro niños contributivos de cuántos usuarios? CRD2: Del año pasado, 138.</p> <p>CUN: Que nosotros mirando lo de la escala de desarrollo de los niños, en nuestros usuarios no hay ninguno que la tenga, y tenemos, digamos que como la mitad, mitad contributivos y mitad subsidiados.</p> <p>Evaluadora: ¿Cuántos usuarios?</p> <p>CUN: 260.</p>
<p>¿Cumplen los usuarios con la</p>	<p>CUD: De hecho, a veces, sobre todo en los jardines, y creo que en eso es más juicio ruralidad, en los jardines a veces es complicado el</p>

<p>frecuencia de asistencia al programa planteada en su diseño?</p>	<p>tema de que ellos asistan al Programa de Crecimiento y Desarrollo. Primero, porque son familias que trabajan constantemente; segundo, porque muchas veces cuando van donde la jefa de enfermeras, las devuelven (...) Porque si... digamos que ese Programa de Crecimiento y Desarrollo debería ser un poco más seguido que al año, que a los seis meses, que a los tres meses, para mí. Porque hay casos donde por ejemplo tú puedes hacer el proceso iniciando el año y “no, que la cita me la dan a los tres o seis meses dependiendo la edad”, pero dentro de esos seis meses hay un rango en el que el niño puede sufrir algunos cambios, tú me lo dirás como nutricionista, o puede bajar de peso o puede subir mucho de peso, ¿sí? Y esa es una manera también de que el jardín pueda mirar hasta dónde está llegando en su intervención y hasta dónde puede ahondar un poco más en el tema con la nutricionista (...) C “No, porque usted ya vino hace un mes, entonces tienen que esperar los seis meses o los tres meses para usted vuelva a venir a la visita”. Entonces no colabora en ese tema, pero tampoco está dentro de la institución ayudando con el tema.</p> <p>PUD: Por eso, tengo 6 meses, me toca a los tres meses ¿no cierto? Pero si vi algo antes como mamá, no puedo ir, porque no me van a atender; ni por urgencia, porque te dilatan los procesos.</p> <p>CUN: En jardines desde la experiencia les tocó en diciembre, ellos van. Para nosotros en enero no nos sirve esa valoración porque debe ser con vigencia de 2019. Le decimos a la familia: “Pídale...” “No, porque le corresponde hasta marzo”; Nosotros no podemos esperar hasta marzo para tener ese documento que sí nos lo exige el estándar(...) Salud está muy, lo que decía ahorita ella. O que porque no hay profesionales o porque firman contrato a tres meses, entonces le dan cita a la familia, pero justo fueron cuando se le venció el contrato y ya no los atienden porque no hay profesional. Entonces no hay profesional, no hay, no hay.</p> <p>TsRD: Sí, pues en cuanto a la frecuencia de asistencia a los controles, puede que a veces se cumpla, pero a veces no, porque al momento de pedir la cita la agenda está ocupada, entonces se demora otros tres meses en pedir la cita.</p> <p>TsRD: La única niña, o sea, que tiene así como una frecuencia de la asistencia, que todo el sistema de salud está encima de ella, es una niña que nació prematura, que nació de muy bajo peso, y ella sí tiene esos controles mensuales, todo el seguimiento del crecimiento y desarrollo (...) Pero esa es la única.</p> <p>Evaluadora: La única de cuántos usuarios.</p> <p>TsRD: Del 2018, de 52 que tenemos activos</p> <p>Evaluadora: Y los otros... Frente a la situación de los otros 51, que es cuál.</p> <p>TsRD: No, es complicada. Algunas sí, porque tienen mamás más empoderadas, que tal vez terminaron su bachillerato y tienen otros conocimientos, que son muy... digamos, corresponsales, que están metidas en el cuento, que le preguntan a uno todo. Esas familias, digamos que son un poco más las que tienen todo, carpeta organizada, y uno le dice... En el encuentro, la profe nota que algo tiene el niño, entonces dice: “Hoy está como raro, mejor vaya y pida cita”, entonces se mueven inmediatamente. Esas mamás que están ahí constantemente, sí. Pero en cuanto a crecimiento: peso y talla. En cuanto a desarrollo, no.</p>
---	---

Objetivo de la evaluación: Identificar las actuaciones realizadas por el programa de Crecimiento y desarrollo para la detección y atención temprana a los riesgos de déficit de la primera infancia.

Dimensión o eje a explorar: Detección y atención temprana a los déficit

¿Conocen ustedes situaciones de diagnóstico de déficits derivadas de la consulta de crecimiento y desarrollo?

CRD2: Y lo otro, frente al tema de detección de discapacidad y alteraciones en el desarrollo no lo perciben ellos, o sea, ni siquiera en la consulta de crecimiento y desarrollo; se supone que debe ser una consulta en donde uno remita al niño para que el pediatra revise si existe alguna alteración, porque uno como maestro lo percibe, uno sabe. Inclusive algunas familias lo saben, y ellos no hacen esa detección. Entonces, ¿qué debemos hacer? Hacer la remisión directa a los equipos de... entre pares, en este caso Secretaría de Integración Social, para que ellos hagan la detección y activen la ruta, porque el médico no come cuento de un maestro o de una familia

PUD: Y pasa mucho, o sea, nosotros tenemos niños, digamos, a nivel de dificultades en las piernas, ¿sí? “No, espere a que tenga 4 o 5 años, que ahí sí podemos hacer X, Y evaluación. Y nos ha pasado, una niña que tenía 3 años cumplió los 5, se fue al colegio y ella ya parecía un... Un mico, un mono, un gorila con las piernas. Pero “espere a que crezca más para poderle hacer...” ¿Sí? Son esas cosas que uno dice: “Se pueden detectar a tiempo”.

CRD2: Y el otro es el de la niña... macrocefalia, sí, donde la detección fue tarde, fue tardía, fue muy tarde, sin embargo, es una mamá muy pila y ella hizo todo el ejercicio, y con orientación de las psicosociales hizo el ejercicio de activar todos los especialistas; sin embargo, es demorado, es bastante demorado.

CRD2: Y no sé qué tablas, la verdad, manejan para la atención temprana, porque nos ha pasado que el niño tiene 7 meses y no gatea, que nos sucedió con una niña. Los médicos... Mejor dicho, es a molestar a la mamá, que tiene gatear, que tiene gatear, que tiene que gatear. Y uno a veces se da cuenta que es problema de caderas. “Venga, ¿el médico no se dio cuenta que es problema de caderas?” “No, profe”. “Pues vaya dígame”. O sea, si ellos le hacen el examen de caderas, cómo no se van a dar cuenta. La verdad, no sé qué tablas ellos manejan con todo el tema, porque lo pedagógico y lo médico es totalmente diferente

CUN: Nosotros tenemos tres casos de tres niños, que el uno fue detectado, después de tanta pelea y remisión, con un grado de autismo; y el otro tiene problemas auditivos, y llevamos un año peleando con la EPS. “El niño no nos escucha, el niño, el niño...” Sin embargo, el médico como que no le ha dado importancia (...) Tenemos un niño también (...) Le describimos todo el cuadro a la mamá como para decirle: eso es signos de epilepsia. La mamá hace todos los exámenes, le hacen de todo. El médico le dice que no es eso, que no es eso. Y hace 15 días le diagnostican que sí es epilepsia. Le dan una cantidad de medicamentos, que ya lleva no sé cuántos tarros tomados, y resulta que eso no era para eso; lo que hizo fue fortalecer la epilepsia al niño (...) Entonces como que estamos ahí como peleando con eso. Una niña con síndrome de Down que va al médico, llegó a presentar unas alergias y no hacen nada. Las que terminamos haciendo en el jardín somos nosotras.

	<p>Entonces “hagámosle esto, trabajémosle por aquí, hagamos...” Y nosotras terminamos siendo de todo, pero realmente pues que tienen la voz y el voto es el médico. Sin embargo, nosotros pasamos la remisión y el médico lo que nos contestan: “¿Quién lo dijo, otro médico?” “No, la profesora”. “¿Y luego es que la profesora es médica?”</p> <p>NUN: A mí me parece que sí, porque fíjate que no detectan cosas que un buen médico detectarían, porque a veces no escuchamos tampoco a la mamá; la mamá tiene mucha información que, para dar un diagnóstico, es muy valiosa. Pero no, la urgencia es: “¿Y qué edad tiene y el nombre y el yo no sé qué?”, y registre y registre, y llene datos en ese computador, y yo siento que se pierde tiempo valioso para hacer lo que verdaderamente es importante en una consulta, que es auscultar un niño, mirarlo, mirarlo a los ojos, “venga, se sienta, se ríe, es sociable, no es sociable”, y eso se ha perdido en la consulta médica. Es muy triste que tengamos una ley de Infancia, una ley que no se cumple, que tristemente se quedó en el papel. Es muy triste que estemos hablando de que somos garantes de derechos, pero sabemos que nos toca pelearla y guerrearla para que los niños logren atención.</p>
<p>¿Conocen de experiencias de atención por parte de profesionales especializados tras el diagnóstico de un déficit en alguno de los niños o niñas usuarios del programa?</p>	<p>CRD2: Este tema de alteraciones en discapacidad o alteraciones en el desarrollo a nivel salud es complicado, y ya cuando hacen la detección de discapacidad y alteraciones de desarrollo porque se activó la ruta, el tema de neurología, todo lo de especialistas que requiere el niño de acuerdo a su discapacidad, son complicados, entonces termina el niño en un sistema difícil en donde no va a tener avances, y que sabemos que los cinco primeros años son cruciales para esos niños, más para los que tienen alteraciones en el desarrollo y discapacidad. Entonces eso es lo preocupante. Y quienes terminan haciendo todo el tema de potenciamiento del desarrollo solos, son los que están en los territorios con los niños y las niñas, y las familias trabajando de manera a veces como artesanal con los niños y las niñas. Pero salud ahí... no existe articulación.</p> <p>NUN: Y de ahí para adelante todas las consultas son hechas por enfermera jefe (...) Que es quien está en la capacidad de detectar si hay alguna alteración de desarrollo, y lo remite al pediatra. Y nosotros sabemos que por ley los niños no deberían tener barrera para asistir al pediatra, sino que ellos de entrada tienen derecho... Eso la misma Sociedad Colombiana de Pediatría lo ha dicho, por ley ellos pueden acceder a pediatra. Y no ocurre así, siempre hay la barrera para acceder a pediatra.</p> <p>NUN: Pues bueno, en los casos en que se... el que ocurre que un niño va a su consulta y no sube de peso o no gana talla al ritmo que debería ganar, yo he notado pero en el régimen contributivo que le empiezan a hacer el estudio del cargo, estudio hormonal, es decir, empiezan un estudio juicioso para averiguar cuál puede ser la causa de ese posible déficit en ganancia de peso o de talla. La verdad, eso sí, yo he visto que lo hacen mucho, pero más en el régimen contributivo, la verdad, que en el subsidiado. Es lo que he podido detectar. No sé ya a nivel de desarrollo.</p> <p>TsRD: Y por Santafé desnutrición, pero como eso es un territorio priorizado, pues ahí ha estado todo el tiempo hospital, porque allá sí</p>

hay hospital; que tienen priorizados 40 casos. Tenemos un caso en Santafé que es bastante complicado, porque ella tiene...

CRD1: Tiene una condición médica...

TsRD: Sí, en su cara, que se puede convertir en un cáncer. Y el hospital no la prioriza, porque ella vive a casi hora y media más para dentro de la montaña. Entonces, "no, porque ya tenemos los 40 casos". ¿Sí? Entonces, pues menos mal es una familia juiciosa.

CRD2: Y tenemos un niño con síndrome de Down, en donde la detección fue temprana básicamente por su aspecto físico, porque tiene... pues, el niño de síndrome de Down tiene características específicas. Igual las rutas para especialistas, nos tocó poner tutela (...) y nunca, nunca se lo dieron, hasta ahora (...) Entonces a ese niño tenían que darle unas leches especializadas por algún tema que no recuerdo bien qué era lo que pasaba, y eran unos micronutrientes y unas leches superespecializadas, y el niño estaba en desnutrición básicamente porque duró todo un año completo sin que se las autorizaran.

NUN: tienen dos tipos de fórmulas. Yo juro que eso debe venir de Estados Unidos, hay una que es a base de mantequilla de maní; ese no es nuestro hábito. Y en muchos casos ocasionan alergias en los niños. Y son las fórmulas que hay para recuperar los niños con desnutrición, o sea que uno ve que... es con tristeza que tampoco se esmeren en algo que... ¿Por qué no sacan un alimento que corresponda a los hábitos nuestros, no? He tenido dos o tres casos en la modalidad familiar que les dan la fórmula y les ocasionó alergia.

CRD2: Esos equipos de atención a las personas con discapacidad no existen en toda la ruralidad, y debería ser así. O sea, en la ruralidad inclusive de Colombia, los niños y las niñas con discapacidad y los jóvenes y adultos con discapacidad no reciben una atención de salud de manera diferencial. Es un enfoque diferencial. Y eso sé que es costoso. Y pienso lo mismo, que todo es por el bolsillo. Sé que es costoso, pero muchos de esos niños podrían salir adelante durante sus cinco años, potenciar su desarrollo durante sus primeros cinco años para que lleguen a la escuela y continúen su potenciamiento en aulas, en inclusión (...) Es un tema de Sumapaz, de una niña con parálisis cerebral. Que era un tema prevenible, pues básicamente la sacaron con fórceps y la niña... Le ocasionaron el daño cerebral. Pero entonces en Sumapaz sí existe como enfoque diferencial, porque la ciudad piensa que la única ruralidad, ruralidad de Sumapaz, y allá si llegan casa a casa los equipos completos por las distancias. A esta niña efectivamente le llega equipo completo de médicos, enfermeras y terapeuta ocupacional para la atención. Y donde llega sin que tutele ni nada, y le llega porque vive en una vereda súper lejana.

Aspectos no previstos relacionados con el programa. Información que surge de detonantes de grupo de discusión; se suscita desde la libre expresión de las participantes y aunque no tienen una relación específica con una sola de las dimensiones, la evaluadora considera que contiene información importante del programa evaluado. Su contenido se propone en un apartado dentro del análisis cualitativo.

CRD2: Es preocupante que salud desde su visión no haga este ejercicio de manera articulada con los equipos que hacen atención a primera infancia, porque efectivamente sí se requiere que exista una articulación para que se haga todo el tema de atención, de activación de rutas cuando se ve un maltrato o un accidente.

NUN: Yo llevo trabajando con primera infancia ya diez años, y lo que ha ido pasando, y yo no sé si así pasa en Secretaría de Integración Rural, al menos en programas del ICBF, es que cada vez más, ante la inoperancia del sistema de salud, a los profesionales de las instituciones nos han descargado mucha más responsabilidad. ¿Sí? Como el hecho de tener que hacer seguimientos individuales a los niños, porque una consulta de nutrición es lejana. Como la responsabilidad de que si el niño está desnutrido, somos nosotras quien les da el dictamen. Cada vez más también preparando más a las maestras o las maestras preparándose también para hacer lo que el sistema de salud no hace. ¿Sí? Se ha venido descargando en esa forma. No sé si a ustedes les pasa exactamente lo mismo, pero uno siente que cada vez son más cosas y más cosas, y más responsabilidad. (...) Los estándares son claros, se lo van poniendo a uno. La nutricionista es la que enruta, la nutricionista es la... Mira, a mí me ha pasado en los programas de modalidad familiar, de niños que fallecen y enseguida le caen a uno como nutricionista. "Estaba desnutrido y usted no se dio cuenta". Y son niños que se han muerto por todo, menos por desnutrición. Pero lo primero que tú ves en las noticias, te salen a decir: "Es que el niño estaba desnutrido y es que el jardín no le puso atención".

CRD1: Sí. Bueno, precisamente en ese mismo sentido, efectivamente hay directrices institucionales que hacen que obligaciones o responsabilidades que tiene el sector salud terminen siendo asumidas por otra institución, como en este caso sería la Secretaría de Integración Social. (...) Sin embargo, encontramos lo que ya dijeron las compañeras, entonces creo que más allá de no contar o de descargar una responsabilidad en el otro, creo que también hay unas falencias y una disparidad entre lo que dice o los... digamos que los criterios o lineamientos que tiene que seguir salud y lo que sigue la Secretaría de Integración Social o ICBF, ¿sí? Cuando finalmente dentro de la política sí se supone que todos estamos encaminados exactamente a lo mismo.

NUN: Peso y talla lo hacemos de verdad a conciencia, porque sabemos... uno de nutricionista sabe lo que eso implica, pesar o medir mal un niño implica clasificarlo mal, ¿cierto?, para subirlo al Cuéntame, pero como tenemos que cumplir con el estándar, y el estándar dice que el niño debe tener su crecimiento y desarrollo, deben acudir a su EPS, a su sistema de salud, y muchas veces el peso que uno toma tan a conciencia no coincide con el peso y la estatura, sobre todo las estaturas que toman en el sistema son pésimas.

NUN: Entonces se enruta... Eso corren. Y tenemos que, ahí mismo activar la ruta, de hecho, uno en modalidad familiar se toma perímetro branquial, y el niño que tiene un perímetro menor de 11, de una vez a su EPS porque es un niño que está en riesgo de morir. Y le corren y lo atienden. Tenemos a niños con sobrepeso y también tenemos que remitir a los niños con obesidad. Si no nos atienden a los niños que están bajos de peso, que no se diga que esté todavía en desnutrición, que están en riesgo, no los atienden, imagínate tú, los de sobrepeso y obesidad no les importan, no los atienden. Ah, además, hay veces que le devuelven a uno... Le dicen: "Ya revisamos los niños de acuerdo a la remisión que usted hizo, revisamos los niños y los niños están perfectos". Entonces la mamá viene y casi que lo insulta a uno porque uno fue el bruto que remitió a un niño que no estaba... Los papás se ofenden, pero uno está seguro de sus datos, está seguro de su clasificación. ¿Ves?

CUD: Y si bien es cierto, con el tema de pediatras médicos y demás, pues ellos no son muy amigos de los jardines, ¿sí? Ellos, si mandan a decir algo del jardín, "No le preste

atención que eso no sé qué”. Somos muy exagerados. “Por todo activan ruta. Usted debe tener en cuenta que ahí está bien y listo”.

CUN: Salud está muy, lo que decía ahorita ella... O que porque no hay profesionales o porque firman contrato a tres meses, entonces le dan cita a la familia, pero justo fueron cuando se le venció el contrato y ya no los atienden porque no hay profesional. Entonces no hay profesional, no hay, no hay.

NUN: Además que tú vas a un control hoy y al siguiente te atiende otro profesional, entonces no hay ese conocimiento y seguimiento al caso, ¿sí? Así quede registrado en el sistema, es diferente cuanto tú has estado viendo al niño durante todo el año, ¿cierto? Es diferente. A mí me parece que esa es una falla grandísima del sistema.

TsRD: (...) a veces se convierte todo tan normal que la sensibilidad se pierde, que el escuchar al otro se pierde. Que lo que dice CRD2, si yo como médico tuviera de pronto un poco más de tiempo, ¿no?, o de pronto ya voy y le digo: “¿Usted en qué territorio vive?, ¿y eso dónde queda?”, porque muchos ignoran que Bogotá tiene mucha ruralidad, muchas veredas, entonces: “¿Y eso dónde queda?, ¿eso es Bogotá? Ah, ¿y eso a cuánto queda?” ¿Sí? Averiguar también un poco más del ambiente en el que se desarrolla ese niño para yo poder orientarlo. PUD: Nosotros tenemos un caso de un chiquis también con síndrome de Down, y estoy hablando de una zona de Chapinero que es, o sea, en medio de la nada, San Luis, es la UPZ 89 (...) Pero llegar hasta allá para poder tener una atención adecuada a una situación que pone en riesgo la integridad del niño, pues en realidad es muy triste.

CRD2: Porque a la ruralidad no suben equipos de terapia para el niño, entonces el niño vive en la vereda Andes, que es más lejos que Curubital, y de ahí hasta abajo caminando son aproximadamente hora y media a dos horas.

TsRD: O sea, yo me acuerdo... recordando hace dos años, cuando estábamos todos en territorio, se alcanzó a lograr o por lo menos por mi lado, yo estaba en urbano, no estaba en lo rural; sé que siempre ha sido más difícil, pero se hizo un trabajo maravilloso cuando tratamos de hacer eso, porque estaba toda la gente en territorio. Entonces estaba hospital en territorio, estaba la Casa de Igualdad de territorio, ¿sí? Y entonces uno solamente llamaba a uno y: “Oiga”. “Ah, sí, el médico está en esa zona, ya te lo mando”. Uno de la mano a mano con el nutricionista del hospital, porque alguna vez nos pasó así con un niño que declararon en desnutrición en la localidad y estaba a nuestro servicio, y él escándalo y demás. Y yo decía: “Pero ¿cómo?, si yo me encontré con el nutricionista del hospital y él me dice que él tiene ese caso”. Y comuníqueme con el nutricionista. Y él: “Ya te envío todo el reporte”. Un asunto así... de ya, de ya, que se podía trabajar así.

CRD2: Pero yo ahí si hablo y complemento lo de TsRD, es que hace dos, tres años sí se veía eso, se veía la articulación en Bogotá, se veía la articulación en todos los sectores y llegaban todos los sectores a los territorios, rurales también, llegaba a absolutamente todo el mundo. Y por teléfono solucionábamos, apoyábamos a la gente. Y yo pienso que la gente en lo rural no perdió la corresponsabilidad, porque estaban un poco más pendientes de sus niños, básicamente porque les estábamos facilitando la vida en el tema de desplazamiento. O sea, para una familia campesina es... y yo creo que para lo urbano también, o sea, una familia que viva en la, mejor dicho, en la periferia de la ciudad, Ciudad Bolívar y que no tenga ni para comer, y le toque desplazarse a hacer alguna gestión, X gestión, es difícil.

Anexo C Informe Final de Evaluación.

Resultados

La presente evaluación de carácter cualitativo al programa Crecimiento y desarrollo, se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá desde la voz de ocho profesionales que durante el año 2018 se desempeñaron en servicios de atención integral a la primera infancia; seis de ellas se han desempeñado en programas que dependen del gobierno local y dos de ellas se desempeñaron en servicios de orden nacional; cuatro de ellas velan por la garantía de derechos de la primera infancia que habita territorios urbanos y cuatro de ellas por la primera infancia de la ruralidad de Bogotá. Sus perfiles corresponden a dos pedagogas, dos psicólogas, dos trabajadoras sociales una educadora especial y una nutricionista. La muestra seleccionada de estas agentes críticas se realizó pensando en garantizar información desde la interdisciplinariedad, los lineamientos locales, los lineamientos nacionales y los contextos urbano y rural de Bogotá.

Este ejercicio propendió por establecer la relevancia del cumplimiento de los objetivos del programa crecimiento y desarrollo, a la luz de los nuevos retos de una de las más jóvenes políticas públicas de Colombia: la Política pública de atención integral a la primera infancia. Para ello, dichos objetivos fueron agrupados en tres categorías propuestas por la evaluación, a saber: promoción y prevención de la salud infantil; seguimiento al crecimiento y desarrollo; detección y atención temprana a riesgos de déficit. En cada categoría se han diseñado unos indicadores para medir la percepción de cumplimiento, de acuerdo a la información recolectada.

Percepción de cumplimiento de los objetivos del programa, asociados al crecimiento y desarrollo

Tabla 5. Registro de actividades asociadas a la prevención y promoción de la salud infantil

Indicador: Ejecución de actividades de promoción y prevención de la salud infantil durante el año 2018.					
Resultado: 2. Se evidencia desde el programa realización parcial de actividades de promoción y prevención.					
Actividad	Vacunación	Promoción de la lactancia materna	Suministro de micronutrientes	Prevención en salud visual y auditiva	Educación familiar
Contexto					
Urbano	Si	No	Si	No	No
Rural	Si	No	No	No	No

Fuente: elaboración propia

Dentro de las actividades por la promoción y prevención de la salud infantil que el programa Crecimiento y desarrollo debe ejecutar para el cumplimiento de sus objetivos específicos se encuentran la vacunación, la promoción de la lactancia materna, el suministro de micronutrientes, acciones de salud visual y auditiva, así como la formación a familias. De estas actividades, para el año 2018, se registró información de cumplimiento respecto a la vacunación; todas las agentes críticas manifestaron que los niños y niñas vinculados a los servicios de primera infancia en los que se desempeñaron durante el 2018, cuentan con un esquema de vacunación acorde a la edad. Sin embargo, es importante aclarar que se recolectó en el contexto urbano información acerca de posible carencia temporal de vacunas ocasionando que las familias deban desplazarse más de una vez al punto de atención para acceder a la dosis requerida.

En cuanto a la promoción de la lactancia materna, la percepción fue más compleja por cuanto no solo no se evidenciaron acciones de promoción, sino que se recolectó información acerca de posibles conductas por parte de los profesionales de salud, reprochadas por el Código Internacional de Sucesos de la lactancia materna. De igual forma, se recolectó información en torno a la ausencia de un enfoque diferencial hacia las prácticas culturales de las familias rurales, alrededor de la lactancia materna,

Respecto al suministro de micronutrientes, solo una de las agentes críticas registró algunos casos en contexto urbano, hacia finales del 2018. Las tres agentes restantes de contexto urbano no registraron suministro de micronutrientes, igual ocurrió con las informantes de contexto rural.

En torno a otras acciones de prevención y promoción, no se evidenció acción alguna respecto a la formación a familias, ni a la salud visual y auditiva, desde el programa Crecimiento y desarrollo durante el año 2018, en los contextos vinculados a las agentes críticas.

Tanto en contextos urbanos como rurales se recolectó información de percepción de insuficiencia en la cantidad de personal de salud para el cumplimiento de las actividades de promoción y prevención. De igual forma, las agentes consideran que las directrices de la administración local en cuanto a reformulación de las redes prestadoras del servicio de salud, disminución de los equipos territoriales, centralización de la atención, van en ocasiones en contravía con los objetivos del programa.

Percepción de cumplimiento de los objetivos del programa, asociados seguimiento al crecimiento y desarrollo.

Respecto a la curva de crecimiento

Tabla 6. Registro de diligenciamiento de la curva de crecimiento

Indicador: Registro de diligenciamiento de curvas de crecimiento. Vigencia año 2018		
Resultado: 1. Las agentes críticas observan que todos los cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la de curva de crecimiento		
No de cartones de asistencia al programa	Dato total	Registros evidenciados
Contexto		
Urbano	260	260
Rural	190	190
Nota. Información proporcionada por las agentes a cargo de unidades de servicio. Metodológicamente no se realizó revisión documental por parte de la evaluadora.		

Fuente: elaboración propia

Respecto a la escala de desarrollo.

Tabla 7. Registro diligenciamiento de la escala de desarrollo

Indicador: Registro de diligenciamiento de escalas de desarrollo. Vigencia año 2018		
Resultado: 2. Las agentes críticas observan que algunos cartones de asistencia al programa evidencian registro de diligenciamiento de la escala de desarrollo.		
No de cartones de asistencia al programa	Dato total	Registros evidenciados
Contexto		
Urbano	260	0
Rural	190	4
Nota. Información proporcionada por las agentes a cargo de unidades de servicio. Metodológicamente no se realizó revisión documental por parte de la evaluadora.		

Fuente autoría propia

La información recolectada arrojó para el año 2018 una disparidad entre el seguimiento que desde el programa se realiza al crecimiento, frente al seguimiento que se realiza al desarrollo infantil, caracterizada por un mayor énfasis en el primero.

Las agentes aportan que los niños y niñas usuarios de los servicios en los que se desempeñan, tienen mayoritariamente registro en la curva de crecimiento, aunque hacen cuestionamientos a aspectos como su diligenciamiento, la calidad del instrumento, la calidad del dato y la retroalimentación del estado nutricional del niño al servicio y a la familia.

En cambio, casi no se evidencia diligenciamiento de la escala abreviada al desarrollo, la información recolectada devela que son muy pocos los niños que tienen registro de su desarrollo en este instrumento; es en el régimen contributivo de afiliación al sistema de salud, en donde se ubican los casos de diligenciamiento de la escala de desarrollo.

En este eje de discusión, se analizó también el cumplimiento de la frecuencia de la consulta de Crecimiento y Desarrollo. La información recolectada identifica barreras que impiden el cumplimiento de esta frecuencia tales como la distancia de la vivienda hasta el punto de atención, dificultades para la asignación de la cita, bajo empoderamiento de la familia y la rotación o ausencia del personal de salud. Una de las agentes refirió un caso de cumplimiento de la frecuencia de consulta, asociado al alto riesgo de salud de una niña usuaria; expresó que en este caso el sistema de salud procura la frecuencia estipulada en el diseño del programa. Por otra parte, se generó información en torno a que la frecuencia del programa Crecimiento y Desarrollo establecida en la norma técnica se convierte en ocasiones en una barrera de acceso a otros servicios de salud, toda vez que no se le asigna al niño o niña una nueva atención antes de la periodicidad establecida, a pesar que éste presente alguna novedad. El análisis de la frecuencia de consulta permite identificar la importancia de las familias en su tarea de exigibilidad de los derechos, pues las agentes consideran que las familias empoderadas suelen obtener mayor frecuencia de atenciones para sus hijos.

Por último, frente a los objetivos asociados al seguimiento del crecimiento y desarrollo, es importante señalar que la información recolectada indica que el tiempo de la consulta es menor al estipulado en la norma técnica, lo cual va en contravía de los procedimientos estipulados por las guías técnicas del programa. Además, existe en las agentes la percepción de precariedad de recursos del sistema de salud, argumentada en las observaciones a la calidad de la papelería del programa, la calidad de los equipos para toma de datos antropométricos y limitantes en la oportuna asignación de citas.

Percepción de cumplimiento de los objetivos del programa, asociados a la detección y atención temprana al déficit

Tabla 8. Casos

Indicador: Casos de usuarios a quienes se les haya diagnosticado y derivado atención temprana a un déficit durante el año 2018.						
Resultado: Las agentes críticas evidencian ocasionalmente casos donde se actúa desde la detección y atención temprana.						
Riesgo o alteración	Contexto rural	Contexto urbano	Se evidencia actuación desde la detección temprana		Se evidencia actuación desde la atención temprana	
			Sí	No	Sí	No
1. Patología asociada a riesgo de cáncer en la piel	x			No		No
2. Malformación congénita		x		No		No
3. Síndrome down, acompañado de dificultades respiratorias, riesgo nutricional.	x			No		No
4. Nacimiento pre término y bajo peso.	x		Sí		Sí	
5. Macrocefalia	x			No		No
6. Desnutrición	x	x	Sí		N/A	
7. Malformación en extremidades inferiores		x		No		No
8. Retraso en el crecimiento caracterizado por no aumento de la talla		x	Sí		Sí	
9. Posible displasia	x			No		No
10. Espectro autista		x		No		No
11. Dificultad auditiva		x		No		No
12. Epilepsia		x		No		No
13. Parálisis cerebral	x		Sí		Sí	

Fuente: elaboración propia

En este eje o dimensión a explorar, las informantes manifiestan que se evidencian situaciones de atención y detección temprana cuando los casos se encuentren dentro de las patologías priorizadas por el gobierno local y nacional; o si el territorio en el que el niño habita se encuentre priorizado en el plan de desarrollo local; o si el niño o niña se encuentre en riesgo de muerte, o no se haya cumplido la meta de atención asociada.

En este sentido se recolectó información en torno a que los casos asociados a desnutrición, por encontrarse esta patología priorizada por el Estado, una vez detectados son atendidos y acompañados, mientras que otras anomalías del estado nutricional no son atendidas. Otros casos refieren incluso a que la no atención deriva en riesgo de muerte para el niño o niña y solo entonces se inicia unas acciones a las que ya no se podría llamar atención temprana.

Se identificaron dos casos en los que la atención dependía de si el territorio donde habita el niño se encuentra priorizado para el cumplimiento de metas del gobierno local; así, niños con la misma alteración podrán recibir o no atención según su ubicación geográfica. En circunstancias similares, se recolectó información respecto a que las entidades de salud tienen metas cuantitativas de atención de una patología y una vez cumplida esta meta, cesan las atenciones.

Ante este panorama, las familias recurren a acciones legales como la tutela para obligar al sistema de salud a la atención, así lo relataron las agentes; de igual forma, los servicios de atención a la primera infancia recurren a la activación de rutas por posible inobservancia o vulneración a los derechos fundamentales.

Complementando este apartado, respecto detección temprana se evidenció inconformidad por parte de las agentes respecto a algunos diagnósticos de profesionales de la salud, que consideraron poco oportunos o desacertados; así mismo, se evidenció inconformidad en torno al estado de la atención temprana, dadas las barreras de acceso a consulta por especialistas.

Es de anotar que en el análisis de los tres ejes, fue recurrente la percepción de escasez de recursos para la ejecución del programa, por parte de las informantes. Para el caso de la detección y atención temprana las informantes expresaron su percepción de limitaciones del sistema de salud para la derivación a cita con especialistas, suministro oportuno de fórmulas e insumos acorde con el déficit y dilación en la práctica de exámenes especializados. Es importante aclarar que existe una percepción de mejores acciones para la detección y atención temprana en el régimen contributivo de salud, respecto al régimen subsidiado.

Otras situaciones evidenciadas fuera de las tres dimensiones a explorar.

Si bien es cierto, esta evaluación se centra en los objetivos formulados, en la reducción de datos e identificación de información que no pertenece exclusivamente a alguno de los ejes temáticos, pero que pueden ser relevantes acerca del programa Crecimiento y desarrollo.

La información aportada por las agentes críticas expone que los lineamientos de los servicios de atención a la primera infancia plantean asumir, cada vez en mayor medida, responsabilidades y acciones que históricamente venían siendo responsabilidad del sector salud.

Por otra parte, aunque la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia señala la necesidad de articulación intersectorial entre el sector salud y los servicios de atención integral entre otros, lo que se evidencia es posibles tensiones, desacuerdos y en algunos casos duplicidad de acciones. En ocasiones, la familia queda en medio de los desencuentros como ocurre con el requerimiento de asistencia a la consulta por parte del sector educación inicial, frente a las distintas barreras del sector salud para acceder a la consulta.

Por último, esta evaluación recolectó información coincidente con estudios anteriores relacionados con el programa evaluado, en aspectos como la posible inequidad que genera la diferencia de atención entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, las deficiencias en el diligenciamiento de los formatos del programa y la distancia hasta el punto de atención como barrera de acceso a la consulta.

Conclusiones

El programa Crecimiento y Desarrollo es relevante en la materialización de la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia, juega un papel fundamental dentro de la apuesta por la garantía de los derechos en este ciclo vital. En tal sentido, los ejercicios en los que se reflexione en torno a sus alcances, pueden hacer aportes a la calidad de vida de la primera infancia, a la expectativa de vida de los colombianos y a la expectativa de desarrollo social.

En cuanto a las acciones del programa en torno a la promoción y prevención infantil, es importante señalar que nueve de sus doce objetivos están relacionados con esta dimensión. Se percibe que durante el 2018 en los contextos en los que se desempeñaron las agentes críticas, no se ejecutaron acciones en temas como salud auditiva y visual, ni en formación a familias para potenciar factores protectores y mitigar factores de riesgo al crecimiento y desarrollo infantil. Las acciones en torno a la suplementación con micronutrientes fueron insuficientes y tardías. Respecto a la promoción de la lactancia el vacío es mayor, pues se registra información de prácticas médicas en contravía del fomento de la lactancia.

Respecto a los objetivos asociados al seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil, el programa realiza registro al crecimiento, cuestionado respecto a su calidad, según la información recolectada. Mientras que el registro y valoración al desarrollo infantil se realizó de forma excepcional. Es importante señalar que los mayores avances en el diseño de procedimientos del programa, se relacionan este tipo de objetivos; sin embargo, no se evidencia que dichos procedimientos se estén implementando en los contextos en los que las agentes críticas se desenvuelven.

Respecto a la atención y detección temprana a los riesgos de déficit, la información recolectada señala que el sistema de salud parece no contar con los recursos técnicos y humanos para garantizar este objetivo; los usuarios en ocasiones deben recurrir a acciones legales para acceder a las atenciones.

En términos generales, el programa parece evidenciar en los contextos indagados una brecha significativa en su diseño respecto a la ejecución.

Recomendaciones

Urge la implementación de un sistema de evaluación periódico del programa Crecimiento y desarrollo y un re estructuración que responda a los nuevos retos que a Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia Política.

Los ajustes podrían tener en cuenta la reformulación de las acciones de focalización, la asignación de recursos acordes a la envergadura del programa, las acciones para subsanar y sancionar riesgos de procedimientos errados, las situaciones en que el programa genera exclusión y/o inequidad, la necesidad de mayor presencia en los entornos en los que viven los niños y niñas y las acciones para garantizar la intersectorialidad, entre otros.