



Centro Nacional de Consultoría.com

Informe Final de Línea de Base de la Estrategia

de cero
a Siempre

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

CONTENIDO

1.	INTRODUCCION.....	13
1.1.	Marco de Política.....	13
1.2.	Atención integral a la Primera infancia 2010–2014: <i>De Cero a Siempre</i>	15
1.2.1.	<i>Objetivos y realizaciones de la estrategia De Cero a Siempre</i>	16
1.2.2.	<i>La integralidad para el desarrollo en De Cero a Siempre</i>	17
1.2.3.	<i>La Ruta Integral de Atenciones</i>	19
1.2.4.	<i>Ruta de acciones de la estrategia De Cero a Siempre</i>	19
2.	DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA DE LINEA DE BASE.....	21
2.1.	Caracterización de la calidad de los servicios de atención a la primera infancia 21	
2.1.1.	<i>El enfoque metodológico</i>	22
2.1.2.	<i>Métodos cuantitativos</i>	26
2.1.3.	<i>Componente cualitativo</i>	29
2.2.	Capacidad Institucional en torno a la Primera Infancia	31
2.2.1.	<i>Tipo de análisis</i>	32
2.2.2.	<i>Instrumentos</i>	32
2.3.	Recomendaciones.....	32
3.	ASPECTOS CUALITATIVOS PARA LA LÍNEA DE BASE EN ATENCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO INFANTIL.....	34
3.1.	Los niños y la primera infancia.....	34
3.2.	Reporte de la investigación de campo.....	37
3.3.	Los niños de 0 a 6 años.....	46
3.4.	Conclusiones.....	114
4.	SALUD.....	118
4.1.	Marco de referencia.....	118
4.2.	Muestra	122
4.3.	Descripción de las IPS.....	125
4.4.	Caracterización de los servicios y brechas.....	132
4.4.1.	<i>Servicios de preparación para el embarazo</i>	132
4.4.2.	<i>Control prenatal</i>	134
4.4.3.	<i>Atención al parto y postparto</i>	164
4.4.4.	<i>Recién nacido</i>	184
4.4.5.	<i>Crecimiento y desarrollo</i>	196
5.	EDUCACION.....	214
5.1.	Marco de referencia.....	214
5.2.	La calidad de la Educación inicial como derecho.....	215
5.2.1.	<i>Los Estándares de calidad de la Comisión intersectorial</i>	216
5.3.	Muestra	219
5.4.	Descripción general de los CDI.....	222
5.5.	Caracterización del servicio y brechas.....	232
5.5.1.	<i>Recurso humano</i>	235
5.5.2.	<i>Recurso físico</i>	240

5.5.3.	<i>Recursos de dotación</i>	248
5.5.4.	<i>Ambientes seguros y protegidos (proceso)</i>	252
5.5.5.	<i>Seguimiento a las condiciones de los niños (procesos)</i>	257
5.5.6.	<i>Alimentación</i>	262
5.5.7.	<i>Formación y participación con la comunidad educativa</i>	266
5.5.8.	<i>Planeación, administración y evaluación</i>	270
6.	ANÁLISIS DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIONES.....	278
6.1.	Marco de referencia.....	278
6.2.	Resultados obtenidos.....	281
6.2.1.	<i>Casos identificados en los CDI</i>	281
6.2.2.	<i>Casos identificados en las IPS</i>	289
7.	CAPACIDAD INSTITUCIONAL.....	308
7.1.	Marco de referencia.....	310
7.2.	Metodología.....	312
7.3.	Resultados obtenidos.....	317
7.3.1.	Procesos de Planeación e Implementación de la Política de Primera Infancia en los territorios.....	317
7.3.2.	Seguimiento y evaluación de la Política de Primera Infancia en los territorios.....	341
7.3.3.	La estrategia <i>De Cero a Siempre</i> en los territorios.....	343
7.3.3.	Conclusiones.....	347
8.	CONCLUSIONES.....	349
9.	RECOMENDACIONES.....	359
10.	ANEXOS.....	363
10.1.	Formulario CDI y ficha de verificación.....	363
10.2.	Formulario IPS.....	363
10.3.	Formularios historias clínicas.....	363
10.4.	Guía de entrevistas semi-estructuradas.....	363

FIGURAS

Figura 1. Esquema para el análisis de la ruta de atención	27
Figura 2. Cumplimiento del esquema de consultas de Control Prenatal. Según calendario.	138
Figura 3. Cumplimiento del esquema de consultas de Control Prenatal.....	139
Figura 4. Cumplimiento del esquema de consultas de Control de Crecimiento y Desarrollo. Según calendario.....	201
Figura 5. Cumplimiento del esquema de consultas de Control de Crecimiento y Desarrollo.....	202
Figura 6. Esquema para la identificación de rezagos.....	234
Figura 7. Proceso de atención de casos especiales que afectaron a los niños y niñas menores de 6 años en el último año	282

TABLAS

Tabla 1. Combinación de métodos cuantitativos y cualitativos.....	25
Tabla 2. Estándares de calidad en salud en áreas de derechos y realizaciones	121
Tabla 3. Muestra planeada vs. Muestra efectiva de IPS.....	123
Tabla 4. Efectividad submuestra de IPS para historias clínicas	124
Tabla 5. Submuestra de IPS: muestra planeada vs. Muestra efectiva.....	124
Tabla 6. Muestra de historias clínicas: muestra planeada vs. Muestra efectiva	125
Tabla 7. Proporción de IPS según zona de ubicación.....	126
Tabla 8. Proporción de IPS según subgrupos de población	130
Tabla 9. Número promedio de profesionales por IPS disponible para atender el servicio de Control Prenatal.....	135
Tabla 10. Número promedio de días para asignación de cita en el servicio de Control Prenatal.....	136
Tabla 11. Porcentaje de mujeres con información completa referente a antecedentes personales.....	151
Tabla 12. Porcentaje de mujeres con información completa referente a antecedentes familiares.	152
Tabla 13. Porcentaje de mujeres con información completa referente a hábitos...153	
Tabla 14. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones psicosociales que se deben reportar en todas las consultas.....	154
Tabla 15. Porcentaje de mujeres con información de embarazos deseado o programado	155
Tabla 16. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones obstétricas.....	155
Tabla 17. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones ginecológicas que se deben reportar en todas las consultas.....	156
Tabla 18. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones ginecológicas que se deben reportar en alguna consulta.....	157
Tabla 19. Porcentaje de mujeres con información completa referente a la gestación actual.	158

Tabla 20. Porcentaje de mujeres con información completa referente a los factores de riesgo en la gestación que debe ser reportado en alguna consulta.	159
Tabla 21. Porcentaje de mujeres con información completa referente a los factores de riesgo en la gestación que debe ser reportado en todas las consultas.	160
Tabla 22. Porcentaje de mujeres con información completa referente a exámenes físicos.....	161
Tabla 23. Porcentaje de mujeres con información completa referente a valoración ginecológica.....	162
Tabla 24. Porcentaje de mujeres con información completa referente a valoración obstétrica.	163
Tabla 25. Proporción de IPS según condiciones existentes para promover la lactancia materna.....	186
Tabla 26. Número promedio de profesionales por IPS disponible para atender el servicio de Crecimiento y Desarrollo	196
Tabla 27. Número promedio de días para asignación de cita en el servicio de Crecimiento y Desarrollo.....	198
Tabla 28. Porcentaje de niños con información completa referente a antecedentes personales.....	209
Tabla 29. Porcentaje de niños con información completa referente antecedentes perinatales.	210
Tabla 30. Porcentaje de niños con información completa referente a antecedentes socio-familiares 1ue deben ser preguntados en alguna consulta.....	211
Tabla 31. Porcentaje de niños con información completa referente a antecedentes socio-familiares 1ue deben ser preguntados en todas las consultas.....	212
Tabla 32. Porcentaje de niños con información completa referente al examen físico.	213
Tabla 33. Los estándares de educación inicial según los derechos y las realizaciones	217
Tabla 34. Muestra de CDI: efectividad de la base de datos.....	219
Tabla 35. Muestra de centros de desarrollo infantil: muestra planeada vs. Muestra efectiva.....	220
Tabla 36. Muestra de centros de desarrollo infantil: muestra planeada vs. Muestra efectiva por municipio	221
Tabla 37. Antigüedad de los CDI.....	223
Tabla 38. Modalidades en CDI públicos y mixtos.....	223
Tabla 39. Duración de la jornada única.....	226
Tabla 40. Matrícula promedio de niños y niñas menores de 6 años.....	226
Tabla 41. Atención de grupos de población por tipo de CDI.....	228
Tabla 42. Promedio de niños atendidos según tipo de población.....	228
Tabla 43. Valor promedio de la matrícula.....	231
Tabla 44. Procesos del servicio de educación inicial.....	233
Tabla 45. CDI con plan de formación	235
Tabla 46. Perfil del personal.....	236
Tabla 47. Cantidad de personal.....	237
Tabla 48. Proceso de selección del personal	238
Tabla 49. Tipo de contratación en los CDI (porcentaje de CDI).....	238

Tabla 50. Cumple con la ley laboral	239
Tabla 51. CDI fuera de amenazas naturales y violencia armada.....	241
Tabla 52. CDI dispone de servicios públicos.....	242
Tabla 53. CDI fuera de entornos peligrosos.....	242
Tabla 54. CDI con acciones para la adecuación de espacios para niños con discapacidad	243
Tabla 55. CDI controla condiciones de riesgo de accidentalidad	244
Tabla 56. CDI cumple con las condiciones físicas requeridas.....	244
Tabla 57. CDI cuenta con espacios diferenciados para las actividades.....	245
Tabla 58. CDI cumple condiciones de higiene y limpieza.....	246
Tabla 59. CDI con acceso a piscina con condiciones de seguridad y salubridad	246
Tabla 60. CDI cuenta con material pedagógico y didáctico.....	248
Tabla 61. CDI identifica y garantiza dotación indispensable	249
Tabla 62. CDI asegura acceso a elementos básicos de aseo.....	250
Tabla 63. CDI cuenta con botiquín	251
Tabla 64. Prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y del entorno.....	252
Tabla 65. Acta de visita vigente de concepto higiénico	253
Tabla 66. Plan de emergencia.....	254
Tabla 67. Póliza de aseguramiento.....	255
Tabla 68. El CDI verifica y gestiona la afiliación al SGSSS	258
Tabla 69. El CDI verifica y gestiona la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo	259
Tabla 70. El CDI verifica el esquema de vacunación según edad.....	259
Tabla 71. El CDI usa las rutas para la remisión de niños y niñas con signos de malnutrición.....	260
Tabla 72. CDI con servicio de alimentación.....	262
Tabla 73. Estándar 6: buenas prácticas de manufactura.....	263
Tabla 74. Estándar 7: Minuta patrón y ciclo de menús.....	264
Tabla 75. Estándar 8: certificación de proveedores del servicio de alimentación...264	
Tabla 76. Control de minuta patrón y ciclo de menús	265
Tabla 77. Formación de padres de familia	267
Tabla 78. Pacto de convivencia	268
Tabla 79. Comunicación con los padres	268
Tabla 80. Participación ciudadana	269
Tabla 81. Proceso de sugerencias quejas y resultados	271
Tabla 82. Planes de saneamiento básico y atención de desastres.....	272
Tabla 83. El CDI identifica fortalezas y debilidades	272
Tabla 84. El CDI analiza su historial financiero	273
Tabla 85. El CDI asegura los recursos necesarios	274
Tabla 86. El CDI lleva contabilidad.....	274
Tabla 87. El CDI garantiza la gestión documental	275
Tabla 88. El CDI registra información de los acudientes	276
Tabla 89. Proceso adecuado de sugerencia, quejas y reclamos	276
Tabla 90. Presta servicio de transporte bajo los requisitos de ley	277
Tabla 91. Las realizaciones de la estrategia de cero a siempre.....	279
Tabla 92. Entidades del estado competentes para	283

Tabla 93. Entidades del Estado notificadas por los CDI.....	286
Tabla 94. Efectividad en el trabajo con las entidades del Estado.....	289

GRÁFICAS

Gráfica 1. Proporción de IPS según nivel de complejidad de servicios que atiende	126
Gráfica 2. Proporción de IPS según servicios habilitados	127
Gráfica 3. Proporción de IPS según subgrupos de población	128
Gráfica 4. Proporción de IPS según valor de la facturación mensual	129
Gráfica 5. Proporción de IPS según debilidades identificadas en los últimos doce meses.....	131
Gráfica 6. Proporción de IPS personal que dispone para atender los servicios de preparación para el embarazo	133
Gráfica 7. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender el control prenatal.....	134
Gráfica 8. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes personales.	140
Gráfica 9. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes familiares.	141
Gráfica 10. Porcentaje de consultas que preguntan hábitos.....	141
Gráfica 11. Porcentaje de consultas que preguntan condiciones psicosociales.....	142
Gráfica 12. Porcentaje de consultas que preguntan por condiciones obstétricas.	143
Gráfica 13. Porcentaje de consultas que preguntan por condiciones ginecológicas.	143
Gráfica 14. Porcentaje de consultas que preguntan por la gestación actual.....	144
Gráfica 15. Porcentaje de consultas que preguntan por factor de riesgo en la gestación.....	145
Gráfica 16. Porcentaje de consultas que realizan examen físico.	145
Gráfica 17. Porcentaje de consultas que realizan valoración ginecológica.	146
Gráfica 18. Porcentaje de consultas que realizan valoración obstétrica.....	147
Gráfica 19. Estadísticas descriptivas del plan de manejo.	147
Gráfica 20. Estadísticas descriptivas de exámenes paraclínicos.....	148
Gráfica 21. Estadísticas descriptivas de remisiones.	148
Gráfica 22. Estadísticas descriptivas de notificaciones.....	149
Gráfica 23. Estadísticas descriptivas de seguimiento.....	150
Gráfica 24. Número de condiciones cumplidas en antecedentes personales.	150
Gráfica 25. Número de condiciones cumplidas en antecedentes familiares	151
Gráfica 26. Número de condiciones cumplidas en hábitos.....	153
Gráfica 27. Número de condiciones cumplidas con respecto a aquellas situaciones psicosociales que se deben reportar en todas las consultas.	154
Gráfica 28. Número de condiciones cumplidas en condición obstétrica.	155
Gráfica 29. Número de condiciones que cumplen los procedimientos ginecológicos, aquellos que se deben realizar en todas las consultas.	156
Gráfica 30. Número de condiciones que cumplen los procedimientos ginecológicos, aquellos que se deben realizar en alguna consulta.	157
Gráfica 31. Número de condiciones cumplidas referente a la gestación actual.....	158

Gráfica 32. Número de condiciones de factores de riesgo en gestación que se debe informar en alguna consulta.	159
Gráfica 33. Número de condiciones de factores de riesgo en gestación que se deben informar en todas las consultas.	160
Gráfica 34. Número de condiciones cumplidas sobre información en exámenes físicos.	161
Gráfica 35. Número de condiciones cumplidas referente a valoración ginecológica.	162
Gráfica 36. Número de condiciones cumplidas referente a valoración obstétrica.	163
Gráfica 37. Porcentaje de consultas con procedimientos posteriores.	164
Gráfica 38. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender parto y postparto.	165
Gráfica 39. Porcentaje de historias clínicas que reportan anamnesis.	166
Gráfica 40. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre anamnesis.	167
Gráfica 41. Porcentaje de historias clínicas que reportan antecedentes personales de la madre.	167
Gráfica 42. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre antecedentes personales de la madre.	168
Gráfica 43. Porcentaje de historias clínicas que reportan antecedentes obstétricos de la madre.	168
Gráfica 44. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre antecedentes obstétricos de la madre.	169
Gráfica 45. Porcentaje de historias clínicas que reportan antecedentes familiares de la madre.	169
Gráfica 46. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre antecedentes familiares de la madre.	170
Gráfica 47. Porcentaje de historias clínicas que reportan examen físico de la madre.	171
Gráfica 48. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre el examen físico de la madre.	172
Gráfica 49. Porcentaje de historias clínicas que reportan la valoración obstétrica de la madre.	172
Gráfica 50. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre la valoración obstétrica de la madre.	173
Gráfica 51. Porcentaje de historias clínicas que reportan el diagnóstico de la madre.	173
Gráfica 52. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre el diagnóstico de la madre.	174
Gráfica 53. Porcentaje de historias clínicas que reportan plan de manejo a la madre.	174
Gráfica 54. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre el plan de manejo realizado a la madre.	175
Gráfica 55. Porcentaje de historias clínicas que reportan exámenes paraclínicos a la madre.	175

Gráfica 56. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre los exámenes paraclínicos realizados a la madre.....	176
Gráfica 57. Porcentaje de historias clínicas que reportan factores de riesgo para mortalidad materna.	176
Gráfica 58. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre los factores de riesgo para la mortalidad materna.....	177
Gráfica 59. Porcentaje de historias clínicas que reportan situaciones especiales en urgencias.	177
Gráfica 60. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre las situaciones especiales de urgencias.....	178
Gráfica 61. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención en el primer periodo del parto (dilatación y borramiento).....	178
Gráfica 62. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre la atención en el primer periodo del parto (dilatación y borramiento).	179
Gráfica 63. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención en segundo periodo del parto (expulsivo).	179
Gráfica 64. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención en el segundo periodo del parto (expulsivo).....	180
Gráfica 65. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención del alumbramiento.....	180
Gráfica 66. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención del alumbramiento.	181
Gráfica 67. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención puerperio inmediato (2 horas posparto).....	181
Gráfica 68. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención puerperio inmediato.	182
Gráfica 69. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención puerperio mediano (2 a 48 horas posparto).....	182
Gráfica 70. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención puerperio mediano.....	183
Gráfica 71. Porcentaje de historias clínicas que reportan remisiones a la madre. ...	183
Gráfica 72. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre las remisiones a la madre.	184
Gráfica 73. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender los controles al Recién Nacido.....	185
Gráfica 74. Proporción de IPS según las acciones realizadas para promover la lactancia materna.....	186
Gráfica 75. Atención al recién nacido según profesión.....	187
Gráfica 76. Porcentaje de historias clínicas que reportan adaptación neonatal inmediata.	187
Gráfica 77. Pinzamiento de cordón.	188
Gráfica 78. APGAR.....	188
Gráfica 79. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención al recién nacido.	189
Gráfica 80. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención al recién nacido.....	190

Gráfica 81. Correlación peso para la edad gestacional.....	190
Gráfica 82. Porcentaje de historias clínicas que reportan diagnóstico prenatal.....	191
Gráfica 83. Diagnóstico obstétrico del recién nacido.....	191
Gráfica 84. Diagnóstico neonatal inmediato.....	192
Gráfica 85. Diagnóstico de riesgo.....	192
Gráfica 86. Porcentaje de historias clínicas que reportan examen médico del recién nacido.....	193
Gráfica 87. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre el examen del recién nacido.....	194
Gráfica 88. Porcentaje de historias clínicas que reportan remisión del recién nacido.....	194
Gráfica 89. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre la remisión del recién nacido.....	195
Gráfica 90. Porcentaje de historias clínicas que reportan notificación de problemas del recién nacido.....	195
Gráfica 91. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender los controles de Crecimiento y Desarrollo.....	196
Gráfica 92. Proporción de IPS según actividades de Educación y Orientación que imparten a familias vinculadas al programa de Crecimiento y Desarrollo.....	199
Gráfica 93. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes personales.....	203
Gráfica 94. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes perinatales.....	203
Gráfica 95. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes socio-familiares.....	204
Gráfica 96. Porcentaje de consultas que realizan examen físico.....	205
Gráfica 97. Estadísticas descriptivas de plan de manejo.....	206
Gráfica 98. Estadísticas descriptivas de remisiones.....	206
Gráfica 99. Plan de manejo de notificaciones.....	207
Gráfica 100. Plan de manejo de seguimiento.....	208
Gráfica 101. Porcentaje de consultas con procedimientos posteriores.....	208
Gráfica 102. Número de condiciones que cumplen los antecedentes personales.....	209
Gráfica 103. Número de condiciones que cumplen los antecedentes perinatales.....	210
Gráfica 104. Número de condiciones que cumplen los antecedentes socio familiares que debe ser preguntado en alguna consulta.....	211
Gráfica 105. Número de condiciones que cumplen los antecedentes socio familiares que deben ser preguntados en todas las consultas.....	212
Gráfica 106. Número de condiciones que cumplen en el examen físico.....	213
Gráfica 107. Niveles de atención que ofrece el CDI. En porcentaje.....	224
Gráfica 108. Jornadas ofrecidas por los CDI. En porcentaje.....	225
Gráfica 109. Horario de atención jornada única.....	225
Gráfica 110. Porcentaje de CDI que atienden a poblaciones.....	227
Gráfica 111. Porcentaje de CDI según estrato socioeconómico de la mayoría de niños.....	229
Gráfica 112. CDI con cobro en dinero por la asistencia de niños y niñas.....	229
Gráfica 113. Tipo de pagos que realizan las familias.....	230
Gráfica 114. Principales necesidades de la población infantil.....	232
Gráfica 115. Brecha de recurso humano.....	240

Gráfica 116. Brecha de recurso físico promedio 1-5	247
Gráfica 117. Brecha de recursos de dotación	251
Gráfica 118. Cumplimiento de los estándares de ambientes seguros y protegidos por tipo de CDI	256
Gráfica 119. Brecha de calidad en ambientes seguros y protegidos	257
Gráfica 120. Cumplimiento de los estándares de seguimiento	261
Gráfica 121. Brecha de seguimiento a las condiciones de los niños.....	261
Gráfica 122. Cumplimiento de los estándares de alimentación por tipo de CDI	265
Gráfica 123. Brecha de calidad en alimentación.....	266
Gráfica 124. Cumplimiento de los estándares de formación de la comunidad educativa por tipo de CDI.....	269
Gráfica 125. Brecha promedio de formación y participación de la comunidad educativa	270
Gráfica 126. Brecha de Planeación, administración y evaluación.....	278
Gráfica 127. Participación de las entidades del estado en el proceso de atención de casos especiales que afectaron a los niños y niñas menores de 6 años en el último año.....	284
Gráfica 128. Identificación por tipo de caso	285
Gráfica 129 Notificación a entidades del estado por tipo de caso.....	285
Gráfica 130. Notificación a entidades del Estado competentes por tipo de caso ..	287
Gráfica 131. Acciones posteriores con entidades del estado por tipo de caso	288
Gráfica 132. Dificultades en la solución de casos con entidades del Estado	288
Gráfica 133. Plan de manejo de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.....	290
Gráfica 134. Exámenes paraclínicos de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.....	290
Gráfica 135. Remisiones de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.....	291
Gráfica 136. Notificaciones de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.....	291
Gráfica 137. Seguimiento de las consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.....	292
Gráfica 138. Correlación peso para la edad gestacional.	293
Gráfica 139. Porcentaje de historias clínicas que reportan remisiones para los recién nacidos con correlación peso para la edad gestacional deficiente.....	293
Gráfica 140. Porcentaje de historias clínicas que reportan notificaciones para los recién nacidos con correlación peso para la edad gestacional deficiente.	294
Gráfica 141. Plan de manejo para niños de prevalentes primera infancia.....	295
Gráfica 142. Remisiones para niños de prevalentes primera infancia.	295
Gráfica 143. Notificaciones de niños de prevalentes primera infancia.	296
Gráfica 144. Seguimiento de niños de prevalentes primera infancia.	296
Gráfica 145. Plan de manejo a niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.	297
Gráfica 146. Remisiones a niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.	298
Gráfica 147. Notificaciones de niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.	298

Gráfica 148. Seguimiento de niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.	299
Gráfica 149. Plan de manejo a niños diagnosticados con bajo peso.	299
Gráfica 150. Remisiones de niños diagnosticados con bajo peso.	300
Gráfica 151. Notificaciones de niños diagnosticados con bajo peso.	301
Gráfica 152. Seguimiento a niños diagnosticados con bajo peso.	301
Gráfica 153. Plan de manejo a niños diagnosticados con baja talla.	302
Gráfica 154. Remisiones de niños diagnosticados con baja talla.	302
Gráfica 155. Notificaciones de niños diagnosticados con baja talla.	303
Gráfica 156. Seguimiento de niños diagnosticados con baja talla.	303
Gráfica 157. Plan de manejo a niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.	304
Gráfica 158. Remisiones de niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.	305
Gráfica 159. Notificación de niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.	305
Gráfica 160. Seguimiento de niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.	306
Gráfica 161. Plan de manejo de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.	306
Gráfica 162. Remisión de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.	307
Gráfica 163. Remisión de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.	307
Gráfica 164. Seguimiento de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.	308

1. INTRODUCCION

1.1. Marco de Política

En 1989, con la firma por parte de Colombia de la *Convención de los Derechos del Niño* el país expresa su voluntad política de proteger y cuidar a sus niños y niñas, especialmente a los que se encuentran en situación de vulnerabilidad o dificultad existencial, y se compromete a respetar y ser garante del cumplimiento de estos derechos y de los principios de la Convención. Con esto el país dio un salto hacia una nueva política de infancia en la cual el niño y la niña se conciben como sujetos de derechos, superando el enfoque anterior de carácter más asistencial y paternalista.

Desde entonces el país ha hecho importantes avances en materia de legislación y direccionamiento de las políticas públicas a favor de la infancia, y en particular de la primera infancia (PI) y su derecho a la atención y educación (AEPI), consagrado desde la misma Convención.

Entre los avances en cuanto a su legislación el país cuenta con el *Código de Infancia y Adolescencia*, aprobado por la Ley 1098 de 2006, que establece el derecho a la vida, a la calidad de vida y a un ambiente sano para todos los niños, las niñas y los adolescentes. En su Artículo 29, el *Código* instituye la idea de integralidad y el derecho a la atención integral en la primera infancia (AIFI); define la primera infancia como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano y va de los cero a los seis años de edad. Como es una etapa única y básica de la vida, **sus derechos son impostergables** en cuanto a la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial¹.

El país cuenta también con la *Ley 1295 de 2009* cuyo objeto es contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del Sisben. Esta Ley en su Artículo 6. establece la responsabilidad general de los entes territoriales tales como gobiernos departamentales, municipales y distritales que deben garantizar el desarrollo de planes de atención integral a la PI, basados en diagnósticos locales, de acuerdo con los retos y oportunidades que enfrenta esta población para el disfrute efectivo de sus derechos, y define la necesidad de promover la coordinación entre las dependencias encargadas de su desarrollo y entre los actores del nivel territorial y el nivel nacional.

¹CÓDIGO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA, Artículo 29. *Derecho al desarrollo integral en la primera infancia*.
En línea: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2006/ley_1098_2006.html

De otra parte, en la búsqueda para alcanzar su desarrollo, Colombia y 188 naciones más acordaron en la *Cumbre del Milenio*, en septiembre de 2000, el cumplimiento en el largo plazo de ocho *Objetivos de desarrollo del Milenio* y cada país se comprometió a definir unas metas nacionales que puedan ser alcanzadas en el año 2015, para cada uno de los Objetivos. En particular, el objetivo cuatro de esta *Cumbre* tiene especial importancia para la PI pues hace referencia a la necesidad de *Reducir la mortalidad en menores de cinco años*.

Para alcanzar este logro de **reducir la mortalidad en menores de cinco años** y cumplir *el cuarto Objetivo de desarrollo del Milenio* se diseñaron siete estrategias fundamentales, entre las cuales están: incrementar progresivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud promoviendo la focalización de los subsidios a la población menor de 5 años, a las mujeres gestantes y a las mujeres en edad fértil. Asegurar el acceso efectivo y la calidad de la atención, así como la acción decidida y permanente de la sociedad para proteger la vida de los niños. Impulsar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con las competencias institucionales y territoriales, con el fin de incidir en las causas de mortalidad. Promover iniciativas que permitan mejorar la competencia de la familia para proteger la vida y la salud del recién nacido y para generar las condiciones necesarias para su adecuado desarrollo durante la infancia, entre otras.

En cuanto a los compromisos de Colombia para este nuevo Milenio **en materia de educación** y educación inicial, en el Foro Mundial de Educación de Dakar, *Educación para todos*(EPT), Senegal, abril de 2000, se trazaron unas metas básicas, compartidas por la mayoría de países, donde se asumió colectivamente la responsabilidad de garantizar a todos y todas una educación de calidad, cuyos objetivos se centran en ofrecer la posibilidad de aprender en las diferentes etapas de la vida, desde la infancia hasta la edad adulta.

La *Educación para todos* traza seis objetivos fundamentales para llegar a satisfacer las necesidades de aprendizaje de todos los niños, jóvenes y adultos, a más tardar en el 2015. El primer objetivo se refiere a la primera infancia en cuanto a "Extender y mejorar la protección y educación integrales de la primera infancia, especialmente para los niños más vulnerables y desfavorecidos".

Finalmente, vale la pena reseñar el *Conpes Social 113* sobre la Política de Seguridad Alimentaria y el *Conpes Social 109*, de diciembre de 2007, que define la **Política Pública Nacional de Primera Infancia "Colombia por la primera infancia"**, cuyo objetivo es "promover el desarrollo integral de los niños y las niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad; respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia."²Esta Política Pública de PI se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo, da fuerza a los compromisos adquiridos en la Convención Internacional

²CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA SOCIAL, *Conpes Social 109* de 2007, p.28.

sobre los Derechos de los Niños, y es el resultado de un importante proceso de movilización social.

1.2. Atención integral a la Primera infancia 2010–2014: *De Cero a Siempre*

Para el actual gobierno las acciones de atención a la primera infancia constituyen un lineamiento estratégico de su Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010-2014 "*Prosperidad para Todos*" que se propone generar un entorno de igualdad de oportunidades para la prosperidad social, y considera que el primer paso para reducir la inequidad y garantizar la igualdad es asegurar una atención total e integral a la primera infancia.

Por esto entre los lineamientos estratégicos de la *Prosperidad para todos* está en primer lugar "Diseñar e implementar la estrategia de atención integral a la primera infancia, denominada "**Estrategia de Cero a Siempre**", liderada por la Presidencia de la República, focalizada especialmente en la población más pobre y vulnerable "la cual cuenta con estrategias en temas clave como son el recurso humano y la infraestructura de los Centros de atención, los sistemas unificados de información y la evaluación de los programas."³

De Cero a Siempre es un mecanismo articulador de las políticas y acciones que el país debe realizar para garantizar la Atención Integral de calidad de la Primera infancia. Su nombre describe la intención de la estrategia: *De Cero*, porque las condiciones para el desarrollo de una vida digna y con garantía de derechos se construye desde la propia gestación. *A Siempre*, porque las habilidades y capacidades desarrolladas durante la primera infancia sientan bases para el resto de la vida.

Como estrategia de país, *De Cero a Siempre* se entiende como un "conjunto de acciones planificadas, de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil temprano, a través de un trabajo unificado e intersectorial, respetando los derechos de los niños y niñas para articular y promover los planes, programas en favor de la atención integral que debe recibir cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición".⁴

Entre los principales propósitos de la Estrategia está unificar las diferentes **modalidades** de atención institucional que se ofertan en el país bien sea por el MEN, el ICBF, las Secretarías de educación etc. y regularlas según unos mismos estándares de calidad para la modalidad de atención en **Centros de Desarrollo Infantil** (CDI), que fueron establecidos por la *Comisión Intersectorial* y que se medirán en esta consultoría. Y puesto que este año 2012 se considera un año de transición para este propósito de cualificación y unificación de estándares y

³PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2010-2014, "Prosperidad para todos"Resumen Ejecutivo, p. 22.

⁴COMISIÓN INTERSECTORIAL DE PRIMERA INFANCIA (2011), *De Cero a Siempre*, presentación Ppt, diapositiva 6.
En línea:<http://www.deceroaSiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/DE-CERO-A-SIEMPRE-Version-Estandar-2011.pdf>

modalidades, de ahí la importancia de esta línea de base o primera medición de los estándares y realizar una primera aproximación a la calidad de los servicios de salud para la PI, y así contar con información confiable y comparable sobre la calidad de la oferta institucional de servicios de salud y educación para la PI.

1.2.1. Objetivos y realizaciones de la estrategia De Cero a Siempre

La estrategia *De Cero a Siempre* se plantea los siguientes objetivos:

- Garantizar el **cumplimiento de los derechos** de las niñas y los niños en primera infancia.
- Definir una **política pública de largo plazo** que oriente al País en materia de sostenibilidad técnica y financiera, universalización de la atención y fortalecimiento de los territorios.
- Garantizar la **pertinencia y calidad en la atención integral** a la primera infancia, articulando acciones desde antes de la concepción, hasta la transición hacia la educación formal.
- **Sensibilizar y movilizara** toda la sociedad colombiana con el propósito de transformar las concepciones y formas de relación con los niños y las niñas más pequeños.
- Hacer **visible y fortalecer a la familia** como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano.

En cuanto a los componentes de *De cero a siempre*, y teniendo en la mira el fortalecimiento y apropiación territorial, la estrategia se organiza en tres componentes:

- a. **Atención Integral** que comprende Realizaciones, Ruta de atención y Registro niño a niño;
- b. **Calidad** que se entiende con la formulación de Lineamientos técnicos, estándares y asistencia técnica; y
- c. **Ajuste institucional** que se considera en sus dimensiones de Oferta programática Nacional, Oferta programática territorial y la Definición de competencias de los entes Nacionales y territoriales, como también la Alineación de la oferta privada.

- *Las realizaciones*

En el marco *De cero a Siempre*, a la forma concreta como se manifiestan los derechos en la vida de los niños y las niñas se le ha definido operacionalmente como las **realizaciones**, que corresponden a una concepción integral del desarrollo infantil donde la familia y la sociedad tienen responsabilidades importantes. Las realizaciones se definen como "Condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño, y que hacen posible su desarrollo

integral en la primera infancia"⁵. El buen logro de las *siete realizaciones básicas* permite afirmar que como resultado de la atención integral se asegura que los niños y niñas en primera infancia:⁶

1. **Son acogidos**, es decir que cuentan con padres, madres o cuidadores principales que les acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral
2. **Están saludables**, lo que significa que viven y disfrutan del nivel más alto posible de salud
3. **Están nutridos adecuadamente**, esto es que gozan y mantienen un estado nutricional conveniente.
4. **Crece en ambientes favorables a su desarrollo**, es decir que el entorno en que crece es favorable y positivo para su desarrollo integral.
5. **Son escuchados y tenidos en cuenta**, puesto que pueden expresar sus sentimientos, ideas y opiniones en sus escenarios cotidianos y éstas son tenidas en cuenta.
6. **Construyen su identidad**, en un marco de diversidad.
7. **Cuentan con sus derechos promovidos o restablecidos**, pues el contexto en que crece promueve sus derechos y actúa ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración

Estas **realizaciones** orientan las líneas de trabajo de *Cero a Siempre* y su fin último, que está puesto en lograr el desarrollo integral en la Primera Infancia. Las realizaciones están relacionadas con las condiciones necesarias para garantizar el desarrollo infantil del niño y la niña como sujetos integrales y reconocen la indispensable participación de la familia y la comunidad en el proceso. Constituyen un referente para la definición de los estándares de calidad que se miden en esta consultoría.

1.2.2. La integralidad para el desarrollo en De Cero a Siempre

Para la estrategia *De Cero a Siempre* la primera infancia constituye parte y fundamento del Desarrollo humano. La **atención integral** se entiende como "acciones planificadas, continuas y permanentes de carácter político, programático y social para asegurar que los entornos en los que se desarrollan la niña y el niño cuenten con condiciones humanas, materiales y sociales que hagan posible el

⁵ COMISIÓN INTERSECTORIAL ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA, Diálogo territorial, Chocó. Constanza Alarcón, Coordinadora Comisión intersectorial de Primera Infancia, nov. 2012, Pppt diapositiva.15

⁶ Ídem. diapositiva 16.

desarrollo integral”⁷. Se expresa a través de tres elementos: **la concepción de la niña y el niño y sus derechos, la atención y la gestión.**

En cuanto a **la concepción de la niña y el niño**, la estrategia parte de reconocerles como sujetos de derechos, como seres integrales en su ciclo vital y en sus dimensiones humanas. Esto significa una idea de niño y niña como seres diversos, con intereses y necesidades particulares, que cuentan con capacidades y potencialidades únicas y tienen un papel activo en su desarrollo y en el de su comunidad. Considera que el niño y la niña en primera infancia **son sujetos de derechos** y sus derechos son universales, indivisibles, interdependientes, irreversibles, progresivos, exigibles e irrenunciables y se manifiestan de manera concreta en la vida de los niños y las niñas a manera de *realizaciones*.

Respecto a la atención, se considera que ésta es **atención integral** cuando está presente en los entornos y escenarios en los que transcurre la vida cotidiana de las niñas y los niños en primera infancia tales como espacios públicos, el hogar, los centros de salud y desarrollo infantil y los espacios sociales y culturales de construcción de su vida subjetiva y cotidiana. A través de estos escenarios la niña y el niño se vinculan con la vida social, histórica, cultural, política y económica de la sociedad.⁸

La atención integral apunta al reconocimiento, protección, garantía, prevención de amenaza o vulneración y restablecimiento inmediato de los derechos de niñas y niños y debe caracterizarse por su disponibilidad, accesibilidad, calidad, inclusión y sostenibilidad. Así mismo, la *atención integral* pasa por la definición de criterios de calidad para las modalidades de Educación Inicial con enfoque de AIPI bajo **cinco componentes**: Talento Humano, Proceso Pedagógico, Salud y Nutrición, Ambientes adecuados y seguros, Procesos administrativos.⁹

Respecto a la **gestión integral**, en ella están involucrados los diversos sectores que surgen de la estructura del Estado como son planeación, salud y educación, cultura, bienestar, etc., y también otros actores de la sociedad como las ONG, la sociedad civil, la academia, las comunidades. Esta gestión integral “promueve la construcción de una gestión solidaria en la cual los recursos, las responsabilidades y los procesos interactúan entre sí y ocurren con la oportunidad requerida para que los niños y niñas gocen a plenitud de sus derechos.”¹⁰ Igualmente, propende por una planeación, implementación y evaluación coordinada intersectorialmente y también por la construcción entre el orden nacional y territorial.

⁷ Ídem. Diap. 17

⁸ Ídem. Diap. 20

⁹ Ídem. Diap. 21 y 30.

¹⁰ COMISIÓN INTERSECTORIAL ATENCIÓN A PRIMERA INFANCIA, Encuentro con delegados de Primera infancia, octubre de 2012 Ppt, d. 39

Así mismo, la **gestión integral** de *Cero a Siempre* valora el rol, las competencias y los recursos de las organizaciones de la sociedad civil y la familia y se inscribe y fortalece la Institucionalidad ya definida en el país para este tema con el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) que promueve la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas de infancia y adolescencia y que coordina e integra el ICBF; los Concejos de Política social (CPS) y la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI) que lidera la construcción de los fundamentos y lineamientos técnicos para la atención integral a la Primera Infancia en el país y que ha propuesto los **Diálogos Territoriales** que son escenarios de encuentro entre la CIPI y los gobiernos locales para avanzar hacia los acuerdos básicos territorio-nación, puesto que “la integralidad cobre vida en el territorio”.¹¹

1.2.3. La Ruta Integral de Atenciones

De cero a Siempre ha definido una ruta única de Atención integral a la primera infancia que traza el camino de acciones estratégicas y su entramado de relaciones, a través del cual se asegura el logro de las realizaciones para cada niña y niño. Esta ruta de atenciones es el referente de orientación para la atención integral a la primera infancia. Las atenciones son particulares, específicas, en el marco de la diversidad, conducentes todas para lograr el desarrollo integral de cada niño o niña. Las atenciones de la ruta incluyen las diferentes áreas de derechos, así: preparación, crianza, nacimiento, monitoreo, nutrición y salud (derechos de existencia); desarrollo (derechos de desarrollo); participación e identificación (derechos de ciudadanía); seguridad y restablecimiento de derechos (derechos de protección).

Estas atenciones que propone la ruta contribuyen a asegurar el conjunto de condiciones familiares, sociales y comunitarias que favorecen el desarrollo integral de las niñas y los niños a lo largo de su desarrollo y en momentos clave como son la gestación, el primer mes, los 6 meses, el primer año, los 2 años, los 3 años, los 4 años y los cinco años.

En el capítulo 6 se presenta el marco de referencia y los resultados obtenidos en este estudio en lo que respecta a la Ruta Integral de Atenciones.

1.2.4. Ruta de acciones de la estrategia De Cero a Siempre

Para el cuatrienio, a través de la estrategia *De cero a Siempre*, el Gobierno Nacional ha trazado una “ruta de acciones”¹² que se ha propuesto cumplir paso a paso, con el fin de poder avanzar hacia la atención integral y con calidad a la población de primera infancia. Estas acciones son:

¹¹Op. Cit. COMISIÓN, Diálogo territorial, Chocó,

¹²En: DNP, Pliego de Condiciones CM-022-11, p.4

- Creación de una Comisión Intersectorial que permita establecer mecanismos de articulación y coordinación interinstitucional entre las entidades, la política y sus programas, y los operadores de la Atención Integral a la Primera Infancia – AIFI.
- Puesta en marcha de una atención integral con criterios de calidad que potencie las diferentes dimensiones del desarrollo en cada etapa del ciclo vital para los niños y las niñas, con criterios de equidad.
- Trabajo articulado entre el nivel nacional y territorial para la definición e implementación de lineamientos en relación con los siguientes temas: i). propuesta de intervención con las familias; ii). Aspectos pedagógicos; iii). seguridad alimentaria y nutricional; iv). atención en salud; v). atención diferencial, y vi). participación, cultura y recreación.
- Definición e implementación de los estándares de calidad unificados teniendo en cuenta las cuatro áreas de derecho para la primera infancia, (Existencia, Desarrollo, Ciudadanía, y Protección) así como los entornos en los que transcurren sus vidas. A partir de estos estándares se conformará un sistema de aseguramiento de la calidad de la prestación de servicios a la primera infancia, así como la promoción de un mecanismo de inspección, vigilancia y control.
- Incorporación de las familias como beneficiarias de las acciones de la Estrategia, dando especial atención a su fortalecimiento y desarrollo de competencias para lograr una adecuada crianza con afecto y sin violencia.
- Definición de una ruta unificada de atención integral para los niños y las familias que contemple todo el ciclo de primera infancia, que cuente con indicadores críticos para los diferentes momentos del ciclo de vida, así como con los responsables de la atención en cada sector, para luego reorganizar y adecuar la oferta actual de servicios y establecer las responsabilidades establecidas en la ruta de atención.
- Diseño de un mecanismo de seguimiento que dé cuenta de la trayectoria del desarrollo niño a niño, desde el momento de la gestación, que tenga en cuenta las particularidades de cada etapa del ciclo de vida en primera infancia, identificando situaciones de riesgo de desarrollo y generando las alertas pertinentes, así como las derivaciones a la oferta de servicios que se requieran.
- Unificación de los criterios de formación para la prestación de servicios integrales, así como la creación de un lineamiento único nacional para la formación de agentes educativos y responsables de la atención integral de los niños y las niñas.

- Construcción y adecuación de ambientes educativos pertinentes, a partir de la definición de lineamientos de infraestructura, dotación y condiciones de seguridad para todas las modalidades de atención, la cual se ajuste a las características y necesidades particulares de los niños y niñas.

El informe está estructurado en nueve capítulos, incluyendo la introducción. El primero se realiza una síntesis de la metodología aplicada para construir la línea de base, resaltando las principales características del enfoque metodológico. En el capítulo 3 se presenta el análisis cualitativo abordando temas de salud y educación inicial, y presentando los estudios de caso. En los capítulos 4 y 5 se presentan los resultados para salud y educación inicial a partir de la información cuantitativa. Estos capítulos están organizados de manera que primero se presenta un marco de referencia que incluye tanto aspectos de la política pública en primera infancia, como de la normatividad vigente. En el capítulo 6 se hace el análisis de la Ruta Integral de Atenciones, a partir del proceso de atención de casos específicos que se registran en los CDI y las IPS. El capítulo 7 contiene el análisis de la capacidad institucional, el cual se basa en gran parte en la información cualitativa recolectada en entidades del orden municipal y departamental. Por último, los capítulos 8 y 9 abordan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

2. DESCRIPCION DE LA ESTRATEGIA DE LINEA DE BASE

En este capítulo se hace una descripción de la manera como se aborda la construcción de la línea de base de la estrategia De Cero a Siempre en los componentes de caracterización de la calidad de los servicios de atención a la primera infancia, capacidad institucional y recomendaciones. Para cada componente se explica el enfoque metodológico, el tipo de análisis que se realizan y los instrumentos que se aplican.

2.1. Caracterización de la calidad de los servicios de atención a la primera infancia

En la línea de base se caracteriza la calidad de los servicios de atención a la primera infancia, en salud y educación inicial a través de cuatro tipos de valoraciones:

- Verificar la calidad de los servicios prestados en salud
- Medir los estándares de calidad de los servicios
- Identificar rezagos en términos de calidad que presentan los servicios de atención para la población en primera infancia
- Verificar la ruta que siguen los prestadores del servicio

2.1.1. El enfoque metodológico

El enfoque metodológico desarrollado sigue las siguientes pautas:

- Caracterización de los recursos disponibles y el proceso de atención

Se parte de Myers (2004), quien en un estudio sobre la calidad en programas de educación inicial o preescolar, identificó tres alternativas para la valoración de la calidad en servicios de atención a la primera infancia. Primero, la atención es de calidad si tiene suficientes **recursos** asignados y entregados. Segundo: la atención es de calidad cuando **el proceso de atención** tiene ciertas características que la experiencia (y las investigaciones) muestra que debe producir los resultados deseados. Tercero: la atención es de calidad cuando la manera de atender a los niños produce los **resultados esperados** en su bienestar.

La caracterización de la calidad de la línea de base se centrará en la propuesta de (Myers. 2004) exclusivamente en las dimensiones de *recursos y proceso de atención*. La dimensión de resultados está por fuera del propósito y el alcance de esta línea de base, y en el marco de la estrategia *De Cero a Siempre* implicaría evaluar las condiciones de los niños en cada una de las "realizaciones" que se han definido como el impacto deseado en el bienestar de los niños.

- Los estándares de calidad son la guía para caracterizar la calidad: los recursos disponibles y procesos de atención

La calidad es un concepto difícil de evaluar y medir. Myers (2004), en sus investigaciones sobre educación inicial, lo califica como un concepto problemático debido a que es ambiguo y relativo. En el diccionario de la Real Academia de la Lengua, calidad se define en términos de "Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor". La dificultad está en quién (es) determinan estas propiedades. Por eso para Myers "la calidad es lo mismo que la verdad o la belleza, existe sólo en el ojo del espectador: cada uno tiene su propia base para hacer su valoración, cada uno su propio estándar o meta, explícito o implícito".

Para resolver esta subjetividad en la valoración de la calidad, la línea de base adopta como guía para la caracterización, los estándares de calidad de los servicios de educación inicial y salud que fueron definidos por la estrategia *De Cero a Siempre*, los cuales tienen como objetivo primordial, "orientar, de manera flexible, la forma como el país debe ir transitando la oferta actual y generando nueva oferta de servicios en los diferentes escenarios donde transcurre la vida de los niños y las niñas". De esta forma, los estándares de calidad se convierten en el punto de comparación para establecer si los servicios de atención a primera infancia son de

calidad y cuál es la magnitud del rezago en términos de recursos y procesos de atención para llegar a la calidad deseada.

En salud, es obligatorio para los prestadores del servicio cumplir una serie de estándares de atención, que desde hace más de una década estableció el Ministerio de Salud, a través de la *Resolución 412 de 2000*. En esta resolución se desarrollaron guías de atención y normas técnicas para la prestación de servicios de salud, en particular para una serie de enfermedades de interés en salud pública entre las que se incluyeron algunas relacionadas con la primera infancia: bajo peso al nacer, alteraciones asociadas a la nutrición (desnutrición proteico calórica y obesidad), infección respiratoria aguda (menores de cinco años), enfermedad diarreica aguda / cólera, y meningitis meningocócica, entre otras.

Posteriormente, el Ministerio de Salud publicó en 2007 las Guías de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades de Salud Pública, como resultado de la revisión y actualización de lo establecido en la Resolución 412 de 2000. En este compendio se incluye guías de atención específica para cada uno de los servicios de salud que se caracterizan en la línea de base: guía para la detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, guía para la detección temprana de alteraciones en el embarazo, guía para la vacunación según el PAI, guía de atención al parto, guía de atención al recién nacido y guía para la atención en planificación familiar.

Para insistir en la exigencia de calidad de los servicios de salud en atención a primera infancia, la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia diseñó una batería de 66 estándares de calidad que deben orientar la prestación de los servicios de las IPS, los cuales incluyen todas las disposiciones anteriores del Ministerio de Salud en esta materia, organizadas y actualizadas de manera que respondan al concepto de calidad desarrollado por la estrategia *De Cero a Siempre*, basado en la integralidad. Es así como los 66 estándares se pueden abordar bajo diferentes criterios: ciclo de vida de los niños, derechos de los niños y realizaciones, en el capítulo 4 se muestra esta clasificación.

En educación inicial, el uso de estándares para exigir calidad en la prestación del servicio es más reciente que en el caso de salud, y en la actualidad no existen normas a nivel nacional que obliguen a los prestadores de servicios de educación inicial cumplir con estándares de calidad. Sin embargo, hay experiencias significativas en Bogotá y Medellín, así como avances del Ministerio de Educación y el ICBF en la formulación lineamientos técnicos para la atención integral.

Se revisaron varios estudios y propuestas actuales de calidad en nuestro contexto, entre ellas la propuesta de indicadores de la Secretaria de Educación del Distrito y el Departamento Administrativo de Bienestar Social de Bogotá¹³ y el diseño y

¹³ Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de integración social, "Lineamientos y estándares técnicos de calidad para los servicios de educación inicial en Bogotá", abril de 2009.

conceptualización del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la prestación del Servicio de Atención Primera Infancia (SACPI)¹⁴ como los más recientes, que manejan componentes y categorías similares.

Con estos referentes la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia diseñó una batería de 60 estándares para garantizar la calidad en la prestación de la educación inicial. Al igual que en Salud, estos estándares responden al enfoque integral de la estrategia al incluir las cuatro áreas de derechos (existencia, desarrollo, ciudadanía y protección), las realizaciones y cubriendo todo el ciclo de vida de los niños hasta los cinco años. En el capítulo 5 se presenta la clasificación de los estándares de educación inicial por realizaciones y derechos.

- La calidad se puede caracterizar desde la oferta y/o la demanda del servicio

En el sector salud, los primeros esfuerzos por definir la calidad de los servicios se inclinaron a hacerlo desde los criterios del prestador lo cual se denomina calidad objetiva que implica medir y verificar el servicio desde un ideal estándar¹⁵. Posteriormente, surgió el concepto de “calidad del servicio percibida” que considera que dada la inmaterialidad de los servicios de salud, es necesario tener en cuenta la interacción entre el prestador y el usuario (Gronroos, 1984)¹⁶.

En esa perspectiva, la definición generalizada sobre la satisfacción del usuario es “la comparación de las expectativas del usuario frente a un servicio y sus percepciones frente al servicio recibido”. Estas diferencias se pueden aproximar desde 5 categorías¹⁷ así:

- Elementos tangibles: apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.
- Fiabilidad: habilidad para realizar el bien o servicio prometido de forma fiable y cuidadosa
- Capacidad de respuesta: disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un bien o servicio de manera rápida (oportuna)
- Seguridad: conocimientos y atención mostrados por los prestadores / funcionarios y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza (profesionalismo, amabilidad, etc)
- Empatía: atención individualizada en los bienes y servicios recibidos

¹⁴ Unión temporal ICONTEC- INALCEC, “Diseño de Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Prestación del Servicio de Atención Integral a la Primera Infancia, Primera Reunión de Países Andinos sobre Desarrollo Infantil y Evaluación de la Calidad, 28 de mayo de 2010.

¹⁵ Lewitt 1972. Tomado de Losada, M y Rodríguez, A. (2007); “Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing “

¹⁶ idem

¹⁷ Zeithaml, Parasuraman y Berry (1990)

Si bien este marco conceptual se desarrolló para el sector salud, es transferible a la valoración de la calidad de los servicios de educación inicial. En este servicio la calidad puede percibirse de manera diferente teniendo en cuenta el punto de vista de los niños, de los padres de familia y de los profesionales. En el caso de los padres, Myers (2004) encontró que hoy, muchas madres y padres de familia buscan programas de atención para sus niños con base en criterios de protección, no de desarrollo. Esta expectativa los llevaría, por ejemplo, a sub-valorar la calidad de un CDI que tenga un alto énfasis en desarrollo.

Dada la importancia de contar con una valoración desde la oferta y la opinión de la demanda (niños, padres y cuidadores) sobre los servicios de atención a primera infancia, la metodología propuesta es integral al incorporar la perspectiva de los prestadores (CDI e IPS) y de los usuarios (niños y padres de familia).

- La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos permite una mejor caracterización de la calidad

Cada vez existe un mayor acuerdo sobre el valor agregado de combinar métodos cuantitativos y cualitativos en la evaluación de planes, programas y proyectos. Así, los métodos cuantitativos contribuyen con establecer magnitudes, las condiciones iniciales de los beneficiarios y el cambio resultante por su participación en un programa. Mientras que los métodos cualitativos aportan explicaciones a profundidad sobre por qué son esas las magnitudes de las condiciones de los beneficiarios, o por qué cambian después de una intervención.

Esta línea de base no es la excepción y las bondades de combinar los métodos son evidentes. La caracterización de la calidad desde la oferta se realiza a partir de métodos cuantitativos que permiten calcular indicadores sobre los recursos y procesos que se llevan a cabo en IPS y CDI. Y que la caracterización de la calidad desde la demanda se aborda desde métodos cualitativos, con mayor capacidad para capturar percepciones y expectativas. Si bien esta diferenciación conveniente, se considera que desde lo cualitativo también se pueden observar algunas características de la oferta, brindando una valoración más integral.

En resumen, la caracterización de la calidad desde la oferta se hace con métodos cuantitativos, y cualitativos, mientras que la demanda se observa exclusivamente con métodos cualitativos (Tabla 1).

Tabla 1. Combinación de métodos cuantitativos y cualitativos

Método	Oferta (CDI y IPS-Historias Clínicas)	Demanda (niños y padres de familia)
Cuantitativo	X	
Cualitativo	X	X

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de base de la Estrategia De Cero a Siempre.

2.1.2. Métodos cuantitativos

A continuación se realiza la presentación del análisis de caracterización de la calidad que se realiza con la aplicación de métodos cuantitativos, precisando los instrumentos de recolección de información utilizados. La caracterización de la calidad que aportan los métodos cuantitativos incluye tres tipos de análisis:

- i. Caracterización del servicio
- ii. Identificación de rezagos
- iii. Verificación de la ruta

2.1.1.1. Tipo de análisis

- ✓ Caracterización del servicio

La caracterización del servicio implica un análisis descriptivo de los recursos disponibles y los procesos de atención, que son las dimensiones de calidad que se abordan en este componente de la línea de base. Para estructurar este análisis el primer paso es clasificar los estándares en las dos dimensiones propuestas: recursos y procesos. Cabe advertir que esta clasificación sigue permitiendo que los estándares estén asociados a derechos.

El segundo paso es especificar los aspectos o variables que se van a caracterizar en cada una de estas dimensiones (recursos y procesos), que posteriormente en la etapa de análisis de la información se convertirán en indicadores.

- ✓ Identificación de rezagos

El segundo tipo de análisis consiste en identificar rezagos en la calidad de la prestación de los servicios de atención de primera infancia. Es decir, medir qué tan lejos o tan cerca están las IPS y los CDI del estándar de calidad fijado por la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia.

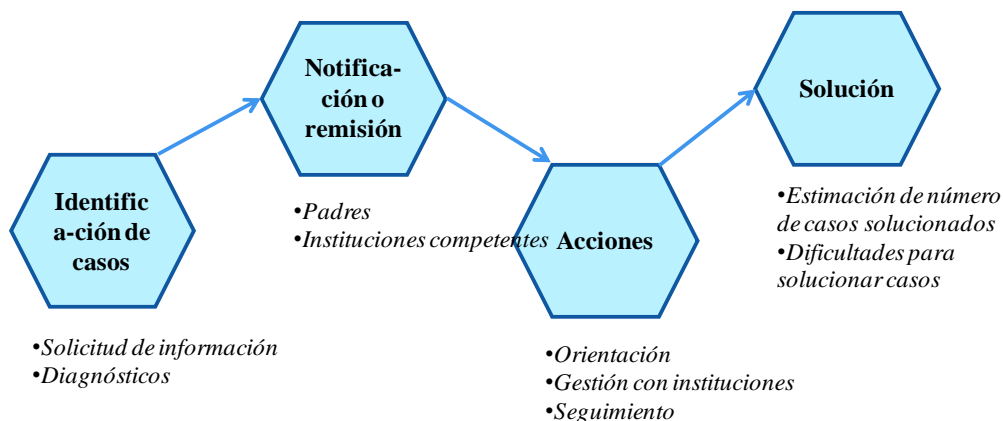
En este análisis el estándar de calidad sigue siendo el punto de referencia, al indicar la situación deseada. El reto está en que la línea de base debe mostrar la brecha que existe entre la situación actual de los CDI e IPS y la situación deseada, es decir, el interés no es medir si se cumple o no con el estándar.

Se considera que una alternativa para visualizar los rezagos o brechas es suponer que el cumplimiento de un estándar de calidad es gradual, iniciando por una situación en que no hay ninguna acción o proceso, luego un momento en que hay acciones incipientes, pasando a acciones parciales y avanzadas.

- ✓ Verificación de la ruta

El último análisis que se hace con la información cuantitativa es la verificación de la Ruta Integral de Atenciones. Para el análisis se definieron cuatro aspectos, identificación, notificación, acciones y solución como se presenta en la Figura 1.

Figura 1. Esquema para el análisis de la ruta de atención



2.1.1.2. Instrumentos

La información para la caracterización de la calidad en educación inicial se recolectó a través de la aplicación de un formulario dirigido al coordinador del CDI. Este formulario da cuenta de los recursos de los que dispone el CDI y de los procesos que se implementan para la atención de los niños.

El formulario para CDI tiene los siguientes módulos:

- I. Identificación
- II. Caracterización
- III. Seguimiento a las condiciones del niño
- IV. Proyecto pedagógico y participación
- V. Ambientes seguros y protegidos
- VI. Servicio de Alimentación
- VII. Recurso Humano
- VIII. Dotación
- IX. Infraestructura física
- X. Gestión y Administración

El formulario se construyó con preguntas de tres tipos:

- Autoevaluación: El entrevistado de acuerdo con su conocimiento y criterio establece la respuesta. En este tipo de preguntas estaría por ejemplo ¿El CDI solicita el registro civil del niño?
- Verificación: Se solicita al entrevistado que permita confirmar la existencia de algunos documentos o condiciones. Se pregunta por ejemplo ¿Me puede mostrar el registro de nacimiento del niño en la carpeta que tiene el CDI?

Los medios a través de los cuales se verifican este tipo de preguntas son:

- Existencia de documentos
 - Revisión de carpetas de niños (3 por institución)
 - Revisión de carpetas de empleados (3 por institución)
 - Listados de usuarios
 - Listados de casos especiales de niños
 - Observación directa de las instalaciones y el entorno
- Percepción: Se le pregunta al entrevistado su concepto sobre algunas condiciones o situaciones. Por ejemplo, ¿Cuál fue la principal dificultad para solucionar los casos de niños sin registro civil?

En el anexo 1 se presenta el formulario del CDI y una guía de verificación.

Por su parte, para la caracterización de los servicios de salud, se aplicó el formulario general a un número de IPS y en una sub muestra se realizó la verificación de historias clínicas. El formulario general aborda la caracterización de la IPS y los procesos de formación y orientación; solicitud de la consulta y sugerencias y reclamos. El formulario de historia clínica incorpora la caracterización de la calidad de los procesos de consulta, órdenes y prescripciones y derivaciones para los programas de control prenatal, parto, postparto, recién nacido y crecimiento y desarrollo. La verificación de las historias clínicas las realizaron auditores médicos.

El **formulario general** para las IPS se construyó con preguntas de dos tipos:

- Autoevaluación: El entrevistado de acuerdo con su conocimiento y criterio establece la respuesta. Se pregunta, por ejemplo, *¿La IPS realiza actividades de educación sobre el cuidado, desarrollo y protección de los niños menores de 6 años?*
- Percepción: Se le pregunta al entrevistado su concepto sobre algunas condiciones o situaciones. Por ejemplo, *¿Qué acciones podrían mejorar la promoción de los servicios?*

El formulario general para la IPS tiene los siguientes módulos:

- I. Identificación
- II. Caracterización
- III. Preparación para el embarazo
- IV. Control prenatal
- V. Atención al parto
- VI. Controles recién nacido
- VII. Crecimiento y desarrollo
- VIII. Gestión y administración
 - Formulario de historia clínica

El **formulario de historia clínica** incorpora preguntas cerradas, todas se diligencian con base en lo registrado en la historia y en la mayoría de las preguntas se chequea si la información está o no está registrada y no los datos. El formulario de historia clínica lo constituyen 3 instrumentos de acuerdo con el tipo de servicio a evaluar. Los instrumentos están compuestos por:

- Instrumento para evaluar historia clínica de atención prenatal
- Instrumento para evaluar la atención al parto y la atención al recién nacido (postparto)
- Instrumento para evaluar los controles de Crecimiento y Desarrollo

En los anexos 2 y 3 se presentan el formulario general y los formularios para verificación de calidad de las historias clínicas.

2.1.3. Componente cualitativo

2.1.1.3. Tipo de análisis

Como parte del propósito de caracterizar los servicios de atención en salud y en los CDI, el complemento cualitativo a la línea de base se aborda desde la perspectiva de los usuarios sobre el desarrollo de la estrategia De Cero a Siempre. En vista que la estrategia entiende que la primera infancia es la etapa de la vida en la cual se establecen las bases para el desarrollo físico, cognoscitivo y socioemocional del ser humano y, a la vez, busca articular los planes, programas y acciones que se desarrollan en el país con perspectiva de derechos, la metodología cualitativa estudiará las experiencias de los usuarios de los servicios de salud y educación disponibles en los municipios donde residen, así como las expectativas y aspiraciones de servicio que tienen los cuidadores.

Esta indagación parte de identificar la ruta que han seguido algunos usuarios a lo largo de la vida de una niña o un niño acompañado de su cuidador, sea éste la madre, el padre u otra persona. Se entiende que para conocer esta experiencia y poderla comprender en la perspectiva de derechos así como para evaluar su integralidad, el punto de vista que debe prevalecer es el de los niños,

acompañados de sus cuidadores que son quienes concurren a los servicios y conocen las fortalezas y necesidades que interesan a la estrategia.

Esta estrategia metodológica se encamina a identificar cómo la atención, la infraestructura, la integración de los servicios, la dotación, la formación de los diferentes agentes y la disposición general hacia la primera infancia han sido percibidas y vividas por algunos usuarios. Así mismo se busca precisar mediante el análisis de estos casos los aspectos de los servicios que satisfacen la calidad, aquellos que muestran déficit y las necesidades particulares que tendrían que atenderse para garantizar los derechos de existencia, desarrollo, ciudadanía y protección, así como la calidad integral de la atención, la cual debe evidenciarse eventualmente en la condición del propio niño.

Se abordan tres grandes categorías de las realizaciones que sirven de referente para definir los estándares de calidad, esto es que:

- Las niñas y los niños nacen, crecen y se desarrollan dentro de una familia con las características y condiciones afectivas, de cuidado y protección que la hacen su ámbito primordial de socialización.
- Las niñas y los niños crecen y se desarrollan efectiva y progresivamente en su autonomía personal y social.
- Las niñas y los niños crecen en una sociedad que los reconoce y protege.

La aproximación al entorno familiar y barrial permite identificar aspectos que pueden incidir en la mayor o menor realización de los estándares de calidad y en la integralidad de la atención.

Esta propuesta metodológica para un acercamiento cualitativo a la prestación de servicios que garanticen la atención integral a la primera infancia y los derechos de los niños se formula con la intención de construir una perspectiva de la calidad de los servicios que se ofrecen a partir de la experiencia de los niños.

La conversación con el cuidador y la obtención de datos en el centro de salud y en el centro de desarrollo infantil proveerán los insumos para reconocer las ruta única de atención integral operativas para la atención integral que indican el mayor o menor logro de las realizaciones de los derechos en cada niño o niña y la medida en que han facilitado que cada niño alcance un desarrollo acorde a su edad, según lo reconocen diferentes escalas atentas a áreas que afectan la calidad de los servicios de educación en CDI (espacio y mobiliario; cuidados personales, lenguaje y razonamiento, actividades realizadas, interacción con los niños, estructura del programa de atención, preparación de los cuidadores, vínculos con los padres) y a el cumplimiento de protocolos y estándares en los servicios de salud a la primera infancia.

2.1.1.4. Instrumentos

En esta sección se presentan los instrumentos para la recolección de información del componente cualitativo. En primer lugar se presentan los instrumentos que soportan la observación etnográfica.

- *Entrevista en la vivienda del niño realizada al cuidador del niño.* Esta entrevista se realiza el día que se comparte con el niño y su cuidador en la vivienda. Este instrumento busca recoger la ruta de atención del niño en los servicios de atención en salud y CDI, la percepción de calidad del usuario (niño y cuidador), y a partir de la observación participante, las relaciones del niño con sus cuidadores y una caracterización de las condiciones del hogar que inciden en el cuidado y desarrollo del niño. Esta entrevista es grabada.
- *Entrevista semi-estructurada a los profesionales del CDI.* Esta entrevista tiene como propósito identificar el enfoque pedagógico del centro y la percepción de calidad de los profesionales. Mediante la observación se busca captar aspectos de la relación entre niños y docentes y entre éstos y los padres de familia. De la misma forma se harán observaciones sobre elementos que inciden en la calidad del servicio. Estas entrevistas se realizarán al coordinador del CDI y a personal médico y/o administrativo.
- *Entrevista semi-estructurada a los profesionales.* Esta entrevista tiene como propósito identificar el enfoque de calidad de los profesionales que prestan los servicios médicos, así como la forma en que perciben el enfoque de derechos y la atención integral. Mediante observación, se busca captar aspectos de la relación entre los niños y los profesionales de la IPS, así como entre éstos y los padres de familia. Estas entrevistas se realizarán al coordinador, al personal médico y/o administrativo disponible.
- *Grupos focales con madres gestantes y lactantes con hijos de hasta dos años y con madres y o cuidadores de niños y niñas de 2 a 6 años.* En estas sesiones se explorará sobre temas como la percepción de los servicios de salud y educación, comprensión de la perspectiva de derechos, expectativas y aspiraciones frente a los servicios, experiencias, rezagos entre las expectativas y las experiencias, caracterización de la atención en salud.

Las guías preparadas para la toma de información se presentan en el anexo 4 de este documento.

2.2. Capacidad Institucional en torno a la Primera Infancia

El objetivo del componente es caracterizar la capacidad institucional con que cuentan los territorios para el desarrollo de la estrategia *De Cero a Siempre*.

2.2.1. Tipo de análisis

La estrategia *De Cero a Siempre* plantea, en el marco de la normatividad vigente y en particular de las funciones de los diferentes niveles territoriales en cuanto a la política de infancia, un arreglo institucional para la promoción del desarrollo infantil temprano. Este arreglo define al nivel nacional como responsable de fortalecer y divulgar la política de primera infancia, generar acuerdos frente a su significado y, finalmente acompañar técnicamente a los entes territoriales en la inclusión de sus respectivas políticas. El nivel territorial por su parte cuenta con una serie de funciones que aplica a través de los procesos de planeación, implementación, seguimiento y evaluación de la política de Primera Infancia.

Se busca con este componente establecer cómo se llevan a cabo esos procesos en los territorios. Se desarrolló una metodología cualitativa a través de la cual se aborde el análisis de esos procesos, garantizando el alcance que permita caracterizarlos con el suficiente nivel de profundidad e indagar sobre cuatro aspectos estructurales como son: i) los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de los que dispone el territorio, ii) las funciones que desarrollan las diferentes instituciones; iii) los aspectos que tienen que ver con los procesos de planeación que se desarrollan en el marco de la política de infancia y; iv) la identificación y análisis de las instancias de coordinación institucional y la manera como operan, se articulan y abordan la política de infancia. Con base en esa información se da respuesta a las preguntas orientadoras de la línea de base.

2.2.2. Instrumentos

El instrumento aplicado fue una entrevista semi-estructurada dado que la dinámica conversacional que se produce en este tipo de entrevistas permite alcanzar una complejidad en el análisis que resulta imposible de lograr con otras técnicas como las encuestas o las entrevistas cerradas, por lo cual se considera un instrumento potente para el análisis de la institucionalidad. Se aplicó a profesionales de las entidades territoriales de las instituciones más relevantes para la política de infancia. En el capítulo de capacidad institucional se presenta el instrumento aplicado.

2.3. Recomendaciones

Las recomendaciones se identifican a partir de dos fuentes.

La primera proviene del análisis y conclusiones que se derivan de los componentes de calidad de la prestación de los servicios de los CDI y las IPS y de capacidad institucional. Estos resultados consideran la valoración de los estándares y los rezagos para alcanzar su cumplimiento, el avance en el arreglo institucional para la implementación de la estrategia como las principales deficiencias encontradas.

Estas recomendaciones se formulan teniendo en cuenta las diferentes categorías que conforman los estándares de calidad y consideraciones de flexibilidad de acuerdo con el contexto. De la misma forma, se establecen mecanismos de asistencia técnica y fortalecimiento institucional para la planeación, implementación y seguimiento de la política de primera infancia en los territorios.

La segunda fuente de identificación de recomendaciones es la aplicación de un Café Conversación. Está es una técnica participativa creada por Juanita Brown, que recrea un escenario en el cual un grupo de personas se reúne alrededor de un tema en común con el fin de: crear y reforzar compromisos, construir confianza, identificar oportunidades y socializar resultados. En este escenario se busca que los participantes escuchen con mente abierta todas las ideas y posibilidades que surgen de una conversación, dejando de lado el ego y las ideas centradas en uno mismo¹⁸.

Se realiza un Café Conversación con la Comisión Interinstitucional para la Primera Infancia, de tal forma que participen todas las entidades que interactúan en este espacio de coordinación. En el desarrollo del trabajo se valora la viabilidad logística para contar además con la participación de algunos entes territoriales. En total se tendrá capacidad para convocar alrededor de cincuenta personas. El Café Conversación gira alrededor de dos temas: acciones para superar los rezagos de calidad en la prestación de servicios de atención a la primera infancia y acciones para fortalecer la capacidad institucional de los territorios.

¹⁸ Centro Nacional de Consultoría. Empleo e Ingresos para la Soledad y Barranquilla que Queremos. Presentación de PowerPoint. 2011.

3. ASPECTOS CUALITATIVOS PARA LA LÍNEA DE BASE EN ATENCIÓN EN SALUD Y DESARROLLO INFANTIL

3.1. Los niños y la primera infancia

La estrategia *De Cero a Siempre* expone la intención estatal de lograr una intervención significativa entre la población infantil (0-5 años) de los grupos sociales de menores recursos en Colombia. Esta estrategia –orientada a convertirse en el fundamento para una política pública nacional de atención a la primera infancia– tiene como fin último lograr el desarrollo integral en la Primera infancia, suministrando, entre otros, servicios de salud, educación y acceso a bienes culturales considerados determinantes para su desarrollo, bajo la consideración de que los aspectos de salud (vacunación, crecimiento, etc.) y educación (vida social, motricidad, lenguaje) ofrecidos y controlados mediante tales servicios, mejoran la condición física de los niños en factores como la nutrición, la talla, el peso y la evitación de enfermedades controladas por vacunación o por controles médicos regulares, y fortalecen su desarrollo cognoscitivo y socioemocional, de manera que los dispone mejor para el aprendizaje escolar, la salud mental y el desenvolvimiento sociocultural.

Como es característico de los esfuerzos encaminados mediante acciones de gobierno a afectar la vida de los niños, las tareas concomitantes se orientan en primer lugar a las familias, y, en particular a quienes están directamente a cargo de su cuidado. Este sencillo aspecto significa en la investigación, tanto más si se trata de niños menores de siete años, que su cuidador –generalmente la madre– sea a la vez la receptora de directrices, la principal interlocutora para los agentes encargados de difundir, llevar a la práctica y evaluar los programas, la intermediaria de los programas y también el principal canal de vinculación y evaluación de los mismos. Esta posición de la madre pone en evidencia la dificultad metodológica de conocer la experiencia del niño mismo y presupone una empatía tal de la madre con el niño, que ella pueda dar efectivamente razón del valor, la calidad y el sentido de los servicios de educación y salud que recibe el hijo.

Con esta precaución en mente, el propósito de caracterizar los servicios de atención en salud y en centros de desarrollo infantil, siguió el principio metodológico de construir una perspectiva de los usuarios sobre los aspectos concernientes y que están previstos para la estrategia *De cero a siempre*. Se ha entendido como principal usuario la diada niño-madre (o tercer cuidador cuando ha sido pertinente). Este criterio fue fundamental para la selección de los casos estudiados, pero en cuanto a la evaluación misma de los servicios ha predominado la percepción de la madre, toda vez que esta investigación no ha tenido en cuenta las posibilidades de recoger la voz de los niños y sus valoraciones.

En vista de que en la formulación del programa de “Cero a siempre” se entiende que la primera infancia es un proceso biológico, psicológico, social, histórico y

cultural a lo largo del cual el ser humano se estructura, madura y consigue progresiva autonomía y es la etapa de la vida en la cual se sientan las bases para el desarrollo físico, cognoscitivo y socioemocional del ser humano y, a la vez, busca articular los planes, programas y acciones que se desarrollan en el país en obediencia a la perspectiva de derechos, la metodología cualitativa estudiará las experiencias de los usuarios de los servicios de salud y educación disponibles en los municipios donde residen, así como las expectativas y aspiraciones de servicio que tienen los cuidadores. Esta indagación partirá de identificar la ruta que han seguido algunos usuarios de estos servicios en la medida en que han acompañado, en calidad de cuidadores, a una niña o un niño que han sido atendidos a lo largo de su vida en centros de salud y de educación. El cuidador puede ser la madre, el padre u otra persona que haya acompañado al niño a estos centros y haya tenido la responsabilidad de que reciba los servicios.

Se entiende que para conocer esta experiencia y poderla comprender en la perspectiva de derechos así como para evaluar la integralidad del desarrollo infantil, el punto de vista que debe prevalecer es el de los niños y las niñas, acompañados por sus cuidadores que son quienes recurren a los servicios y conocen las fortalezas y necesidades que interesan a la estrategia.

El acercamiento se hará a seis niños y sus respectivos cuidadores en seis municipios del país. En cada municipio se ha seleccionado a un niño, para un total de seis visitas. La información obtenida mediante observación, conversación, entrevistas individuales y entrevistas grupales sirvió para construir, mediante las técnicas del estudio de caso y la perspectiva biográfica, la situación del desarrollo infantil en relación con la vida familiar del niño o la niña, los cuidados que recibe en salud y su asistencia al hogar infantil. Se propone una perspectiva del niño a partir de los testimonios y opiniones de sus más cercanos cuidadores. También se han tenido en cuenta algunos aspectos sobre la experiencia de la madre durante el embarazo y el parto y sobre las condiciones de su vida hasta el momento de la visita.

Esta estrategia metodológica se encamina a identificar cómo la atención, la infraestructura, la integración de los servicios, la dotación, la formación de los diferentes agentes y la disposición general hacia la primera infancia han sido percibidas y vividas por algunos niños y niñas a precisar mediante el análisis de estos casos los aspectos que han resultado satisfactorios, aquellos que se percibieron en déficit y las necesidades particulares que en la perspectiva de los cuidadores y de los niños, tendrían que atenderse para garantizar los derechos de existencia, ciudadanía y protección, tanto como la cualidad integral de su desarrollo.

En la recolección de información se apunta a identificar los componentes de las tres grandes categorías de las realizaciones que sirven de referente para definir los estándares de calidad, esto es, que:

- Las niñas y los niños nacen, crecen y se desarrollan dentro de una familia con las características y condiciones afectivas, de cuidado y protección que la hacen su entorno primordial de socialización.

- Las niñas y los niños crecen y se desarrollan efectiva y progresivamente en su autonomía personal y social.
- Las niñas y los niños crecen en una sociedad que los reconoce y protege.

Aunque el objeto de este estudio no incluye conocer, describir ni comprender la participación de la familia y de la comunidad en la garantía del desarrollo infantil (pues el objeto es el análisis de la oferta institucional), la decisión de acompañar al niño y a su cuidador facilita, pese a tal limitación, tener una aproximación al entorno familiar y barrial e identificar aspectos involucrados en la mayor o menor realización de los estándares de calidad y en la integralidad de la atención.

Esta propuesta metodológica para un acercamiento cualitativo a la prestación de servicios que garanticen la atención integral a la primera infancia y los derechos de los niños se formula con la intención de construir una perspectiva de la calidad de los servicios que se ofrecen a partir de la experiencia de los niños. Por cuanto en el caso de la estrategia *De Cero a Siempre* la población es la de los niños menores de seis años, se plantea la dificultad de conocer de primera mano la experiencia y la opinión de los niños. Aunque algunos autores han sugerido posibilidades para conseguir un acercamiento etnográfico a la experiencia de la temprana infancia, tales enfoques requieren formas de participación prolongadas y un entrenamiento particularmente especializado y sensible de los investigadores. Con todo, es fundamental acercarse a la experiencia de los niños que son los destinatarios de los programas y servicios de atención y quienes, en última instancia, expondrán con su propio desarrollo, el éxito y los alcances de los diversos programas que conforman la estrategia. Esta es una tarea que debe acometer una política pública genuinamente interesada en conocer y comprender la situación y las experiencias de los niños en edades de 0 a cinco años.

Tras reconocer esta limitación en el campo de la investigación y con la meta de ofrecer, pese a todo, un acercamiento indirecto a su experiencia, se consideró que la principal unidad de observación a la que debía orientarse el trabajo, la forman una niña o niño y su cuidador, sea este la madre, el padre u otro. Se entiende que el cuidador es la persona que además de acompañar al niño en sus primeros años de vida y ser testigo de su desarrollo, tiene una particular empatía con él que se convierte en el sentimiento a partir del cual puede reconocer las necesidades y satisfacciones del infante, "hablar por él" y exponer determinadas facetas de lo que ambos han vivido en relación con los programas de salud y en los centros de desarrollo infantil y, en general, durante los primeros años de vida.

Por esta vía se espera ofrecer información complementaria para la línea de base que ilustre y amplíe los factores relevantes que se determinen mediante la metodología cuantitativa. La observación, el acompañamiento, la conversación (mediante grupos focales) y la entrevista a los cuidadores de algunos niños, a quienes les prestan los servicios de salud y educación y a los funcionarios a cargo de la difusión, coordinación e implementación de los programas y servicios, fue la estrategia para reconstruir la experiencia del niño, identificar la satisfacción en

relación con la garantía de los derechos de existencia, desarrollo, ciudadanía y protección.

La investigación cualitativa busca identificar un amplio rango de factores que inciden en los procesos que se auscultan y de caracterizarlos desde el punto de vista del sujeto que se identifica como eje de la investigación. Aquí se trata de la experiencia del niño menor de cinco años como receptor y usuario de servicios de salud y educación que garantizan sus derechos y su desarrollo integral. En este caso, el componente cualitativo de la investigación reconocerá dimensiones previstas e imprevistas de la calidad de la prestación de los servicios de salud y educación considerados en la estrategia "De cero a siempre". Para reconocer y caracterizar estas condiciones interesará identificar circunstancias individuales y rasgos socioculturales o ambientales que incidan en la garantía de los derechos de los niños y en su desarrollo integral.

3.2. Reporte de la investigación de campo

Lugares de observación y definición de la muestra cualitativa

El trabajo de campo partió de seleccionar tres departamentos del país en los cuales se quiso contrastar la situación de las condiciones urbanas y rurales de los servicios de salud y educación inicial. Se determinó entonces que las visitas, los grupos focales y las entrevistas se harían en los departamentos de Putumayo, Valle del Cauca y César. Los seis municipios seleccionados (Putumayo y Valle del Sibundoy, Aguazul; Cali y Pradera; Valledupar y Aguachica) incluyen poblaciones de distintos tamaños en diferentes regiones del país, donde se encuentra en proporciones significativas población afro, indígena y mestiza. Con esta escogencia se buscó identificar eventuales diferencias que puedan atribuirse a aspectos regionales o étnicos, a los servicios disponibles en ciudades y municipios de diferente tamaño y condición socio-demográfica, así como a condiciones geográficas variables. Se quisieron encontrar diferencias relevantes que puedan reconocerse al comparar las condiciones rurales y urbanas, las de la costa y del interior, las diferencias étnicas y raciales, y eventuales discrepancias en las competencias profesionales de los servidores originadas en educación formal desigual y en las variaciones de la infraestructura disponible en los diferentes municipios, así como en la capacidad institucional local y la dotación de los servicios de salud y de los centros de desarrollo infantil.

En cada uno de estos municipios se propuso identificar a un niño que recibiera los servicios de salud y de educación que interesan a este estudio para establecer contacto con su principal cuidador y acordar el acompañamiento al niño durante los días de la observación. En cuanto fue posible, se seleccionaron niños que ilustraran con su experiencia, situaciones y problemas vinculados a su origen social, de género, étnico o racial, así como a la composición familiar y a las condiciones económicas en que vive. La investigadora de campo visitó al niño y a su cuidador

en su hogar para hacer la primera observación del niño, conocer a otros miembros del hogar y entrevistar al cuidador en su entorno. Esta visita también sirvió para conocer la comunidad o barrio y el entorno en el que el niño o la niña se desarrolla. La visita se hizo durante días hábiles, de forma que se pudiera acordar acompañar al niño al centro de desarrollo infantil al que asiste regularmente. Esta segunda visita se propuso para el segundo día. El tercer día, el investigador visitaría el centro de salud que ha atendido al niño y recopilaría allí información relacionada con los servicios que le han prestado al niño desde su gestación. Aunque no en todos los municipios fue posible seguir el mismo orden de las actividades, sí se cumplieron en todos los casos, las tres visitas propuestas. A fin de conseguir un primer acercamiento con la población del lugar se identificó, a través del CNC, un grupo de niños que cumplían los requisitos establecidos y cuyas madres se reunieron en cada lugar para realizar dos grupos focales. Estos grupos se realizaron con dos segmentos de población en cada municipio: madres gestantes y lactantes con hijos de hasta dos años y madres o cuidadores de niños y niñas de 2 a 6 años.

Todos los centros visitados fueron públicos y siguen los lineamientos del ICBF. Los niños seleccionados fueron tres niñas y tres niños. La menor tenía un año y medio en el momento de la visita. Dos de los niños tenían dos años y tres entre cuatro y cinco años de edad. Con esta diferenciación se esperaba conocer características particulares de los servicios en relación con las necesidades de diferentes edades.

Grupos focales

A través de los servicios de educación y salud se identificaron madres y cuidadores de los dos segmentos para hacerles una invitación telefónica a participar en las reuniones de grupo. Las sesiones fueron grabadas y transcritas y se dio a los asistentes un reconocimiento económico por su participación en el estudio, garantizándose la reserva de la identidad de las participantes.

Las personas convocadas a los grupos focales en los seis municipios son usuarias de los CDI y las IPS. Según la edad de los hijos, las mujeres asistieron al grupo de madres gestantes y lactantes con hijos de hasta dos años o al de madres y o cuidadores de niños y niñas de 2 a 6 años. En estas sesiones se propusieron preguntas sobre los cambios físicos y psicológicos que trae consigo la experiencia de la maternidad, así como en el apoyo y cuidados que las mujeres participantes recibieron durante y después del parto. Se dio cuenta de cómo deberían ser los centros prestadores de servicios de salud y educación en términos de infraestructura, así como en términos morales las cualidades que las madres esperaban encontrar en los médicos y maestras jardineras sobre quienes recae buena parte del cuidado de sus hijos. También se procuró establecer los puntos de conexión entre los servicios y el seguimiento en materia de salud que reciben los niños en las IPS, y las acciones orientadas en los CDI a velar por el bienestar físico de los niños y niñas.

Con el objeto de caracterizar las rutas de atención, dependiendo del grupo de las personas convocadas, se hizo más énfasis en caracterizar el ámbito de la salud que el de la educación o viceversa. Con madres gestantes y lactantes con hijos hasta de dos años, se hizo mayor énfasis en los comentarios y la información sobre los servicios y experiencias de atención prestadas en materia de salud. Con las madres de niños y niñas de 2 a 6 años, sin dejar de lado el ámbito de la salud, el acento recayó en los servicios de educación.

A los grupos focales asistieron entre 8 y 10 participantes y éstos se llevaron a cabo entre el 25 de junio y el 25 de julio de 2012. En un caso (Sibundoy, grupo de gestantes y lactantes) asistieron 18 personas, entre ellas el único hombre de las 134 participantes. De las 133 mujeres que participaron, la mayoría eran las madres de los niños. La duración de cada grupo varió entre una hora y treinta minutos y dos horas. En total, se hicieron 14 grupos focales incluidos dos que se llevaron a cabo en Bogotá¹⁹.

Al finalizar los grupos focales, se procedió a identificar a las madres dispuestas a participar en la investigación. Esta participación consistió en aceptar la visita de la investigadora en su vivienda, estar dispuesta a conceder una entrevista, permitir el acompañamiento con su hijo al centro infantil y, eventualmente, al centro médico. En todos los casos se pudieron completar estas actividades, aunque también fue necesario hacer ajustes por circunstancias diversas.

Visita a la vivienda

La principal motivación para visitar la vivienda del niño participante en el estudio es conocer su entorno familiar y las características de los elementos vinculados con la salud y la educación del niño: condiciones higiénicas, espacio, número de personas que residen en la casa, mobiliario, juguetes, parques o lugares de recreación en el barrio, contaminación, entre otros. En principio, se tuvieron en mente los aspectos incluidos en escalas que evalúan contextos educativos infantiles como la ECERS-R que sirvieran para orientar la observación del lugar. Durante la visita también se quiso conocer algunos componentes de la interacción de los miembros del hogar con la niña o el niño y, eventualmente, podría haber ocasión de conversar con otros miembros de la familia y vecinos para conocer su perspectiva y experiencia sobre la atención en salud y educación que el municipio ofrece a los niños y niñas menores de seis años. Durante la visita se hizo una entrevista grabada con el cuidador que en cinco casos era la madre y en el sexto, la abuela de la niña visitada. La entrevista facilitó reconstruir la ruta de los servicios recibidos por la madre durante el embarazo y el parto, las entidades que los han prestado e identificar la medida en que ella está satisfecha con la calidad de los servicios que el niño ha recibido y con su desarrollo en los términos pertinentes

¹⁹ En Bogotá no se hicieron visitas a niños, a hogares infantiles ni a centros de salud. Los grupos focales tuvieron la sola intención de tener un punto de contraste. Por este motivo, no se hará ninguna referencia a las circunstancias de los niños en la ciudad.

para los servicios de salud y educación a los que se refiere esta consultoría. Asimismo, la madre entrevistada tuvo ocasión de expresar críticas, sugerencias y necesidades insatisfechas en relación con tales servicios.

La entrevista también tuvo como propósito saber de la calidad de la atención que ha recibido el niño desde su nacimiento, qué necesidades han sido cubiertas, cuáles han quedado desatendidas y en qué medida se han garantizado sus derechos.

Visita al centro de desarrollo infantil

Como parte del acompañamiento se visitó el centro de desarrollo infantil al que asisten los niños. Allí se observaron durante una jornada las actividades infantiles, desde la llegada de los niños al lugar, la interacción con padres y cuidadores, la infraestructura del centro, su dotación y el personal que atiende a los menores. En este último punto se conoció la formación del personal, su perspectiva sobre el proyecto pedagógico del centro y se hicieron anotaciones sobre la atención que reciben las niñas y niños. En esta visita se obtuvo información que permitiera reconocer los aspectos que caracterizan y afectan la calidad del servicio que se presta en el centro de desarrollo infantil, teniendo en cuenta las áreas de las escalas ECERS-R (1998) e ITERS (2000), sin llegar a hacer un inventario del cumplimiento los estándares allí propuestos. Con estas visitas se obtuvo información pertinente para describir los elementos relacionados con los servicios sensibles a la edad de los niños atendidos, las características profesionales y personales de los cuidadores, el mobiliario, las rutinas de cuidado, la interacción entre los niños, las actividades de aprendizaje, la relación del centro con los padres, la estructura del programa que ofrecen, su orientación pedagógica y las posibilidades de formación de los adultos, con los cuales cuenta la institución para prestar el servicio. Allí también se entrevistaron madres jardineras y directoras de los jardines, a fin de complementar los datos obtenidos mediante la observación.

Visita al centro de salud

En los seis municipios se visitó el centro de salud en el que se prestan los servicios de control de desarrollo y crecimiento a la niña o niño acompañado. Como se había previsto, no fue posible sino en una ocasión entrevistar al médico encargado. Las conversaciones y entrevistas se sostuvieron con enfermeras jefe y enfermeras, principalmente. También hubo oportunidad de entrevistar a un odontólogo. Puesto que el estudio de las historias clínicas estuvo a cargo de otro grupo de investigadores, las tareas inicialmente previstas en torno de las entrevistas con los médicos que atienden a los niños participantes, quedaron excluidas de la investigación cualitativa.

La visita a los centros de salud fue una buena ocasión para observar los lugares de espera, la infraestructura, la atención que reciben los usuarios, la dotación y la

mayor o menor especialización que hay en los servicios a los niños menores de seis años y a las mujeres embarazadas.

Las conversaciones y entrevistas con el personal de salud permitieron conocer diversos aspectos sobre las principales actividades y servicios que se prestan en la entidad y conciernen a la atención de la salud del niño y al cumplimiento de los estándares de calidad relacionados con los derechos de existencia, de desarrollo, de ciudadanía y de protección, así como con la gestión y administración según los parámetros de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia (2012).

El análisis cualitativo, más que verificar el cumplimiento de los estándares fijados por diferentes organismos para la auditoría de servicios de salud y educación, espera identificar el efecto de las realizaciones en el desarrollo de los niños y las consecuencias del incumplimiento de otras.

El trabajo de campo se realizó en 22 días de visitas a seis municipios. A continuación se presenta la secuencia de actividades desarrolladas en cada uno de los municipios visitados. Se incluyen algunas notas sobre hechos que modificaron el cronograma y las labores previstas.

Putumayo - Valle del Sibundoy (Putumayo), junio 25 a junio 29 de 2012

Se convinieron con anticipación dos visitas a hogares infantiles y como resultado de esto se hicieron dos entrevistas con funcionarios de hogares infantiles administrados por el ICBF: el hogar múltiple *Huellas de Amor* (vereda Villa Nueva) y el hogar infantil *Mi Mundo Feliz*. Sin embargo, tras asistir el primer grupo focal, se seleccionó a una niña que asistía a un tercer jardín. Aquí se hicieron una serie de visitas entre el casco urbano y las veredas donde están ubicados los tres hogares infantiles visitados, en lugar de hacer el trabajo etnográfico continuo previsto para observar el entorno familiar, el jardín infantil *Bacetemengbe Yebuna* y los servicios médicos que atienden a Nathaly, la niña participante en la investigación. Las visitas a los dos hogares infantiles que no corresponden al caso de Nathaly se hicieron en el tiempo que no se ocupó en las entrevistas programadas. Dada la facilidad para desplazarse de un lugar a otro fue posible, ubicar y entrevistar a la coordinadora del centro zonal de Sibundoy, mencionada durante la entrevista con una maestra como una persona clave para entender la operación del el ICBF en esta zona. También se entrevistó, un día después de lo previsto, al secretario de planeación de la alcaldía local, quien no había podido cumplir la cita el día anterior.

Luego de un tiempo de espera en el centro de salud UNIMAP al que acude Nathaly, fue posible entrevistar a un médico. Este centro presta servicio exclusivamente a los maestros y a sus beneficiarios. También hubo oportunidad de visitar el centro de salud Santiago Rengifo que atiende principalmente a los beneficiarios del Sisben y allí otro médico accedió a conceder una entrevista. Finalmente, se hizo una entrevista adicional a una segunda madre a quien fue posible acompañar a recoger a sus niños a uno de los hogares infantiles en donde

se habían entrevistado algunos funcionarios (*Mi Mundo Feliz*). En este caso, la investigadora de campo visitó su casa y el centro de salud al que lleva a sus hijos.

Junio 25

4:00 p.m.- 6:00 p.m. Primer grupo focal, hogar infantil *Bacetemengbe Yebuna*, vereda las Cochas.

Junio 26

9 a.m. - 1:00 p.m. Etnografía hogar. Entrevista con la mamá y el abuelo de Nathaly

4:00 p.m.-5:30 p.m. Segundo grupo focal, hogar infantil *Mi Mundo Feliz*

Junio 27

9:00am – 11:45am Visita al hogar múltiple *Huellas de amor*, vereda Villa Nueva
Entrevista con la directora.

12:00 m. - 12:40 p.m. Entrevista con la coordinadora del Centro Zonal de Sibundoy

12:45 a.m. - 1:30 p.m. Visita hogar infantil *Mi Mundo Feliz*, Sibundoy. Entrevista con tres maestras jardineras.

2:00 p.m.- 2:30 p.m. Entrevista con el secretario de planeación

3:30 p.m. -7:00 p.m. Entrevista adicional a mamá y visita a su casa en Sibundoy.

Junio 28

8:00 a.m. – 2:30 p.m. Visita hogar infantil *Bacetemengbe Yebuna*, vereda las Cochas. Entrevista a la maestra jardinera.

3:00 p.m. - 5:00 p.m. Visita al centro de salud *UNIMAP* (Sibundoy). Entrevista a médico

Junio 29

9:00am- 11am Visita al centro de salud *Santiago Rengifo*. Entrevista a médico

Cali y Pradera (Valle del Cauca), julio 3 a julio 12

Julio 4

2:00pm- 3:30pm Primer grupo focal (Cali)

3:30pm- 5:00pm Segundo grupo focal (Cali)

Julio 5

9:00am- 11:00am Primer grupo focal (Pradera)

11:30am- 1:00pm Segundo grupo focal (Pradera)

Julio 6

10:00am- 1:00pm Cali. Etnografía en la casa de Felipe y entrevista a su mamá

2:30pm- 4:00pm Recorrido por el barrio, el Hogar Infantil *Renacer* y el centro de salud *San Pascual*. Entrevista a la cajera

Julio 9

10:00am- 3:00pm Pradera. Etnografía hogar de John y entrevista con su mamá

Julio 10

8:00am- 4:00pm Cali. Etnografía en el Hogar Infantil *Renacer*. Entrevista a la maestra
jardinera

Julio 11

8:30am – 3:00pm Pradera. Etnografía en el Hogar Infantil *Alfredo Posada Correa*
Entrevista a la maestra jardinera

3:30pm- 6:00pm Etnografía en el Hospital *San Roque*. Entrevista al odontólogo
y a la enfermera jefe

6:30pm- 8:00pm Pradera. Visita adicional a la casa de una mamá y entrevista

Julio 12

9:30am- 2:00pm Cali. Etnografía en el Centro de Salud *San Pascual*. Entrevista a la enfermera jefe.

2:00pm- 3:30pm Visita al hospital *Cañaveralejo* en compañía de la mamá de Felipe

Valledupar, julio 17 a julio 22

Julio 18

8:00am- 9:30am Primer grupo focal

10:00am – 11:30am Segundo grupo focal

2:30pm-7:00pm Etnografía en el hogar de Juliana

Julio 19

8:00 a.m. – 12:00 m. Etnografía en el hogar infantil *Las Dalias* y entrevista con la maestra.

En el hogar infantil tuvieron una jornada más corta (8:00 a.m. – 12m) con motivo de la celebración del veinte de julio. Se hizo una caminata con la mamá de Juliana por el barrio repartiendo banderas de Colombia hechas en papel. Después de la caminata se inició la etnografía en la casa de Juliana.

12:00- 4:30pm Etnografía en la casa de Juliana y entrevista con su mamá

5:00pm- 6:30pm Visita a un hogar adicional y entrevista a la mamá

Julio 21

9:00am- 12:00m Etnografía en el hospital del Centro de Desarrollo Vecinal. Entrevista a enfermera encargada de los controles de crecimiento y desarrollo

Aguachica (Cesar), julio 23 a julio 26

Julio 23

12:00m- 1:30 pm Grupo focal

3:30pm-7:00 pm Etnografía en la casa de Cristian y entrevista a la mamá

Julio 24

8:30am-4:00pm Etnografía en el Hogar Múltiple *Mundo Infantil* y entrevista a la mamá jardinera y a la coordinadora del hogar

Julio 25

9:00am-6:30pm. Centro de Salud *San Eduardo*. Entrevista a la enfermera jefe. Etnografía en el *Hospital Infantil Barahoja*. Entrevista a la enfermera encargada de los controles de crecimiento y desarrollo. Visita a la farmacia del barrio con la mamá de Christian

Aguazul (Casanare), agosto 12 a agosto 15

Agosto 13

8:00am – 10:00am. Primer grupo focal

10:00am- 12:00am Segundo grupo focal

2:00pm- 3:00pm Visita a la casa de Lorely

En Aguazul se visitó un colegio de primaria porque en la sala-cuna *Gotitas de amor* a la que asistía Lorely se había suspendido el servicio "hasta nuevo aviso". Por lo tanto, se visitó el colegio de su hermana. El día de la observación etnográfica en el hospital Juan Hernando Urrego E.S.E. coincidió con la cita de Lorely al control de crecimiento y desarrollo. En este caso, la información corresponde al colegio de la hija mayor y al servicio médico de la menor.

Agosto 14

7:30am-12:30m Etnografía en el curso tercero de primaria. Colegio *Jorge Eliécer Gaitán*

2:00pm- 3:00pm Entrevista a la profesora

3:30-7:00pm Etnografía en la casa de Lorely y entrevista a su mamá

Agosto 15

7:30am- 12:00m Etnografía en el Hospital de Aguazul *Juan Hernando Urrego E.S.E.*
Entrevistas a una enfermera y a una médica

2:00pm-3:00pm Entrevista adicional a una mamá



Esquina de juegos para las niñas. Sibundoy – Hogar Infantil *Bacetemengbe Yebuna*, vereda las Cochás

3.3. Los niños de 0 a 6 años

Los once componentes nucleares de la estrategia *De Cero a Siempre* se agrupan en tres condiciones que expresan los elementos básicos para que el desarrollo de los niños sea integral y satisfactorio. En principio puede responderse de manera afirmativa o negativa a estos componentes. Veremos que en la experiencia de las madres, los cuidadores, el personal de salud y de los centros de desarrollo infantil, casi todos los aspectos presentan matices cuya valoración dificulta una respuesta discreta. La manera como se realizan en las condiciones propias de la vida de cada niño, permite comprender su desarrollo y las perspectivas de evolución.

Primera condición

1. Las niñas y los niños nacen, crecen y se desarrollan dentro de una familia que cuenta con las características y condiciones afectivas, de cuidado y protección que la configuran como su ámbito primordial de socialización.

- La niña o niño nace en familia que lo desea, lo planea y se prepara para su crianza.

- La niña o niño cuenta con padres, madre o cuidadores principales que siguen prácticas de crianza favorables a su desarrollo temprano.

Segunda condición

Las niñas y los niños crecen y se desarrollan efectiva y progresivamente en su autonomía personal y social.

- La niña o niño nace con vida
- La niña o niño es valorado y monitoreado en su crecimiento y desarrollo
- La niña o niño disfruta del nivel más alto posible de salud
- La niña o niño en estado nutricional adecuado.
- La niña o niño tiene la posibilidad de crecer en ambientes que favorecen y potencian su desarrollo
- El niño o niña expresa sus sentimientos, ideas y opiniones en sus escenarios cotidianos y éstas son tenidas en cuenta

Tercera condición

Las niñas y los niños crecen en una sociedad que les reconoce y protege.

- La niña o niño tiene identidad jurídica
- La niña o niño permanece en ambientes seguros y protegidos
- La niña o niño goza de medida de restablecimiento ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos

Con el ánimo de conocer lo más cercanamente posible la forma como estas condiciones se presentan en diferentes lugares del país, se planearon las actividades ya pormenorizadas. La conversación con el cuidador y la obtención de datos en el centro de salud y en el centro de desarrollo infantil suministraron información para reconocer las rutas operativas para la atención integral que indican el mayor o menor logro de las realizaciones de los derechos en cada niño o niña y la medida en que han facilitado que cada niño alcance un desarrollo acorde a su edad, según lo reconocen diferentes escalas atentas a áreas que afectan la calidad de los servicios de educación en centros de desarrollo infantil (espacio y mobiliario; cuidados personales, lenguaje y razonamiento, actividades realizadas, interacción con los niños, estructura del programa de atención, preparación de los cuidadores, vínculos con los padres) y al cumplimiento de protocolos y estándares en los servicios de salud a la primera infancia.

Se analizan principalmente dos aspectos: bajo la noción de salud se consideran los servicios, prácticas, ideas y experiencias directamente concernientes al estado de salud de los niños, incluidos allí los elementos relativos al cuidado durante el embarazo y el parto. Aunque se trata de una diferencia más bien analítica que real, esto componentes atañen directamente a los asuntos que pueden atender los servicios de salud (vacunación, crecimiento, nutrición, atención a enfermedades). Posteriormente, se considerará el aspecto del desarrollo de los niños en sus

aspectos cognitivos, afectivos y sociales, en especial, en cuanto éstos se atienden bien en la casa, bien en el hogar infantil. Se trata de un conjunto de cuidados del orden pedagógico, emocional y los que son propios de la vida en la familia y en la comunidad.

La atención en salud

El personal de salud y las madres entrevistadas consideran que los controles de crecimiento y desarrollo para los niños entre cero y diez años de edad en centros de salud y hospitales de primer nivel cumplen su principal propósito que es, para las mamás, supervisar que los niños estén creciendo de acuerdo a los estándares de peso y talla por los que se rigen las auxiliares de enfermería que suelen atender a sus hijos. Esta atención que reciben los niños, la presta el personal médico en consultas de veinte minutos de duración, aproximadamente. En este tiempo deben realizarse las acciones de control de crecimiento y desarrollo óptimo. Desde la perspectiva médica, hay un ideal sobre cómo debe transcurrir este control de crecimiento y desarrollo, a la vez que se reconocen las limitantes que operan en su práctica diaria.

El odontólogo y la enfermera jefe del Hospital San Roque (Pradera), la enfermera auxiliar del Hospital Eduardo Arredondo Daza (Valledupar) y una médica del Hospital Juan Fernando Urrego (Aguazul), coinciden en que los controles de crecimiento y desarrollo que se practican en sus lugares de trabajo siguen los lineamientos técnicos trazados por la norma 0412 y fueron implementados desde su emisión. Esta norma, dispuesta desde el año 2000 por el entonces Ministerio de Salud, establece “las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”²⁰.

Los lineamientos técnicos para detectar oportunamente las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, fijan, entre otros aspectos, las condiciones de las instalaciones en las que se hace el seguimiento, los materiales necesarios para la evaluación médica, antropométrica y de desarrollo²¹, su

²⁰ Ver: www.pos.gov.co/.../resolucion_412_2000.pdf. El artículo 9, capítulo 2 de esta norma, “Detección temprana”, reglamenta la adopción de las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años), entre otros.

²¹ Los materiales para el examen físico, para antropometría y para la evaluación de desarrollo se encuentran desagregados así: “estetoscopio, equipo de órganos, linterna y tensiómetro pediátrico” para el examen físico. “Metro, tallímetro horizontal y vertical, balanza pesa bebé y balanza de pie para antropometría”. Los materiales para evaluar el desarrollo son: “mesas y sillas pequeñas y por lo menos 5 cajas que contengan cada una: lápices rojos y negros, una pelota de caucho tamaño mediano, un espejo mediano, una caja pequeña con 10 cubos de madera de 2.5 cm. de largo, de colores rojo, azul y amarillo, cuentas de madera de 1.5 cm. de diámetro y un cordón para ensartarlas, unas tijeras pequeñas de punta roma, un juego de taza y plato de plástico, objetos para reconocimiento: carro, vaca, botón, moneda, muñeca, pelota, etc., cuentos o revistas con dibujos o fotografías, libretas de 100 hojas, un tubo de cartón o pvc de 25 cm de largo y 5 cm de diámetro, una campaña pequeña con asa, una bolsa de tela que contiene 6 cuadrados, 6 triángulos y 6

periodicidad y las acciones específicas que el médico y las enfermeras deben realizar durante los controles.

Sobre las condiciones del lugar donde se realizan los controles, un odontólogo en Pradera mencionó que en el Hospital San Roque se lleva a cabo actualmente un proyecto de renovación de la planta física y se espera que el consultorio de crecimiento y desarrollo pueda tener todo lo que pide la norma 0412. Aunque no mencionó específicamente qué hace falta, con el objetivo de llevar a cabo las actividades necesarias de atención integral del niño sano, las instituciones deben contar con un espacio “tranquilo, iluminado, ventilado, cómodo, dotado de servicios sanitarios y alejado de las áreas de hospitalización y urgencias”²². Una enfermera auxiliar en Valledupar considera que: “Acá en el hospital contamos con todo. Mira el ambiente: es un consultorio grande, con buena temperatura, contamos con los pesos, los tallímetros, todo está calibrado. La verdad es que está óptimo; la camilla, todas las normas se cumplen”. Sólo una de las mamás entrevistadas (Aguachica) describió el centro de atención donde su hijo asiste a los controles de crecimiento y desarrollo como “malo, horrible, da asco, no hay ventilador, las sillas horribles, todo está horrible”. Los sitios visitados cuentan con buena iluminación, son amplios, higiénicos, están en su mayoría decorados con motivos infantiles y cuentan con juguetes que los niños tienen a disposición durante el tiempo de la consulta.

En cuanto a los instrumentos y recursos necesarios para el control, la enfermera de Aguazul, por ejemplo, dice que la sala de pediatría del hospital es muy bonita y adecuada si se la compara con los consultorios donde se hacen los controles de crecimiento y desarrollo. En éstos, enfatiza: “hacen falta como algunas cositas, juguetes, o algo, para uno hacer un buen análisis del desarrollo del niño”. Estos juguetes y recursos didácticos fueron mencionados por las mamás de Pradera y Valledupar como elementos que permiten a las enfermeras auxiliares evaluar el desarrollo de los niños y comprobar la veracidad de la información que las mamás mismas proveen acerca del desarrollo de sus hijos. Así, por ejemplo, para una mamá en Pradera asistir a los controles con su hijo es una experiencia agradable pues les “ponen juguetes, allá les ponen tareas, los ponen a dibujar”. Además de medir y pesar a los niños, comenta la mamá de una niña de dos años en Valledupar, la enfermera jefe que la atendió en una ocasión evaluó el desarrollo de funciones motoras de su hija mediante ejercicios tales como “armar figuras” y “patear y recibir un balón”.

círculos de madera o plástico, en colores amarillo, azul y rojo, de 2 tamaños: 8 cm. de lado y 5 cm. de lado”. En: Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. En:

<http://www.esecarmenemiliaospina.gov.co/portal/UserFiles/File/evaluacion/guia%20de%20deteccion%20temprana%20en%20crecimiento%20y%20desarrollo.pdf>

²² Ver: Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntcreyde.htm>

Si bien se reconoce la importancia de estos instrumentos, en las ocasiones en las que se presencié una cita de crecimiento y desarrollo, no se usaron estos objetos y juguetes en la evaluación. Esto, quizás, porque los niños estaban “muy grandes” o muy bebés²³. Tal es el caso, por ejemplo, del control al que asistió una niña de cuatro años con su tía en Valledupar. Al tiempo que la tía le comentaba a la enfermera que la niña no comía bien, que no iba bien en las tareas, que era perezosa y ella no sabía si la habían purgado, la niña jugaba con fichas de madera de formas geométricas y la enfermera llamaba a la niña para pesarla y medirla.

Otra mamá en Valledupar, madre de una niña de un año y de otra de cinco años, contrastó la experiencia de los controles de crecimiento y desarrollo que tuvo en una IPS privada (Salud Total) con los controles de su actual IPS de régimen subsidiado (Comparta del Sisben). Mencionó que los primeros se llevaban a cabo de manera grupal: los niños se acostaban en una colchoneta y la doctora iba observando si el niño podía agarrar los muñecos, pasarlos de un lado para otro, y si, en, general podían hacer “las cosas que deben hacer los niños según el tiempo”. En contraste, señaló, los controles en Comparta son “normales”:

... nada más le dicen a uno qué tiene que darle de comida, si están bien de peso, pero no los motivan para jugar así como hacían allá; nada más los pesan, los miden, y ya, y llenan el cartón y le dicen qué puede comer, que sí come; le preguntan a uno lo que hace de motricidad, pero no le evalúan a ellos mismos. Uno puede decir mentiras, uno puede decir que sí lo hace; en cambio allá sí se daban cuenta si lo hacían o no.

Para esta mamá, los controles de crecimiento y desarrollo deberían cumplir el propósito de verificar el desarrollo motor de los niños mediante el juego y no limitarse a consignar lo que la mamá dice que su hijo puede hacer en cada etapa de su crecimiento.

En cuanto a la periodicidad de los controles, que es similar en todos los hospitales, éstos comienzan ocho días después del nacimiento del recién nacido con el control del puerperio para evaluar el estado de la madre y de su hijo después del parto. Un mes después se hace el primer control de crecimiento y desarrollo que, por lo general, lo efectúa un médico. A partir de entonces, una enfermera jefe o una auxiliar de enfermería atiende los controles, de la siguiente manera: cada tres meses hasta el primer año de edad y luego cada seis meses (incluso cada cuatro, como ocurre en el Hospital Local San Eduardo en Aguachica) hasta que el niño o niña cumple los dos años de edad. Después, cada seis meses, o incluso cada año, hasta los diez años de edad. La enfermera auxiliar del Hospital Eduardo Arredondo Daza (Valledupar) señaló que a partir de los tres años de edad, los niños podrían asistir a controles una vez cada año, “por aquello de la cobertura, y por aquello de que también ahora estamos con lo de Familias en Acción”, pero los controlan cada seis meses. Cuando cumplen seis años, señala esta enfermera, los ven anualmente. El esquema de control de crecimiento y desarrollo en menores de diez años que se

²³ Los controles a los que asistió no corresponden a los casos de los niños visitados en sus hogares.

lleva a cabo en estos centros de salud, sigue con algunas diferencias los lineamientos trazados por la norma 0412²⁴.

Las actividades específicas de control son las siguientes;

Se les mide el peso, la talla, perímetro cefálico, el perímetro torácico, abdominal, de acuerdo a las edades que tengan, de acuerdo a los meses que tienen, se les hace examen de vocabulario, se les hace el examen de la escala abreviada de desarrollo, o sea, la motricidad gruesa, motricidad fina, lenguaje y social. Esas son las cuatro escalas que se manejan; esas son las cuatro escalas que se le evalúan al bebé. De acuerdo a los meses que tenga se le va evaluando para saber si el niño está bien o no. (Enfermera auxiliar, Aguachica, Hospital local Barahoja Amigo de los Niños)

Medimos peso, talla, perímetro cefálico, torácico, todas las medidas antropométricas que se le hacen a un niño, teniendo en cuenta el rango de edad. Valoramos si ya están desparasitados, cómo están comiendo, su estilo de vida, cómo les está yendo en el colegio; también valoramos si de acuerdo a la edad que tiene ya camina, si no camina, si habla, si no habla, cómo está su parte de motricidad fina, su motricidad gruesa, valoramos al niño de una forma integral, le miramos su parte física, su parte de motricidad fina, gruesa, cognitiva. (Enfermera auxiliar, Valledupar, Hospital Eduardo Arredondo Daza)

Con independencia de la edad de los niños, en los controles observados se siguieron las recomendaciones técnicas de la norma 0412²⁵. En la mayoría de los

²⁴ La norma indica que entre el nacimiento y el primer mes de vida hacerse la inscripción temprana a estos controles. También durante el primer mes de vida debe ocurrir la primera consulta médica. A partir de entonces se hace un seguimiento por enfermería, así: niños menores de un año, cuatro controles anuales; niños entre uno y dos años, tres controles anuales; niños entre dos y cuatro años, cuatro controles anuales; niños entre 5 y 7 años, cuatro controles anuales; niños entre 8 y 9 años, 3 veces cada.

²⁵ Según la norma, durante la consulta de primera vez por medicina general, se debe elaborar la historia clínica, realizar un examen físico completo por sistemas y valorar el desarrollo del niño de acuerdo con la edad. Las consultas por enfermería incluyen la valoración del desarrollo (que requiere de actividades de juego, por ejemplo, para evaluar la motricidad de los niños, o el lenguaje), del crecimiento, que incluyen la anamnesis (revisión del esquema de vacunación, indagación sobre el estado de salud del niño, indagación por el cumplimiento de recomendaciones realizadas por el personal de la salud en el control anterior), un examen físico completo por sistemas (registro y análisis de las curvas de peso y crecimiento, búsqueda de signos de maltrato infantil, tamizaje de agudeza visual y auditiva de acuerdo con las normas vigentes), y toma de signos vitales, e información educativa para los padres. Esta información incluye educación y consejería en nutrición, puericultura y otros temas de acuerdo a la edad del niño(a) y a hallazgos sobre: enseñanza de la estimulación adecuada, fomento de factores protectores, orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente, y dar cita para el siguiente control. En: *Normas...*

<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntcreyde.htm>

casos el control comenzó preguntando si los niños tenían su carné de vacunas al día, si comían bien, si siguieron las recomendaciones dadas en un control anterior, si todavía (en el caso de los menores de dos años) estaban siendo alimentados con leche materna, con quiénes vivían, si dormían bien, si "hacían del cuerpo" todos los días y si había alguna condición que presentara de manera recurrente, como diarrea, fiebre, gripa, tos, etc. Cuando se atendían niños mayores de cuatro años, las preguntas incluían, entre otras, cuándo había sido la última vez que los niños fueron purgados, cuándo asistieron por última vez a odontología o a pruebas de tamizaje visual y cómo les iba en el hogar infantil o en el colegio al que asistían. Posteriormente se hacía la evaluación de crecimiento (talla y peso) y, se concluía con algunas recomendaciones hechas por las enfermeras sobre nutrición e higiene y la asignación de la cita para el siguiente control.

En algunos casos las preguntas se dirigieron directamente a los niños. Cuando los niños que estaban en condiciones de responder no lo hacían, sus cuidadores hablaban por ellos. Tal es el caso de la tía que llevó a su sobrina a un control en Valledupar y manifestó, preocupada, que a su sobrina no le iba bien en las tareas y que era perezosa. La enfermera no le preguntó a la niña, pero opinó que podía ser un indicio de que tenía "atención dispersa". Sugirió que un médico general auscultara a la niña para que la remitiera a un psicólogo. En otros casos, como el de una niña de dos años en Valledupar, la interacción entre la enfermera y los niños es directa. La enfermera, por ejemplo, le preguntaba a su hija de dos años "cuántos años tenía, cómo se cepillaba, cuántas hermanitas tiene, cómo se llaman, y preguntan por el desarrollo, si habla por señas... yo procuro que ella no hable por señas, porque como ella tiene un problema de lenguaje", señala esta mamá.

Una vez que las enfermeras identifican posibles casos de "atención dispersa" o "problemas de lenguaje" están autorizadas, tal y como sucede en Aguazul, para remitir a los niños a pediatría, sin necesidad de pasar por un médico general, o a salud ocupacional, si se trata de un problema de lenguaje. Sin embargo, en la mayoría de los casos esto no ocurre así porque: "las EPS no lo han aceptado así" (Enfermera de Aguazul). La ruta normal que deben seguir los cuidadores consiste en solicitar primero una cita por medicina externa para que el médico(a) general evalúe si es relevante o no la remisión a un especialista.

La valoración integral a la que se refirió la enfermera de Valledupar concluye en algunos casos con estas remisiones a medicina general. La figura del médico general como intermediario entre las enfermeras y el especialista fue en su mayoría criticada por las mamás entrevistadas porque el tiempo para acceder a una cita de medicina externa es largo y, dependiendo del lugar, puede incluso tardar semanas; además en muchos lugares no hay especialistas y obtener una cita con uno depende de los convenios entre la entidad prestadora del servicio y la empresa de salud del afiliado. Por ejemplo, para que un médico ortopedista valore a una niña de dos años que fue diagnosticada por medicina general en Aguazul con displasia de cadera, es necesario que, luego de que empresa prestadora del servicio de salud apruebe el servicio, el cuidador viaje con su hija hasta Yopal, Villavicencio o

Bogotá, dependiendo del convenio con la empresa. En este caso los familiares de la niña, quienes debían esperar una cita para que su hija fuera atendida en Yopal, prefirieron pagar una consulta privada con un especialista en Duitama, adonde el padre viaja con frecuencia por razones de trabajo. De la misma manera ocurre en Sibundoy, donde no hay especialistas que puedan tratar, por ejemplo, el asma de una niña de cuatro años y medio. Si bien la niña está afiliada a una IPS que sólo atiende régimen contributivo, la falta de especialistas obliga a remitir a la niña a Colón o a Pasto, dependiendo del convenio. Los pacientes de Pradera, con frecuencia se remiten a Cali o a Palmira.

La percepción de las madres entrevistadas respecto a la forma como transcurren los controles de crecimiento y desarrollo es buena, entre otros aspectos, gracias a la calidad humana del personal que atiende a los niños; con todo, es notoria una brecha entre la perspectiva de las enfermeras auxiliares y el personal médico sobre la valoración integral que reciben los niños y niñas menores de diez años de edad en los controles de crecimiento y desarrollo y las expectativas de las madres. Éstas querrían que hubiera algunos resultados. Así, por ejemplo, una vez que la enfermera auxiliar identifica la necesidad de que un especialista ausculte al niño o niña, el servicio de salud debería, idealmente, tener previsto un proceso para facilitar esta consulta, sobre todo cuando es necesario desplazarse de un municipio a otro. Otra posibilidad sería contar con especialistas en las diferentes zonas para que el costo de los viajes no se convierta en motivo para aplazar, a veces de manera indefinida, la asistencia a los servicios de medicina especializada.

Facilitar el acceso a los médicos especialistas requeriría un tránsito directo de la cita de control y desarrollo al especialista y eliminar la consulta de medicina general como mecanismo intermediario. También serviría una remisión inmediata a medicina general cuando las enfermeras auxiliares identifican la necesidad de “desparasitadores” y vitaminas para los niños, pero que ellas no están autorizadas para formular. Sin estas posibilidades, la consulta de crecimiento y desarrollo podría caer fácilmente en un seguimiento formal y obligatorio de la talla y el peso de los niños que incluso algunas madres de familia podrían realizar en sus casas con curvas de valoración. En Aguachica, una mamá dice sobre los controles de su hijo de un año y ocho meses:

Yo a ellas [las enfermeras auxiliares] no las culpo, porque uno llega y ellas con un cariño, tratando de hacer todo bien. Son personas muy humildes, son auxiliares, son cariñosas con los niños, pero ellas no saben; la verdad yo llevo al niño al control de crecimiento y desarrollo porque el Bienestar me lo exige, porque yo no veo, o sea, da lo mismo no llevarlo, le miran ahí, miran a ver si está grande y todo, yo tengo una tabla por Internet (...) saco la tabla por internet, yo miro cómo va mi hijo en cada etapa, desde que estaba en el primer mes (...) uno busca por internet qué no se debe saltar el niño, qué debe hacer, y esas cosas; yo le mido la cabeza y miro cuánto tiene que medir, y lo peso, compro un peso y lo peso acá, si está bajito de peso lo llevaré al médico para

decirle que está bajito de peso, para que le mande suplementos vitamínicos.

La opinión de que las enfermeras auxiliares “no saben”, puede relacionarse con que ellas no pueden prescribir nada. La idea la comparte otra mamá en Aguachica, quien se declaró decepcionada de los controles de crecimiento y desarrollo porque a su hija de un año y seis meses de edad “nunca le mandan una vitamina, nunca le mandan un purgante, nunca lo ven necesario. Un niño puede estar enfermo y ellos no se dan cuenta que están enfermos (...) yo pienso que eso [*el control de crecimiento y desarrollo*] es para estar pendiente si el niño lleva bien el crecimiento, si lleva bien el peso”.

Desde la perspectiva del personal médico, la inconformidad de algunas madres y cuidadores con este servicio surge, justamente, de la diferencia entre sus expectativas respecto el propósito del control: algunas mamás esperan que en los controles de crecimiento y desarrollo suceda lo que corresponde a la atención de una consulta médica externa. Si bien en los centros de salud San Pascual en Cali, en el Hospital de Aguazul Juan Fernando Urrego y en el Hospital local Barahoja Amigo de los Niños en Aguachica, las enfermeras auxiliares sí formulan desparasitadores, en ningún caso ocurre lo mismo con los suplementos nutricionales. Si llegan a identificarse signos de desnutrición, la ruta que debe seguirse consiste en llevar primero a los niños a medicina general y, en caso de que el médico lo considere relevante, a una valoración con un nutricionista.

A la inconformidad con los trámites para acceder a un especialista se suman las molestias por el tiempo de espera para ser atendidos en los controles de crecimiento y desarrollo, una vez se tiene la cita. El problema no es el acceso a la cita, pues incluso en muchos casos se programa con la enfermera que atendió al niño o a la niña al finalizar el control anterior. La dificultad surge cuando las mamás llegan con sus hijos al puesto de salud para ser atendidos. Parte de las demoras, explica la enfermera auxiliar del hospital de Aguachica, radica en que algunos cuidadores no son conscientes de la importancia de asistir a los controles el día y la hora señalados. La enfermera observa que las mamás olvidan con frecuencia la fecha y esperan que las atiendan cuando llegan al hospital sin cita. Entonces, “hay que explicarle a la mamita que debe esperar, porque la persona que estaba asignada para ese día vino, y tiene prioridad. Ese es el único inconveniente que hemos venido teniendo con las usuarias”, señala la enfermera.

En contraste con las citas para atender a los niños por consulta externa, o incluso por urgencias, que pueden ser muy demoradas y requerir un trámite muy dispendioso dado que sólo se asigna un determinado número de turnos de atención por día, las citas para control de crecimiento y desarrollo transcurren sin mayores inconvenientes, a no ser por la impaciencia por recibir atención una vez se llega al hospital. Más aún, el servicio es tan asequible que:

...les brindamos a esas personas que no tienen facilidad, el acceso, porque nosotros no podemos negarle a una muchacha de vereda que

no pudo venir ayer o hace cinco días, un servicio de salud; al contrario, esa población todavía tiene más acceso. Aquí no devolvemos a nadie. Aquí todo el que venga es recibido y tratamos de atenderlo lo mejor posible para que el cliente se vaya satisfecho (Enfermera jefe del Centro de Salud San Eduardo en Aguachica).

Y no sólo es accesible sino que en el caso de Cali, por ejemplo, las enfermeras auxiliares del Centro de Salud San Pascual entablan una relación amable y personalizada con los hijos y sus madres que facilita que en estos controles se hagan también sugerencias en materia de educación para padres. Al respecto, en opinión de la enfermera auxiliar, Andrés, un niño de dos años de edad que asiste a este centro de salud

“es un niño que evoluciona bien; lo que sí le dije a la mamita es que tiene que ser más fuerte, o sea, un niño a la edad que está Andrés no dimensiona; o dimensiona, pero no razona que es niño y que tiene la mamá y que debe obedecer a la mamá. Es muy rebelde, es: “no quiero... y me tiro”.

Además de esta recomendación, y al igual que en otros controles observados, en las consultas se subraya la necesidad de desparasitar a los niños, se le recuerdan a la madre pautas higiénicas básicas como usar chanquetas, lavarle las manos al niño especialmente después de ir al baño, no permitirle que consuma frutas sin lavar, cepillarle los dientes mínimo tres veces al día, llevarlo a odontología, e incentivarlo a estudiar para que sea “una persona de bien”. Recomendaciones similares las hizo también la enfermera auxiliar de Aguachica a una niña de nueve años de edad. A ella también le formuló dos frascos de 40mg de Alvedazol para desparasitarla. El resto de la consulta se concentra en el peso y la talla de los niños.

Peso y talla en el servicio médico

El peso y la talla de los niños son los principales parámetros para determinar en los controles de crecimiento y desarrollo y en los hogares infantiles (a partir de las pautas trazadas por el ICBF) el bienestar y óptimo desenvolvimiento físico de los niños y niñas menores de seis años. Como menciona la enfermera auxiliar del Hospital local Barahona (Aguachica), a partir de la resolución 2121 del 9 de junio del 2010 cambiaron los parámetros (la rejilla) para saber si el niño o la niña está bien de peso de acuerdo a la talla que tiene²⁶. De acuerdo con estos parámetros,

²⁶ Según la Sociedad Colombiana de Pediatría (www.scp.com.co), el “29 y 30 de Noviembre de 2010 el Ministerio de la PS, con el apoyo técnico y financiero del Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA), realizaron el lanzamiento del manual con los nuevos patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud-OMS y adoptados por Colombia por Resolución 2121 del 9 de Junio de 2010”. Las gráficas con los nuevos patrones de crecimiento de la OMS están disponibles en

<http://www.who.int/childgrowth/software/es/>

Ver la resolución de patrones de crecimiento en:

<http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/RESOLUCION PATRONES DE CRECIMIENTO-2.pdf>

por ejemplo, la niña de nueve años de edad ya mencionada, quien medía 1.35 y pesaba 15 kg, se encontraba en el rango esperado (14.8-19kg) para su edad y no estaba en riesgo de desnutrición. Por este motivo, la preocupación manifestada por su cuidadora respecto al bajo apetito de la niña fue resuelta señalando que la niña se encontraba bien de peso y sugiriendo desparasitarla.

Por lo general, señaló la enfermera auxiliar entrevistada, el cambio de rejilla para el seguimiento en talla y peso ha hecho que “de acuerdo con estas escalas que se están manejando ahora, los niños no están bajos de peso” y que ya no se remitan para control con la nutricionista. “Lo que pasa es que ahora con esta rejilla que están mandando, ya los niños la mayoría de acuerdo a la talla siempre están bien con el peso, están acordes con el peso, que yo le diga que los niños están llegando desnutridos o que están en riesgo de desnutrición, muy poco, de 10, llega 1”, agrega la enfermera.

Quizás por este motivo el niño de seis meses de edad (de 48 cm de talla) que fue llevado a uno de sus primeros controles por su mamá y su abuela al Hospital Juan Hernando Urrego de Aguazul pesando 6.800g no fue remitido a valoración nutricional. Luego de comentar a sus cuidadoras que el niño estaba “flaquito” y que para su talla debería estar pesando 8.000g, la enfermera sugirió aumentarle la dosis de comida, “darle más teteritos”, leche materna (cada vez que el niño pidiera) y regresar al próximo control en tres meses. Al finalizar la consulta, la enfermera explicó que anteriormente la medición de talla y peso se hacía por “percentiles” y ahora se realiza por “desviación estándar”. Según el antiguo parámetro de medición, el niño tendría desnutrición aguda. Estos parámetros, explicó la enfermera, correspondían a las tablas norteamericanas de la Safer Healthier People y no eran adecuados para el contexto local. Las nuevas tablas por desviación estándar se rigen por las referencias de la OMS para evaluación antropométrica y se implementaron en este hospital desde comienzos del año.

En este caso, aunque los familiares exponen la precariedad de las condiciones económicas en las que viven y reportan pautas alimenticias basadas en sopas con arroz, pasta, caldo con papa y huevo o pollo (cuando hay dinero para comprar proteína animal), no se remite a los cuidadores a un especialista en nutrición. En este caso, además del bajo peso del niño, una de las tantas preocupaciones manifestadas por la enfermera durante este control, consistía en saber si la mamá del niño iba a solicitar una cita para ponerse un implante en el brazo para planificar. “Tendría que haber venido en abril”, le insistió la enfermera a la mamá.

La precariedad de las condiciones de vida de gran parte de la población que acude a estos controles de crecimiento y desarrollo, así como los límites de las medidas implementadas en el hospital para subsanarlos y contribuir al mejoramiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida del niño, fue expresada por una enfermera auxiliar en Valledupar en los siguientes términos:

Hay hambre. Ahí es donde uno tiene que tener mucho ojo. Esos niños que yo me doy cuenta que están con bastante necesidad, yo les doy la cita con el médico, estoy pendiente, se les hace seguimiento que hayan

venido al médico, el médico le manda su suplemento nutricional... Y qué más se puede hacer. Es eso, porque llegan muchos niños bajos de peso y con hambre, uno sabe que es hambre lo que están pasando los muchachitos.

Su observación se refería a la situación de las familias de muy bajos recursos que por falta de cupo no logran ingresar a sus hijos a un hogar infantil del ICBF. Es que aquí, añade esta enfermera, “la gente tiene la “hipocucharemia” (que no hay comida), uno dice: tengo pacientes con hipocucharemia. Uno sabe que ellos no comen”. Se les recomienda a los padres que insistan hasta conseguir un cupo en un hogar del ICBF porque allí “les dan la alimentación, desparasitación, les tienen todos los equipos súper buenos”. Puesto que la alimentación que provee el ICBF es la única alternativa de algunos hogares para garantizar la alimentación de los niños, la premura económica es tal que algunas mamás —como una entrevistada en Sibundoy—, delegan la alimentación de sus hijos casi por completo en el hogar infantil. Con algo de asombro, esta mamá señalaba: “me dijeron en Bienestar que yo no me vaya a confiar en que los niños almuerzan allá. Usted tiene que guardarles un refuercito a los niños, porque ellos es muy poquito lo que les damos”.

Los límites de la atención y la ayuda nutricional que brindan los hospitales y los nuevos parámetros para medir los rangos de desnutrición, son puntos de contraste con la percepción de algunas mamás sobre el objetivo de los controles de crecimiento y desarrollo. En materia de talla, por ejemplo, los niños de Pradera (4 años de edad) y de Cali (2 años de edad) se encuentran “bajitos”. En ambos casos, la sugerencia de las enfermeras auxiliares a las mamás es no que no deben preocuparse porque “por razones genéticas no se puede pedir que de papás bajitos resulte un niño alto”. En contraste, en el caso de una niña en Valledupar de dos años de edad que está un poco pasada de talla y peso para su edad, la conclusión de la madre es que “no podemos hacer nada: ella va a ser grande, pero sí me dice (el doctor) que hay que hacer algo, porque para la edad está un poco pasada, y como los huesos los tiene biches, entonces, el peso le dobla los huesos”. Sin explicar qué es ese “algo” que podría hacerse, la mamá comenta en medio de risas: “yo le digo al médico, ahí sí cómo hacemos, le ponemos un ladrillo en la cabeza para que no crezca más”. Sobre su hija de cinco años de edad, otra mamá en Valledupar comentó que ella solía ser “gorda” y que después “se le adelgazó”. En este caso, la recomendación de la doctora había sido que “no se fijara en la contextura porque la niña estaba bien de peso”. Independientemente de los resultados que arroje el seguimiento de los niños en materia de talla y peso, la percepción es que no hay mucho que pueda hacerse más allá de registrar con detalle la evolución de los mismos. Quizás esto ocurra por los parámetros cambiantes para medir los rangos óptimos en cuanto a talla y peso de los niños menores de diez años. Esto explicaría, por ejemplo, por qué madres como la de Aguazul se sin saber qué hacer respecto a las opiniones de los expertos sobre la talla o el peso de sus hijos: “Ella siempre ha sido gordita, ahora fue que se me enflacó, pero ella era gordita. Entonces unas veces me decían que estaba de

sobrepeso, otras veces me decían que estaba bien, que el peso que tenía estaba bien”.

Una situación que ilustra la importancia de la comida que reciben los niños en el hogar infantil es la que vive John. Como él, otros de los niños participantes viven solamente con su mamá, quien tiene a su cargo todas las responsabilidades del hogar y enfrenta dificultades y limitaciones en aspectos básicos para que los niños se desarrollen de forma adecuada.

¿Con qué mantengo esas tres boquitas?

John tiene cuatro años de edad. Su maestra jardinera dice que es tierno, inteligente, extrovertido y juguetón, que acata sus indicaciones y solicitudes al pie de la letra y capta las cosas rapidísimo: termina sus tareas con prontitud para después ayudar a sus compañeros.

John es el menor de los tres hijos de Jenny, de 26 años; sus hermanos tienen diez y once años de edad. Jenny, quien se define como desplazada, cursó la primaria completa y sostiene su hogar vendiendo arepas en un puesto callejero ubicado a unos pasos de su casa en Pradera (Valle del Cauca). El padre de John se dedica a cortar caña y pocos meses antes abandonó el hogar. Ocasionalmente envía dinero para el sostenimiento de sus tres hijos. Aunque John llegó en un buen momento de la relación de sus padres, Jenny confiesa que su hijo menor fue un accidente y que cuando recibió la noticia, quería morir. De su embarazo se enteró a raíz de una prueba rutinaria que se solicita a las mujeres que desean planificar con dispositivo intrauterino. Jenny tuvo su primer hijo a los trece años de edad y a los veinticuatro, cuando se enteró de su último embarazo, tenía claro que no quería un tercer embarazo. A pesar de esto y con la esperanza de sus padres de tener una niña al hogar, nació John.

Jenny y su familia llegaron a Pradera hace más de diez años huyendo de la violencia de un corregimiento rural cercano a Popayán. Recuerda que su vida era buena, con las comodidades que les permitían la tienda miscelánea que Jenny administraba y las ganancias que dejaba la madera que su esposo extraía de un terreno que les pertenecía. Decidieron instalarse en Pradera porque Jenny tenía un hermano que podía acogerlos. Tiempo después comenzaron a construir una casa en el mismo barrio de invasión al que llegaron. Jenny y sus hijos ya no viven en ese sector.

La cuñada de Jenny es una de las personas más cercanas a la familia y la acompañó en el parto de John. Aunque vive lejos, se visitan con frecuencia los fines de semana. Jenny cuenta con su ayuda, pero carece de una red de apoyo para cuidar a sus hijos y sólo puede contar con el dinero que ella misma gane. La abuela materna de los niños vive en la costa y sólo los visita esporádicamente.

Jenny vive en una casa en la que paga arriendo por dos de las tres habitaciones. En la tercera viven los dueños de la casa, una pareja de cortadores de caña sin hijos que sale desde muy temprano hasta tarde en la noche a trabajar. Además de las habitaciones, completan la casa una sala

grande con televisión, un baño, una cocina con una nevera y estufas separadas para cada familia, y un patio interno para tender la ropa.

En este lugar de la ciudad Jenny puede moverse fácilmente entre la casa, el puesto de arepas y el hogar infantil al que asiste John. Ella comienza su jornada entre 5:00 y 5:30 de la mañana, cuando se prepara para ir a vender arepas en su puesto de trabajo. Cuando los hijos mayores tienen clase en la mañana, ellos alistan a John para el jardín, le dan aguadepanela y pan al desayuno, y lo dejan en el hogar infantil hacia las 8:00 a.m.

Cada mes, cuando la jornada escolar de los hijos mayores cambia de la mañana a la tarde Jenny ajusta sus rutinas para llevar a su hijo al hogar infantil en la mañana y empezar la venta de arepas un poco más tarde. El primer turno de las ventas culmina hacia las 10:00 am, hora en que regresa a casa y "hace el oficio". El segundo turno de las ventas viene después de recoger a John en el hogar infantil, entre las 3:30 p.m. y las 4:00 p.m., y dura hasta las 8:00 de la noche. Desde que llega, John se queda en la casa con sus hermanos viendo televisión o jugando en la calle con su balón, que junto con un muñeco de plástico, son los únicos juguetes que tiene. John y sus hermanos cenan hacia el final de la jornada laboral en el sitio donde trabaja Jenny: café con arepa o empanada. Después regresan a la casa a descansar.

Los fines de semana Jenny comienza el turno un poco más tarde y trabaja hasta las 11:00 a.m. El segundo turno lo tiene después del almuerzo y termina hacia las 3 de la tarde. Por el horario de trabajo Jenny, son sus hermanos quienes cuidan a John. Ellos lo bañan, le ayudan a prepararse para el colegio, compran el pan para el desayuno, le dan la primera comida del día y, con frecuencia, lo llevan al hogar infantil y lo recogen. Otras tareas como alistarle el uniforme o lustrarle sus zapatos las hace Jenny, quien considera que éstas son únicamente su responsabilidad. En opinión de la maestra de John, el hecho de que los hermanos, y no la mamá, dejen y recojan a John en el hogar infantil hace que Jenny no siempre esté actualizada en lo que sucede allí. Si, por ejemplo, la maestra les informa a los hermanos de John cambios de horario en el cierre del hogar infantil, es muy probable que Jenny no se entere. Esto ocasiona inconvenientes que la maestra justifica parcialmente por el trabajo que ella tiene.

Respecto al tiempo que John pasa en la calle, Jenny señala que mientras ella trabaja y él juega, lo puede cuidar y vigilar para que no pase un carro, una moto o una cicla que lo puedan atropellar. Sin embargo, aún estando en casa Jenny tiene dificultades para evitar que su hijo pase mucho tiempo en la calle. Para hacer el oficio y moler el maíz para sus arepas, Jenny tiene que abrir las ventanas para airear la casa y poner doble cerradura a la puerta para que John no se escape en un momento de distracción. Los vecinos saben que John pasa mucho tiempo en la calle y oyen con frecuencia a Jenny preguntando: "¿Han visto pasar a John?". Ella explica que le "toca trabajar,

porque si no, ¿con qué mantengo esas tres boquitas? (...) es difícil que yo esté pendiente a toda hora de él, de qué hace, qué no hace, me queda difícil”.

Aunque la mamá sabe que el paradero más frecuente de su hijo es una tienda a tres cuadras de donde viven, donde suele ir a comprar golosinas de cien o doscientos pesos, no deja de preocuparle que pudiera sucederle algo. Sus hermanos ayudan a cuidarlo pero sobre Jenny sobre recae el mayor peso y responsabilidad. Jenny considera que su principal obligación es brindarles a sus hijos un techo, facilitarles la educación escolar y llevar comida al hogar, así que las labores de cuidado y acompañamiento emocional toman más bien la forma de vigilancia y control, y quedan supeditadas a las obligaciones domésticas y laborales que son siempre prioritarias.

Este orden de prioridades se muestra en las constantes visitas y hospitalizaciones por las que tuvo que pasar Jenny por no seguir las recomendaciones médicas de guardar reposo total durante el de John, que fue riesgoso porque tenía la matriz débil y cualquier esfuerzo físico le ocasionaba un sangrado que la hacía correr al hospital. Sin embargo, si los médicos le decían: “no puede barrer”, Jenny barría y trapeaba... y “otra vez al hospital”. Jenny dice que no seguía las órdenes médicas “porque más me enfermaba viendo ese desastre en la casa”.

John debe someterse a la operación de una hernia pero la intervención se dilatado indefinidamente porque hacerla implicaría dedicarse de tiempo completo a cuidarlo durante la recuperación. Si lo hace, no tendría como ganar el diario: “¿quién, entonces, nos dará de comer?” Jenny no contó con ayuda para hacer el aseo de su casa durante el parto de John y está firmemente convencida de que tampoco la tendrá para alimentar a su familia si la operación se realizara pronto. Los posibles riesgos que se deriven de permitir que la hernia de John avance, son secundarios frente a la inmediatez y la urgencia de no tener con qué comer. En la medida en que Jenny dedica el tiempo que está en la casa a los oficios domésticos y al trabajo, su relación con John se concentra en vigilarlo.

Una de las maestras de John notó que su peso y talla eran bajos al inicio del año escolar: “Yo le pregunté a mi compañera, le dije: este niño está bajo de peso. Ella me dijo, eso es normal, porque él viene de vacaciones, entonces, muchas veces la mamá, como trabaja, no tiene ese tiempo de sentarse con él y cucharearle”.

La maestra acompaña a John en el jardín para que coma: “yo me puse en la tarea, todos los días. Lo sentaba aparte y le decía: tú estás bajo de peso, tienes que comer, porque si sigues bajando de peso te vas a enfermar. Entonces, él sí, no sé qué le pasó hoy con la crema, porque él se la come, mi compañera anterior se la daba”. Su maestra agrega que en este momento el niño está estable de peso y según el último control que se le realizó en mayo de 2012, está bien.

Un aspecto diferente que afecta el desarrollo de los niños y trasciende el control de talla y peso en la consulta de crecimiento y desarrollo son las enfermedades o afecciones ocasionales o crónicas. Cuando un niño padece alguna, como en el caso de la hernia de John, diversas circunstancias pueden interferir para que el niño sea atendido oportunamente: a veces se debe a la situación de la familia y otras a las limitaciones de los controles que, como está previsto, tienen la función de verificar aspectos puntuales del crecimiento. Las secuelas de esto difieren y permiten reconocer la medida en que los servicios del sistema de salud pueden atender otras necesidades que inciden en el desarrollo integral de la primera infancia.



Foto 1 – Hospital local de Aguachica

Sin tiempo para enfermar: alternativas a las falencias en el sistema de salud

Cristian tiene cinco años de edad. Vive con Luz Dary, su mamá, de 31 años, su hermano mayor de 11, y su medio-hermana de 1 año y 6 meses de edad. El papá de los dos niños murió víctima del conflicto armado cuando Luz Dary estaba embarazada de Cristian; actualmente Luz Dary espera un dinero con el que el Estado indemnizará su pérdida. El papá de la niña tiene otra familia y no vive en Aguachica; aunque ocasionalmente llama para saber de la niña, no contribuye económicamente a su manutención.

Cristian, su mamá y sus dos hermanos viven en una casa que el padre les dejó en un barrio estrato dos de Aguachica, con calles sin pavimentar y localizado a cinco minutos en moto del centro de la ciudad. La casa es un largo y angosto corredor que luce como si estuviese en construcción. En la hay cuatro sillas plásticas donde se sientan juntos a comer o a ver televisión, un mueble en madera que lo soporta, un equipo de sonido y un ventilador. El televisor de la casa siempre está prendido y dada la facilidad para mover las sillas, Cristian tiende a acercarse tanto como puede para ver los programas que transmiten en los canales nacionales, o las películas piratas de acción que le compra su mamá. La cocina también es espaciosa y allí tienen una nevera, un soporte plástico para los platos y cubiertos y una cocina de dos puestos a gas. Luego de la cocina está el lavadero y la zona para tender la ropa; inmediatamente después hay dos habitaciones, una junto a la otra. En una duermen los varones y en la otra, la mamá y su hija. Sin embargo, los niños no quieren dormir solos, así que todos duermen en la habitación de la mamá en una cama doble y en una colchoneta en el piso que les permite estar más frescos en tiempos de intenso calor, comenta Luz Dary. Las habitaciones no tienen ventilación ni iluminación y las condiciones de higiene de la casa son buenas. El único baño de la casa queda después de las habitaciones.

Luz Dary tiene una moto que es también su medio de trabajo y sin la cual vender pan, su actual ocupación, sería muy difícil. A las ventas se dedica desde hace varios años. Comenzó vendiendo productos de belleza por catálogo y cuando las cosas iban bien decidió viajar a Bucaramanga para traer mercancía, principalmente ropa y zapatos, que vendía en Aguazul. Sin embargo, este trabajo no funcionó porque justo entonces el estado de salud de Cristian se complicó y los gastos económicos que acarreó la enfermedad aumentaron hasta que Luz Dary no pudo más y "fracasó" a raíz de las deudas en las que incurrió y de la pérdida gradual del capital que había logrado acumular.

Durante el día Luz Dary vende pan. Esta actividad la combina con la venta de cerveza en un local ubicado a dos minutos a pie de la casa. Este trabajo no tiene horario y ella determina los días que quiere trabajar. Cuando lo hace, comienza entre las 2:00 p.m. y las 3:00 p.m., y finaliza hacia las 8:00 de la noche. El trabajo de la venta de pan comienza en las mañanas hacia las 8:00. Después de dejar a Cristian y a la niña en el hogar infantil va donde el panadero, recoge el pan y empieza a distribuirlo en distintas tiendas de Aguazul. El pago diario que recibe es un porcentaje de lo vendido en pan y en cerveza.

Estas actividades le dan flexibilidad a Luz Dary. La moto le facilita ir permanentemente de la casa a los sitios de trabajo, sobre todo porque con frecuencia tiene que dejar a los hijos solos para poder trabajar. Varias mujeres que viven cerca le ayudan a cuidar a sus hijos; entre ellas, la abuela paterna de los dos niños mayores, la tía de la niña, una amiga, una "muchacha" a quien

contrata por cinco mil pesos diarios para que se quede unas horas en la casa con la niña e, incluso, una vecina. Cuando ninguna de ellas le puede ayudar, el hijo mayor asume el cuidado de los otros dos. Esto sucede sobre todo en temporada de vacaciones escolares, pero Luz Dary recurre a esta posibilidad sólo en caso de extrema necesidad porque el mayor le pega mucho a Cristian y la situación entre los dos puede tornarse muy agresiva. En algunas ocasiones, Luz Dary ha pensado en recurrir a la ayuda de psicólogos para que les hablen a los niños; una alternativa ha sido dejar al mayor con la niña y andar con Cristian en la moto, al que describe como el más hiperactivo de los tres. Independientemente de con quién estén los niños, y con mayor razón si se encuentran solos, Luz Dary suele "ir y venir" a casa a supervisarlos todo el tiempo.

De los familiares de Luz Dary sólo uno de sus hermanos, llegado recientemente de Venezuela, vive en Aguazul. Su cuñada venezolana la ayudaba a cuidar a los niños hasta que tuvo su primer hijo hace tan sólo unos meses. Luz Dary echa de menos el soporte emocional y la ayuda de su familia, sobre todo cuando alguno de los niños se enferma.

Desde que nació, Cristian ha tenido una salud frágil: "yo le echaba la culpa al hielo de muerto que había cogido cuando estaba embarazada", afirma Luz Dary. La primera crisis de Cristian fue casi dos meses después de nacido y a partir de ahí duró "un año completico enfermándose". Los bronquios y las dificultades respiratorias llevaron a Cristian en varias ocasiones a las urgencias de un hospital local, a tres minutos en moto de la casa. Aunque el hospital no atiende urgencias, allí recibió primeros auxilios porque se "estaba ahogando", "se estaba muriendo". Después de un regaño de los médicos por no llevar al niño a un hospital mejor equipado que Luz Dary conoce y está a veinte cuadras de su casa, ella respondió que justamente por quedar más lejos no lo había llevado allá.

Luego de los primeros auxilios, de la valoración del primer pediatra que lo ha tratado y de esperar cuatro horas la ambulancia, Cristian fue trasladado de urgencia a Bucaramanga. Allí, "presentó muerte súbita, y duró cinco días hospitalizado", comenta Luz Dary.

El año siguiente entró y salió varias veces de un hospital en Aguachica por las complicaciones respiratorias: "un día duró 17 días hospitalizado, otro día duró 15 días hospitalizado, luego duró 8 días hospitalizado, y salía peor, porque le ponen mucho antibiótico, y estaba botando la flora intestinal, entonces me tocó correr para la droguería, comprar unos sobrecitos, darle vitaminas, y así fue que lo paré", recuerda la mamá.

Luz Dary lleva a Cristian y a su hijo mayor a los controles de crecimiento y desarrollo para poder cobrar el subsidio de Familias en Acción que recibe por cada uno de ellos, pero su descontento por la atención que reciben sus hijos

en los centros de atención, la hizo asidua de la droguería: “me toca automedicarlos, porque uno no encuentra una buena atención médica, y una cita con un pediatra vale 90 mil, ¿y si uno no los tiene?”. La mala atención la ve reflejada en las largas filas que debe soportar en el hospital para conseguir una cita para medicina externa. Las filas pueden comenzar a la madrugada o desde la noche anterior y eventualmente se puede perder todo el día allí.

La inconformidad de Luz Dary con los controles de crecimiento y desarrollo aumenta porque a los niños nunca les mandan “una vitamina, un purgante, nunca lo ven necesario, un niño puede estar enfermo y ellos no se dan cuenta que están enfermos” y duda también de la calidad de los antibióticos que le han suministrado a Cristian en los centros de atención. En una ocasión, y después de buscar una cita para Cristian durante una semana, un amigo suyo la ayudó para que lo atendiera un médico general. El médico, “regañón pero buena gente”, le formuló a Cristian jarabes y no se ha vuelto a enfermar. En esta ocasión Luz Dary quedó satisfecha con el medicamento formulado por su IPS pero, en general, se muestra escéptica. En otra oportunidad un médico la urgía a hospitalizar a su niña y Luz Dary le pidió: “doctor, colabóreme ahí. Si usted me deja la niña hospitalizada, mis otros hijos quedan solos en la casa, y yo no tengo quién me vea la comida”. Le pedía que le sugiriera un medicamento que ella pudiera comprar, distinto de los que dan por la IPS, para alentar a la niña y evitar su hospitalización y los costos asociados: dejar a los niños solos o con alguna de sus cuidadoras temporales y sobre todo, dejar de trabajar para atender a la niña todo el día en el hospital.

Por la necesidad de trabajar y de cuidar a sus hijos, el hogar infantil al que asiste Cristian ha sido una suerte: su horario de atención es de 7:30 a.m. a 4:00 p.m. Este es el segundo año de Cristian en este hogar. Desde que Cristian tenía un poco más de un año su mamá había intentado de conseguir un cupo en este mismo hogar infantil, uno de los pocos en Aguachica que tienen jornada escolar de mañana y tarde. Antes, Cristian iba a un hogar comunitario que no le gustaba y a un colegio privado de medio tiempo que tampoco lo hacía sentir contento. El hogar infantil satisface plenamente las necesidades de Luz Dary en materia de atención para su hijo y para ella resulta gratificante darse cuenta de que Cristian “está amañado”. Él mismo se levanta y se viste, ha aprendido “modales”, aprendió a “darle gracias a papito Dios”, a compartir, ya escribe y “está aprendiendo números y letras”. Su maestra jardinera “lo besa, lo abraza; es una señora de edad [que] me lo quiere”. Al principio no fue así porque Cristian es un niño hiperactivo que les pegaba, molestaba y empujaba a sus compañeritos. Desde mediados del año las cosas cambiaron y “ella ya lo quiere mucho”, “se llevan bien”. La noticia de que la maestra podía ser reemplazada, le hizo pensar a Luz Dary que su hijo la iba a extrañar. La maestra auxiliar coincide en que Cristian es un niño “muy inquieto y desobediente” al que hay que saber llevar cuando le dan sus “chiripiorcas”.

Luz Dary siente que el niño está muy grande para seguir en un hogar infantil, pero sus días transcurren de manera normal y puede equilibrar la carga de su trabajo con las responsabilidades de cuidado de sus hijos, así que encontrar un colegio no es su prioridad. Una vez termina a medio día la jornada escolar del mayor, y cuando Luz Dary tiene tiempo de cocinar, lo espera en casa para almorzar junto con su hermana que también sale de la guardería hacia medio día. Si no alcanza a cocinar, almuerzan juntos en un restaurante cerca a la casa.

Cristian almuerza en el hogar y le gustan los alimentos que le dan: jugo, sopa, colada, frutas y arroz. Saber que su hijo está contento y bien alimentado, aunque no se haya acostumbrado a la siesta, es importante para Luz Dary. Recogerlo en las tardes del hogar infantil, tampoco es un inconveniente; ella prefiere hacerlo veinte minutos antes del cierre oficial de la jornada escolar. La única petición que le haría Luz Dary al hogar es "que le dieran chance de llegar más tarde" porque a veces no logra cumplir con el horario de las 8:00 a.m., la hora límite para recibir a los niños en el hogar.

Si el sistema de salud facilitara el acceso a las citas médicas y el sistema educativo flexibilizara su horario para adaptarse a las circunstancias de mujeres como Luz Dary, se aligeraría algo del peso que carga y se agrava cuando uno de sus hijos se enferma.



Foto 2 – La casa de Cristian en Aguachica

La situación de Jenny y la de Luz Dary tienen similitudes. Ambas son responsables de sostener económicamente la familia y de cuidarla y no tienen compañero. Las dos tienen tres hijos y derivan su sustento de actividades de comercio informal. Sin embargo, Luz Dary tiene una casa propia y cuenta con ayuda para el cuidado de los niños. Recibe el subsidio de *Familias en Acción* y logra organizar su trabajo de manera que a veces puede cocinar para los niños. Parece tener recursos suficientes para comprar medicamentos en la farmacia y vínculos que le permiten resolver diversas situaciones. La vida de la familia de Cristian mejoraría si los horarios del hogar infantil fueran flexibles y la atención médica no le exigiera tanto tiempo. Como es usual en la vida de muchas mujeres, el tiempo es su principal necesidad.

La mamá de John, en cambio, se encuentra en una situación más vulnerable. No ha recibido la ayuda estatal, no cuenta con una red de apoyo, parece agobiada por las obligaciones que no le permiten acompañar ni atender a los niños, debe pagar arriendo y el trabajo, aunque cercano a la casa, le impide incluso pensar en que John sea operado. Las posibilidades de que John avance en su desarrollo dependen casi exclusivamente del hogar infantil. A menos que Jenny logre unas condiciones de trabajo que le permitan mejorar sus ingresos y disponer de más tiempo, John depende de la capacidad que tengan sus hermanos de controlarlo. A Luz Dary también le hace falta tiempo, la escasez de recursos económicos y sociales, sin embargo agravan la precariedad y el riesgo.

Otra situación que aqueja a los niños es que los servicios de salud se hacen deficientes a medida que las personas viven en pequeños centros urbanos o en el campo. La distancia y del acceso a los servicios, se agrava, más allá de las quejas que tiene Luz Dary, e involucra dificultades para resolver problemas crónicos de salud.

Hay que tener prioridad con los niños pequeños

Yanelly fue mamá por primera vez cuando tenía 14 años de edad. Su hija Margi, de nueve años, cursa tercero de primaria en un colegio público de Aguazul, Casanare. Las circunstancias del embarazo fueron difíciles por la edad, porque sus papás le negaron su apoyo y porque la directora del colegio en el que cursaba quinto de primaria, la amenazó con denunciarla al Bienestar Familiar para que le quitaran la niña si no se iba a vivir con el futuro papá, ocho años mayor que ella. Contra su voluntad y presionada por las circunstancias, Yanelly se fue a vivir con él a un pueblo en el Meta llamado Dinamarca. Allí no había doctores, ni centros de salud para llevar los controles del embarazo. "Yo fui a asistir a un control, casi a los primeros días de ir a dar a luz, y ese día me pegaron una vaciada, me regañaron, que yo era muy irresponsable", comenta.

Tres años después del nacimiento de Margi, Yanelly abandonó el hogar porque su compañero le daba "una mala vida". Durante el tiempo que vivió con él, tuvo el apoyo de la suegra, quien cubría sus gastos y los de su nieta. Decidió irse a trabajar al Vichada como raspadora de coca y confió a la abuela

paterna el cuidado de Margi. "Yo me fui porque estaba cansada de los maltratos de él, pero reconozco que fue un error mío haberme ido y dejado la niña", aclara. Durante el año que Yanelly estuvo en el Vichada, el papá se llevó a Margi a Cartagena, sin avisarle, para que la cuidara una tía de ésta. Durante este tiempo Yanelly no tuvo contacto con su familia y en las contadas ocasiones en que logró comunicarse desde el Vichada con Cartagena supo que pasaban meses sin que supieran algo del papá. Un poco más tarde se enteró de que allí habían tratado bien a Margi porque "ella era una niña muy noble y se habían encariñado con ella".

Luego de regresar a Aguazul, Yanelly inició un pleito legal contra del papá por la custodia de la niña. Desde que Margi tiene unos cinco años, ha vivido con su mamá, su padrastro y Lorely, su media-hermana de un año y medio de edad.

Las circunstancias del nacimiento de Lorely fueron distintas: fue una niña planeada y deseada por sus padres; Yanelly tuvo el apoyo incondicional y la paciencia de su esposo y de su mamá y asistió con regularidad a todos los controles prenatales y participó en las charlas organizadas en el hospital para mujeres embarazadas. Pero tuvo un parto muy doloroso que en nada se pareció al parto de Margi, en el que no sufrió. Durante los tres días que estuvo hospitalizada en Yopal para tener a su segunda hija, comenta Yanelly, la dejaron sola en una habitación y las doctoras no le prestaron suficiente atención porque gritaba mucho. A la única persona que recuerda con amabilidad es a un doctor que vistió a la niña: "sentí como un afecto ahí en ese momento, me gustó la forma en cómo me habló y cogió la niña, porque hay doctores que cuando nace un niño, no les importa halarlos, voltearlos. Él fue muy delicado con ella". Yanelly todavía recuerda ese parto cuando de vez en cuando siente un dolor en el abdomen.

Los ingresos familiares provienen principalmente del trabajo del compañero de Yanelly, quien se dedica en su moto a vender ropa interior en Duitama. Ocasionalmente, Yanelly trabaja lavando ropa, planchando o limpiando casas. A esto oficios ya se había dedicado antes de irse para el Vichada y después de que nació su primera hija, cuando interrumpió los estudios de quinto de primaria en los que ya iba atrasada porque había perdido un par de años en la escuela.

Los cuatro viven en una casa pequeña y arrendada de un barrio estrato uno de Aguazul. El techo de la casa es de teja y no hay espacios divididos. En un rincón está la cama de los papás, en otro la cama de las niñas, junto a la ropa limpia y lista para planchar. El espacio central hace las veces de corredor y allí están el televisor, una pequeña mesa donde las niñas hacen tareas y donde están los juguetes de Lorely. Frente de la cama de los papás, está la cocina. El baño queda fuera de la casa. Cuando llueve muy fuerte, como el día de la visita, el agua se filtra a la casa por las rendijas de las tejas y el ruido impide oír algo distinto de la lluvia.

Lorely asiste desde febrero de manera interrumpida a un hogar infantil del ICBF que la mamá califica como "bueno". Ella pasa la mayor parte del tiempo en casa junto con su madre o también en la casa de la abuela materna cuando su mamá se aburre encerrada y se va allí de visita. En el momento de la visita al hogar infantil, estaba cerrado.

Yanelly opina que el hogar infantil es "bueno": "lo único que no me gusta es que se suspende y dura dos o tres meses sin funcionar". Esto sucede por el suministro intermitente de agua. Algunos días la jornada regular de 7:00 a.m. a 3:00 p.m., se reduce por este motivo de 7:00 a.m. a las 12 del día. También por esta razón las mamás deben llevar al hogar agua limpia para preparar los alimentos de los niños. En los grupos focales reunidos en Aguazul, las mamás adujeron otra razón para explicar el cierre de este hogar: "hasta nueva orden". El contrato entre la alcaldía municipal y el hogar no se había renovado hasta ese momento. Pese a esta limitante, la mamá califica el servicio como "bueno" y señala que a la niña le gusta ir al colegio y que cuando llega allí es "como si estuviera en la casa". Al principio, comenta Yanelly, a la niña le dio tan duro como a ella el inicio de las actividades en el hogar infantil, "pero ahora ya no". En todo caso, reconoce, la niña se le ha vuelto "activa y peleona" desde que ingresó allí. Cuando va al hogar infantil es "una ayuda grande", comenta la mamá, porque allí la tienen todo el día. Sobre que hace Margi en el hogar infantil, Yanelli no parece tener claridad: "normal, la llevo a las 7 y la recojo a las 3, sólo la llevo allá", puntualiza.

Cuando el hogar se encuentra cerrado y Yanelly tiene algo que hacer en las tardes, la abuela materna o la tía paterna se encargan de cuidar a Lorely. El papá la recoge en las noches en casa de la tía o de la mamá. Sin embargo, esto ocurre sólo esporádicamente porque Yanelly pasa la mayor parte del tiempo con las niñas en su casa, sobre todo últimamente que Lorely ha estado inestable en materia de salud. En el cuidado de su salud también se involucra activamente su padre: la acompaña a los controles de crecimiento y desarrollo o a las citas médicas para tratar malestares puntuales. En contraste, el último control de crecimiento y desarrollo que tuvo Margi, además del seguimiento en talla y peso que realizan en el colegio, fue cuando tenía seis o siete años de edad, es decir hace unos dos años. Esto sucede porque su mamá "no sabía que la podía seguir llevando así de grande".

Lorely tose mucho en las noches y ha sido así desde que llegaron hace seis meses a vivir a la casa actual. Desde entonces, "ella se me ha ido enfermando y dura 3 o 4 días en el mes bien, el resto del mes sí muy recaída", aclara. En su opinión, el servicio de la IPS subsidiada al que se encuentra afiliada es "bueno" por consulta externa, pero "malo" por urgencias. La principal razón para calificar este servicio de malo es que a pesar de haber llegado con la niña al hospital con una fiebre de cuarenta grados, la atención no ha sido inmediata, y se demoran entre tres y cuatro horas en atenderlos: "y como dicen en los derechos de uno, hay que tener prioridad con los niños

pequeños y con los abuelitos, y eso no se ve. Eso no se cumple en este hospital”.

El centro de atención al que se refiere Yanelly es el *Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego E.S.E.* La consulta con la doctora de medicina externa que atendió a la niña por su problema respiratorio transcurrió de la siguiente manera. Inicialmente la doctora tomó nota de los datos básicos de la niña: edad, fecha de nacimiento, si estaba o no comiendo bien, si asistía a los controles de crecimiento y desarrollo con regularidad. Luego le preguntó a la mamá qué tenía la niña. “Tos”, respondió la mamá. En un esfuerzo por puntualizar acerca del malestar, la doctora preguntó: ¿Seca? ¿Con flema? ¿Qué color tiene el moco? ¿Fiebre? ¿Qué medicamento le ha dado? ¿Todavía toma leche materna? ¿Vacunas? ¿Está en jardín? ¿Le hicieron exámenes en urgencias?, etc.

Luego llegó el momento de la auscultación: peso (la niña había aumentado medio kilo desde su última consulta en mayo, pesaba 13 kg), talla (81cm), ojos, sonido del pecho con el estetoscopio, oídos y revisión de reflejos. La niña llora mientras la revisan. La médica le dice a la mamá que la ve bien. Sin embargo, le receta varios medicamentos y prescribe nebulizaciones. Le explica a Yanelly cómo usar la cámara para inhalar que le formula. A la pregunta: ¿cuántas veces se enferma al mes? la mamá respondió: “todo el mes”. Por este motivo, insiste la doctora, la niña tiene que subir las defensas y tomar mucho líquido.

Antes de explicarle los signos de alerta que señalarían la necesidad de acudir de nuevo al hospital, la doctora pregunta si en la casa donde viven hay mucho polvo o humedad. La mamá responde que no y pregunta si no es necesario que la niña sea remitida a pediatría. La doctora responde que no. Antes de despedirse de la mamá y de la niña entrega la fórmula con el número telefónico al que debe llamar para conseguir el medicamento para aumentar las defensas. La IPS no cubre este medicamento. La médica le recomienda a la mamá que no deje que a la niña le den tanto antibiótico cuando esté enferma. Si con el medicamento que ella formuló la niña no mejora, aclara, tendrán que suministrarle otro durante otros tres meses. La doctora no descartó ni confirmó la sospecha de la mamá de que su hija fuese asmática. El diagnóstico que consignó en su historia clínica fue: “rino-faringitis crónica”.

La visita culminó de manera cordial con la despedida de Yanelly y la médica. En una corta entrevista luego de la consulta, la doctora aclaró que Lorely es una niña sana que en ese momento, por el periodo de lluvias, presentaba gripa más frecuentemente. Comentó que la patología más frecuente de los niños menores de seis años en Aguazul son las infecciones respiratorias causadas por el clima, las diarreas y la dermatitis, debido a la escasez de agua. En Aguazul “todavía toman mucha agua cruda, todavía andan

descalzos, comen muchas harinas, entonces se presenta la obesidad, así como la desnutrición”.

Sobre las remisiones a especialistas, la doctora aclaró que todos los pacientes que antes eran del Sisben y que ahora tienen un servicio como Caprecom, Capresoca o uno subsidiado, pueden ser remitidos a especialistas “siempre y cuando tenga convenio con el hospital”. De esta manera, aunque el hospital cuenta con servicio de pediatría, oftalmología, optometría, psicología y nutrición, el acceso a estos servicios depende “del seguro que tenga”, enfatiza la doctora. Si un niño necesita una remisión para pediatría, la solicitud debe enviarse primero al seguro para la autoricen “ya sea en Yopal o dependiendo del convenio y lo que tenga el niño, ya sea para Villavicencio o para Bogotá”.

A estos sitios remiten también las urgencias que el hospital no está en condiciones de atender por limitantes en materia de infraestructura. El parto de Lorely fue en Yopal, y una ecografía que su mamá necesita para saber la razón de sus constantes dolores abdominales también fue autorizada para esta ciudad. Sin embargo, no la ha podido hacer por falta de dinero para transportarse hasta allí. En otra ocasión, a Lorely le autorizaron una cita con un ortopedista, también en Yopal, para solucionar un problema de displasia de cadera que le había sido diagnosticado en Aguazul. Los tres meses que su mamá tuvo que esperar para que le asignaran esta cita fueron suficiente razón para que ella y su compañero decidieran llevarla a un ortopedista particular en Duitama. El ortopedista determinó que la niña estaba bien.

A Margi le atendió un pediatra en Aguazul hace un año y medio cuando no quería comer, pero la valoración que hace Yanelly del servicio de urgencias y de especialistas es “mala”, porque acceder a un especialista “es algo que uno ve imposible”, agrega.

Entre los niños que participaron en la investigación, Lorely es la única que vive con su padre. También es la única cuya madre no trabaja regularmente y está buena parte del tiempo con su hija. En su casa no falta la comida y las necesidades importantes pueden resolverse. Sin embargo, el servicio de salud no logra resolver las dificultades de Lorely y de su mamá. Aunque cuentan con algunos recursos para pagar servicios médicos, la distancia de centros hospitalarios mejor dotados y lo que Yanelly considera malos servicios de urgencias y de especialistas han impedido que su hija goce de mejor salud y asista regularmente al hogar infantil. Con todo, las dificultades para acceder a servicios de salud en los que se atiendan necesidades que desbordan las de crecimiento y desarrollo, especialmente el control de talla y peso, no se pueden atribuir siempre a fallas en el sistema de salud, a la falta de tiempo de mujeres sobrecargadas por las obligaciones, a las distancias y las dificultades de transporte o a la burocracia de los servicios de salud. Incluso en una importante ciudad pueden encontrarse situaciones que ilustran un panorama diferente en relación con el sentido del cuidado que reciben los niños de 0 a 6 años.

La salud al amparo de Dios

Felipe Caicedo es un niño de dos años de edad. Yesenia, su mamá, tiene 21 años está validando en las noches los estudios de bachillerato que interrumpió a los diez y nueve años de edad cuando se enteró de su embarazo. Tras una fallida demanda por alimentos entablada en contra del padre de Felipe, que no culminó satisfactoriamente porque Yesenia no asistió a la última citación, la responsabilidad del cuidado de Felipe recae sobre su mamá, sus abuelos maternos y los siete tíos y tías con quienes vive. El contacto entre Felipe y su papá es nulo.

Felipe vive junto con su familia en un apartamento de dos habitaciones ubicado en el barrio Sucre, uno de los sectores marginales de Cali al que la gente suele referirse como el "Cartucho". La familia Caicedo se compone de dos niños —Felipe y su prima menor con quien se llevan tan sólo unos meses de diferencia—, cuatro mujeres y cuatro hombres entre los 14 y los 26 años de edad y los abuelos de Felipe y su prima. Aunque todos los miembros de la casa participan del cuidado de los niños, aparte de Yesenia, sus abuelos y la madre de su prima son las personas involucradas de manera más activa en su cuidado.

La base de la economía familiar es la actividad del reciclaje a la que se dedican los abuelos de Felipe con ayuda de tres de sus hijos hombres, desde que llegaron de Buenaventura a instalarse en Cali hace más de quince años. La familia Caicedo comparte un *ethos* solidario y comunitario de la vida y del trabajo, férreamente soportado por sus concepciones cristianas: asisten a misa juntos los domingos; suelen recibir en casa una guía espiritual de su iglesia que comparte con ellos las enseñanzas de la Biblia; distribuyen el producto de su trabajo para el bienestar de todos en el hogar; ninguno de los miembros de la familia consume alcohol; reparten las obligaciones domésticas de tal manera que las mujeres que se encargan de los oficios domésticos de lunes a viernes puedan descansar de dichas obligaciones durante el fin de semana; trabajan arduamente desde que amanece hasta tarde en la noche y gozan de cierta estabilidad económica gracias al ahorro permanente, que les permitió adquirir sus propias carretas para reciclar y una bodega que hoy en día les provee un margen de ganancia más amplio. Junto con los abuelos, a este trabajo se dedican los tres hijos varones de aquellos. Jesenia afirma que los abuelos soportan los gastos más exigentes del hogar: el arriendo, el pago de los servicios públicos y la comida.

Desde muy temprano en las mañanas, Yesenia y una de sus hermanas, mamá de la prima de Felipe, venden arepas en la esquina del edificio donde viven. El puesto de arepas es de su entera responsabilidad, porque no están obligadas a abrirlo cuando otro tipo de obligaciones se los impide. En días normales, la venta se inicia a las 6:00 a.m. y termina entre las 10:30 y las 11:00 de la mañana. Además de esta labor, y de las obligaciones del hogar (cocinar, hacer aseo y demás), Yesenia y su hermana elaboración manualmente cientos de pequeñas flores en distintos materiales que les encargan para decorar ropa y

zapatos. Ocasionalmente participan en esta actividad las otras mujeres de la casa. Los ingresos provenientes de la venta de arepas y de la venta de estas flores se destinan a la compra de ropa e implementos de aseo para Felipe y su prima. Estos gastos y el cuidado diario de los niños los comparten Yesenia y su hermana.

En un día regular durante el periodo escolar, deciden quién iniciará la venta de arepas y quién se encargará de bañar a los niños, prepararles el desayuno y alistar a Felipe para llevarlo al jardín. La prima de Felipe todavía no asiste al jardín. La otra se encarga de atender el puesto de arepas, de ayudar si es necesario con la venta una vez regresa de dejar a Felipe en el jardín, de cuidar a su prima y de las labores del hogar: hacer aseo, tender las camas, lavar la ropa y preparar el almuerzo. A Yesenia le corresponde casi de manera exclusiva recoger a Felipe todos los días hacia las 4:00 p.m. luego de su jornada escolar y hacerse cargo de su salud: llevarlo al médico y a los controles de crecimiento en el puesto de salud del barrio donde viven. Sin embargo, los controles no se hacen a intervalos regulares, por olvido o incumplimiento de su mamá.



Foto 3 – La siesta en el Hogar Infantil *Renacer*

Ubicado a tan sólo unos cinco minutos a pie de la casa de Yesenia y a otros pocos pasos de una de las zonas de la ciudad donde habitan recicladores, el jardín infantil al que asiste Felipe se considera un oasis. *Renacer*, el nombre del jardín, expresa que es una alternativa comprometida de cuidado y protección a la población infantil altamente vulnerable del sector. Yesenia y varios de sus hermanos pasaron por este plantel y conocen a las profesoras y a la directora. También por el recuerdo amable y cariñoso de los días que pasó allí, decidió inscribir a su hijo.

A mediados de la década de los ochenta, cuenta su directora, y a raíz de un incendio en un inquilinato en el que murió un niño del sector, madres comunitarias y líderes de la zona decidieron movilizarse para impulsar la creación del jardín como parte de un proyecto urbano de renovación del centro de Cali. Con la creación de este jardín se esperaba aliviar el desamparo en el que quedaban los niños que vivían en inquilinatos y quedaban solos en casa mientras sus mamás iban a trabajar. La iniciativa contó con el apoyo de la alcaldía local y del club privado Activo 20-30, que también funciona como una ONG internacional y está conformado por jóvenes empresarios de la ciudad. La casona donde funciona *Renacer* es un viejo inquilinato del sector que abrió sus puertas como jardín hace 16 años. Hoy supe las demandas de ciento cincuenta niños del sector entre un año y cuatro años y once meses de edad. *Renacer* se guía por los lineamientos del ICBF en materia de atención a la primera infancia y cuenta con una planta docente de siete maestras de las cuales la más joven y la que menos tiempo lleva en *Renacer* es la coordinadora del curso de Felipe. Todas tienen título de licenciadas en primera infancia, son normalistas superiores, como la coordinadora de Felipe, o están cursando estudios en pedagogía de la primera infancia.

En el momento de las visitas al jardín se estaban haciendo cambios para satisfacer los lineamientos sobre personal que demanda la estrategia *De Cero a Siempre*. La directora estaba seleccionando a una nueva maestra para reducir al máximo veinte, el número de niños por curso. El nivel "caminantes 2" al que asiste Felipe, sólo tiene quince niños entre dos años y dos años y medio de edad. Al implementarse los cambios en materia de personal, el jardín contará con ocho maestras, tres auxiliares pedagógicas, cuatro auxiliares de servicios generales (dos de las cuales se dedicarían de manera exclusiva al aseo y otras dos a la manipulación de alimentos), una nutricionista y una orientadora psicosocial. Esta última, señala la directora, hace parte de la nómina del jardín desde hace varios años gracias a los fondos provenientes del *Club Activo 20-30*, que subsidia su salario.

En casa, Felipe comparte los juguetes con su prima. Ambos tienen varios animales de peluche dispuestos sobre las camas y el armario o que cuelgan de la pared de la habitación en la que duermen. Además, tienen un barril

lleno de juguetes, principalmente carros de plástico, que pueden usar en cualquier momento. También tienen una mesa y una silla de plástico pequeña que hace las veces de escritorio. No hay ningún libro para niños disponible en casa. Junto al televisor que se encuentra en la habitación de Felipe y de su prima hay un equipo de sonido que está siempre prendido. Una modalidad de reggaetón cristiano se escucha a muy alto volumen. Los niños parecen reconocer las melodías, las tararean y se mueven al compás de ellas. Yesenia comentó que tienen dos computadores en el apartamento, pero no estaban a la vista. Con frecuencia, sale a un cubículo de Internet cercano para revisar su correo electrónico.

Para atender la salud de su hijo cuenta con el respaldo económico de sus padres, que de ser necesario le dan el dinero para llevar el niño a los controles médicos. Ellos también ayudan en caso enfermedades que requieran cuidado, pero Yesenia tiene la responsabilidad llevar a Felipe a sus citas médicas o a las citas programadas para los controles de crecimiento.

Felipe ha estado hospitalizado varias veces. En una ocasión, Yesenia olvidó llevarlo al centro de salud para una de sus vacunas; en otra, desistió de llevarlo a un pediatra para que le trataran un sarpullido porque le cancelaron la cita, y luego de solicitarla nuevamente la perdió y desistió en vista de que la afección cutánea había mejorado. En otra ocasión los abuelos llevaron a su nieto de urgencias al hospital más cercano: Felipe había convulsionado por una fiebre muy alta. Por este motivo, estuvo hospitalizado cinco días, tiempo durante el cual le suministraron un medicamento que debía seguir recibiendo cuando fuera dado de alta. Antes de acabarse el medicamento Yesenia debió haber solicitado una cita de control con un neurólogo para determinar, entre otras cosas, si era necesario seguir suministrándoselo. Aunque Yesenia sacó esta cita dos veces, en ambas la perdió. La primera vez porque tenía "muchas vueltas que hacer". La segunda, no recuerda exactamente por qué. Si bien antes de perder estas citas Felipe había sido atendido por un pediatra que redujo la dosis del medicamento y le formuló un examen de la cabeza, en el momento de la entrevista, habían pasado ya algunos meses después de este incidente y el control con el neurólogo continuaba pendiente. Yesenia no sabía si Felipe seguía necesitando el medicamento. A propósito de esta visita programada e incumplida con el neurólogo, comentó que cuando su hijo nació, le tomaron la medida de la cabeza con el ánimo de indagar por qué era tan pequeña. Después de esto Felipe no ha sido valorado nuevamente por neurología para saber si el crecimiento de su cabeza avanza de manera normal.

Con el propósito de retomar las riendas del cuidado de la salud de Felipe, Yesenia se apresuró a sacar una cita, también aplazada varias semanas antes, para un control de crecimiento y desarrollo. Estos controles los realizan enfermeras en el Centro de Salud San Pascual, está ubicado frente al jardín infantil. A contrapelo de la percepción de descuido que transmiten los relatos

de Yesenia, la enfermera que atendió a Felipe manifestó que ella lleva juiciosamente a su hijo a los controles cada seis meses a este centro de salud. La principal observación de la enfermera sobre el estado general de Felipe es que tiene baja talla para su edad; advierte, sin embargo, que esto puede deberse a los genes de los padres y es difícil determinar si hay algo de lo que deba preocuparse, o no. A pesar de esta incertidumbre, le recomendó a Yesenia continuar con el esquema de vacunación para Felipe, y darle una estimulación y una alimentación adecuadas a su edad. El hecho de que la enfermera se dirigiera con familiaridad y por sus nombres a Yesenia y a su hijo, y su conocimiento de la situación de Felipe, permiten considerar que efectivamente el niño asiste a los controles con la debida periodicidad.

Las hospitalizaciones y demás consultas con especialistas que requiere Felipe se realizan en clínicas y hospitales del sector. Sobre las veces que Felipe ha estado hospitalizado, Yesenia no tiene queja alguna; su impresión es que la atención de los médicos ha sido muy buena y que la EPS no ha escatimado gasto alguno para indagar por medio de costosos exámenes sobre el estado de salud de Felipe, incluido otro examen de la cabeza para establecer posibles secuelas de la alta fiebre que tuvo.

Yesenia parece estar muy satisfecha con los controles de crecimiento y desarrollo en el puesto de salud y con la atención eficiente que Felipe ha recibido cuando ha estado hospitalizado. La primera vez fue cuando le dio neumonía y estuvo hospitalizado cinco días mientras completaba un ciclo de nebulizaciones. En este caso Felipe se enfermó porque solían dormir con la puerta del balcón de su habitación abierta para mitigar el calor. A pesar de arropar a Felipe con gorros y sacos, la neumonía no tardó en llegar. La segunda vez que Felipe pasó por una hospitalización fue por la fiebre alta.

Unos días después de realizada la entrevista a Yesenia, por un desafortunado accidente, señaló, Felipe se soltó de sus manos y un carro lo atropelló. En este momento se encuentra en recuperación, pero, confiando en Dios, señala su mamá, ha respondido bien al tratamiento y pronto se recuperará.

Aunque Felipe crece en un barrio particularmente vulnerable, es de los seis niños del estudio, el que vive con la familia más grande. Si bien su padre no participa en su vida, varios de sus tíos y su abuelo hacen parte activa de su vida. La organización de la economía familiar le garantiza las principales necesidades y en el jardín infantil cuenta con una formación que promueve su desarrollo. Recibe el cuidado diario de su madre y de su tía. Yesenia parece algo negligente en las cuestiones de salud, pero la moralidad cristiana de la familia, su unión y los servicios sociales a lo que tiene acceso Felipe parecen compensar los riesgos que esto acarrea.

Otros servicios de salud

La atención en salud vinculada con la estrategia *De Cero a Siempre* comprende la atención desde el embarazo, cuyo cuidado es fundamental para garantizar una gestación física y emocionalmente saludable del niño. Es notorio que de las seis mujeres que participaron en la investigación tuvieron su primer hijo antes de los veinte años. Dos de ellas a los 13 y a los 14 años. Muchos de los hijos que han tenido no fueron planeados ni deseados y sólo una de ellas vive con su marido. Todas interrumpieron los estudios por el embarazo y solamente dos los retomaron. Una válida actualmente la secundaria y solamente Carmen culminó la escuela normal, tiene un empleo formal y la aspiración de cursar una carrera universitaria.

Las experiencias de las mujeres entrevistadas indican que los controles durante el embarazo se llevan a cabo con regularidad, incluso si se trata de pacientes que deben desplazarse desde veredas lejanas. Si no se presentan inconvenientes con los convenios, las entidades remiten oportunamente a las mujeres a los hospitales de mayor nivel cuando deben tratarse situaciones que revisten alguna gravedad. En Sibundoy, sin embargo, Carmen no quiso asistir a los controles prenatales durante el embarazo de Nathaly porque temían que le sacaran sangre, como sucedió cuando esperaba al mayor. Decidió no asistir a los controles en los embarazos de sus otros dos hijos. Pese a los consejos y advertencias de vecinos y familiares, sólo asistió al hospital de Colón en el momento del parto.

En Valledupar, Patricia tuvo algunos inconvenientes durante el embarazo y recibió la atención adecuada. Además de someterse al control mensual y recibir las vacunas:

...con la nutricionista me mandaron dos veces, porque yo me desnutrí, yo no comía, me daba asco toda la comida, solo tomaba jugo, y me deshidraté bastante. Eso no me había pasado en los otros embarazos, entonces, me mandaron con la nutricionista, porque estaba bajísima en peso, la nutricionista me regaló hasta dos potes de Pediasure madres, me regaló unas latas grandes, fueron como tres citas que estuve con la nutricionista, hasta que ya estaba bien, me mandó una lista, un menú de lo que me tocaba comer para no pasarme de peso, pero por mucho que quise controlar eso, me sobrepasé...

Durante el embarazo de Cristian, Luz Dary estaba desempleada en Aguachica y se inscribió al régimen subsidiado. Con un embarazo de alto riesgo, tuvo que insistir durante cuatro meses, antes de conseguir que la atendieran en urgencias.

... eso fue un proceso grandote, yo vivía acá, yo no me podía mover, no podía montar en una moto. Entonces, eso fue un proceso para la droga, un proceso para todo. Eso me tocó amenazarlos con tutelas, llamando cada rato, hasta que por fin pude hacer el traslado para que me recibieran en urgencias. Me tocaba pagar particular, como hasta los cuatro meses pagué particular, teniendo un subsidio y siendo mujer embarazada y sabiendo las condiciones en que yo estaba.

Los síntomas de aborto continuaron a lo largo del embarazo. Durante este tiempo, el hospital en Aguachica estaba mal preparado para enfrentar esta situación, de

manera que sus padres tuvieron que acudir y pagar los medicamentos recetados en el hospital y en una consulta externa:

...cada rato hospitalizada porque tenía síntomas de aborto. Y uno llega allá con un dolor impresionante..., lo mínimo que uno espera es la atención, que lo pasen a uno... para que se le calmen los dolores. L la primera vez que yo tuve, yo fui allá y fui sola, porque mi papá y mi mamá estaban trabajando, mi hijo se me iba a salir, no tenía un celular, no tenía a quién llamar para que fuera al hospital a que me dieran una pastilla, porque el hospital no cuenta con algo que se presenta a diario, que es una mujer que se le va a salir un bebé, que todo mundo sale y que no tengan una pastilla para detenerme las contracciones o el aborto, que yo no sé..., a mí se me zafó la placenta, se me salió y esperar como hasta las diez de la noche que mi mamá salió, ir allá, irme a comprar la pastilla, ingresé como hasta las cuatro de la tarde, para que me la pudieran dar; que no había la pastilla, que tenía que comprarla. Mi papá me compró cinco cajas. Yo cada vez que iba me decían ¿se tomó la pastilla? Yo ya sabía qué era lo que me iban a dar, yo llevaba hasta los óvulos, con eso le digo todo, no le estoy diciendo mentiras. Me mandaban la droga, yo pagué unas consultas particulares, él me recetó unas vitaminas bastante fuertes... que sea mejor. Entonces, me recetó unas, y las pastillas me costaban 40 mil, 50 mil, pero yo con tal que mi hijo estuviera bien comprábamos toda la droga; me mandaban acetaminofen, sulfato ferroso y ácido salicílico, era lo único que me mandaban, y los óvulos para la infección, entonces, me tocó, porque yo tuve una infección desde el primer mes hasta el último mes, fue una infección bárbara, una infección urinaria, pero era fuerte, fuerte; entonces, me tocaba comprar las pastillas particulares, eso fue un gasto tremendo..., como era no POS, ... las mujeres que les toca solas, que no tienen el apoyo de los papás, yo creo que por eso será que se les muere el bebé, porque no hay una protección para ellas.

La situación de salud de Luz Dary siguió siendo delicada y nuevamente recibió una atención negligente:

...me hospitalizaron antes de tener el bebé. Yo me sentía mal y mal, con esa anemia crónica. Mi papá peleó, entonces, me sacaron de ahí, me llevaron para el hospital. A mí apenas me llevan al Hospital Regional me hospitalizan, lo que te cuento me ocurrió en el Barahona. Entonces, mi papá me sacó en contra de la voluntad de todos, me llevó para el Regional, a mí se me dormían las manos, se me hinchaban los pies, tenía un sobrepeso, porque en menos de un mes subí 25 kilos, parecía un monstruo, retenía mucho líquido, muy poco orinaba. Me llevaron allá, había una doctora ahí que afortunadamente estudió conmigo, ella era la que estaba ahí, y cuando ve toda esa cantidad de óvulos que me habían hecho colocar, ella se asustó mucho, me dijo, ya ha dilatado dos centímetros, ¿te hicieron tacto? Nunca me hicieron tacto, en el Barahona tampoco, o sea, ya pasando una semana para tenerlo, y si duré cuatro días, pues ya lo que faltaba era nada, y ellos deteniéndome los dolores y haciendo de todo. Entonces, ella cambió de turno, pasó así, me colocaron ahí, después al otro día llega el ginecólogo, que yo era una floja, que yo era una problemática, que yo por qué tenía que

llamar a mi papá y a mi mamá. Yo les dije, pasé cuatro días allá, tengo dos días acá y no pasa nada. Entonces, mi papá empezó a pelear, y me dijeron que si seguía así no me iban a atender. Eso fue en el Regional, tampoco me hacían tacto, tampoco me hacían nada.

Después de este episodio, Luz Dary asistió a la clínica *Maria Auxiliadora* que tiene convenio con *Famesalud*, lo que debía garantizarle la atención. No obstante, en maternidad le indicaron que por la gravedad del embarazo no pueden recibirla y la remiten nuevamente al hospital regional. Puesto que su madre trabaja en la clínica, acuden al gerente, quien les explica que ellos solamente pueden atender casos graves. Luz Dary le informa sobre su estado crítico y el gerente le pide que espere. Ofendida, porque tiene que esperar pese a tener el carné, Luz Dary vuelve al hospital regional.

También en Aguazul, Yanelly está insatisfecha con los controles prenatales. Está en el sexto mes de embarazo y ha tenido tres citas médicas. Las dos primeras fue atendida por una enfermera y la tercera fue una atención en odontología. Ella considera que ahora apenas tendrá la primera cita con un médico:

En ese si me ha ido terrible acá, porque aquí no hay especialistas y los controles son muy superficiales, si a ti te atiende una enfermera jefe y es la que te manda hacer los controles, te examina el médico, te dice estás embarazada y tienes que ir a controles, pero te atiende es una enfermera jefe que te manda a sacar la citología, exámenes y cosas de esas y ella es quien te ordena y ella misma lee los resultados, se los pasa al médico y el médico le manda a uno algo. Por ejemplo en este también tengo toxoplasmosis y una infección urinaria y una vaginal, entonces me mandaron un medicamento, y resulta que el medicamento no lo hay aquí en Aguazul, entonces tengo que ir hasta Yopal por 23 capsulitas y una crema externa. Entonces yo digo la pago particular, porque me sale carísimo, un pasaje a Yopal cuesta \$3000, más el taxi, porque no voy a caminar, y peor que las filas que hay que hacer para que las autoricen, primero es una fila de casi de 200 personas para que me autoricen y luego una fila de 50 para reclamar

Yanelly planea viajar a Bogotá para el parto.

El desarrollo de los niños

A partir de la información obtenida durante el acompañamiento a los niños en sus casas y en los jardines infantiles, así como mediante las entrevistas a maestras jardineras, directores de planteles, a madres de familia y cuidadores de niños hasta los seis años de edad que acuden a los servicios de los hogares infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en Sibundoy, Cali, Pradera, Aguachica, Valledupar y Aguazul se reconocen aspectos significativos del desarrollo infantil y la forma como se expresan actualmente los lineamientos pedagógicos que interesan a la estrategia *De Cero a Siempre* especialmente como están contenidos en los documentos del Ministerio de Educación Nacional (2009) y del ICBF (2006).

A diferencia de la actitud más crítica de los comentarios de las madres en relación con los servicios de salud y los controles de desarrollo y crecimiento, su percepción de los servicios de los hogares infantiles es otra. En primer lugar, cabe destacar que la mayoría de los niños asiste con gusto al jardín y que los padres (en su mayoría las madres) se involucran en las actividades realizadas por el hogar infantil. También es positiva la valoración de las maestras jardineras sobre su labor y la materna sobre los cuidados que los niños y niñas reciben en el hogar infantil. Tanto las madres como las maestras jardineras coinciden en que lo más importante es que en el jardín los niños reciben una alimentación sana y balanceada. Este primer aspecto favorable, llama sin embargo la atención sobre el hecho de que el interés de las madres no recae en los procesos de formación sino en la alimentación.

En los establecimientos visitados rige para todos los efectos, el principio pedagógico establecido en los lineamientos del ICBF y repetido por madres y maestras jardineras con y sin formación en pedagogía: "el propósito de la educación inicial no es la escolarización temprana y convencional de los espacios educativos. Se buscan la recuperación, el aprovechamiento y el enriquecimiento de situaciones cotidianas, de prácticas artísticas, culturales y diversas situaciones de resolución de problemas que día a día involucran a los niños en un permanente desarrollo" (Mineducación 2009). Las estrategias impulsadas en el aula de clase para ellos se expresan en los proyectos pedagógicos que las maestras jardineras realizan en sus aulas. Se entiende entonces el desarrollo como "un proceso permanente y continuo de interacciones y relaciones sociales de calidad, pertinentes y oportunas, que posibilitan a los niños potenciar sus capacidades y adquirir competencias en función de un desarrollo pleno como seres humanos y sujetos de derechos" (Mineducación 2009). El desarrollo de las competencias (la motricidad fina, por ejemplo), cobija el conjunto de procedimientos que constituyen un "saber hacer" (ensartar, rasgar y delinear como rasgos de motricidad fina) y, a la postre, permite un "poder hacer" más específico. Lo anterior requiere del "cuidado y acompañamiento apropiado del adulto que favorezca su crecimiento y desarrollo en ambientes de socialización sanos y seguros" (Mineducación 2009).

La articulación doméstica de los programas sociales

Un niño puede ingresar a temprana edad al hogar infantil. Según las disposiciones del establecimiento, la jornada puede variar. Pero sin considerar cuál sea, el horario escolar pasará a regir la vida de la familia. En la medida en que el hogar infantil cumpla su labor podrá también articular los programas sociales que cobijan a la población que atiende, incluidos los padres. Esto es posible, siempre y cuando la madre o el cuidador, forme una alianza con la maestra jardinera para el cuidado del niño y logren sacar el mejor provecho de los diferentes programas que benefician a la familia. Adicionalmente, el cuidado de los niños mejora sustancialmente si la madre dispone de tiempo para atenderlos. Esto es posible si hay uno o más adultos que contribuyan a solventar las necesidades económicas y brinden ayuda en las labores domésticas y el cuidado de los niños.

Juliana, de dos años de edad, nació cuando su mamá, Patricia Terán, tenía treinta años. Juliana vive con sus dos hermanas mayores, de ocho y once años, un primo de ocho años, Patricia y la abuela materna. Las hijas de Patricia nacieron en Valledupar porque: "yo me crié aquí, he vivido aquí, entonces, quería que fueran de aquí, que pertenecieran a un solo lugar todas tres". Ninguno de los tres padres de las tres hijas de Patricia, ni el papá del primo de Juliana, hermano de Patricia, ha vivido con ellos más de unos meses, pero todos contribuyen económicamente al sostenimiento de sus hijas. El papá de la hija mayor, por ejemplo, quien vive con su esposa y su hija a la vuelta de la esquina, aporta diariamente para la lonchera de la niña. Con los otros dos padres Patricia tiene contacto telefónico y aunque no siempre atienden sus solicitudes, no duda en llamarlos cuando necesita dinero extra para los gastos de las niñas.

Patricia está validando el bachillerato en las noches y asiste a clases de lunes a viernes de 6 p.m. a 8 p.m. Durante el día modela figuras decorativas en fomi y porcelanacrón que ocasionalmente vende entre amigos y conocidos. Durante un tiempo trabajó como empleada doméstica por días, pero le resultó agotador y decidió volver a las manualidades. Una de las principales fuentes de ingresos de la familia es el trabajo de la abuela, quien vende almuerzos en una calle comercial ubicada a menos de quince minutos a pie de la casa. Aunque el negocio es de una socia de la abuela, deja ganancias suficientes para cubrir los gastos diarios y economizar en la compra de alimentos pues con frecuencia sobra comida que se cuenta como parte de las ganancias. Ocasionalmente, los otros hermanos varones de Patricia, incluido el papá del niño que vive con ellas, le envían algún dinero.

Patricia también recibe el subsidio de *Familias en Acción* por Juliana. Aunque la familia Terán vive en estrato 2, el papá de Juliana, quien hizo la diligencia, tiene su casa en estrato 1. La hija mayor de Patricia no tiene acceso al subsidio porque su papá fue policía y "a ella prácticamente le paga el Estado", comenta. La hija del medio tampoco lo recibe por el estrato socioeconómico de Patricia: "si yo apareciera en estrato 1, yo la podía meter, pero yo averigüé y me dijeron que yo podía haber sacado una custodia, que podíamos ir al ICBF para que dieran una custodia, y así sí la podía meter, que dependiera de

él [del papá de Juliana], como para protegerla, darle el privilegio de que entrara a *Familias en Acción*". Sin embargo, este trámite no se pudo hacer y Patricia aún está ideando la manera de acceder al subsidio para la segunda hija.

La casa en la que viven pertenece a los padres de Patricia, así que no pagan arriendo. Aunque el papá de Patricia abandonó el hogar, la mamá siguió viviendo en la casa en la que Patricia creció. La casa se compone de dos habitaciones grandes, un baño, una cocina, sala comedor y un patio trasero donde la abuela cría tortugas y cultiva algunas frutas y plantas aromáticas. En una habitación duermen las tres niñas y en la otra el niño, la abuela y Patricia. El televisor de la casa está ubicado encima de un armario en el cuarto de las niñas. Un estante de esta habitación se destina solamente para los muñecos de felpa y demás juguetes de las niñas. Cuando alguna de las niñas quiere algún juguete debe primero pedir permiso a la mamá quien se encarga a diario de recordarles, no sin esfuerzos, la importancia del orden en el hogar: "yo [a Juliana] le digo sí, pero después vienes y los recoges otra vez y los guardas allá, y así lo hace: los pone todos donde lo encontré".

Al igual que el orden, la higiene de las niñas y la limpieza del hogar son importantes para Patricia: "uno es pobre, pero ser pobre no es ser puerco", enfatiza. Con esto Patricia llama la atención sobre el hecho de que si bien no ha podido reunir el dinero para comprar el suéter del uniforme de Juliana, su casa siempre está limpia y las tres niñas tienen la ropa necesaria para estar en la casa, salir e ir a estudiar. Juliana, por ejemplo, comenta la mamá, ya sabe que tan pronto entra a la casa debe quitarse los zapatos y ponerse las chanclas para no "entrar mugre" al hogar. Cada una tiene sus objetos personales y de aseo, que no intercambian, y un espacio en el armario para guardar la ropa por separado.

Al medio día los niños vuelven a casa y Patricia los espera para almorzar. Eliana, la segunda hija, sufre de un síndrome nefrítico y debe controlar su apetito y las calorías. Para ella y para su primo, este es, en ocasiones, el segundo almuerzo: "allá [en el colegio] no les dan un almuerzo completo. Les dan un poquito de cada cosa para que no vengan tan hambrientos, pero eso no sirve de nada, Eliana come mucho". Juliana tampoco se siente satisfecha con el almuerzo que recibe en el hogar infantil y también llega a casa después de medio día a comer y a descansar. Juliana recibe del ICBF una bolsa de Bienestarina. Aunque Patricia y su mamá tratan de mejorarle el sabor añadiendo sabores a fruta, a los niños no les gusta y prefieren bebidas gaseosas. Los niños beneficiados también reciben semanal o mensualmente leches y galletas que sí consumen de manera regular.

Una vez salen los mayores de casa, Patricia prepara a Juliana para prepararla para el hogar infantil, ubicado a cinco minutos a pie. Juliana ingresó allí en enero de 2012; hasta mediados de julio, ha asistido irregularmente por sus

problemas de salud, principalmente gripa. Un diagnóstico médico determinó que a la niña se le "apretaba mucho el pecho, la respiración", como explica su mamá, porque es asmática, "Yo dije ¡eso no puede ser!, a veces los médicos se equivocan, de pronto la niña lo que tiene es parásitos. La purgué y se le quitó". Antes de purgarla, Patricia la llevó en varias ocasiones de urgencia al hospital más cercano, a menos de diez minutos a pie. Aunque de momento el servicio de urgencias está cerrado, Patricia señala que la atención del centro "no es mala" y que aunque la gente "se queja mucho de todo", el servicio que prestan es normal:

... uno llega, tiene que esperar el turno. Si son niños sale una enfermera, pregunta por los carné, con quién está afiliado, por qué los lleva uno. Si ven que están muy agitados o muy malitos los pasan primero que a los adultos, les mandan las terapias, se las hacen ahí mismo, los dejan en valoración. Si ven que van evolucionando bien los mandan; si no, los dejan hospitalizados. Es un servicio bueno, les dan las comidas, están pendientes las enfermeras, los médicos.

La maestra considera que el asma es la principal razón de las ausencias de la niña y es el único inconveniente: que se ha enfermado bastante. Ella se comunica telefónicamente con la mamá para saber por el estado de salud de Juliana y Patricia está siempre atenta a los controles de crecimiento y desarrollo de Juliana. Conoce bien la sanción de *Familias en Acción* si los incumple.

A Juliana, por su parte, se le dificulta hablar. En opinión de su mamá, a ella "le cuesta un poco expresarse, pero si usted le dedica tiempo, ella pone mucho de su parte, porque ella es muy inteligente, ella es muy pila". La maestra comenta que Juliana se mantiene en el rango "de lo esperado" para un niño de su edad y que si bien reconoce que tiene un "problemita" con el lenguaje, cuando entró al hogar infantil "era peor; ella ahora está soltando bastante, antes no hablaba nada, pero ya la noto que está soltando bastante la lengua". Esta apreciación contrasta, sin embargo, con el poco tiempo que la niña ha permanecido en el hogar infantil y con necesidad que ve Patricia de que la trate un terapeuta de lenguaje. "Yo hasta ahora no he solicitado ningún especialista para ella, hasta ahora lo voy a solicitar para el habla".

Los niños del régimen contributivo de salud deben acudir primero a una cita médica en la que el médico sopesa la necesidad de remitirlo a un especialista. Esto coincide con la indicación de la enfermera entrevistada en el hospital de primer nivel al que acude Juliana a los controles de crecimiento y desarrollo: "si el niño tiene problemas auditivos, el médico se lo manda al pediatra, al otorrino o al fonoaudiólogo; si tiene problemas en el crecimiento, el médico se lo remite al pediatra, el pediatra se lo remite al endocrino; entonces, ya tú sabes que todo esto es una cadena".

La maestra jardinera opina que las constantes fallas han dificultado que Juliana se haya adaptada del todo al hogar infantil. Por el mismo motivo Patricia y la abuela de Juliana explican que la niña todavía llora cuando

cualquiera de las dos la deja allí a las 7:30 a.m. Patricia afirma: "Yo así llore la dejo. Me parte el alma, pero la tengo que dejar. Pero cuando yo cruzo la esquina, al ratico miro y ya no llora más, se le pasa rápido". Cuando la abuela descansa de su trabajo, una vez a la semana, Patricia aprovecha para ir temprano en la mañana al centro a comprar los materiales para sus manualidades. Ese día, la abuela lleva a Juliana al hogar infantil y Patricia dejar todo listo la noche anterior: "la ropa, los zapatos, la liga, la colonia" y el juguete preferido de momento por Juliana.

La jornada de Juliana en el hogar infantil se prolonga hasta las 3:00 p.m., pero Patricia prefiere recogerla antes de la siesta para que Juliana pueda reposar en casa: "Es que lo veo incómodo, les ponen colchonetas, ventiladores y los acuestan a dormir. Ellos duermen, pero no hay como que tengan su espacio y duerman más cómodo".

El día de la visita hubo en el hogar una actividad para celebrar el 20 de julio. Todos salieron a caminar por el barrio y repartieron entre los vecinos banderas de Colombia, hechas en papel por los niños. La actividad, programada para iniciar a las 8:00am en compañía de los padres de familia, comenzó hacia las 9:00am con pocos niños y, excepto por Patricia, sin ninguno de los padres. Patricia reconoce que le gusta lo que organizan porque incentivan a "que los padres compartan con sus hijos". Con algo de vergüenza reconoce que no ha podido pagar dos de las cuotas moderadoras de treinta mil pesos mensuales y comenta que gracias a la insistencia de la maestra, participó en la celebración del día de la familia. Para esta actividad debía contribuir con una cuota de dos mil pesos que "la seño", refiriéndose a la maestra de Juliana, tampoco exigió cancelar como condición para participar: "me dijo que fuera, que llevara a la niña para que pasara un rato agradable, para que se distrajera. Yo fui, llevé la niña, participó en el concurso, le dieron torta, jugo, gaseosa, dulces, bombas, una comida, y rifaron anchetas, la pasamos bien".

En cambio "el día de la familia fueron muchos niños con sus mamás, como era una fiesta y había premios, ahí sí fueron; si no hay premios, no van". Esta observación de Patricia respecto a los estímulos externos que "otros" padres de familia necesitan para participar en las actividades que propone el colegio abarca el cuidado de la salud de sus hijos. Al tiempo que *Familias en Acción* opera como instrumento de control para animar a los padres a llevar a sus hijos a los controles de crecimiento y desarrollo, los mismos doctores, con sus regañones, actúan en beneficio de la salud de los niños. Respecto a los primeros controles prenatales, por ejemplo, Patricia comentó que son obligatorios y que para responsabilizar aún más a los padres, los médicos "le echan hasta sus regañaditas a uno. Son citas que uno tiene que llevarlos a ellos para ver cómo es la evolución en su crecimiento, entonces, uno no puede faltar; si uno falta lo regañan". Dado que Patricia admite estar muy pendiente de la salud

de sus hijas, señala que no ha recibido este tipo de regaños y que cuando ha incumplido citas médicas ha sido por una causa justificada.

El hogar infantil *Las Dalias* también hace un seguimiento en materia de salud, que Patricia y las maestras jardineras coinciden en calificar de muy bueno: "son muy cariñosas, muy amables, me gusta cómo los atienden. Están pendientes también de la salud de ellos. Si se ponen malitos nos dicen que no los lleven, que es mejor que estén al cuidado de los papás, estoy contenta". La supervisión de la salud y el bienestar de los niños, Patricia la percibe como un apoyo solidario y afectuoso en el cuidado de los niños y, en especial, de los cuidadores en el hogar infantil a Juliana.



Foto 4 - La caminata del 20 de julio en Valledupar

Momentos pedagógicos

La función del hogar infantil se debate entre cumplir la labor de ser una guardería para el cuidado de los niños (que es a menudo la principal tarea que reconocen las madres) y lograr formar a los pequeños en competencias cognitivas, socio-afectivas y ciudadanas y en prepararlos para la vida escolar.

Se puede considerar que parte del proceso que ha puesto en marcha la estrategia *De Cero a Siempre*, consiste en intentar desvanecer la diferencia entre un hogar

infantil y un jardín infantil. Este esfuerzo se concreta en la formación técnica que se ofrece a las madres comunitarias. Para lograrlo es fundamental que la jornada obedezca a principios pedagógicos y no que transcurra de manera doméstica. El principal componente del proyecto educativo comunitario —así lo entienden la funcionaria, las madres comunitarias y la mayoría de las coordinadoras y maestras jardineras— son los momentos pedagógicos que ordenan la jornada escolar. El proyecto consiste

... en desarrollar con las madres comunitarias, habilidades para la atención de los niños. Ahí se maneja lo que son, por ejemplo, momentos pedagógicos. Cada madre comunitaria tiene que tener una planeación de actividades y el ICBF desde hace muchos años, no recuerdo el año, elaboró unos indicadores, son 114 indicadores de atención psicosocial, lo que es en desarrollo de los niños de 0 a 5 años, a través de esa ficha de valoración....organizada por procesos (Funcionaria Centro Zonal, Sibundoy).

Los momentos pedagógicos y las fichas de valoración son pilares para el desarrollo del proyecto educativo. De acuerdo con los resultados de la ficha de valoración, la madre comunitaria puede hacer su planeación pedagógica mensual para trabajar con sus niños, por medio de proyectos o por actividades. “En la planeación están los momentos: la bienvenida, vamos a explorar, vamos a crear, vamos a comer, vamos a casa. Ellos tienen un modelo ya establecido por el cual se guían para orientar a los niños”, comenta la funcionaria.

Los momentos pedagógicos, como se describen en los *Lineamientos técnicos, modalidades hogares infantiles, lactantes y preescolares* (Ministerio de Protección Social e ICBF 2006), están directamente asociados con la organización del tiempo en el hogar infantil. Tal organización “exige como actividad cotidiana la planeación de lo que se va a realizar y la evaluación de lo que se ejecutó. El control del tiempo hace posible la secuencia lógica de las actividades, de manera que los niños interioricen y construyan la noción de tiempo y sepan que las actividades ocurren en un orden establecido. La organización pedagógica en el tiempo y en el espacio de las actividades con los niños se denomina Momento Pedagógico” (Ministerio de Protección Social e ICBF 2006).

Los momentos pedagógicos son flexibles y deben ajustarse al grado del grupo infantil y a sus intereses y necesidades. Cada jornada arranca con un momento de apertura o “bienvenida” y otra de cierre o “vamos a casa”. Estos momentos marcan la jornada para niños mayores de dos años especialmente y suman a la apertura y el cierre, los momentos: “vamos a explorar”, “vamos a crear”, “vamos a jugar” y “vamos a comer”.

El momento de la bienvenida se concibe como de reencuentro y alegría de los niños con sus compañeros y “una puesta en común de las necesidades, de los intereses, de las cosas que centran la atención de los niños y que deben convertirse en el contenido de las actividades”. Incluye distintas actividades cortas que varían

de acuerdo a cada maestra jardinera pero, sin falta, marcan el inicio de la jornada en todos los hogares . Para la maestra jardinera de Aguachica, es una ocasión ideal para que los compañeros cuenten qué hicieron el día anterior, se saluden, canten y oren. La maestra de Sibundoy da la bienvenida en kamsá y les habla a los niños sobre el respeto y los valores. Como en Valledupar, es un momento para la oración. Allí, la maestra les pregunta a los niños fecha, día y mes de cada jornada y recuerda a los niños para que sus compañeros se pregunten por qué habrá ocurrido esto.

La coordinadora del Hogar Múltiple *Huellas de Amor* en Sibundoy, comenta que si bien las madres comunitarias tienen mejor definidos que ella los momentos pedagógicos, durante la bienvenida los niños se agrupan, "cuentan sus experiencias y proponen qué quieren hacer. Ellas (las maestras) igual tienen su planeación semanal; ellas a veces la adaptan o la inducen o la conectan con lo que los niños quieren".

La propuesta pedagógica de los hogares infantiles, " tiene como base el documento sobre el Proyecto Pedagógico Educativo y Comunitario del ICBF, y se fundamenta en la concepción del niño como ser social, cuyo desarrollo depende de la calidad de las relaciones que su familia, otros niños y distintos adultos le proporcionan" (Ministerio de Protección Social e ICBF 2006). En él se contempla tanto el desarrollo de habilidades y competencias conceptuales, como se valoran los aspectos éticos, lúdicos y sociales, y se enfatiza en la interacción humana. El proyecto privilegia la autonomía del niño y su mundo interior, lo reconoce como partícipe de la planeación de actividades,

... decidiendo con el adulto lo que van a hacer, su secuencia, dónde, con qué y quiénes. El educador discute y concierta con los niños las normas de comportamiento, su modificación o construcción, asociándolas con los valores humanos, para que no se queden en el cumplir por cumplir. Es una pedagogía que forma en la responsabilidad y en el cumplimiento de los deberes y de los derechos" (Ministerio de Protección Social e ICBF 2006).

En este marco pedagógico se planean y desenvuelven parte de las actividades de los dos siguientes momentos pedagógicos: "vamos a explorar" y "vamos a crear". Entonces surge, idealmente, lo que los niños quieren aprender. Antes de "vamos a crear", los niños toman el desayuno que usualmente consiste en una colada acompañada de arepa o pan. Luego se ocupan de la higiene. Sobre el tránsito entre el desayuno y "vamos a explorar", la maestra de Pradera, comenta:

El momento de la bienvenida es el primero, muchas veces los recibimos en el salón; otras veces los recibimos en el patio, en el comedor. Después si los recibimos aquí en el salón pues vamos al comedor, allí recibimos el desayuno, después pasamos a lavarnos los dientes, a orinar y ahí sí pasamos acá al salón. En ese momento de la bienvenida decimos qué es lo que vamos a trabajar en el día, qué vamos a hacer, nos saludamos, después viene el momento de explorar.

En el momento "vamos a explorar"

... se deben crear las condiciones para que los niños comiencen a profundizar sobre [sic] los objetos y sus propiedades, se interesen por investigar, se hagan preguntas y encuentren respuestas a los fenómenos físicos y naturales y exploren su medio socio-cultural, familiar y comunitario vinculándolos a la investigación y participación de eventos cotidianos y celebraciones especiales. Este momento pedagógico tiene dos espacios: la comunidad geográfica y social y los espacios donde se desarrolla la modalidad (instalaciones físicas) (Ministerio de Protección Social e ICBF 2006).

Este momento tarda entre diez y quince minutos. Durante las observaciones no fue posible establecer qué tanta participación efectivamente tienen los niños en la planeación. La profundización en los objetos y sus propiedades o el interés de los niños por investigar o formularse preguntas y encontrar respuestas acerca su entorno social, emergió en dos de las actividades observadas de manera unidireccional, es decir, la maestra hizo preguntas sobre una lámina, un cuento o un aviso publicitario para despertar la curiosidad de los niños. En Pradera, la maestra preguntó a propósito de un mapa de Colombia, qué mapa era, cómo se llama ese lugar, quiénes viven allí, etc. La maestra de Aguachica propuso un momento de exploración para que los niños se preguntaran qué decían los letreros que ella había escrito a mano y pegado por todo el salón antes del inicio de la jornada escolar: "Se dio cuenta cómo decoré el salón y ahí viene la exploración para que el niño pregunte", comenta la maestra. Dado que ningún niño preguntó nada sobre los letreros, la maestra les llamó la atención por la poca curiosidad que mostraban por aprender y les recomendó preguntar siempre a los adultos qué dice cualquier letrero que vean en la calle.

En Sibundoy, este momento, inscrito en un proyecto llamado "comunidad y territorio", consistió en proyectar un video sobre la recuperación de la memoria ancestral kamsá mediante la música tradicional. La relación entre el video y el proyecto comunidad y territorio no fue explícita para los niños. Sin embargo, la maestra comentó que gracias a ese proyecto, los niños

... ya saben dónde viven, la vereda, cada uno sabe dónde vive, ellos dan la respuesta; también vamos incluyendo los valores, el respeto. Como hay violencia en las familias que son sobreprotegidos, ya les enseñamos que no se debe maltratar al ser humano, se debe respetar, y sobre todo los valores para que ellos vayan aprendiendo y vayan respetándose desde niños. El respeto, que se quieran mucho y que aprendan a compartir, porque hay niños que no les gusta compartir.

Enseguida llega el momento, *vamos a crear*. Su objetivo pedagógico es "fomentar la capacidad creativa y de expresión a través de diferentes técnicas manuales. Es el momento que le permite al grupo comunicar y expresar a través de las diferentes formas de representación gráfica y artística lo que ha vivido, explorado, imaginado

o lo que necesita para desarrollar las actividades que han decidido como grupo” (Ministerio de Protección Social e ICBF 2006).

Se trata de la oportunidad ideal para colorear, rasgar y pintar, entre otras técnicas manuales. La maestra de Pradera vinculó este momento a la actividad sobre el mapa de Colombia y propuso colorear un mapa de Colombia. En Aguachica la actividad se orientó a que los niños recortaran avisos de revistas viejas y los pegaran en una hoja en blanco. La maestra de Valledupar había destinado el momento de “vamos a explorar” a reflexionar sobre la independencia del país (recuérdese que transcurría el 20 de julio). Propuso salir por el barrio a repartir banderas de Colombia hechas en papel que habían sido previamente elaboradas por los niños durante el momento “vamos a crear”. Los alcances de estas actividades para el desarrollo de competencias cognitivas, los reiteran las maestras, la coordinadora del Centro Zonal del ICBF de Sibundoy y las mamás:

... en el momento de crear fue cuando ellos colorearon; el momento de jugar fue cuando ellos bailaron; y después uno trata de darles juguetes para que se entretengan, para que no se sientan que es lo mismo, lo mismo. Si los coloca otra vez a colorear, algunos ya no quieren; o sea, la formación de acá no es que uno los escolarice tanto, que ellos aprendan muchas cosas, pero con juegos, con títeres, con videos; no que uno tenga cada ratito, miren niños el tablero (Maestra jardinera, Pradera).

Acá se les enseña con el juego, porque nosotros aquí estamos no directamente para enseñar, sino para enseñarles a jugar y a crecer con el juego. Sólo se les da una medio noción para que lleguen allá (al colegio) y se familiaricen ya, que sea más fácil el proceso de aprender letras y números. (Madre comunitaria, hogar infantil en Sibundoy).

Dentro del proyecto pedagógico al niño no se le enseña a leer ni a escribir, el niño aprende jugando, el niño aprende haciendo, aprender haciendo (...) Antes las madres se limitaban a hacer lo que hacen los educadores, que el niño aprenda, o sea, la madre le estaba enseñando a leer y a escribir, pero cuando ya salió el modelo pedagógico cambió un poco la parte pedagógica. (Coordinadora Centro Zonal ICBF, Sibundoy).

Sé que en la mañana juegan, colorean, porque es un hogar donde los niños todavía no están destinados para ir a estudiar, sino a jugar, a conocer, no los obligan a estudiar, sino me gusta porque es para entretenerlos, para jugar con sus amigos; más para socializar que para de pronto estar obligándolos a aprender fuerte (Madre de familia, entrevista adicional, Pradera).

Nosotros teníamos posibilidad de mandar a la niña a otra institución que se llama Manitos Creativas, pero mis papás no dejaron. La institución es privada, en el campo intelectual hubiera mejorado

muchísimo, porque es más personalizado, pero en la lengua materna ya es una debilidad completa (Madre de familia, Sibundoy).

En el hogar infantil de Cali se reconoce la trascendencia del juego en el aprendizaje de los niños tanto como el sentido pedagógico que soporta cada actividad. Según la coordinadora del hogar infantil *Renacer*, las actividades cuentan con la asesoría y supervisión de una psicóloga experta en pedagogía. Ellos trabajan a partir de horizontes de sentido para articular aprendizajes cercanos a la realidad de los niños. De estos horizontes de sentido se desprenden las "redes textuales de aprendizaje" en las cuales la lectura de cuentos adquiere un rol central. Las profesoras consideran importante trabajar sobre un cuento que enseñe a los niños a protegerse del maltrato y días antes del inicio de la lectura del libro se genera expectativa por la llegada de un regalo (un libro previamente seleccionado para cumplir el objetivo del auto cuidado) envuelto en una caja para todo el grupo.

El proceso de lectura comienza con la imagen de la portada, con preguntas de la maestra a los niños; la lectura avanza día a día. En este proceso se involucran los padres de familia y se intenta tender vínculos de aprendizaje entre la casa y el hogar infantil. En este caso la coordinadora insistió en que si bien *Renacer* cuenta con la asesoría de expertos para movilizar competencias, los niños "siempre son partícipes de principio a fin de todo, no es algo que se lo crea la maestra, no es algo que salió de ella solamente, sino que es mucho de lo que observa en los niños la maestra", concluye.

Luego viene una merienda e inmediatamente después el siguiente momento: "*vamos a jugar*". El documento de lineamientos técnicos indica que es una ocasión de relación intensa entre los niños, que les permite desarrollar la imaginación y el acatamiento y creación de normas y reglas. Al recrear la actividad del adulto durante el juego, el niño establece un puente con la vida de su medio social y cultural y con el mundo en general" (*Ministerio de Protección Social e ICBF 2006*). El documento enfatiza la importancia que adquiere el "juego de roles" en este momento como estrategia para que el niño exprese su ser de forma espontánea y represente las acciones de los adultos. Durante este juego de roles, los niños tienen la posibilidad de descubrir las relaciones de los fenómenos sociales, culturales, históricos y emocionales propios de la familia, de la comunidad y de la misma infancia." (*Ministerio de Protección Social e ICBF 2006*)

El juego de roles se hizo evidente en el hogar infantil de Sibundoy, a raíz de la tajante división de juguetes y espacios de juego destinados a niñas y niños. Cuando comenzó la actividad, los niños se dirigieron a una esquina del salón para sacar fichas para armar figuras y pistas de carros, mientras que las niñas ocuparon la esquina opuesta para jugar a tender una cuna para un muñeco y jugar con ollas y granos en la enorme cocina de juguete. Al igual que en este hogar infantil, en los demás hogares las maestras se dedican a facilitarle a los niños los juguetes que ellos mismos escogen y a supervisar "que no se peleen o se aruñen".

"Vamos a comer" divide la jornada escolar y su importancia radica en "impulsar los hábitos culturales alimentarios y el disfrute de la comida, como una relación social en grupo; se propician allí también hábitos higiénicos, de salud, de comportamiento en la mesa y la responsabilidad en el arreglo y aseo del sitio y en la distribución de los implementos y utensilios" (*Ministerio de Protección Social e ICBF 2006*). En este propósito confluyen los intereses de las madres de familia y de las maestras jardineras en torno de la adopción de hábitos higiénicos. Si bien estos se fomentan durante e inmediatamente después del desayuno, es durante y después del almuerzo, que se toma sin excepción entre 11:30 a.m. y 12:30 del día en todos los hogares infantiles, que estos hábitos adquieren especial importancia. En ninguno de los hogares infantiles dejaron los niños de cepillarse los dientes después de almorzar. Pese al interés conjunto no hay siempre una continuidad entre las costumbres domésticas y las que el hogar infantil estimula:

... cuando iniciamos vienen los niños, nos toca pesado, esa es la etapa más tesa que hay (...) porque el niño viene sin ningún hábito de nada, los niños vienen poposeándose en los pantalones, vienen con pañales desechables, se sientan al comedor, riegan la comida, comen con las manos; es más, hay niños que no están adaptados a comer en una mesa, sino que quieren que les pongan el plato en el piso, vienen sin ninguna clase de hábitos. Entonces nos toca hablar con los padres. Este es un trabajo que debe ser de la mano con el padre de familia o con el cuidador del niño, porque de nada nos sirve a nosotros hacer las cosas acá y que el niño cuando llega a la casa se vuelva nada lo que hacemos acá. (Maestra, Valledupar).

Después del almuerzo sigue la siesta: "vamos a dormir". Mientras los niños almuerzan en compañía de la maestra jardinera, quien supervisa que todos los niños se coman todo, paladea y limpia, las maestras auxiliares disponen las colchonetas cubiertas con sábanas en el piso de los salones. Luego de la rutina de higiene, la maestra espera hasta que todos los niños se duerman. Este proceso puede tardar más de quince minutos, pero al final, todos lo logran y la maestra tiene tiempo para almorzar. Al despertar, los niños reciben la última merienda y empiezan nuevamente las rutinas de aseo para enviarlos limpios y bien peinados a casa. La maestra jardinera los revisa uno por uno, vigila que todos organicen sus cosas y que se preparen para recibir a sus familiares o cuidadores.

La jornada escolar concluye con el momento "vamos a casa". Los niños, "a partir del recuento de las actividades del día, evalúan la jornada: cómo se sintieron, cómo participaron, cómo va el trabajo del grupo y qué queda pendiente" (*Ministerio de Protección Social e ICBF 2006*). Por la premura en atenderlos y alistarlos para salir, la actividad suele ocurrir así. En un par de casos, sin embargo, las maestras preguntaron a los niños qué habían hecho durante la jornada escolar. La maestra de Sibundoy, por ejemplo, reflexionó con ellos sobre quién se había portado bien y quién mal y cerró el día con una oración y felicitaciones a los juiciosos.

Seguimiento y evaluación

Como lo mencionaba la coordinadora de un hogar infantil, las actividades de los momentos pedagógicos “vamos a explorar” y “vamos a crear”, deben surgir “de lo que la maestra observa en los niños y niñas”. Esta observación alimenta la planeación de actividades, que en algunos hogares infantiles es mensual, o permite que se adapten las actividades planeadas “con lo que los niños quieren”. Ante todo, debe reconocerse que “en la primera infancia, lo lúdico es fundamental para el desarrollo infantil y en consecuencia para la socialización: el ambiente lúdico es el que garantiza un verdadero aprendizaje” (Ministerio de Protección Social e ICBF, 2006).

Dos instrumentos son determinantes para “lo que los niños quieren”: la elaboración de la ficha integral y la valoración cualitativa de desarrollo psicológico. En vista de que el cuidado de la salud en el hogar hace parte de los aspectos que las maestras jardineras deben observar, se consideran aquí los límites y alcances de ese cuidado.

Ficha integral

Entre las tareas de las maestras jardineras está la de diligenciar la ficha integral de valoración de cada niño que asiste al hogar infantil. Se hace para facilitar “el conocimiento de la realidad en que viven los niños (...), permite conocer las relaciones del niño en su familia, las características del desarrollo, el estado de salud y nutrición de cada uno de ellos y las del grupo infantil al cual pertenecen” (Ministerio de Protección Social e ICBF 2006). La ficha de Juliana en el hogar en Sibundoy, registra 90 aspectos; el documento de lineamientos técnicos sólo consigna los ítems 51 a 84. En la ficha se registran datos personales del niño, de la vivienda, la composición familiar, las relaciones familiares entre adultos y niños y entre hermanos, las relaciones comunitarias y de vecindario, así como del proceso de vigilancia en salud (incluido un diagnóstico del estado de salud del niño a su ingreso al hogar infantil), una fotocopia del carné de vacunación y el registro actualizado de actividades relacionadas con la atención médica que recibe. También se anotan la talla y el peso y la valoración cualitativa del desarrollo psicológico.

El proceso de observación de cada niño se inicia con la visita domiciliaria de una maestra jardinera al hogar del niño seleccionado. En opinión de la maestra jardinera de Pradera, esta visita cumple un propósito adicional:

La ficha integral los padres la llenan, entonces, nosotros miramos esa ficha a ver si corresponde a lo que ellos dijeron. A veces sí es cierto todo lo que dicen, pero a veces dicen que viven solos, que no viven con el padre, pero uno va y sí viven con el padre. Entonces, el objetivo de la visita es corroborar la información que dieron cuando se llenó la ficha integral.

Este proceso de verificación es importante porque los cupos en los hogares infantiles del ICBF deben ser asignados a familias de estratos 1 y 2 que por razones de trabajo no pueden hacerse cargo del cuidado diario de los niños menores de seis años de edad. Tienen prioridad las familias desplazadas. Así, las condiciones de pobreza y vulnerabilidad de las familias no son motivo suficiente para conseguir un

cupo en un hogar infantil. Si así fuera, en opinión de la maestra jardinera de Valledupar, se correría el riesgo de que un niño acceda a un cupo sin realmente necesitarlo:

Prelación aquí tienen los desplazados, los de los estratos 1 y 2 y la gente vulnerable. A eso es a lo que nosotros le damos prioridad. Pero entonces hay una posibilidad que un papá que trabaje, que no sea desplazado, que no sea vulnerable, que está ganando un sueldo, de pronto le puede poner una muchacha en su casa para que le atienda al niño, mientras que la clase vulnerable tenemos prioridad, porque esa oportunidad no la tiene un padre vulnerable ni un desplazado. Entonces, tenemos que darle prioridad a esa gente. Aquí hay muchas amas de casa, hay muchas madres que también traen al niño acá es para liberarse de él, porque el niño es inquieto en la casa, no porque no lo puedan tener, sino porque es inquieto, porque no lo pueden soportar, porque no le han dado una educación, una formación como deben dársela.

Desde luego, aquí se plantea una situación que afecta el alcance la estrategia *De Cero a Siempre*. En la medida en que la estrategia se propone ofrecer una atención a la primer infancia que articule una perspectiva de educación integral, pero considere que la base para seleccionar a los niños sea la disponibilidad familiar para cuidarlos, introduce un principio que puede resultar inconveniente para el propósito de garantizar los derechos de todos los niños en esa edad, toda vez que la sola presencia de un cuidador en la vivienda, no es garantía de que los niños recibirán los cuidados previstos ni tendrán el desarrollo integral que interesa a la estrategia.

Desde la perspectiva de una de las funcionarias del Centro Zonal del ICBF en Sibundoy, la ficha integral y la valoración cualitativa de desarrollo psicológico de cada niño sirven para saber cuántos niños, identificados con nombre y apellido, tienen a su cargo. Esta información tendría que contrastarse con datos provenientes de censos confiables realizados por las alcaldías municipales y permitiría establecer cuántos niños “ameritan los servicios del ICBF” y evitaría acciones fraudulentas, como llevar a la escuela a niños de cuatro años —que deberían estar en hogares comunitarios— para demostrar la necesidad de ampliar la cobertura para beneficiarios:

... y chiquiticos, no pueden ni caminar, y ya en la escuela. Entonces, yo le decía al señor alcalde, mire señor alcalde, con todo respeto, yo lo que quiero es que usted me diga realmente dónde están los niños, si usted me dice dónde están los niños, listo, le dejo los cupos.

La visita domiciliaria y la verificación de los datos sobre la procedencia y condiciones socio-económicas de la familia del niño son el primer procedimiento de observación del entorno familiar del niño y cumple también el propósito de validar el otorgamiento de un cupo escolar. La visita también les permite a las maestras jardineras y coordinadoras conocer el entorno material y socio-afectivo de los niños y enunciar con detalle las características de la población que atienden. Para ilustrar este aspecto puede señalarse la percepción de la maestra jardinera de

Cali quien caracterizó así las familias de los niños entre un año y medio y dos años y medio de edad a su cargo:

Es una población donde son familias que los papás viven separados y se rotan los niños, una semana lo tiene el papá, o entre semana los tiene la mamá y el fin de semana los tiene el papá, o es una población donde los papás salen a trabajar, no en cosas empresarias, sino en puestos ambulantes, pero no en un trabajo normal, sino en un diario. Ellos tienen que trabajar para el diario, viven en inquilinatos, porque a nosotros nos toca hacer la visita domiciliaria. Viven en partes donde sólo en un cuarto duerme toda la familia, y eso a veces crea como algo diferente. Los niños a veces quieren estar solo con la mamá, y es por eso, porque como duermen todos en una misma habitación, por eso ellos no quieren separarse de la mamá; o hay niños que no viven ni con el papá ni con la mamá, sino con los abuelos, porque la mamá y el papá se fueron a trabajar y nunca volvieron. O hay padres que viven con los abuelos, porque los padres están en la cárcel, entonces, es un poco difícil trabajar con ellos, porque hay que brindarles mucho amor y mucho cariño.

Planteadas desde los lineamientos técnicos del ICBF, sin embargo, la ficha integral también es “un instrumento educativo que permite planear tanto las acciones con los niños como el trabajo de formación con los padres” ((Ministerio de Protección Social e ICBF 2006: 106) y un objetivo que debe cumplir es servir para organizar Grupos de Estudio de Trabajo (GET) que, faciliten a los agentes educativos, padres incluidos, la observación del desarrollo de los niños y la planeación de actividades orientadas a promover y cualificar el conocimiento y cuidado del niño y su proceso de desarrollo y formación. Como se mencionó, el proceso mediante el cual la información consignada en la ficha se integra a la planeación de actividades, no fue evidente durante las observaciones en los diferentes centros de desarrollo infantil.

Ahora bien, en tres de los seis lugares visitados (Pradera, Sibundoy y Valledupar)²⁷, fue posible revisar las carpetas en las que se consignan los datos contenidos en estas fichas integrales de valoración de los niños y niñas. En los tres casos estas carpetas contenían, sin excepción, la información arriba señalada.

Una parte importante de la carpeta de seguimiento y evaluación es la valoración cualitativa del desarrollo psicológico. Esta ficha se diligencia tres veces y consigna información acerca de tres grandes temas: relación con los demás, relación consigo mismo, relaciones con el mundo que lo rodea²⁸. Las relaciones con los demás

²⁷ La maestra de Aguachica, quien se encontraba haciendo un reemplazo temporal a la maestra jardinera, no sabía dónde se guardaban estas carpetas. La maestra de Cali se refirió a esta ficha en la entrevista, pero por razones de tiempo no fue posible consultar la carpeta de John. La maestra de Aguazul es profesora de colegio en la secundaria.

²⁸ A través de la relación con los demás, “el niño hace suyo, construye y comprende su mundo social hasta que llega a convertirse en un sujeto integrado a la sociedad, en la cual reconoce la existencia de las otras personas, con quienes se relaciona (...) En la relación consigo mismo el niño se reconoce a sí mismo como individuo diferente de las otras personas, con identidad propia, como

comprenden comunicación (verbal y no verbal), interacción (independencia y cooperación) y construcción de normas. Las relaciones consigo se refieren a la identidad (social y de género), la autoestima y el manejo corporal. Finalmente, tres aspectos se vinculan a las relaciones con el mundo que lo rodea: interés y conocimiento de los objetos, relaciones causales y representación de la realidad social (ICBF 2006). Estos componentes del desarrollo psicológico deben evaluarse durante diferentes etapas: en la primera edad (desde el nacimiento hasta los 12 meses); en la infancia temprana (entre los trece y los 3 años), en la edad pre-escolar (de 3 años y 1 mes a 4 años y 6 meses) y en transición (de 4 años y 7 meses a 6 años y 6 meses).

Los tres momentos en los que se llevan a cabo estas valoraciones varían de un hogar infantil a otro y en algunos casos se determinan al inicio del año y de la jornada escolar. El resultado de la evaluación produce uno de tres resultados: o el niño está en el rango esperado en estos aspectos para su edad, o se encuentra en riesgo, o está avanzado. En las carpetas que pudieron consultarse, los niños se encontraban en el "rango esperado".

Por ejemplo, al iniciar con los niños lo primero que nosotros hacemos es una observación del desarrollo, planeando unas actividades y unos procesos, y ahí observamos si el niño es capaz de hacerlo o no, y donde encontremos debilidad del niño, con ese tema es con el que nosotros vamos a trabajar. Por ejemplo, en comunicación verbal, ahí notamos cómo se comunica el niño, si vemos deficiencia en comunicación verbal tratamos de trabajarle en eso, pero si ya es muy grande la deficiencia que tiene el niño hablamos con el padre de familia, porque hay niños que necesitan terapias de lenguaje: Nosotros remitimos al niño a un centro de rehabilitación infantil, hablamos con el padre de familia: mire, su hijo está así. Aún cuando aquí han venido niños con mucha dificultad verbal y aquí avanzan mucho (...)

Cada niño tiene esta hoja individual que la hacemos en la observación que le sacamos al niño cada tres meses, cada tres meses le hacemos la observación del comportamiento que tiene el niño, y nos arroja esto, si el niño está en riesgo, está acá; si está avanzado está acá; y si está dentro de su etapa, está acá en lo esperado (...) (Maestra jardinera, Valledupar)

Para esta valoración de los niños

...tenemos otra cartillita, una escala que es la que nos dice qué es lo que dice cada ítem; este es el proceso de comunicación verbal, describe láminas; entonces, si el niño me describe láminas, yo le muestro una lámina y el niño me dice todo lo que está en la lámina, pues el niño

ser único en su cuerpo, su autoestima y manejo corporal. (...) En la relación con el mundo que lo rodea, el niño comprende, reconoce y hace suya la realidad externa a él, conformada por objetos y fenómenos físicos y sociales. A través de esta relación el niño explora y se da explicaciones sobre lo real, y construye las formas de pensar que le permiten conocer y comprender ese mundo externo. En esta relación se desarrollan el interés y el conocimiento de los objetos, las relaciones causales y las representaciones de la realidad social". (ICBF 2006)

logra, entonces, yo le marco en el proceso donde se encuentra, y ahí voy sacando la curva en todos los ítems, cada cosa tiene su ítem". (Maestra jardinera, Aguachica)

Aunque ninguna de las entrevistadas suministró el documento que fundamenta esta labor, parece que se refieren a los 114 indicadores de atención psicosocial que mencionó la funcionaria del Centro Zonal del ICBF de Sibundoy:

El ICBF desde hace muchos años, no recuerdo el año, elaboró unos indicadores, son 114 indicadores de atención psicosocial. Lo que es en desarrollo de los niños de 0 a 5 años, a través de esa ficha de valoración, (que) está organizada por procesos, la madre comunitaria puede vigilar cómo es el desarrollo del niño desde que llega al hogar, hacerle un seguimiento, lo que le permite evaluar si los niños avanzan, si están en riesgo o si se encuentran estables, y esa ficha de valoración les permite a ellas, con los indicadores, también planear, hacer una planeación pedagógica mensual para trabajar con sus niños, bien puede trabajar por proyectos o por actividades, en la planeación están los momentos: la bienvenida, vamos a explorar, vamos a crear, vamos a comer, vamos a casa, ellos tienen un modelo ya establecido por el cual se guían para orientar a los niños.

En el hogar infantil las maestras recurren a la ficha de valoración. La de Pradera cuenta que durante la siesta ellas miran en las carpetas "en qué rango está el niño". La maestra de Juliana, en Valledupar, indica que está en la etapa de lo esperado. Como su mamá estaba preocupada por el desarrollo del lenguaje, la maestra valoró su comunicación verbal:

... también tiene como problemitas, pero cuando vino era peor..., pero ya la noto que está soltando bastante la lengua. Ayer trajo una vincha puesta y me la dio, que se la guardara cuando iba a hacer la siesta. Yo se la guardé y después me la pidió (...) El único inconveniente que le he visto es que se ha enfermado bastante, pero de resto no, las actividades también las realiza bien".

La articulación entre los resultados de estas valoraciones cualitativas de desarrollo psicológico y las actividades pedagógicas planeadas a partir de los estos resultados, la comenta la coordinadora en Sibundoy. Si ocurre, por ejemplo, que un niño de cierta edad no ha logrado ensartar (aspecto que sirve para evaluar la psicomotricidad),

...entonces todo ese mes tenemos que trabajar en ensartar; en la parte social el niño no domina buena parte del lenguaje, el niño no ha logrado decir más de 20 palabras, entonces, tenemos que enfocarnos en este mes a que este niño logre y pueda pasar de acuerdo a su edad (...) Es de acuerdo a la escala de desarrollo, en la escala de desarrollo va pues la parte de psicomotricidad, de percepción, lenguaje, la parte social, comportamental. Ellos [los maestros] se van basando en eso. Claro que nos estamos dando cuenta en la parte de preescolar con las

madres comunitarias que los niños dan mucho más que eso, o sea, la escala la tienen y la han desarrollado, pero los mismos niños exigen más, "profe, yo quiero estos colores", "mi mamá me compró un saco y no sé de qué color es". Entonces, la idea es que se parta de las necesidades de ellos. También se trabaja esa parte como aprestamiento al preescolar que ellos ya van a recibir el otro año, con los niños grandes; con los niños más pequeños, con los de infancia temprana sí es más que todo estimulación, de acuerdo a esa escala de desarrollo.

Para que el desarrollo del niño avance de la mejor manera deben complementarse las actividades del jardín con las que se realizan en casa. Un ejemplo de ello ocurre en Aguachica. Desde que Antonio José asiste al *Hogar Infantil Múltiple Mundo Feliz* está más despierto y "avisado", gracias a que la maestra jardinera le sugirió a su mamá que se sentara a trabajar con él la motricidad.

Profe, ¿y usted cómo sabe? "Porque nosotros tenemos un diagnóstico hecho por una psicóloga. A tal tiempo ellos tienen que hacer tal cosa, a tal tiempo tiene que hacer otra". Ella [la profesora] tiene que mirar si el niño cumple con todas esas cosas, y si no, tiene que lograr que ellos lo hagan (...) Ahorita me dijo que tenía que trabajarle más motricidad con las manos, que le comprara plastilina en la casa y lo colocara a trabajar con plastilina. Entonces, son cosas que uno hace en la casa.....y es una cosa que ni siquiera en el control me lo dicen, ni me lo preguntan.....que está bajo de peso, pero un detalle como ese, que le falta motricidad en las manos, que uno ve que juega.....eso ha sido bien importante.

Cuando confluyen los intereses y las actividades prácticas de los cuidadores de ambos entornos, el institucional y el familiar, para potenciar el desarrollo de los niños, cobra sentido la distinción entre "cuidar" y "formar" que hace la coordinadora de un hogar infantil en Sibundoy: "ellas (las madres comunitarias) asumen los niños como si fueran sus hijos, y asumen la responsabilidad de criarlos, de formarlos... eso hace que un proceso no solamente se limite a cuidarlos, sino a formarlos, que es como el objetivo que nosotros tenemos en el hogar, que no sea solo un centro de cuidado, sino un centro de formación".

En la intención se avizoran, sin embargo, las competencias escolares como ideal de formación para la primera infancia.

De pronto aquí primero es como hacer una transición en Bogotá. Usted en Bogotá ve que los niños ya salen leyendo; en cambio aquí uno en primero tiene que arrancar a hacer todo ese proceso de lectoescritura. En primero uno tiene que entregarlos leyendo, escribiendo, sumando y restando (...) Uno en primero se encuentra con ese gran problema, que son niños que ni siquiera han entrado a preescolar, que no tuvieron preescolar, porque no hubo la cobertura, no hubo el cupo, o los papás dijeron: yo no voy a perder la plata en preescolar y lo mandan a primero. Y es tenaz, porque no saben coger un lápiz, la direccionalidad, es tenaz. Al grado primero casi todo el mundo le tiene miedo porque están los que están quedados, los que están adelantados y los que no

hacen nada. Entonces le toca a uno devolverse y sacar los chicos y a bregar y nivelarlos y es difícil. Los niños que vienen quedaditos siempre vienen así, y toca sacarlos con las uñas y si en la casa no les ayudan, menos.

Seguimiento en salud

A propósito de las constantes recaídas de Juliana, su maestra comentó que ella misma se comunica telefónicamente con la mamá para saber cómo avanza la niña y si la llevó al médico. Una de las recomendaciones de la maestra a la mamá es "entrégasela a Dios, primero que todo, "ahí la tienes Señor, haz con ella lo que tú quieras que ella sea", y verás. Entrégasela a Dios, porque uno también tiene que hablarles de eso a los papás". El seguimiento cuidadoso a la salud de los niños es uno de los temas que indican la calidad de la atención prestada en los hogares infantiles.

Este seguimiento incluye verificar que los niños estén de acuerdo a la talla y al peso esperado para la edad, que sus padres los estén llevando oportunamente a los controles de crecimiento y desarrollo en el centro de salud u hospital asignado, y que tengan el carné de vacunas actualizado. Si bien muchos padres mantienen estos datos actualizados y están pendientes de cumplir los requisitos, sea para no perder el cupo en el hogar infantil o para cobrar el subsidio de Familias en Acción, también hay muchos padres de familia no asumen el control y seguimiento de la salud de sus hijos con la diligencia y responsabilidad esperada, y que es el hogar infantil, mediante la coordinadora o la maestra jardinera, el que hace la tarea:

Nosotros estamos acá para velar por los niños, y porque se les respeten sus derechos, así como se les dice a los papás. Es que la atención en la salud es un derecho de los niños, ustedes como la figura responsable es su deber y si no están cumpliendo en eso están faltando a algo que es muy importante para ellos. Entonces sí nos toca hacer ese papel, muy odioso, pero es la única forma; y ellos valoran mucho un cupo acá, y casi como que, como se les lleva todo por registro, como se les lleva todo firmado, entonces, llega un momento en que ellos sienten que pueden perder el cupo. Entonces, hay veces no lo hacen tanto por responsabilidades con el niño, sino por no perder el cupo, por tenernos contentas a nosotras. Yo les digo a los papás: no lo hagan por nosotros, es que ustedes no llevan al niño para nosotros, es por el bien del niño; como les ha costado tanto conseguir un cupo aquí, entonces, hay veces nos valemos de eso, intentamos sembrarles como eso, que lo miren por ese amor y por todo; pero al no conseguir por ahí, nos toca por el otro lado, presionado, presionado, pero cumplen. (Coordinadora, Sibundoy)

La maestra jardinera de Cali considera que la preocupación por la salud de los niños no sólo incumbe a las maestras; también involucra al personal de apoyo encargado de preparar los alimentos, en particular, la nutricionista que verifica que la minuta de alimentos sugerida por el ICBF cumpla los estándares de calidad y, en general, todo el equipo que trabaja en función del bienestar de los niños.

Como sucede con el desarrollo psicomotriz y cognitivo, con los hábitos de higiene y la interacción social, también en el caso de la importancia de la alimentación en la salud de los niños es fundamental la complementariedad en las acciones institucionales y las familiares. El registro de la talla y del peso y el énfasis en los hábitos alimentarios saludables son una tarea primordial y el principal indicador de que el trabajo de cuidado en el ámbito escolar produce los resultados esperados. De lo contrario, la maestra "debe" asumir un rol mucho más maternal y estimular al niño para que coma, paladearlo y estar atenta a que su peso se mantenga en el rango ideal. En cuanto logren este propósito, las mamás valoran positivamente el trabajo de las maestras jardineras. En Valledupar, Patricia afirma que "La profesora de Eliana no es tan preocupada por los alumnos, no se ve así, aunque de pronto hay algunos profesores que se preocupan, pero no todos; ella el año pasado sí tenía una profesora que me decía, Eliana está con gripita, estaba al tanto del problema de Eliana, y ella siempre me preguntaba".

Finalmente, la institución se siente orgullosa de tener niños sanos (con talla y peso adecuados). Las maestras subrayan la importancia de su trabajo: "No, hay niños de pronto bajos de peso, pero que han venido de su casa, pero que se han recuperado aquí. Aquí hay niños que han llegado que los mismos padres, todo el mundo les decían: hasta en el pelo, en la piel, se les nota el cambio".

Crecer con los abuelos

Nathaly es una niña kamsá de cuatro años y medio. Carmen, su mamá, es la última mujer de un matrimonio de nueve hijos. Recibió la noticia de su embarazo a los 18 años cuando cursaba el primero de un ciclo de dos años de formación técnica en pedagogía en la Escuela Normal Superior de Putumayo. Por esta razón, Carmen aplazó sus deseos de continuar estudiando y rechazó un cupo universitario que había obtenido en la Universidad de Nariño para convertirse en profesional de la enseñanza. Decidió terminar su formación técnica y concursar por un nombramiento en el magisterio para poder responder por su hija. El nombramiento llegó cuando Nathaly tenía dos años y medio de edad. Desde entonces Carmen trabaja como profesora de primaria en una vereda del municipio Puerto Guzmán en el Bajo Putumayo. Por esta razón, Carmen sólo puede ver a su hija esporádicamente; principalmente durante el periodo de vacaciones escolares y durante los días feriados, si el presupuesto lo permite. La ambición de Carmen es estudiar química en la universidad para trabajar en un pueblo mejor, o en Pasto, donde hay mejores oportunidades de desarrollo para su hija y donde podrá vivir con ella cuando ya sea toda una señorita.

Nathaly vive entonces con sus abuelos maternos y dos tíos hombres en la misma casa en la que crecieron Carmen y sus hermanos. La casa está ubicada en la vereda Las Cochas, a menos de diez minutos, en moto o en carro, del casco urbano del Valle del Sibundoy. La casa es amplia y consta de tres habitaciones: una para el abuelo de Nathaly y uno de sus tíos; otra con dos camas donde duerme la abuela y hay un armario con un televisor encima. En la tercera, la de Carmen, hay una cama y un armario que sirve de repisa para

los juguetes de la niña. Algunos de los juguetes, a los que Nathaly no puede acceder sin ayuda y están cuidadosamente guardados en la caja en la que fueron comprados, son: un kit para jugar a ser médico, una gran variedad de peluches y muñecas y un tablero.



Foto 6 – Los juguetes de Nathaly, Sibundoy

En ausencia de Carmen, Nathaly duerme con su abuela en la misma cama. El otro tío duerme en una cama ubicada en un extremo de la sala donde también se tiende la ropa. Al otro lado de la sala, junto a la puerta de entrada a la casa, y en frente de esta cama, hay un lavamanos. A diferencia de las habitaciones que tienen piso de madera de cerámica, el de la sala es en cemento. Las paredes que separan la sala de las habitaciones del abuelo y del garaje, que también sirve como lugar para almacenar herramientas, son en madera. El resto de los muros es en cemento. Además del lavamanos y la cama, en la sala hay una mesa larga que sirve de comedor, algunas sillas dispuestas alrededor de la sala y algunos objetos de Nathaly: un pequeño tablero y una mesa de plástico que sirve de pupitre con cuadernos y marcadores, una silla pequeña y un triciclo de plástico.

Nathaly monta en el triciclo y pasa el tiempo con una prima casi de su misma edad que la visita a menudo; también le gusta ver dibujos animados y videos musicales que le compran sus tíos o su mamá. Durante la visita repitió, bailó y cantó en compañía de su prima "La marihuana", de la agrupación peruana de tecno-cumbia "Kmila y sabor tropical". Todos los juguetes, ropa, zapatos, implementos escolares o música que Carmen le compra tienen, en su opinión, el propósito de enseñarle a Nathaly el valor de las cosas pequeñas. Carmen reconoce que su hija está creciendo en un medio cualitativamente distinto al que ella vivió cuando era niña y que por este motivo sus padres, en especial su papá, no entienden que los juguetes no son objetos vanos sino recursos pedagógicos y objetos importantes para que Nathaly crezca feliz. A este respecto Carmen se muestra orgullosa de poder proveerle a su hija todo aquello de lo que ella careció.

Desde la sala pueden verse un patio grande con algunos cultivos, un cuarto exterior donde están el sanitario y la ducha, y una puerta que conduce a la cocina, también separada de la casa. En la decoración de la sala resaltan imágenes de la Virgen María, un calendario, un decálogo de normas para ser buenos padres, figuras infantiles hechas en papel y algunas fotos de Nathaly enmarcadas en colores fuertes, con motivos infantiles y letreros impresos de frases como: "Nathaly Alejandra.... Te amo". El mismo tipo de fotografías de cumpleaños y eventos como los carnavales anuales en los que los kamsá se visten con sus atuendos típicos, hacen parte de la decoración de la habitación de la abuela.

El abuelo de Carmen es un hombre cercano a los ochenta años que gana su sustento como jornalero. Los hermanos que viven en esta casa están solteros, también son jornales y ayudan ocasionalmente a su padre en la siembra y recolección de cosechas en fincas vecinas. La abuela, una mujer cercana a los setenta años de edad, comparte las mismas tareas en una jornada laboral intensa que comienza muy temprano en la mañana y termina al caer la tarde.

El papá de Nathaly respondió económicamente durante sus primeros seis meses de vida y después se fue a vivir a Venezuela, luego de prestar el servicio militar en Mocoa y de trabajar allí durante algunos meses. En los dos años que estuvo en Venezuela perdió todo contacto con la mamá y la hija. Aunque los abuelos paternos viven en la misma vereda en Sibungoy, no tienen contacto con ella. El papá de Nathaly regresó en el 2010 a vivir en esta misma vereda pero no ha manifestado interés en contribuir a su cuidado

Las dos mujeres que cuidan a la niña son su abuela materna y una tía a quien Carmen se refiere como "la otra mamá". Ella está casada, tiene un hijo adolescente y vive a menos de cinco minutos a pie de la casa de Nathaly. Por cuidar a la sobrina recibe un salario mensual de su hermana. La tía la despierta, la baña, la cepilla y alista para el colegio, la lleva y la recoge luego de su jornada escolar y se queda con ella hasta las seis de la tarde cuando la

abuela regresa. También ve que la niña ordene sus cosas, le prepara la merienda y la lleva a los controles médicos.

Para los gastos de Nathaly, Carmen consigna mensualmente un dinero que la abuela administra y durante sus visitas compra lo que la niña pueda necesitar durante el tiempo de su ausencia. Si el monto consignado no es suficiente, la abuela cubre el faltante y Carmen le reintegra el dinero prestado. También tienen un crédito abierto en una tienda cercana donde la abuela pide las pequeñas cosas que la niña necesite. Carmen salda la cuenta cuando está en Sibundoy.

Carmen participa a distancia de las decisiones sobre su hija y es la principal figura de autoridad para la niña. La tía y la abuela invocan cuando Nathaly desobedece: "le voy a decir a tu mamá". Pero en realidad las oportunidades para que Carmen se entere de las minucias del día a día de su hija son muy pocas. Sólo puede llamar a la mamá o a la hermana cada ocho o quince días, porque: "allá es complicado, no puede uno llamar cada rato porque le arman problemas, porque como están las fuerzas armadas... Poder puede, pero es mejor evitar".

Carmen encuentra que aunque su hija quiere mucho a la tía, no la trata con respeto sino "con mucha confianza". La abuela ocupa la principal figura de autoridad para la niña cuando Carmen no está y parece que es la única que la reprende. Carmen aprueba y respalda a su mamá pues considera que el gran cariño que todos casa sienten por su hija aunado a su ausencia, no son excusas que no la regañen cuando sea necesario. También apoya a su hermana en cualquier decisión como llevar a Nathaly a servicios médicos de urgencia o determinar el cuidado que requiere en caso de enfermedad.

Si la tía no está en la casa, la abuela se encarga de ella. Ni los tíos ni el abuelo participan. El abuelo comentó que aunque se ven muy poco durante el día, a la niña le gusta acompañarlo a tomar una siesta y que, antes de que se los prohibieran, él solía comprarle paquetes y galletas que la niña le pedía con insistencia. Su principal preocupación es que la nieta se cure de un asma que a veces en la noche no la deja dormir.

Por el trabajo de su mamá, Nathaly recibe atención en el centro de salud de la IPS UNIMAP, en Sibundoy. A diferencia del Centro de Salud Santiago Rengifo, Selvasalud o de la IPS Inga- Kamëntsä, otras tres entidades que atienden población indígena, desplazada, o de régimen subsidiado y contributivo de Sibundoy, UNIMAP es la única IPS de este municipio que presta servicio exclusivo para personal de la Secretaría de Educación. Las instalaciones son amplias, dispone de implementos médicos u odontológicos nuevos, no tiene una gran afluencia de pacientes y de forma relativamente sencilla y eficiente se accede a una cita médica u odontológica. Incluso se puede solicitar una cita en la mañana y ser atendido en la tarde. El centro de salud no atiende emergencias y ni está abierto durante todo el día, pero

cuenta con servicios de primer nivel en medicina general, odontología, promoción y prevención, crecimiento y desarrollo, y una sección administrativa que remite a los pacientes a centros de atención de segundo, tercer y cuarto nivel en Pasto o Colón, el municipio más cercano a Sibundoy. El asma de Nathaly está aún por tratarse.

En UNIMAP un médico hace los controles de crecimiento y desarrollo. Uno de los dos médicos del centro considera que el servicio que reciben los niños allí es bueno, digno y mucho más eficiente que el ofrecido en los centros públicos de salud en Sibundoy. Aunque UNIMAP tampoco ofrece servicio de pediatría, una diferencia con los centros públicos y privados es que UNIMAP remite al niño que lo requiera, sin demoras, al pediatra de la institución en Pasto. En opinión del médico, esto lamentablemente no sucede en el sector de la salud pública.

Carmen valora tanto como el médico la atención que ella y su hija reciben en UNIMAP, pero argumenta que la calidad del servicio público que recibió de la AIC (una empresa del régimen subsidiado que atiende a la población indígena) durante su embarazo, fue "muy buena". Carmen tuvo el primer control prenatal a los tres meses de embarazo y a partir de entonces cada mes. Previo al parto, la frecuencia de los controles fue quincenal y luego semanal. Recuerda que recibió buena atención, que las promotoras de salud estaban pendientes de sus necesidades, la visitaban en su casa e incluso le regalaron un "marranito" para que ahorrara y sentara las bases del progreso. El parto fue atendido por una entidad privada que tenía contrato con AIC y fue "muy bueno", lo mismo que trato que le dio personal de salud. También tuvo el apoyo, los cuidados y las recomendaciones de su mamá y de sus hermanas que ya habían sido mamás. En conjunto, Carmen recuerda el embarazo y el parto con agrado.

Nathaly cursa pre-jardín en un establecimiento público que recibe ayuda económica del ICBF solamente recibe niños kamsá. El hogar *Bacetemengbe Yebuna* está en la misma vereda donde vive Nathaly, a sólo unos minutos a pie de la casa. Su prioridad es mantener y fortalecer la lengua y las costumbres kamsá. Setenta niños asisten y los atienden cuatro maestras jardineras en los niveles de sala-cuna, gateadores, caminadores, párvulos y pre-jardín. En el hogar infantil trabajan un director, una secretaria, una persona de servicios generales que se encarga del aseo y de preparar los alimentos, y una auxiliar de cocina. Todos los padres de familia pagan al hogar infantil una cuota compensatoria por niño de seis mil pesos mensuales. Nathaly asiste a un curso de treinta niños, pero el día de la observación sólo había diez y nueve, pues los demás tenían varicela o estaban en casa porque era tiempo de vacaciones. Cuando Carmen tiene vacaciones prefiere quedarse en casa con su hija y no llevarla al hogar infantil, o llevarla y recogerla temprano para estar más tiempo juntas. Nathaly asiste a este hogar infantil desde que está en sala-cuna y desde entonces ha tenido la misma profesora. En su opinión, es una niña "bien linda", responsable, activa y al mismo tiempo

de ánimo tranquilo, que tiene la fortuna de tener una mamá que cumple con sus deberes y una tía y una abuela que la cuidan y "le hacen todo".

La jornada en el jardín sigue los lineamientos pedagógicos del ICBF: de siete y treinta, a ocho y treinta o nueve de la mañana, recibimiento: las maestras jardineras saludan a los niños con afecto, en algunos casos con besos, saludan a los padres de familia, organizan los implementos que cada niño trae al salón de clase y les da una charla sobre las actividades del día, sobre el respeto y la importancia de que se sean juiciosos. La actividad ha sido prevista y hace parte del cronograma mensual. En el momento se desarrolla el proyecto "comunidad y territorio". Luego pasan al comedor a desayunar. Este día colada de bienestarina y una arepa frita. Los niños se sientan a comer en dos mesas largas; las maestras jardineras supervisan que todos coman, paladean a los que tardan más en comer y al mismo tiempo toman su desayuno. Las mujeres de la cocina verifican que los niños coman y están atentas para atenderlos. Una de ellas preguntó cómo seguía un niño que el día anterior había tenido dolor de garganta. El niño respondió que aún le dolía y la mujer le dijo que iba a prepararle una mezcla de panela con limón para calmarle la molestia. Durante este tiempo, así como en otros momentos en el transcurso del día, las maestras jardineras hablan a los niños en kamsá. Después del desayuno, los niños van al baño en compañía de la maestra a cumplir las rutinas de higiene.

Hacia las 10:15am en el aula comienza la actividad "vamos a explorar". Tal vez por la observación que se hacía, la actividad no parecía relacionada con el proyecto "comunidad y territorio". Se proyectó un video titulado: "Recuperación y fortalecimiento de la memoria ancestral kamsá a través de la música inspirada por los taitas mayores". El mismo video fue proyectado dos veces seguidas a un volumen tan alto y con una calidad de sonido tan deficiente que algunos niños se tapaban los oídos. Antes de reproducirlo y con la ayuda de la maestra, algunos niños vistieron sus sayos y algunas niñas se pusieron una manta unicolor que deja espacio en la espalda para cargar un muñeco y se amarra en el pecho.

El video presenta la ubicación geográfica del Putumayo y cuenta la historia de los carnavales que celebran los kamsá. También narra la historia del hogar infantil y contiene imágenes de niños con los trajes típicos bailando en un evento oficial que tuvo lugar en ese hogar. Mientras el video avanza, los niños caminaban por todas partes sin prestar atención al video; algunos jugaban mientras la maestra intentaba tomar a algunos de ellos de la mano para organizar un círculo y bailar al ritmo de las flautas propias de la música de carnaval. Pasos para adelante y pasos para atrás eran realizados por la maestra en compañía de unos niños. A la segunda proyección del video se unió otra maestra con sus ocho niños de gateadores. Aumentaron el ruido y el movimiento en el salón.

A las 11:00 a.m. los niños se preparan almorzar: sopa, carne molida, arroz, plátano y un poco de ensalada era el menú del día. Todos los niños, excepto

los de pre-jardín, toman una siesta de una hora y media después de almorzar. Después, y para facilitar el lavado de los dientes, la profesora lleva un balde con agua al salón de clase y se cerciora de que todos se cepillen los dientes adecuadamente.

A continuación sigue la actividad llamada "vamos a crear", que culmina a la 1:00pm. Todos los niños parecen saber qué sucede en este momento de la jornada pues tan pronto culmina la rutina del cepillado de dientes, buscan papel, colores, cuentos o fichas para armar. En un rincón del salón hay muñecas, una cocina con pequeñas jarras de metal y de madera de distintas formas y tamaños, algunos granos que forman parte de la cocina tradicional kamsá tales como el frijol franca y distintas variedades de maíz, y una cama pequeña para que las niñas acuesten a sus muñecas. A este rincón se dirigieron varias niñas, entre ellas Nathaly. En otra parte del salón estaban los niños jugando con carritos o armando largas pistas con fichas de madera. En otra esquina un grupo jugó con los títeres y cantó, por petición de la maestra, una canción titulada "Padre Nuestro". En la esquina donde estaba la maestra, un grupo coloreaba y miraba cuentos. La maestra les daba los materiales o colores que los niños pudieran necesitar. Los niños pueden rotar por distintas actividades durante este tiempo para la creación.

Esta actividad culmina a las 2:00 p.m., cuando todos se disponen para tomar una colada que nuevamente puede ser bienestarina o avena. Durante este tiempo la maestra jardinera repasa en kamsá lo que hicieron durante el día y comenta el comportamiento de todos en el salón. Después de la colada esperan a sus padres que comienzan a llegar a partir de las 3:00 p.m.

La escuela de padres

Además de la información y los datos básicos del niño (nombre de los padres, ocupación y lugar de vivienda), el registro de ingreso al hogar infantil incluye tres ítems que describen el compromiso que los padres adquieren con el hogar una vez la niña es aceptada: cumplir fielmente todas las obligaciones y normas en el reglamento para padres del hogar infantil; participar activamente de las actividades que se programen para la buena marcha del hogar infantil y pagar oportunamente la tasa compensatoria a los cinco primeros días de cada mes. Los padres confirman por escrito su aceptación y firman el acuerdo. Pese a ello, prima el sentimiento de obligatoriedad sobre el compromiso con el proyecto pedagógico. Una mamá en Pradera, exenta del pago de la cuota moderadora por ser desplazada, señaló que le toca colaborar con el hogar infantil, "porque como no pago, me toca cada vez que mandan la rifa, hacer el esfuerzo de venderlas o conseguir la plata y llevarla".

En contraste, por ejemplo, la maestra jardinera de Cali mencionó que más allá de las reuniones de padres y de los talleres que se dictan bajo orientación de una psicóloga, estos se involucran en las actividades pedagógicas de lectura que propone para sus niños. Sobre la participación de los padres de familia en las actividades del hogar infantil entre las que se cuentan celebrar el día de la familia, recolectar fondos para el hogar infantil por medio de bazares, organizar viejotecas u otras para contribuir con el aseo del hogar infantil, varias entrevistadas señalaron:

Salidas todavía no me ha tocado ninguna, a las reuniones sí yo voy, porque es muy importante para ellos. Yo trato de darle todo el tiempo a mi hijo, de estar ahí, yo voy siempre a las reuniones, escucho. La última que estuve fue un taller con una psicóloga, y ahí nos mostraron todo lo que los niños hacían, lo que ellos pensaban, nos dieron unas manos de ellos: Ellos pusieron sus manos con témperas, ahí escribían supuestamente lo que los niños querían que uno les diera, y también nos dieron a nosotros para que nosotros dibujáramos. Antes de darnos lo que los niños pensaban nos pusieron a que dibujáramos la mano, y que escribiéramos lo que nosotros nos comprometíamos hacia ellos, y después nos daban el del niño, y nosotros veíamos el de nosotros, entonces, ahí veíamos qué tan parecido era (Mamá, Cali).

Ellos cuando hay una actividad especial con los niños, cuando de pronto nos toca salir, estamos en contacto con información, de pronto nos toca salir, ellos vienen, en los paseos, en las salidas, en el carnaval que tenemos ellos se involucran, son bien activos, participan en todas las actividades (Maestra jardinera, Sibundoy).

Nosotros (las maestras jardineras) le enviamos la invitación (a los padres) con tres días de anticipación. Ellos ya saben que para ese día deben cumplir con este compromiso, con tres días de anticipación ellos ya saben que deben pedir permiso en el trabajo que estén, deben organizarse para poder cumplir con su compromiso. Si no pueden venir, entonces, ya mandan oficio contándonos por qué motivo no pueden asistir, pero por lo general son muy poquitos los que fallan, como le digo, porque tienen hermanitos en el otro lado, porque los padres son muy cumplidos y muy comprometidos con las actividades (Maestras jardineras, Sibundoy).

Los padres de familia colaboramos a veces con el mantenimiento para que el hogar se mire bonito, a veces hay jornadas de aseo, asistimos a ayudar a lavar el piso. Es muy organizado, me gusta mucho. A mí me complace que mi hija se siente muy contenta (Mamá, Sibundoy).

El patio lo modificaron este año, le colocaron gramilla, los columpios los cambiaron, nosotros hicimos una viejoteca con la asociación de padres de familia con el fin de recolectar fondos para el parque. Con eso nos fue muy bien: colaboraron los papás mucho. Uno les pide la colaboración a los padres y los padres se involucran tanto con uno, uno ve pues el trabajo de los papás, por ejemplo, en abril fue por el mes del niño, donde se festejó los cumpleaños del Valle del Cauca. Nosotros les pedimos la colaboración a los padres del niño para que nos ayudaran con los platos típicos del Valle del Cauca. Se involucraron todos. Hicimos desde lo más mínimo hasta el sancocho valluno, nos felicitaron, porque realmente hicimos un trabajo genial (Maestra jardinera, Pradera).

Conmigo, hasta el momento me han participado bien, cuando yo cito a reunión general la mayoría me asisten, por ahí 1 o 2 que faltan (...) Por ejemplo hoy vamos a trabajar con los niños que están más quedaditos académicamente, para que los padres les hagan un refuerzo, unos les dice, que están llegando sin tareas, para que revisen y miren que está fallando; porque los niños les dicen que no hay tareas, entonces yo les digo, ustedes saben que yo todos los días dejo una tarea, así sea una bobada, pero dejo algo, entonces para que se pongan pilas (Maestra primaria, Aguazul).

Con todo y el balance positivo de la participación de los padres de familia en las actividades del hogar infantil, algunas maestras y coordinadoras agregan que no siempre es fácil lograr la participación. En Sibundoy, porque muchos padres viven del jornal y si asisten a una reunión dejan de recibir su paga. Se procura entonces organizar las reuniones en la tarde, para que los padres "no pierdan todo el día". Una maestra en Valledupar piensa que reina un sentimiento de apatía y por eso las reuniones de la Escuela para la Familia se anuncian con carácter de obligatoriedad: "para ver si logramos que vengan, porque hay unos que no vienen que porque no tienen tiempo, pero nos interesan que todos vengan, porque es muy importante para la familia".

Nos encanta nuestro trabajo, pero es pesado y es mal remunerado

Las condiciones laborales y salariales de las maestras jardineras, a menudo precarias, el elevado número de niños que cada maestra jardinera tiene a su cargo, las limitaciones de tiempo para conciliar las actividades rutinarias de cuidado de los niños con las orientadas a la planeación de actividades y al seguimiento y evaluación de sus niños y niñas, son asuntos que afectan la vida de los hogares y jardines infantiles.

Otra inquietud que ronda en las instituciones surge de la brecha entre las maestras profesionales en pedagogía, más escolarizadas, y las maestras jardineras (sin formación técnica), por el otro. El ICBF ha promovido varios programas de capacitación para reducir esta distancia. Ahora bien, con independencia del grado de formación, en la práctica laboral diaria, ambas tienen a su cargo el mismo número de niños que, en ocasiones, es muy elevado, promueven el mismo tipo de actividades en sus aulas de clase, siguen un mismo esquema de organización de rutinas, y tienen como prioridad velar por el bienestar de los niños en tareas concretas de cuidado.

Pero la vida laboral de las maestras jardineras está particularmente afectada por la formación que tengan. La diferencia en la formación se muestra cuando se debe explicar, por ejemplo, el sentido pedagógico que subyace en una actividad en particular. Las maestras jardineras con formación profesional, usualmente menores que sus colegas sin títulos de formación, pueden, por ejemplo, enunciar con mayor claridad el sentido pedagógico que encierran las actividades desarrolladas en el aula.

En el momento de visitar los centros de desarrollo infantil, la principal inquietud es el requisito de tener una formación de técnico en primera infancia que se ha introducido como parte de la estrategia *De Cero a Siempre*. La disposición significa que las madres comunitarias deben cursar los estudios para desempeñarse en los jardines. Aunque no conocen los plazos para conseguirlo, la disposición ha introducido cambios y expectativas.

En Aguachica y Sibundoy dos de las maestras jardineras entrevistadas, no tienen título de formación de técnico en primera infancia. La maestra de Aguachica es auxiliar y estaba haciendo un reemplazo a la maestra a cargo del curso al que asiste Cristian. Ella empezó su trayectoria como madre comunitaria hace veinticuatro años; en los últimos ocho ha trabajado en un hogar múltiple de ese municipio. El tránsito de madre comunitaria a maestra auxiliar no fue voluntario: "nos escogieron y nos dijeron ¡usted y usted se van para el hogar! Las que estábamos más cerquita, acá al hogar, como para que las madres no tuvieran que pagar transporte". La diferencia entre ser auxiliar y ser docente, comenta, radica en que la docente tiene un grupo a su cargo mientras que la auxiliar rota por distintos grados ayudando a las demás docentes. Y para ser docente es requisito haber obtenido el título de formación de técnico en primera infancia. Ella no ha podido iniciar el programa de formación por razones personales. Como señala, una vez comienza el programa de dos años, no se puede interrumpir: "usted sabe que en el Sena no se puede fallar. No entré porque no podía ir constante y me fueran a vetar, porque si yo fallo y no lo hubiera terminado, quedaba vetada para cuatro años, por eso me dio miedo; ahora sí lo voy a hacer si Dios quiere", agrega.

La maestra de Sibundoy es bachiller normalista e ingresó hace veintitrés años al mismo hogar infantil en el que trabaja actualmente. El principal requisito para concursar por ese puesto era dominar la lengua kamsá. Otras dos maestras, la de Pradera (21 años) y la de Valledupar (55 años de edad y 19 de experiencia como docente), tienen título de técnicas en atención a la primera infancia. La maestra de Cali, normalista superior de 21 años de edad, cursa actualmente el segundo semestre de licenciatura en pedagogía infantil en la Universidad Minuto de Dios de esa ciudad.

Las maestras de Aguachica y de Sibundoy han recibido varias capacitaciones lideradas por el ICBF y otras dictadas en convenio con instituciones como Corpoica o Comfamiliar. La bachiller normalista de Sibundoy, durante los años de trabajo en el Hogar Infantil *Bacetemengbe Yebuna*, ha asistido a cursos sobre manejo de materiales "orgánicos para la madre tierra", extracción del almidón de una planta, para aprender a hacer cuadros sinópticos por computador, así como a otros promovidos por el ICBF en temas como maltrato infantil, pautas de crianza, la importancia de los momentos pedagógicos y, ahora, sobre estrategias pedagógicas impulsadas en el marco de la implementación de la estrategia *De Cero a Siempre*.

Para las dos maestras ha resultado significativa la diferencia entre poseer un título de formación técnica que las acredite para la tarea de maestras y tener experiencia en este oficio. La coordinadora escolar de uno de los hogares múltiples visitados

en Aguachica manifestó que si bien no todas las maestras jardineras tienen conocimientos técnicos, “tienen el conocimiento; no tienen el título, pero la experiencia hace mucho... Les hace falta a ellas ese pedacito” (Aguachica, coordinadora *Hogar Múltiple Mundo Infantil*). Como contrapeso a la falta del título de formación técnica, se mencionan los diversos cursos de corta duración a los que han asistido:

Yo fui de servicios generales, y a mí me acuerdo que me dieron bastantes capacitaciones. En todos los sentidos nos daban capacitaciones: en manejo de alimentos, en todo. Entonces, lo que nos dictan, las charlas que nos dan, sabemos acatar, si hay cambios, aceptamos y lo ponemos en práctica, eso es lo más importante (Maestras jardineras Hogar Infantil Mi Mundo Feliz, Sibundoy).

Aquí en la actualidad estamos tres que tenemos ese técnico, pero hay otras compañeras que tienen el ciclo complementario²⁹. Hay una licenciada en educación básica primaria (...). También tenemos el técnico en sistemas. La mayoría hemos hecho diplomados en salud y orientación pedagógica (Maestras jardineras Hogar Infantil Mi Mundo Feliz, Sibundoy).

Las madres entrevistadas no mencionaron el grado de formación de las jardineras como un criterio relevante para confiarles el cuidado formación de sus hijos. Esto se explica en parte porque sobre lo que los niños puedan o no desarrollar cognitivamente, guiados por las destrezas pedagógicas de las maestras jardineras, prima la concepción del hogar o del jardín infantil como un repositorio de cuidado básico —la guardería— donde los niños tienen compañía y supervisión, reciben la atención básica, los tratan bien y, sobre todo, están bien alimentados.

Algunas madres ignoran si las maestras jardineras tenían un título de formación técnica o profesional que las acreditara para su trabajo. En Valledupar, una de ellas respondió a esta cuestión: “No sé, ellas han estudiado, pero no sé muy bien qué”. Entre las mujeres que sabían que las maestras de sus hijos no tenían títulos de formación técnica, ello no constituía indicio de ser “mal profesor”. Refiriéndose a las maestras jardineras de uno de los hogares infantiles en Sibundoy, una mamá comentó:

Las jardineras, ellas de profesión no son profesoras, una es bachiller pedagógica, las demás no son bachilleres, son mamitas comunitarias.

²⁹ El ciclo complementario es un periodo de formación que sigue la formación media para quienes estudian en escuelas normales superiores. Oficialmente se reconoce como Ciclo Complementario de Formación Docente y a quienes lo finalizan en una normal superior reconocida por el Ministerio de Educación, como en el caso de la mamá de Natalia, se les otorga el título de “Normalista Superior” que los acredita para ejercer la docencia. Esta mamá de Sibundoy, por ejemplo, se refería a este ciclo como formación técnica. El ciclo tiene una duración de cuatro semestres académicos y sólo forma docentes para primaria y preescolar. La Normal Superior de Sibundoy goza de reconocimiento en el Putumayo. El decreto que regula esta formación está disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-176618_archivo_pdf1.pdf

Nosotros decidimos ingresarla allá porque aprenden la lengua materna; lo que ellos fortalecen es la identidad cultural, sentirse indígena y sentirse bien, y no que le digan, usted es indígena y se sientan mal: No, allá les enseñan a valorar la cultura indígena. Entonces, es muy bonito, les enseñan muy bien, no me puedo quejar: tanto en la parte cultural como en la parte intelectual, las cosas ya diferentes, las vocales, los nombres, todo, son muy amables, las jardineras son muy amables (Mamá, caso Sibundoy).

Para la madre, docente de profesión, el jardín satisface sus expectativas porque transmite aspectos fundamentales de la cultura kamsá y conocimientos intelectuales básicos para los que no encuentra necesario que la maestra ostente un grado específico de formación técnica. La transmisión de la cultura y de la lengua kamsá es un criterio más relevante que la titulación. A estos principios se suma de manera recurrente el de la "amabilidad", esgrimido una y otra vez como garantía, no de la transmisión efectiva de conocimientos o del desarrollo de destrezas cognitivas, sino del buen trato, del buen cuidado.

La evaluación de la labor de las maestras en el hogar infantil de Cali la expone una mamá entrevistada así: "son muy buenas, [dan] muy buena atención, [están] muy pendientes de los niños". Estar pendientes de los niños implica sobre todo que ellas supervisen a los niños y se aseguren de que sus hijos coman bien: "acá no le gustaba comer, antes de él entrar a la guardería no comía, no le gustaba comer casi, le gustaba estar más pegado de la teta, comía un poquito y dejaba casi toda la comida, y ahí, y ya después cuando entró a guardería empezó a comer y vea lo gordo que está" (Yesenia, Cali).

Ahora bien, sobre cursar la formación en técnico en primera infancia, una de las funcionarias del centro zonal de Sibundoy señaló que desde el 2007 el ICBF firmó en este municipio el convenio 287 con el SENA. Con él se capacitarán las madres comunitarias en técnico en primera infancia. Entre las obligaciones del SENA, comenta la funcionaria, está la de "garantizar la infraestructura y disponer del cupo completo que requiera el SENA". Durante el 2011, agrega, "se capacitó un grupo de veinte madres comunitarias y en este momento hay veintisiete en la formación que dura casi año y medio. Es muy bueno, porque ha mejorado muchísimo la calidad de atención a los niños, sobre todo en la parte pedagógica, que es muy importante".

Vale la pena señalar que la duración del programa parece variar de una región a otra. El tiempo de formación de año y medio al que se refiere esta funcionaria contrasta con las versiones de la maestra auxiliar de Aguachica y de la coordinadora de un hogar infantil de Sibundoy: señalaron un tiempo de formación de dos años. La maestra de Pradera dice que tiempo es de dos años y medio. Con independencia del tiempo que se prevea en cada sitio, la coordinadora de un hogar infantil en Sibundoy informó que el programa se imparte de manera presencial en los cascos urbanos de cada municipio. Las clases comienzan al acabar la jornada laboral, hacia las cuatro y media de la tarde y se prolongan hasta las diez

de la noche, todos los días laborales. En opinión de esta coordinadora, estas maestras en formación son dignas de admirar:

... porque ellas están aquí entre siete y media y ocho recibiendo niños, pasan derecho todo el día hasta las cuatro, cuatro y media que se entrega el último niño, y de aquí siguen estudiando hasta las diez de la noche... A veces ellas vienen y me dicen que tienen como ganas de retirarse, dicen que es muy duro, porque ellas son mamás también. A duras penas alcanzan a medio dejar el bolso y coger el otro bolso, porque las madres comunitarias que están estudiando yo las he visto que salen de aquí y cogen el uniforme y se van derecho (Coordinadora Hogar Múltiple Huellas de Amor, Sibundoy).

Al cuidado de los hijos de las maestras en formación en estos horarios y de los costos familiares asociados, no se hizo ninguna mención, pero la misma coordinadora señaló otras falencias de tipo estructural que las afectan, como la escasa remuneración económica y la demora en el pago de sus salarios, que incluso puede alcanzar hasta dos meses. Muchas de estas mujeres, agrega la coordinadora: "son madres cabeza de familia, son ellas las que responden por todo y el pago es mínimo, es muy poquito, y tampoco tienen opción de otra actividad porque a la hora que salen... Algunas me cuentan que sábados y domingos se van a jabonar ropa para poder compensar un poquito, pero son trabajos muy informales y esporádicos". Por eso la coordinadora halla comprensible que las madres comunitarias se vean con frecuencia golpeadas por el desaliento moral, pues aspiran a conservar sus puestos de trabajo y a lograr profesionalizar su saber en condiciones adversas.

Para animarlas, la coordinadora les recalca la estabilidad de sus trabajos en contraste con contratos como el que ella misma tiene en calidad de coordinadora, cargo a término fijo que depende directamente del municipio. En los dos años que ha estado a cargo de la coordinación, han rotado ya tres coordinadoras. Por este motivo, ella les inculca a las mamás "que el trabajo es poquito, pero es seguro (...) yo daría mi vida porque me paguen poquito, pero toda la vida, les digo". Por otro lado, las estimula organizando actividades y salidas para celebrar los cumpleaños y el día de las madres comunitarias. Así, espera que entiendan que "así no se les dé la remuneración económica que debería... es un trabajo muy bonito (...) Yo les digo: yo daría mi vida porque me den el chance de ser madre comunitaria, yo me muero de la felicidad, pero ahorita es muy difícil, [y] ellas como que ya van aceptando esa realidad". En el mismo tono de resignación, otra maestra jardinera de Sibundoy comentó: "el trabajo es muy lindo, precioso, a todas nos encanta, tenemos hartas ganas de trabajar, nos encanta nuestro trabajo, pero es pesado y es mal remunerado; pero es bonito el trabajo, gracias a Dios que tenemos trabajito, que estamos en lo que nos gusta".

Según las funcionarias del Centro Zonal del ICBF en Sibundoy, la situación de las madres comunitarias que aún reciben niños en sus casas es todavía más precaria: no ganan ni siquiera un salario mínimo, no están afiliadas a un servicio de salud, no

cotizan para pensión y no tienen vacaciones. En opinión de las alcaldías locales, quienes en sus presupuestos privilegian las inversiones en materia de infraestructura, estas madres no deberían tener vinculación laboral justamente porque son "agentes comunitarias... Lo que entendimos es que con la estrategia *De Cero a Siempre* se iba a mejorar tanto a la madre comunitaria, como a su familia y también a los niños que se les da atención del ICBF", agregan las funcionarias.

Por otro lado, si bien no todas las maestras jardineras adscritas a un hogar infantil del ICBF tienen un trabajo estable, en términos generales la rotación no tiende a ser muy alta³⁰ y el salario de una maestra jardinera con formación de técnica en primera infancia, como en el caso de la maestra del hogar infantil *Alfredo Posada Correa*, en Pradera, es en promedio de 700 mil pesos mensuales. En este caso la maestra se encontraba en periodo de prueba y no sabía el ICBF renovar su contrato al finalizar el periodo escolar. Al respecto, la maestra de Valledupar expresó que temía que la estrategia *De Cero a Siempre* agravara la que califica como una injusta forma de contratación temporal que, además, no depende directamente del ICBF, sino de asociaciones contratadas por el instituto para cubrir los gastos de los hogares infantiles. El problema, agrega la maestra, es que se les están adeudando los salarios de los cuatro meses de enero de los años 2005 hasta 2008 pues por razones presupuestales, el ICBF recortó por entonces los salarios para los trabajadores de 12 a 11 meses anuales. El temor con la contratación *De Cero a Siempre*, señala la maestra, es que los contratos pierdan continuidad, la inestabilidad laboral se agrave y no se les pague lo que se les adeuda. Tanto las funcionarias del Centro Zonal de Sibundoy como la maestra de Valledupar tienen expectativas sobre la estrategia *De Cero a Siempre* en las que se conjugan las percepciones sobre cambios positivos que traerá la implementación y sobre amenazas relacionadas con las formas contratación y las condiciones salariales.

Actualmente, la jornada de una maestra jardinera comienza entre 7:00 a.m. y 7:30 a.m. y finaliza entre las 4:00 p.m. y las 5:00p.m., dependiendo de los horarios del hogar infantil. Si bien algunas madres comunitarias, o agentes educativos comunitarios, como las llama el ICBF, no están haciendo la capacitación técnica para optar al título técnico, cada mes deben asistir a talleres impartidos por esta entidad. Éstos se ofrecen en jornada extra escolar o se realizan en un día en el que se suspenden las actividades las madres para que puedan asistir. Los talleres son "en prevención en derechos de los niños, en derecho al buen trato, prevención de

³⁰ En Cali, por ejemplo, la coordinadora del hogar infantil *Renacer* señaló que hasta hacía un año tenía un equipo estable de maestros. Por la experiencia que ganaron en *Renacer*, varios han conseguido mejores trabajos. Por lo tanto, desde hace un año tiene "gente nueva, el personal más antiguo de maestras tiene seis años, la otra profe tiene 4 años, 3 años, Karol es de las más nuevas, entró el año pasado con nosotros". En Pradera, aparte de la maestra jardinera y otra de sus colegas, "de resto todas llevan de cinco años para allá", comenta la maestra. En Sibundoy, como ya se mencionó, las contrataciones son estables. Para renovar el contrato, añade una de las funcionarias del Centro Zonal del ICBF, simplemente se les exige a comienzos de año una hoja de vida actualizada junto con exámenes médicos para verificar que no tengan ninguna enfermedad infectocontagiosa.

abuso sexual, prevención de maltrato infantil, y ellas pueden multiplicar sus talleres a sus padres de familia a través de las escuelas para padres que tenemos. Cada mes también cuando reciben la capacitación programan con sus padres de familia” (Coordinadora Centro Zonal de Sibundoy). Una coordinadora escolar comenta la relación entre las capacitaciones y el desempeño de las madres comunitarias como agentes que replican este saber entre los padres de familia:

... y como te decía, ellas pueden estar muy preparadas, están dando todo ellas, pero si no hay colaboración de parte de los papás, y es a lo que me he enfrentado en todo este tiempo que he estado acá, que los papás son muy apáticos a integrarse con la formación de los niños, es una lucha continua, que vengan a reuniones, es una lucha continua que se apropien, o sea, ellos tienen que dejar de pensar que el hogar comunitario es un hogar donde se deposita el niño para que se lo cuiden. Entonces, ellos sí exigen mucho de cuidado, pero no aportan nada y no ponen parte en cuanto a la formación, entonces, no tenemos apoyo (Coordinadora Hogar Múltiple Huellas de Amor, Sibundoy).

La coordinadora incluye entre sus funciones y las de las madres comunitarias y maestras jardineras la de educar a los padres en la importancia comprender el hogar infantil como un sitio cuya labor supera la de un repositorio de cuidado. Uno de los principales retos que enfrentan, además de recordarles a los padres la importancia de pagar oportunamente la cuota moderadora de 10.900 pesos mensuales, es educarlos en el valor del buen trato. En su opinión, esta educación desborda la realización de talleres que se divulgan en la escuela de padres³¹ y supone un alto grado de dominio y control emocional de las maestras. Sobre esta exigencia en particular y refiriéndose a las maestras jardineras que trabajan en el hogar *Múltiple Huellas de Amor*, la coordinadora señaló: “ellas saben que para mí lo más importante son los niños, que yo no permito un grito, que no permito un regaño, una mala cara, porque uno tiene aquí que ser para los niños y no para uno. De puertas para allá, ahí sí hagan todas las caras de mal genio y lloren, arrástrense lo que quieran, pero acá tienen que estar bien, porque los niños necesitan de ustedes ciento por ciento”.

La segunda característica de las buenas madres comunitarias y madres jardineras es tener una actitud abierta y disponible a oír las inquietudes y reclamos de los padres de familia. Para esto, en este hogar infantil de Sibundoy en particular y en vista de que durante el momento de recibir y despedir a los niños era difícil realizar esta función, se habilitó la hora de la siesta de los niños para atender a los padres. A esta hora las maestras almuerzan y se reúnen con la coordinadora y con las demás profesoras a planear sus actividades escolares.

³¹ La escuela de padres es ejemplo del trabajo con madres y padres de familia que es una de las cuatro estrategias impulsadas en el marco de una política educativa de atención integral para la primera infancia. Al reconocer a los padres como uno de los agentes educativos de los niños, y al señalar la necesidad de articular lo que los niños aprenden en los distintos entornos (familiar, comunitario e institucional) en los que crecen y se desenvuelven, se valida sin más la importancia de iniciativas de este orden.

Consciente de que promover el control emocional de las maestras y habilitar un horario para atender a padres de familia de manera más personalizada puede tener efectos importantes en la promoción y enseñanza del buen trato a los niños y niñas, la coordinadora señala que lamentablemente "lo aquí les enseñamos se borra en la casa". Su observación se refiere al buen trato infantil y a las pautas alimenticias, que se enseñan con el ánimo de que ambos se repliquen en la casa. Que esto no sucede, es notorio, en opinión de la coordinadora, en vista de la diferencia entre el buen trato y el alimento sano que los niños reciben en el hogar infantil, y la situación de violencia intrafamiliar y descuido alimentario frecuentes en casa. Respecto a la alimentación que los niños reciben durante el periodo de vacaciones escolares, observa:

... los niños aquí aprenden a comer ensalada, se les da la ensalada, pero llegan vacaciones y se desadaptan totalmente, porque en la casa no hay ensalada. Obviamente uno entiende, pero los papitos tienen que hacer el esfuerzo, no sé cómo, pero tienen que aprender también que esa es la educación que tenemos. Ellos la excusa que tienen, "es que allá no comen por nada". Entonces, con las manipuladoras estamos viendo unas recetas para ver que les den en torta de zanahoria, no sé cómo se tenga que hacer, pero que en vacaciones ellos sigan con sus verduras, porque si no, el proceso se daña. Aquí al principio las verduras se pierden porque los niños no comen, no están acostumbrados (Coordinadora Hogar Múltiple Huellas de Amor, Sibundoy).

Ahora bien, los temas que tratan las escuelas de padres surgen también del interés de los mismos padres de familia. La coordinadora y las maestras jardineras están allí para resolver sus inquietudes. Al igual que con los niños, ellas esperan que sean los mismos padres quienes, de acuerdo con sus necesidades, escojan lo que quieren aprender. El problema, desde la perspectiva de las maestras, es que los temas que se tratan en las escuelas de padres no parecen impactar positiva, o directamente, las pautas de crianza en los hogares. Esto significa que no confluyen las orientaciones educativas del hogar infantil con las de la casa.

Así al trabajo de estas mujeres, que incluye un componente importante de control emocional y de disponibilidad y apertura para entablar diálogo con las niñas, los niños y los padres, y educarlos, se suma la tarea de interpretar las necesidades de ambos mediante estrategias de capacitación que sirvan para sobrepasar los retos propios de hijos y padres. El principal recurso para tener éxito en estas tareas, como lo menciona la maestra jardinera de Cali, es "tener amor a los niños, tener esa paciencia, porque hay que tener mucha paciencia; estudiarlo, hay que hacer un estudio pedagógico para niños pequeños. El saber que estamos casi toda la mañana, todo el día con ellos, tener paciencia en ellos, el tener amor en ellos".

Tanto las maestras jardineras con y sin formación técnica, son altamente valoradas por las madres de familia, no en razón de la labor pedagógica que desempeñan, o podrían desempeñar, sino de las actividades de cuidado que cumplen. En los

criterios de valoración de las madres de los niños sobre el trabajo de las maestras jardineras pesan a favor factores como la edad, la experiencia, el tiempo de servicio de las maestras jardineras sin formación profesional y la propia experiencia de estas maestras como mamás. En tanto los niños estén bien cuidados, seguros, bien tratados y bien alimentados, los contenidos escolares que los niños aprendan o dejen de aprender, las destrezas que desarrollen o el título de formación de las maestras jardineras pasa, para la mayoría de las madres entrevistadas, a un segundo plano.

3.4. Conclusiones

Este estudio se acercó a la vida de algunos niños que representan aspectos diversos de la población de interés para la estrategia *De Cero a Siempre*. El trabajo se propuso identificar el entorno de cada uno de los seis niños menores de seis años en diferentes municipios del país para conocer cómo se integran en sus vidas las experiencias en la familia, la comunidad, el hogar infantil y la salud. El criterio que sirvió para encontrarlos y poderlos conocer es que hacen parte de una población que se considera pobre. Para efectos del estudio, esta condición se expresa en el hecho de que reciben subsidios y ayudas del Estado y, en ocasiones, también de origen privado. Por esta razón, asisten a hogares y jardines infantiles a los cuales tienen acceso precisamente estos niños y son usuarios de los servicios de salud que se han dispuesto para garantizar sus derechos. Justamente porque reciben estos servicios se les solicitó participar en esta investigación.

La estrategia *De Cero a Siempre* busca promover y garantizar el desarrollo integral de los niños, lo que significa incidir en su vida en el hogar, el centro de salud y el hospital, en la calle y el barrio y en los centros educativos y recreativos. En la perspectiva de derechos que es su fundamento, busca que haya una protección integral para el ejercicio de los derechos de los niños que afecte las dimensiones personales y sociales, las corporales y cognitivas, las estéticas y comunicativas. Por este motivo, este trabajo intentó ofrecer la perspectiva de la propia experiencia de los niños, "simulada" por las expresiones y relatos de madres, cuidadores, maestras jardineras, enfermeras, médicos y funcionarios. Inmediatamente salta a la vista la preponderancia de las voces femeninas pues son casi exclusivamente mujeres las que hablan aquí "por los niños".

1. El primer asunto que debe destacarse de la situación de los niños es entonces que todavía **no pueden hablar por sí mismos** en un estudio que se propone servir para evaluar la situación de su desarrollo integral. Aunque hay avances importantes en la investigación colaborativa con niños, éstos no han sido incorporados en las metodologías que reciben financiación para proponer diagnósticos, líneas de base o propuestas de políticas públicas. En este sentido ya hay una primera situación que no garantiza el ejercicio pleno de sus derechos, expresada en la forma misma del estudio.

2. La situación de pobreza de los niños, que los convierte en foco de la estrategia, proyecta la pobreza de sus familias, principalmente **la pobreza de sus madres**. Cinco de los seis niños viven sin su padre: éste jamás estuvo o los abandonó. Pocos envían dinero, de manera que sus madres llevan la responsabilidad completa de la crianza y del cuidado de estos niños y de sus hermanos, de las labores domésticas y del sustento económico. No supimos de la condición emocional de las mamás ni de su vida como mujeres, pero algunas están agobiadas por la responsabilidad y tienen dificultades para garantizar la parte de los derechos de sus propios hijos que es de su competencia.

3. La situación de pobreza de las madres de los niños es en algunos casos **producto de la violencia y del desplazamiento**; esto es, que tuvieron que abandonar sus lugares de origen, sus casas y sus trabajos, hecho que las empobreció. Esta pobreza "reciente" se vio agravada por la muerte o el abandono de los compañeros.

4. Las madres de los niños, cinco de seis, fueron **madres adolescentes** del niño que participó en la investigación o de uno de sus hermanos. Con excepción de una niña, todos fueron abandonados totalmente por sus padres. Otra niña recibe ayuda económica ocasional de su padre. Ante la notable ausencia de los padres recae en las madres la decisión de demandar o no a los padres para que cumplan sus obligaciones. Casi ninguna lo hace; a menudo no tienen ningún contacto con ellos ni saben dónde están.

5. Afirmar que los niños **nacen en familias que los desean, los planean y se preparan para su crianza no es posible**. Algunos niños han sido deseados, pero casi ninguno planeado. Menos puede afirmarse que las familias se hayan preparado para su crianza. En general, las mujeres quedan embarazadas sin una planificación y según las circunstancias consideran el embarazo como un evento positivo o negativo. Algunos niños fueron bien recibidos, otros no.

6. Las madres **confían plenamente en el hogar infantil**. Para ellas es ante todo, el lugar donde se garantiza la atención que la mayoría de ellas no les puede dar a los niños. No se la pueden dar porque **no tienen tiempo**, no están en la casa para recibirlos y prepararles los alimentos, a veces no pueden llevarlos a los servicios de salud y **no tienen dinero suficiente** para pagarle a alguien que lo haga por ellas. Si no cuentan con ayuda familiar o de vecinas, **a los hijos les pueden faltar algunas garantías de sus derechos**. Facilitarles a estas mujeres una ayuda en la forma de cuidadores que, por ejemplo, llevaran a los niños a los controles de crecimiento o a las consultas médicas, las ayudaran a gestionar las citas con especialistas, a cuidar a sus hijos cuando tienen que ser hospitalizados, o que los pudieran acompañar a lugares recreativos como parques o centros culturales, haría más amables sus vidas y alegraría la de sus hijos.

7. Además del cuidado básico que tienen los niños en el hogar infantil —compañía, supervisión, alimentación, higiene y juego— las madres agradecen **el buen trato y**

el cariño de las maestras jardineras y la buena influencia y educación que reciben los niños y que se traduce en **mejor comportamiento, capacidad verbal y de comunicación y en el desarrollo de habilidades que los hacen más “despiertos”**.

8. **La alimentación que reciben los niños en los hogares es fundamental.** La que reciben en las casa es a veces muy deficiente. Varios niños reciben en el hogar la principal comida del día, pero eventualmente esto no garantiza su nutrición si en la casa la comida es escasa.

9. Los niños asisten a los controles de crecimiento. **Algunos parecen presentar problemas de peso y talla** pero no siempre reciben un tratamiento adecuado. Esto sucede porque no resulta evidente el déficit o porque se recetan o recomiendan suplementos que no son suministrados. Así, **es incierto el resultado del control** toda vez que éste no garantiza que los niños que lo requieren, reciban los suplementos necesarios o las indicaciones de los especialistas en nutrición. Por otra parte, la percepción de las madres no siempre coincide con la del personal de salud que hace los controles de talla y peso. **El componente de control del desarrollo no se encontró** en los casos de los niños participantes en el estudio. En ninguno de ellos se reportó que se hagan pruebas sobre su desarrollo psicomotor, verbal o cognitivo.

10. **No puede afirmarse que los niños tengan una garantía del derecho a la salud.** Entre los seis niños se identificaron situaciones que merecen la atención de especialistas, tratamientos y cirugías. Por diversas razones estas necesidades no han sido atendidas. El control de crecimiento y desarrollo no ha operado como instancia que sirva para identificar las necesidades de salud y remitir a los niños a los servicios correspondientes. Es claro que **todos los niños que participaron reciben un cuidado básico** en cuanto asisten a controles de crecimiento y desarrollo, pero no puede afirmarse que reciban el nivel más alto posible de salud. Por el contrario, hay casos que muestran que aparte de los controles de talla y peso, algunos asuntos básicos no reciben ninguna atención. Merece especial atención el cambio que se introdujo en los controles de talla y peso, pues los nuevos instrumentos podrían causar que algunos niños dejen de ser remitidos a servicios de nutrición cuando parecen requerirlo. En la medida en que un estado nutricional deficiente eventualmente sólo puede ser detectado en estos controles, pues los niños no asisten a una consulta pediátrica de forma regular, podría perderse la única oportunidad que tienen de recibir una atención oportuna.

11. En los hogares y jardines infantiles **conviven diferentes visiones acerca del sentido de la formación inicial que deben recibir los niños.** Estas diferencias abarcan desde la sola idea del cuidado y pueden incluir hasta la del aprestamiento escolar. No hay acuerdos entre el personal docente y las familias acerca del sentido pedagógico de la educación inicial. Las actividades que se desarrollan en el entorno formal no guardan, en general, continuidad con lo que hacen los niños en la casa. Ninguno de los niños tiene en su casa libros ni juguetes pedagógicos ni realiza actividades que puedan entenderse como refuerzo de su desarrollo cultural,

literario o artístico. El componente étnico del hogar infantil en Sibundoy, especialmente en los aspectos lingüístico y cultural, no tiene continuidad en la vida hogareña la niña kamsa.

12. Que **“las niñas y los niños nacen, crecen y se desarrollan en una familia que cuenta con las características y condiciones afectivas, de cuidado y protección que la configuran como su ámbito primordial de socialización” es una afirmación que admite variaciones importantes**, especialmente en el sentido de que los niños estén rodeados de una familia y de que tal familia ofrezca un entorno afectivo de cuidado y protección. Algunos niños sólo tienen a su mamá y los vínculos que ella ha establecido en su comunidad. Algunas de estas madres tienen poco tiempo para cuidar y brindarles afecto a sus hijos. Otros, efectivamente, nacen y crecen en una familia extensa donde reciben la atención de varios miembros. En vista de que es usual que los hermanos mayores cuiden a los menores, puede facilitarles esta tarea, la posibilidad de asistir a centros infantiles y juveniles donde cuidar a los menores no sea una responsabilidad exclusiva de ellos.

13. Efectivamente, **los niños reciben los cuidados básicos**: sus madres los han inscrito y los llevan regularmente al hogar infantil, no muestran signos de maltrato, asisten a los controles —unos con mayor frecuencia que otros— y algunos tienen familiares con posibilidades de costearles servicios de salud adicionales. En ciertos casos se presenta una deficiencia en la atención en salud y el niño afectado no recibe la atención necesaria, bien sea porque el sistema no reconoce la situación o porque los cuidadores no obran oportuna y adecuadamente.

14. No se supo de madres que hubiesen tenido una pérdida durante el embarazo o el parto, ni que hubiesen practicado un aborto; por lo tanto, **todos los hijos de estas madres, incluso los que no fueron participantes, nacieron con vida y lo hicieron hospitalizados**. Por las características de la muestra, todos son valorados y monitoreados en su crecimiento y desarrollo, con las limitaciones y características que ya fueron señaladas.

15. **No siempre puede afirmarse que la niña o el niño tienen el estado nutricional adecuado**. Aunque el trabajo realizado no permitió conocer la alimentación que reciben en la casa, parece claro que la comida del hogar infantil puede hacer la diferencia. Por las características económicas de las madres y sus familias, por las ocupaciones e ingresos, así como por las condiciones de la vivienda, puede afirmarse que el estado nutricional saludable depende para algunos niños de la alimentación que reciben en el jardín infantil.

16. Las experiencias pedagógicas que tienen los niños en los lugares visitados **propician una educación inicial que sigue con bastante homogeneidad los lineamientos propuestos por el ICBF**. Se reconoce en ellas un **principio de inclusión y equidad** que se orienta especialmente a la población desplazada y más vulnerable. También se identifica el reconocimiento a la diversidad étnica y

cultural en proyecto pedagógicos específicos.

4. SALUD

4.1. Marco de referencia

La Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia estableció la obligación a las y los gobernantes de los ámbitos nacional, departamental y municipal, de liderar el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas dirigidas a todos los niños, niñas y adolescentes. En materia de primera infancia, la misma Ley exige dar pleno alcance a lo establecido en el artículo 29, que define el derecho al desarrollo integral en quienes se encuentran en este ciclo vital.

En respuesta a ello, el Documento CONPES 109 de 2007 constituye un importante paso en la definición de la Política Nacional de la Primera Infancia que cuatro años después amerita ser actualizada y proyectada a más largo plazo, consecuentemente con la apuesta propósitos y la prioridad que tiene la Primera Infancia en Colombia, y desarrollarse en los territorios de forma tal que sea desde estos escenarios donde logren materializarse los propósitos y la prioridad que tiene la atención integral.

En el informe de seguimiento a las metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015, publicado en 2010, se encontró un importante grado de avance (porcentaje de logro de la meta prevista) en el cumplimiento de indicadores, como: porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales (73%); sin embargo, el grado de cumplimiento en el avance de indicadores como, cobertura bruta en educación media (65%), años promedio de estudio (población entre 15-24 años) (57%), mortalidad materna (68%), probablemente no alcancen la meta prevista, pero imponen un reto al país para realizar más esfuerzos en dicho propósito.

La Estrategia “De Cero a Siempre” surge justamente de la necesidad de fortalecer la Política Nacional de la Primera Infancia y de acompañar a los departamentos y municipios en su labor de incluirla como aspecto fundamental en sus planes de desarrollo territorial.

Para ello, la Estrategia pretende generar acuerdos frente a lo que significa el desarrollo integral de la primera infancia y sus implicaciones en términos de la atención universal que debe alcanzarse. Igualmente, busca trabajar con los gobiernos locales, de manera intersectorial, en el establecimiento de las condiciones institucionales y financieras que hagan posible sostener en el largo

plazo, las acciones requeridas para hacer efectiva la garantía de los derechos de los niños y niñas durante sus primeros años.

Para la construcción de la línea de base del Programa de Cero a Siempre, se trabajó con dos elementos muy reconocidos en el sector salud: la historia clínica y las normas y guías de la Resolución 412 de 2000 y sus actualizaciones.

La historia clínica es un documento que surge del contacto entre el profesional de la salud y el paciente y se convierte en una herramienta muy importante para verificar la gestión del equipo de salud, contribuyendo a la medición de la calidad de la atención por su contenido de tipo asistencial, preventivo y social.

Con el objeto de evaluar si en las IPS del país hacen uso de estos instrumentos para la atención del parto, de las madres gestantes, del recién nacido y la detección temprana del crecimiento y desarrollo, se elaboraron instrumentos que permitieron llegar a las historias clínicas y verificar si esta normatividad está siendo utilizada para la atención de los (as) usuarios, teniendo como marco los estándares de calidad en salud, elaborados por La Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia.

A continuación se describen los objetivos de cada una de las guías y normas técnicas, que nos sirvieron como marco de referencia, para la construcción de los formatos que evaluaron si en las historias clínicas estaban consignadas, todas las atenciones que definen la calidad en la prestación del servicio.

Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo: Identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo. La gestante es definida en la presente Guía como el binomio de la mujer embarazada y su fruto de la concepción.

Norma técnica para la atención del parto: Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.

Guía para la atención al recién nacido: La atención del recién nacido está representada en el conjunto de actividades, cuidados, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después de nacer, en procura del bienestar general del recién nacido. La mayoría de las complicaciones del periodo neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del periodo neonatal.

Guía para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo: Promover la salud, el crecimiento y el desarrollo armónico de todos los niños y niñas, fomentando condiciones y estilos de vida saludables, potenciando factores protectores, promoviendo el buen trato, evaluando riesgos y fomentando alimentación saludable. Además, prevenir las enfermedades más frecuentes, los accidentes desplegando medidas de protección específica como la vacunación. También, Impulsar los componentes de salud oral, visual y auditiva y fomentar la participación comunitaria y la articulación con el sector educativo como estrategias para fomentar la salud integral de los niños y niñas.

La atención integral para promover el desarrollo integral de la primera infancia debe tener en cuenta los siguientes elementos: familias que participan en procesos de formación, afiliación vigente a salud, esquema de vacunación completo según la edad, asegurar la asistencia a las consultas de crecimiento y desarrollo requeridas según la edad, con valoración y seguimiento, cuentan con registro civil o nutricional, asisten a programas de educación inicial con calidad, acceso a libros y material audiovisual para primera infancia, en un marco de verificación de derechos de protección.

El programa de Cero a Siempre considera que **las realizaciones** son condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño, y que hacen posible su desarrollo integral en la primera infancia cuando son acogidos, saludables, nutridos adecuadamente, viven en ambientes favorables a su desarrollo, son escuchados y tenidos en cuenta, construyen su identidad, hacen uso de sus derechos promocionados o restablecidos.

La **integralidad en la atención en salud** se entiende como las acciones planificadas, continuas y permanentes de carácter político, programático y social para asegurar que los entornos en los que se desarrollan la niña y el niño cuenten con condiciones humanas, materiales y sociales que hagan posible el desarrollo integral. También, deben estar orientadas al reconocimiento, protección, garantía, prevención de amenaza o vulneración y restablecimiento inmediato de los derechos de niñas y niños. Se ejecutan en forma complementaria en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal, con la correspondiente asignación de recursos humanos, físicos y financieros. Las principales características de la integralidad en la atención en salud son la disponibilidad, accesibilidad, calidad, inclusión y sostenibilidad.

La Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera Infancia, mediante la mesa de calidad de los servicios, del equipo técnico interinstitucional, definió los Estándares de Calidad para la Atención Integral a la Primera infancia, escenario prestador de servicios de salud.

La tabla que viene a continuación contiene 66 estándares de calidad en salud y las realizaciones específicas en un marco de derechos.

Tabla 2. Estándares de calidad en salud en áreas de derechos y realizaciones

ÁREA DE DERECHOS	REALIZACIONES ESPECIFICAS	ESTÁNDARES
EXISTENCIA	Niña o niño nace en familia que le desea, le planea y se prepara para su crianza	1,2,
	Niña o niño vive y disfruta del nivel más alto posible de salud	3, 10, 11, 14, 16, 17, 19, 23, 24, 26, 27, 33, 34, 38, 42,
	Niña o niño es valorado y monitoreado en su crecimiento y desarrollo.	4,5,6,8, 28, 29,30, 31, 32, 35, 36, 37,
	Niña o niño cuenta con padres, madres o cuidadores principales que ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo temprano.	7, 9, 18, 20, 39,
	Niña o niño en estado nutricional adecuado.	12,13, 15, 25, 40, 41,
	Niña o niño cuenta con la posibilidad de crecer en ambientes que favorecen y potencian su desarrollo	21, 22
DESARROLLO	Niña o niño nace en familia que le desea, le planea y se prepara para su crianza.	43,
	Niña o niño es valorado y monitoreado en su crecimiento y desarrollo	44, 45,
	Niña o niño cuenta con padres, madres o cuidadores principales que ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo temprano.	46,
	Niña o niño crece en un contexto que promueve sus derechos y actúa ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración	47,
CIUDADANÍA	Niña o niño crece en un contexto que promueve sus derechos y actúa ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.	48, 54
	Niña o niño con identidad jurídica.	49,
	Niña o niño expresa sus sentimientos, ideas y opiniones en sus escenarios cotidianos y estas son tenidas en cuenta	50, 51, 52,
	Niña o niño cuenta con la posibilidad de crecer en ambientes que favorecen y potencian su desarrollo.	53,
	Niña o niño vive y disfruta del nivel más alto posible de salud.	55
PROTECCION	Niña o niño crece en un contexto que promueve sus derechos y actúa ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.	56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63,64,65
GESTION Y ADMINISTRACION	Los prestadores de servicios de salud deben estar habilitados según la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad o la norma de habilitación que la actualice	66

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

4.2. Muestra

El operativo de campo del componente de salud, que incluye el instrumento general de caracterización de IPS y las historias clínicas a la submuestra inició el 11 de julio de 2012 fecha en la que el CNC envió al DNP y al Ministerio de Salud el listado de IPS, el listado de IPS seleccionadas para realizar un primer contacto y solicitarle los listados de las personas inscritas en control prenatal, recién nacidos y niños y niñas inscritas en el programa de Crecimiento y Desarrollo.

El día 7 de Octubre se realiza balance de IPS que enviaron información, obteniendo a en esa fecha respuesta de 79 IPS de un total de 91, situación por la que se procede a programar el operativo nacional de campo.

El día 15 de Octubre se inicia el trabajo a nivel nacional con un equipo de 15 personas, entre Médicos, Odontólogos y Enfermeras Profesionales, apoyados por personal con experiencia en auditoría médica y administración en salud. El trabajo de campo finalizó el día 28 de Noviembre de 2012.

Instrumentos

La recolección de información correspondiente al componente de salud incluye 4 tipos de instrumentos:

- Instrumento general de caracterización de IPS
- Instrumento de Revisión de Historia Clínica de Control Prenatal
- Instrumento de Revisión de Historia Clínica de Parto, Postparto y Recién Nacido
- Instrumento de Revisión de Historia clínica de Crecimiento y Desarrollo

Rendimientos

El formulario general de caracterización de IPS, en promedio registró una duración de 30 minutos, sin embargo en este instrumento las secciones referentes a las variables de tipo administrativo cortaban la fluidez del instrumento ya que en buena parte, el conocimiento de esta información no lo disponía la persona que había sido designada por la IPS para responder la encuesta, que en su mayoría de oportunidades, los perfiles designados fueron la Enfermera Jefe y/o Coordinadora de PyP.

En cuanto a los instrumentos para la revisión de historias clínicas, la duración de revisión del instrumento está estrechamente relacionada a la complejidad y al número de consultas registradas en la historia clínica. En promedio la revisión de una historia clínica fue de 50 minutos.

Cobertura de muestra

Instrumento General de IPS

Para el instrumento general de IPS el diseño muestral estableció un total de 376 entidades distribuidas entre Públicas (179) y Privadas (197). La muestra efectivamente alcanzada arroja un total de 235 instituciones públicas encuestadas (131% de la meta) y 180 privadas (91% de la meta) para un total de 415 instituciones efectivamente encuestadas y un nivel de cobertura de la cuota de 110%.

Tabla 3. Muestra planeada vs. Muestra efectiva de IPS

	MUESTRA PROPUESTA			MUESTRA EFECTIVA			PORCENTAJE DE COBERTURA		
	Públicas	Privadas	TOTAL	Públicas	Privadas	TOTAL	Públicas	Privadas	TOTAL
1. Hasta 20.000 habitantes	40	10	50	53	13	66	133%	130%	132%
2. De 20.001 a 50.000	30	20	50	34	36	70	113%	180%	140%
3. De 50.001 a 100.000	19	22	41	29	27	56	153%	123%	137%
4. De 100.001 en adelante	20	25	45	43	30	73	215%	120%	162%
5. Capitales de depto	70	120	190	76	74	150	109%	62%	79%
TOTAL	179	197	376	235	180	415	131%	91%	110%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Para el caso de las instituciones privadas, en las capitales de departamento hubo resistencia por parte de las mismas en participar en el estudio, para este segmento de un total de 619 instituciones sobre las que se hizo gestión de contacto, solamente se logró respuesta efectiva en 74, registrándose una eficiencia de la base de tan solo 12%. La otra fracción restante se distribuye en IPS que rechazaron la encuesta, los datos están desactualizados y no se pudo contactar o la IPS aún cuando en la base se registra habilitación de los servicios de primera infancia requeridos, manifestaba no haber realizado este tipo de atención.

Instrumento de Submuestra de IPS para verificación de Historias Clínicas

Se realizó gestión para el contacto de 93 IPS públicas, 122 IPS privadas, obteniéndose encuestas efectivas en 50 públicas (53% de efectividad de la base) y 40 Privadas (33% de efectividad de la base).

Tabla 4. Efectividad submuestra de IPS para historias clínicas

	Pública						Privada					
	Efectivas	Rechazo	Sin datos de contacto	No presta servicios	No existe	Total No efectivas	Efectivas	Rechazo	Sin datos de contacto	No presta los servicios	No existe	Total No efectivas
1. Hasta 20.000 habitantes	7	3	2		1	6	1	1			1	2
2. De 20.001 a 50.000	9	2	3			5	4	1	7	2	1	11
3. De 50.001 a 100.000	5	2	2			4	8		1			1
4. De 100.001 en adelante	8	6	2		1	9	4	8	7	6		21
5. Capitales de departamento.	21	17	2			19	23	15	13	17	2	47
Total general	50	30	11	0	2	43	40	25	28	25	4	82

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Para la realización del ejercicio de historias clínicas el diseño muestral estableció un total de 91 IPS distribuidas entre Públicas (41) y Privadas (50). La muestra efectivamente alcanzada arroja un total de 50 instituciones públicas visitadas (122% de la meta) y 40 privadas (80% de la meta) para un total de 90 instituciones efectivamente encuestadas y un nivel de cobertura de la cuota de 99%.

Tabla 5. Submuestra de IPS: muestra planeada vs. Muestra efectiva

	SUBMUESTRA PROPUESTA			SUBMUESTRA EFECTIVA			PORCENTAJE DE COBERTURA		
	Pública	Privada	TOTAL	Pública	Privada	TOTAL	Pública	Privada	TOTAL
1. Hasta 20.000 habitantes	4	3	7	7	1	8	175%	33%	114%
2. De 20.001 a 50.000	6	8	14	9	4	13	150%	50%	93%
3. De 50.001 a 100.000	4	7	11	5	8	13	125%	114%	118%
4. De 100.001 en adelante	7	9	16	8	4	12	114%	44%	75%
5. Capitales de depto	20	23	43	21	23	44	105%	100%	102%
TOTAL	41	50	91	50	40	90	122%	80%	99%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto al número de historias clínicas revisadas, el diseño muestral establecía un total de 1343 historias, distribuidas 714 en IPS públicas y 629 en IPS privadas. La muestra efectivamente alcanzada arroja un total de 845 historias clínicas revisadas en IPS públicas (118% de la meta) y 532 historias clínicas revisadas en IPS privadas (85% de la meta) para un total de 1377 historias clínicas revisadas y un nivel de cobertura de la cuota de 102%.

Tabla 6. Muestra de historias clínicas: muestra planeada vs. Muestra efectiva

	SUBMUESTRA PROPUESTA			SUBMUESTRA EFECTIVA			PORCENTAJE DE COBERTURA		
	Pública	Privada	Total	Pública	Privada	Total general	Pública	Privada	Total general
1. Hasta 20.000 habitantes	68	68	136	141	11	152	207%	16%	112%
2. De 20.001 a 50.000	136	85	221	142	48	190	104%	56%	86%
3. De 50.001 a 100.000	85	136	221	82	92	174	96%	68%	79%
4. De 100.001 en adelante	85	102	187	133	53	186	156%	52%	99%
5. Capitales de departamento.	340	238	578	347	328	675	102%	137%	117%
Total general	714	629	1343	845	532	1377	118%	85%	102%

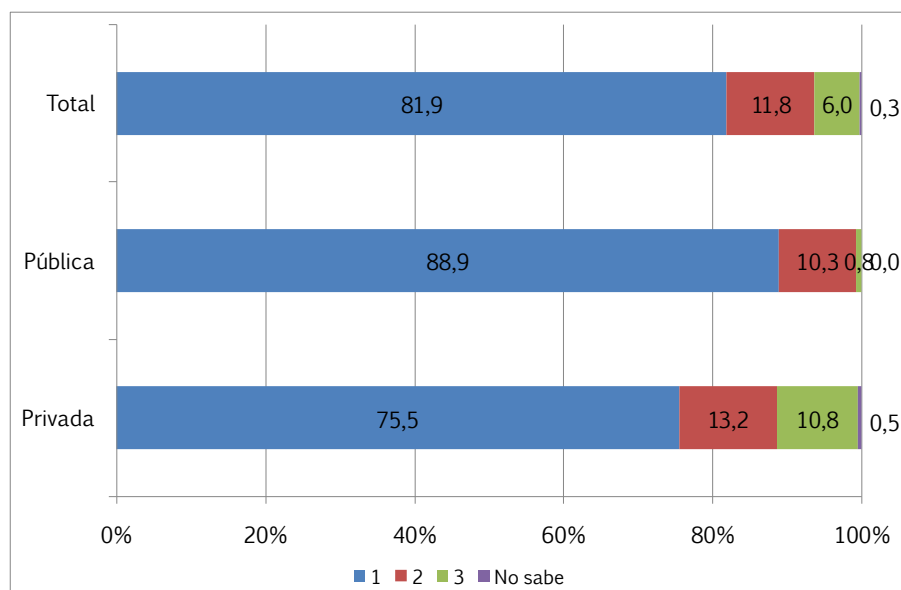
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

4.3. Descripción de las IPS

Para la identificación de IPS que atienden los servicios objeto de la política de primera infancia "De Cero a Siempre", se seleccionó del universo de IPS registradas ante el Ministerio de Salud, aquellas entidades que figuraban habilitadas para la prestación de los servicios de promoción y prevención y, atención de parto, postparto y recién nacido. Promoción y Prevención incluye entre otros, los servicios de control prenatal, crecimiento y desarrollo y vacunación.

A partir de este universo se selecciona la muestra aleatoria representativa a nivel nacional, y segmentando las instituciones en públicas y privadas. El 52,4% de las instituciones que están habilitadas para prestar los servicios que comprende la política De Cero a Siempre, son privadas y 47,6 públicas.

Gráfica 1. Proporción de IPS según nivel de complejidad de servicios que atiende



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto a su ubicación el 89,8% se ubica en zona urbana y el 10,1% en zona rural, como es previsible la proporción de IPS públicas en zona rural es significativamente mayor 18,8% que las privadas, 2,3%.

Tabla 7. Proporción de IPS según zona de ubicación

	Urbana	Rural	Total
Privada	97.7	2.3	100
Pública	81.2	18.8	100
Total	89.9	10.1	100

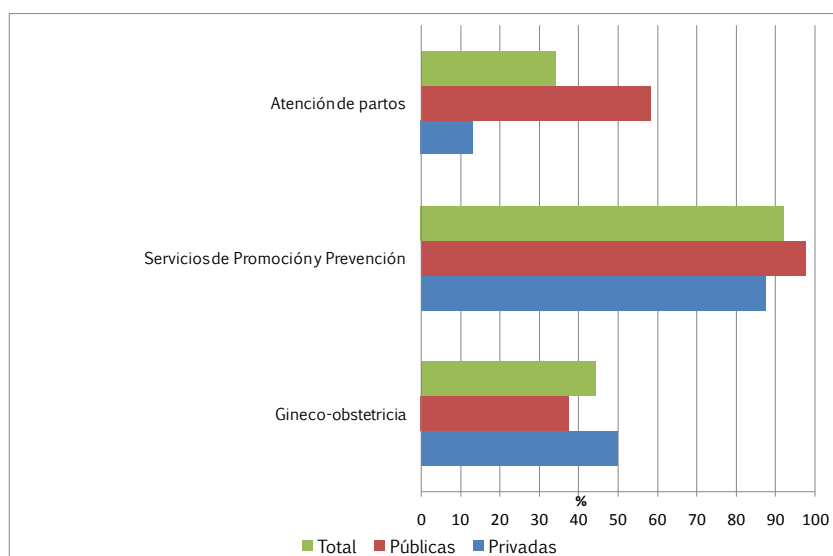
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al analizar el nivel de complejidad de los servicios que atienden, el 81,9% son de nivel I, es decir prestan la atención más básica, el 11,8% son entidades del nivel II y 6% entidades del nivel III, estas últimas son las que prestan mayor nivel de complejidad. Al contrastar estas cifras con datos del Ministerio de salud, en el año 2011, del total de IPS registradas ante el Ministerio, 84,3% eran de Nivel I, el 13,4% de Nivel II y 2,3% de Nivel III, es decir que los datos obtenidos para el caso de la oferta de servicios para la primera infancia, muestra un comportamiento consistente y muy paralelo a las cifras del total de IPS del país. Así mismo es claramente apreciable que en las instituciones públicas, la proporción de primer nivel (88,9%) es mucho más alta que dentro del grupo de las privadas (75,5%), es

decir que la proporción de entidades dedicadas a los temas de PyP y la atención de servicios de baja complejidad, es mayor en el caso de las públicas.

En cuanto a los servicios habilitados que tienen las IPS, se aprecia que el 92,1% tiene habilitados servicios de PyP el 44,2% servicios de gineco-obstetricia y el 34% el servicio de atención de partos. Es importante anotar que la proporción de IPS habilitadas para prestar este último servicio, es mayor dentro de las IPS públicas (58,3%) que en las privadas (13,1%); y efectivamente la red pública de hospitales se caracteriza por instituciones de III nivel que están en capacidad de atender alta complejidad, mientras que en el caso de las IPS privadas, hay mas heterogeneidad del nivel de complejidad de los servicios que prestan.

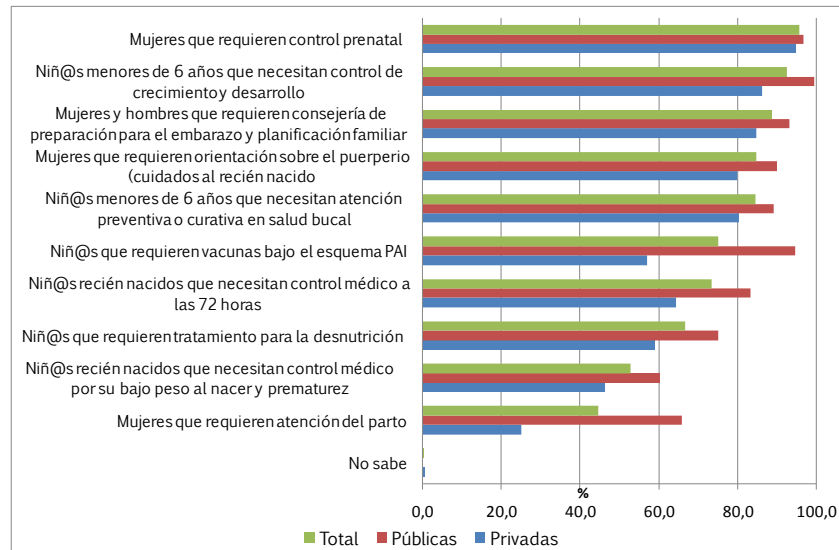
Gráfica 2. Proporción de IPS según servicios habilitados



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al contrastar los tipos de servicios que tienen habilitados con los subgrupos de población que atienden se evidencia una total consistencia. Casi el total de IPS objeto de estudio, atienden las actividades relacionadas con PyP, es decir el control prenatal (95,6%), los controles de Crecimiento y Desarrollo (92,6%), preparación para el embarazo (88,7%) y como ilustra la siguiente gráfica, en la medida en que el servicio es de mayor nivel de complejidad, la proporción de IPS en capacidad de realizar la atención va disminuyendo, servicios más especializados y que eventualmente requieren de una mayor articulación de la ruta de atención, como por ejemplo, atención de desnutrición, atención de prematuros o incluso la atención al parto, se reduce a la mitad la proporción de IPS que están en capacidad de atender estos servicios.

Gráfica 3. Proporción de IPS según subgrupos de población

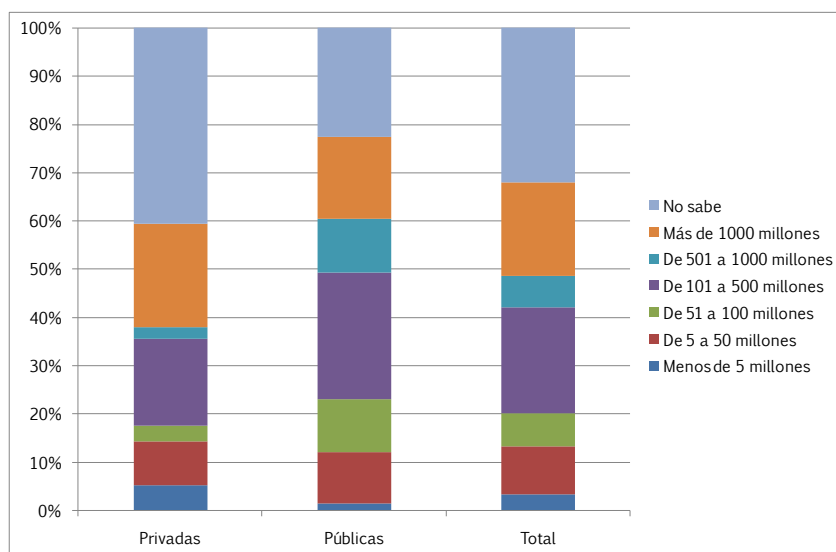


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Así mismo es importante anotar que referente al tema de habilitación, el 12,6% de las IPS públicas no tienen los distintivos de habilitación en lugares visibles, en contraste con las privadas para las que este porcentaje es de 2%, y básicamente lo que se evidencia es que las IPS privadas se perciben más vigiladas por las Secretarías de Salud, que las públicas y por tanto más vulnerables a eventuales cierres o sanciones.

Dentro del ejercicio de caracterización de las IPS, se indagó por variables de tipo financiero que permitieran dimensionar las instituciones; para tal efecto se incluyeron preguntas correspondientes al valor de los activos en el 2011 y al valor mensual promedio de facturación en el mismo año. La aplicación de estas preguntas evidenció rechazo, principalmente de las privadas, para reportar cifras argumentando en su mayoría de veces que la información financiera reposaba en otra sede. En cuanto a las públicas, hubo mayor receptividad de la pregunta, sin embargo en los casos de puntos de atención como los Centros de Salud, UBAs, etc adscritos a instituciones de III nivel, los temas financieros son manejados directamente por la institución a la que están adscritos y en varios casos afirmaron desconocer las cifras del punto de atención porque los reportes financieros son del total de entidad.

Gráfica 4. Proporción de IPS según valor de la facturación mensual



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

La gráfica muestra la situación descrita anteriormente. La alta proporción de IPS que manifiestan desconocer el dato de facturación, siendo más sensible esta situación en las privadas (40,7%) en contraste con las públicas (22,7%). Los resultados muestran dos cortes donde se concentra la mayor facturación de las IPS que atienden los servicios de Primera Infancia. Un primer corte es entre 100 y 500 millones, donde se concentra una quinta parte de las instituciones, y un segundo corte, con valor de facturación mensual superior a los 1000 millones, que concentra otra quinta parte de IPS.

En cuanto a procesos de acreditación, certificación o mejoramiento de la calidad de los servicios, el 27% de las IPS manifiesta no haber adelantado ningún tipo de proceso al respecto en los últimos tres años, el comportamiento no registra diferencias significativas entre las IPS públicas (27,5%) y las privadas (26,3%); así mismo llama la atención que sólo el 21% de las instituciones está acreditada como Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia (IAMI) siendo la proporción mucho mayor en las públicas (30%) que en las privadas (14%); así mismo el 20% de instituciones nunca ha participado en capacitaciones referentes a la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) siendo este porcentaje mayor en las privadas (25,3%) que en las públicas (15%).

En cuanto a la atención de grupos vulnerables una mayor proporción de IPS públicas reconoce, en su institución, una notoria atención a población en situación de desplazamiento (59,9%), en contraste con las IPS públicas (17,5%); así mismo una tercera parte de IPS tanto públicas como privadas reconocen una notoria atención a población afrocolombiana en sus instituciones.

Tabla 8. Proporción de IPS según subgrupos de población

	Privada	Pública	Total
Población afrocolombiana	32.7	32.8	32.8
Población indígena	16.2	21.3	18.6
Población en situación de desplazamiento	17.5	59.9	37.7
Población discapacitada o necesidades educativas especiales	24.6	52.4	37.8
Ninguna en particular	52.5	24.1	39.0
No sabe	4.07	0.54	2.38

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Gestión y administración

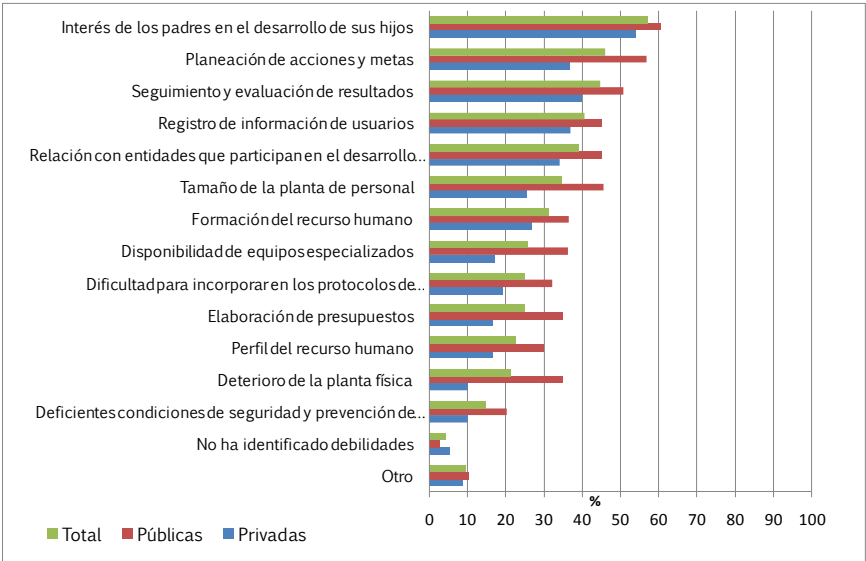
Dentro del instrumento que se aplicó a las IPS se incluyó una sección para indagar por aspectos referentes a la gestión y administración. El 92,6% de las IPS afirman que analizan de manera periódica las fortalezas y debilidades en su gestión. Esta proporción es sensiblemente más baja en las IPS públicas (88,5%) que en las IPS privadas (96,3%).

En promedio, el 93,6% de las IPS realiza reuniones periódicas con la planta de personal para identificar fortalezas y debilidades en la gestión y el 83,5% recolecta, analiza y evalúa sugerencias y reclamos de los usuarios: Estas actividades se realizan de manera mensual en la mayoría de IPS (63,6%); otro porcentaje importante realiza estas reuniones de retroalimentación trimestralmente (15,8%) y 9% afirma realizar este tipo de actividades dos veces al año. No existe una marcada diferencia en el comportamiento de estas variables entre las IPS públicas y privadas.

Entre las debilidades que las IPS han manifestado identificar en los procesos de prestación de servicios a la primera infancia, el 57% de IPS manifiesta que un problema está asociado al poco interés y participación de los padres en el desarrollo de los hijos, el 46% manifiesta dificultades asociadas a la planeación de acciones y metas, siendo superior el porcentaje en las IPS públicas (57%), que en las privadas 36,9%, de manera similar el 44,7% de IPS reconoce dificultades para el seguimiento y evaluación de resultados, siendo más sensible esta dificultad en una mayor proporción de IPS públicas (50,7%) que en IPS privadas (39,8%). Dentro de las debilidades identificadas el 39 % de IPS manifiesta dificultades en la relación con las entidades que participan en el desarrollo integral de los niños y niñas, como por ejemplo ICBF, EPS otras IPS, siendo superior este porcentaje en las IPS públicas (45,1%) que en las IPS privadas (34,2%); de acuerdo con el trabajo cualitativo realizado no es claro que las IPS públicas tengan mayores dificultades que las privadas para coordinar y actuar la gestión de casos en la ruta, lo que efectivamente sucede es que, en primera instancia las IPS públicas son mucho más

conscientes que hacer parte de un conjunto de instituciones que conforman la ruta de atención y acuden totalmente a la oferta pública para el manejo de remisiones, a diferencia de las IPS privadas que no es evidente que se perciban como una institución dentro de un sistema cuyo objetivo es el de aportar al desarrollo integral de los niños y niñas.

Gráfica 5. Proporción de IPS según debilidades identificadas en los últimos doce meses



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

De acuerdo con las debilidades identificadas, se indagó si la IPS contaba con un plan de mejoramiento plasmada en algún documento, el 91% de IPS manifestaron que en efecto disponían de dicho plan, sin embargo al momento de verificar su existencia solo el 65% de las IPS mostró el documento.

Atención de Quejas

El 95,5% de las IPS tienen documentado un procedimiento para recolectar, analizar y evaluar sugerencias y reclamos de los usuarios, sin embargo las IPS públicas registran un porcentaje significativamente menor (91,3%) que las IPS privadas. En el 90% de las IPS existe un buzón de sugerencias para atender estas quejas; sin embargo no es un medio exclusivo porque en más de la mitad de las IPS analizadas, también hay atención de quejas a través de una oficina de atención al cliente. El 73% de las IPS que manifestaron tener un proceso para recolectar, analizar y evaluar sugerencias, el 73% manifestó recoger estas quejas de manera verbal o escrita, el 23,3% recoge las quejas exclusivamente de manera escrita y el 3% lo hace de manera verbal.

4.4. Caracterización de los servicios y brechas

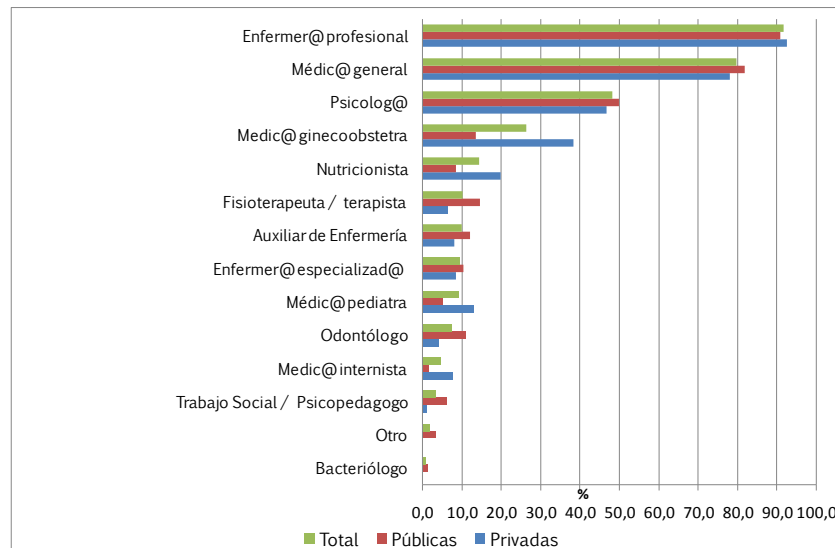
En este apartado se realiza la caracterización de los servicios de preparación para el embarazo, parto y posparto, atención al recién nacido, control prenatal y crecimiento y desarrollo. Para cada servicio se realiza una caracterización general a partir del formulario general aplicado al total de la muestra de IPS y luego se analiza la información de historias clínicas de una submuestra de IPS. En el análisis de las historias clínicas se analiza el cumplimiento del esquema de consultas establecido para cada servicio, las actividades que se llevan a cabo en las consultas, los rezagos que existen con respecto a lo que establece las guías de atención de estos servicios.

4.4.1. Servicios de preparación para el embarazo

El 80% de las IPS objeto de estudio manifiestan ofrecer el programa o actividades de preparación para el embarazo; de éstas, el 75% orienta dichas actividades a Mujeres y Hombres mientras que el 25% restante lo orienta de manera exclusiva a las mujeres. El 90% de las instituciones reconoce que en estas actividades promueve la participación de adolescentes y no se registran diferencias significativas en el comportamiento de estos indicadores entre instituciones públicas y privadas.

Al indagar por el personal que atiende los servicios de preparación para el embarazo, la gráfica siguiente muestra en una alta proporción estos servicios son atendidos por enfermeras profesionales (91,6%), seguido por médicos generales (79,7%). En estas dos primeras categorías la diferencia entre las IPS públicas y privadas es muy discreta; sin embargo cuando se analiza el porcentaje de IPS que disponen de un médico ginecólogo para atender estos servicios, se evidencia una brecha importante, mientras que el 38,3% de las IPS privadas disponen de este especialista para atender estos servicios, en las públicas este porcentaje es del 13,4%

Gráfica 6. Proporción de IPS personal que dispone para atender los servicios de preparación para el embarazo



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 64% de las IPS invitan a participar de estas actividades a su misma población que atienden, sin embargo es preciso anotar que el 60,7% de las IPS públicas manifiesta que invita al público en general, mientras que sólo el 20,8% de las privadas lo hace. En contraste, el 41% de las privadas manifiestan que invitan solo a personas afiliadas a determinadas a EPS, mientras que el 28,7% de las públicas manifiesta la participación de las personas bajo esta modalidad.

El principal mecanismo de divulgación de las actividades de preparación para el embarazo es a través de anuncios que se realizan en las carteleras de las IPS (87,5%), esta estrategia es utilizada en proporción similar por las entidades públicas y la privadas en contraste con la proporción de IPS que utilizan las llamadas telefónicas para convocar, el 77% de las privadas utiliza este medio mientras que para las públicas es el 60,5%. Así mismo, las visitas domiciliarias y la radio son medios utilizados ampliamente por las IPS públicas para convocar a la población, 66,3% y 53,3% respectivamente,; mientras que el porcentaje de utilización de estos medios por parte de las privadas es de 14,9% y 10,6% respectivamente, porcentajes significativamente inferiores a los registrados para las IPS públicas.

Más de la mitad de IPS (54,3%) manifiesta realizar actividades de educación y orientación para el embarazo más de una vez al mes, siendo este porcentaje superior en las IPS públicas (59,3%) que en las privadas (49,6%). El 11% de las IPS manifiesta que este tipo de actividades no responden a una programación rutinaria, sino que de manera ocasional realizan orientaciones respecto a estos temas.

Respecto a la asistencia de la población a este tipo de orientaciones que adelantan las IPS, el 47% manifiesta que dicha asistencia es siempre menor a los cupos programados, y argumentan que esto principalmente se debe al escaso tiempo que las personas destinan para este tipo de actividades (79,9%) y porque en general, las población cree que frente a estos temas ya tienen suficiente información y ya saben que tienen que hacer (46,2%).

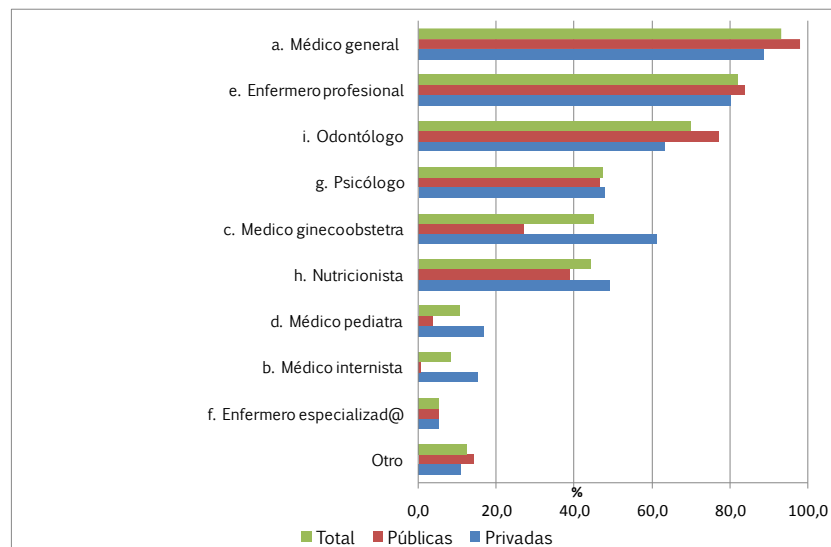
En cuanto a aspectos que las IPS reconocen que deben mejorar en los servicios de preparación para el embarazo están las de mejorar la difusión de la información sobre el programa y los contenidos (53,7%) y ampliar y ajustar los horarios (29,5%).

4.4.2. Control prenatal

GENERALIDADES

El 95% de las IPS objeto de estudio manifiestan ofrecer los servicios de control prenatal, sin registrarse diferencias entre la proporción de públicas y privadas.

Gráfica 7. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender el control prenatal



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto al personal disponible en las instituciones para atender los servicios de control prenatal el 93% de las instituciones dispone de Médico General, siendo ligeramente más alta esta disponibilidad en las IPS públicas, comportamiento que se compensa por la alta proporción de privadas que manifiestan disponer de un ginecoobstetra, (61%), en contraste con las IPS públicas cuyo porcentaje es de 27%.

El enfermero es el profesional que después del médico general, es del que más disponen las IPS (82%).

Para las IPS que reportaron disponer de cada tipo de profesional, se indagó número promedio de profesionales que atienden el servicio. Se observa que en promedio, las IPS disponen de 3 médicos generales, 1 médico internista, 2 ginecoobstetras, 1 pediatra y 1 enfermero profesional entre otros. Así mismo se aprecia que aún cuando la proporción de IPS públicas con ginecoobstetra disponible para atender este servicio era mayor que la proporción de públicas, el promedio de ginecoobstetras en las públicas (2,6), tiende a ser superior que en las privadas (2,1).

Tabla 9. Número promedio de profesionales por IPS disponible para atender el servicio de Control Prenatal

	Número promedio de profesionales que atiende el servicio			Número promedio de profesionales que atiende el servicio capacitados IAMI/AIEPI		
	Privada	Pública	Total	Privada	Pública	Total
a. Médico general	3.2	3.5	3.3	2.3	2.1	2.2
b. Médico internista	1.2	1.0	1.2	0.5	1.0	0.5
c. Médico ginecoobstetra	2.1	2.6	2.3	1.3	1.0	1.2
d. Médico pediatra	1.5	1.5	1.5	0.9	0.7	0.8
e. Enfermero profesional	1.2	1.7	1.4	0.9	1.3	1.1
f. Enfermero especializad@	1.0	1.2	1.1	0.6	1.2	0.9
g. Psicólogo	1.2	1.7	1.4	0.7	0.6	0.6
h. Nutricionista	1.1	1.6	1.3	0.5	0.6	0.5
i. Odontólogo	2.3	2.4	2.3	0.5	0.7	0.6
Otro	1.2	1.7	1.5	0.7	1.0	0.8

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Adicionalmente es importante anotar de los profesionales del que disponen las IPS para atender el control prenatal, el promedio por IPS de los que están capacitados en IAMI y AIEPI, son dos médicos generales, 1 ginecoobstetra y 1 enfermero.

El 11% de las IPS manifiesta no realizar ningún tipo de promoción a los controles prenatales, mientras que el 89% restante utiliza distinto tipo de materiales de divulgación. En cuanto al procedimiento para solicitar la consulta de control prenatal los mecanismos son múltiples, el 83% de las IPS manejan el procedimiento de manera telefónica, el 15% por la página Web de la institución, siendo más alto el número de este medio entre las IPS privadas (22%) que en las públicas (9,3%). Es importante anotar que los mecanismos de consecución de citas no son excluyentes, la mayoría de las instituciones tienen diversos mecanismos, incluso depende el tipo de consulta, en numerosos casos, si es primera vez, la

solicitud la realizan de manera telefónica, pero si es control la asignación de la cita la realiza el médico personalmente a la paciente en la cita previa.

En cuanto a los tiempos promedio para la asignación de citas en las IPS que atienden el servicio de control prenatal se evidencia que en promedio una asignación de una cita que es primera vez es de 1,7 días mientras que si es control, el tiempo promedio que toma la asignación de la cita es de 7,7 días. En las instituciones públicas la cita de primera vez toma un ligero menor tiempo 1,4 días que en las privadas, 2 días. Cuando la madre no cumple la cita de control prenatal el 80% de las IPS manifiestan que la contactan telefónicamente para reprogramar dicha cita, el 7,5% manifiesta que esperan a que la madre solicite otra.

Tabla 10. Número promedio de días para asignación de cita en el servicio de Control Prenatal

	Privada	Pública	Total
Primera Vez	2.0	1.4	1.7
Control	7.6	7.9	7.7

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 84% de las IPS que atienden control prenatal manifiestan que utilizan algún medio para recordarle a la madre la cita. Esta proporción es significativamente inferior en las IPS públicas 80,4% que en las privadas 88,7%. El principal medio utilizado para este fin es el teléfono (83,3%) y en las IPS privadas hay una mayor incidencia del correo electrónico (5,5%) para este objetivo, que en las públicas (1,9%).

Los temas más recurrentes en los que las IPS capacitan a las mujeres de Control Prenatal son Lactancia (97,4%), Alimentación (95,6%), Estilos de vida saludable (93%) y asuntos de la maternidad y paternidad (90,1%). Un 1,5% de IPS manifestaron no desarrollar ningún tipo de orientación y/o capacitación frente a estos temas.

En el 97% de las instituciones que ofrecen el servicio de control prenatal se le permite a la pareja o un acompañante de la gestante asistir a las actividades de educación y orientación; en el caso de la muestra, el 3% restante que no permite dicha asistencia se debe a la IPS del INPEC en Jamundí, la cárcel de mujeres, que por obvias razones no les permiten la asistencia de su pareja a los controles prenatales.

La frecuencia con que las IPS adelantan estas capacitaciones y orientaciones en el 50% de las IPS es más de una vez al mes, el 41,2% manifiesta que las realiza justamente una vez al mes y el 7% restante manifiesta que son eventos ocasionales. El comportamiento del indicador no registra diferencias entre las IPS públicas y privadas.

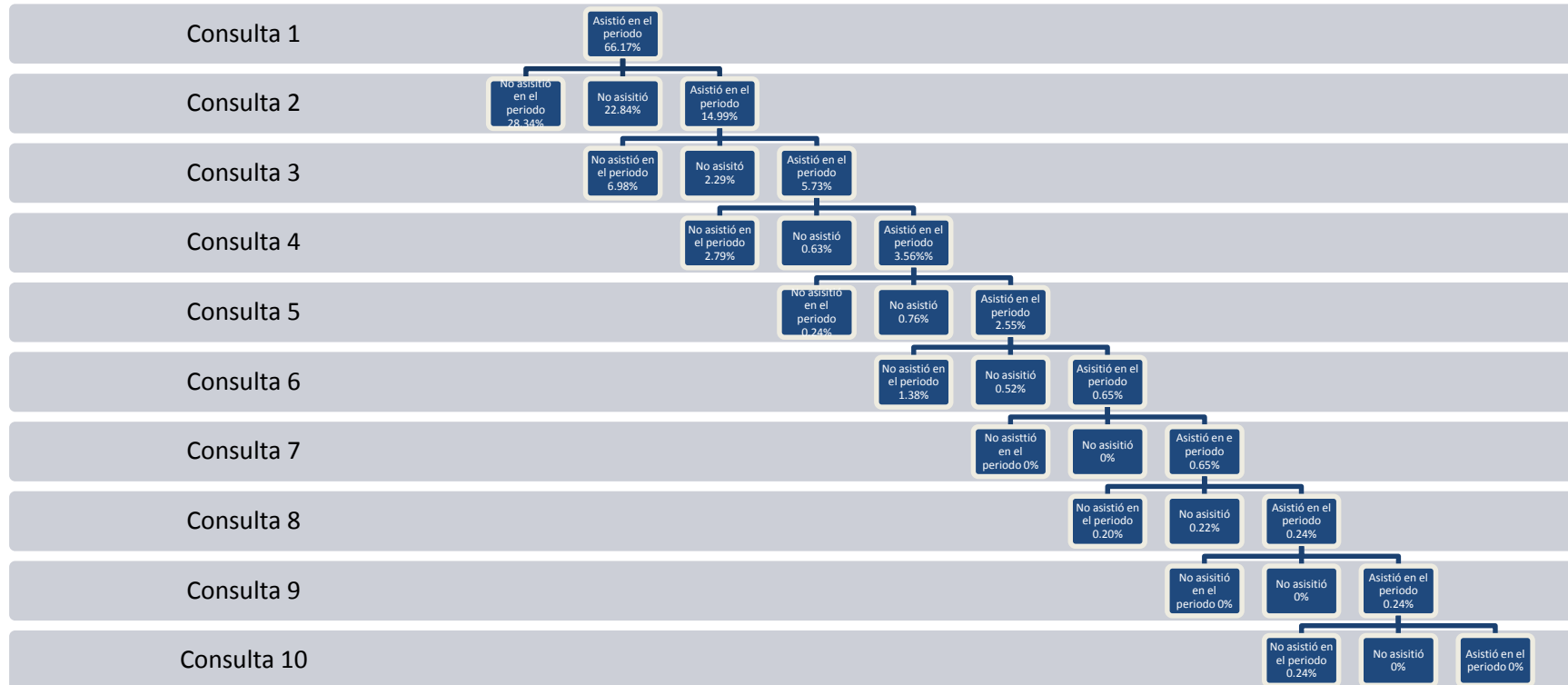
El 66,3% de las IPS manifiestan que la proporción de madres que participan de estas actividades de educación y orientación son la mayoría o incluso todas, en promedio, las IPS calculan una asistencia del 67% de las madres a este tipo de actividades, siendo este porcentaje de asistencia ligeramente superior en la IPS privadas (69%) que en las públicas (65%).

En cuanto a aspectos que las IPS reconocen que deben mejorar en los servicios de control prenatal están: Mejorar la identificación y Seguimiento a las mujeres gestantes para que asistan al control prenatal (37% de IPS), concentrar la prestación de los diferentes servicios como laboratorio, ecografía, trámites, etc. en un solo lugar (35%), disminuir las trabas administrativas (27%), siendo este porcentaje superior en las IPS públicas (35%) que en las privadas (20%). Una quinta parte de las IPS manifestó que no tenían en especial ningún aspecto en el que mejorar.

HISTORIAS CLINICAS

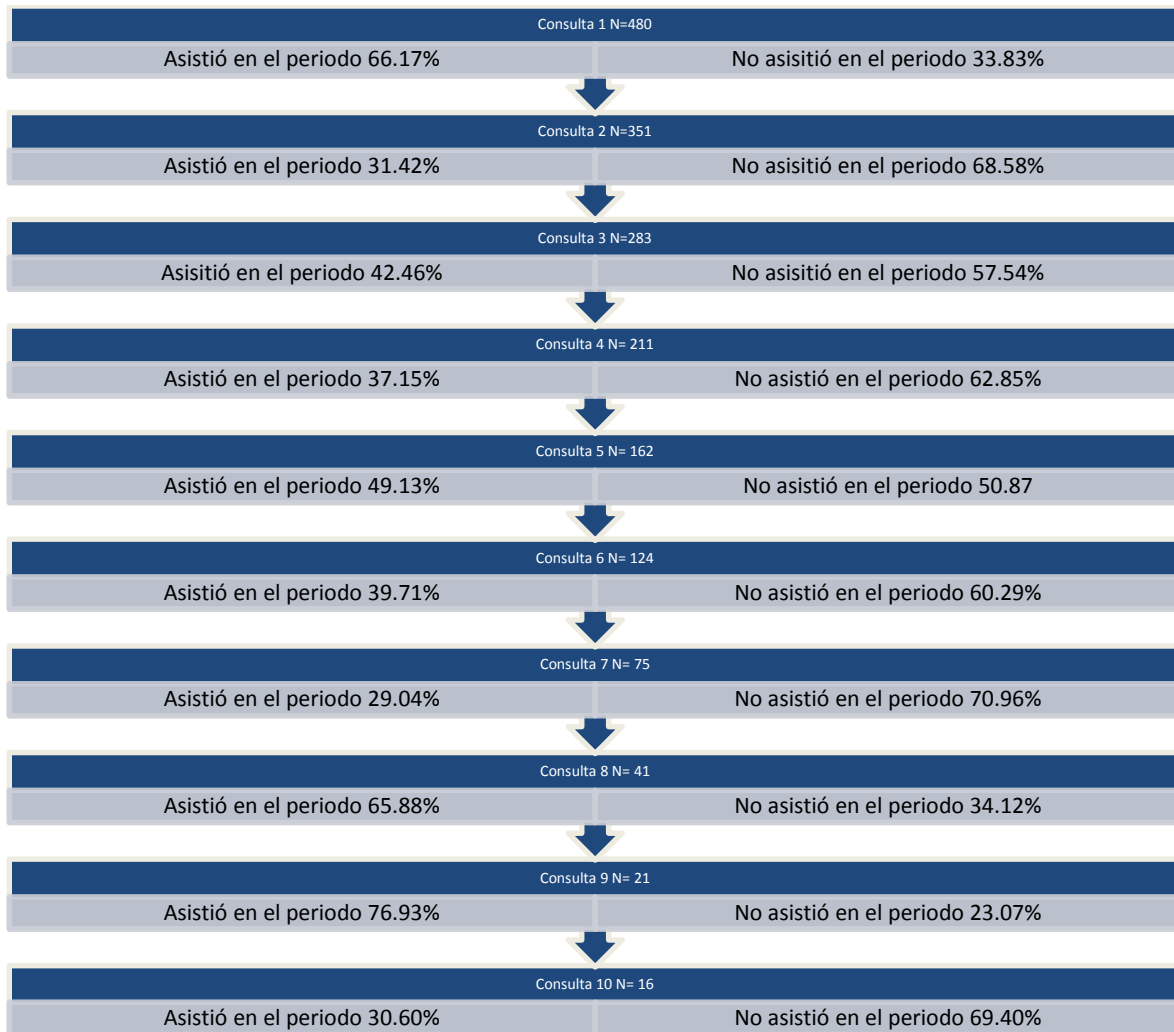
- Cumplimiento del esquema de consultas**

Figura 2. Cumplimiento del esquema de consultas de Control Prenatal. Según calendario.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Figura 3. Cumplimiento del esquema de consultas de Control Prenatal



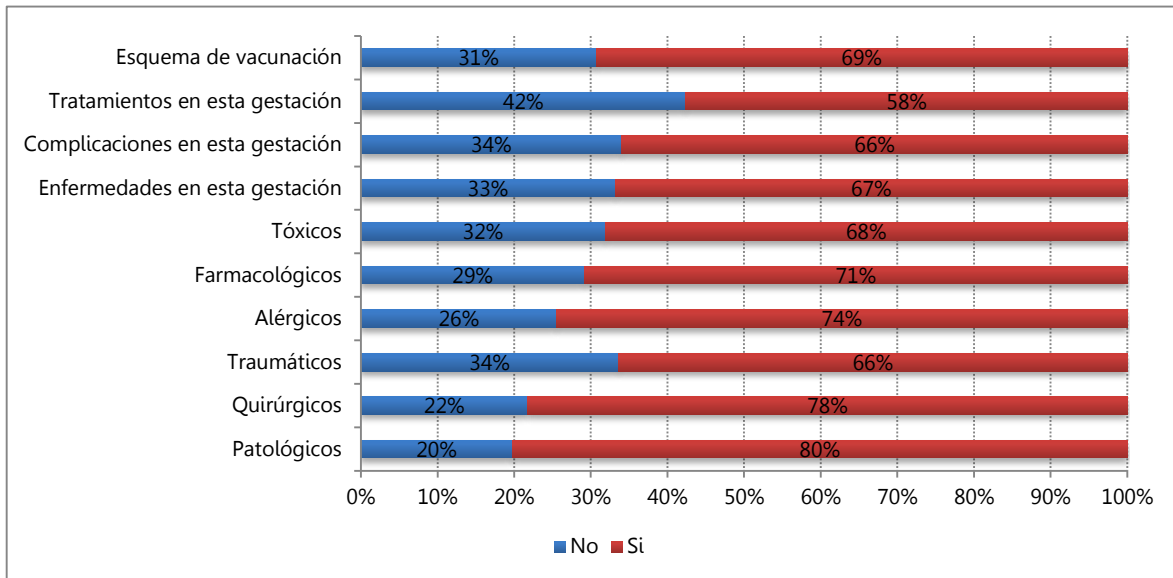
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto al cumplimiento del esquema de las consultas a control prenatal se observa que las consultas que representan una mayor frecuencia de asistencia son la primera (66.17%), octava (65.88%) y novena (76.93%), las demás están por debajo del 50%.

Lo anterior evidencia falla en las acciones de seguimiento a la familia gestante, quien al parecer acude en un primer momento para la inscripción y toma de exámenes y por último asiste para programación del parto, evidenciando de esta manera la no adherencia al control prenatal.

- **Actividades realizadas en las consultas**

Gráfica 8. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes personales.

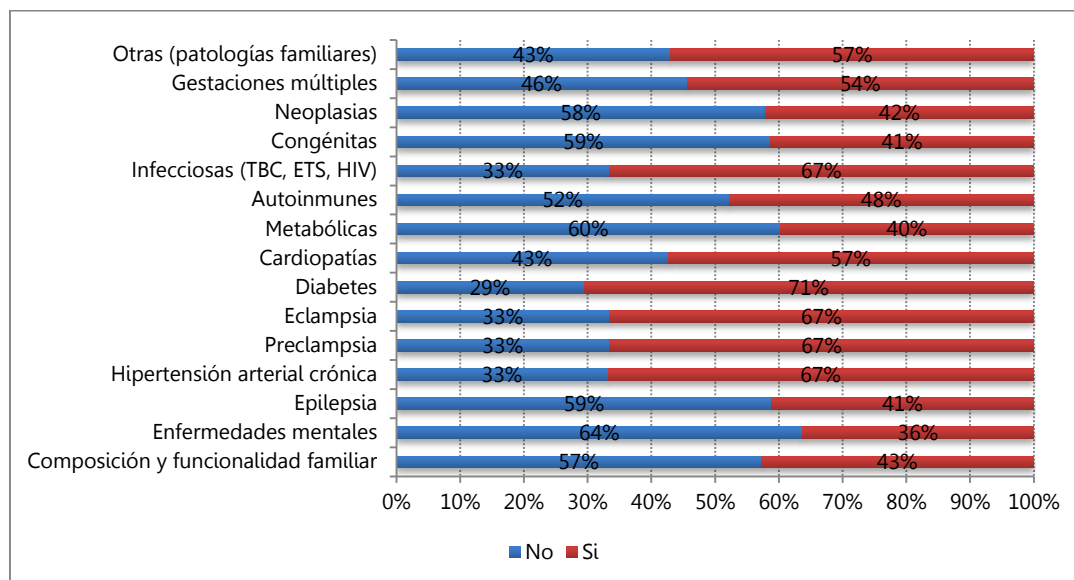


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Los antecedentes personales relacionados con patologías (80%), cirugías (78%) y alergias (74%) son los que mayor indagación realizan los profesionales de la salud durante los controles prenatales, a diferencia de los tratamientos durante la gestación, los cuales son indagados únicamente por 6 de cada 10 profesionales que realizan la consulta, en ninguno de los antecedentes que deberían ser consultados se observa un porcentaje mayor al 80%.

Un antecedente importante que muestra las patologías que son motivo de tratamientos durante la gestación, solamente es registrado en el 58% de los casos.

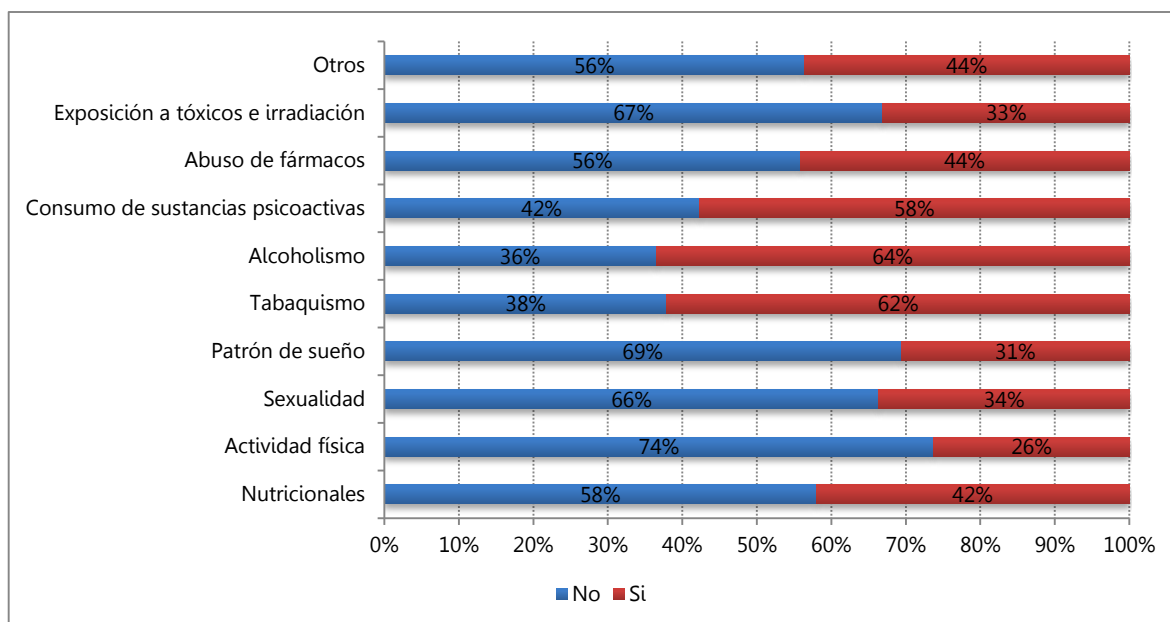
Gráfica 9. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes familiares.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

De los 15 antecedentes familiares que deberían indagar los profesionales de la salud durante los controles prenatales, únicamente 5 (enfermedades infecciosas, Diabetes, Eclampsia, Preclampsia, Hipertensión arterial) están siendo indagados en un porcentaje mayor al 60%, lo cual denota fallas en la calidad del servicio. Antecedentes metabólicos, congénitos, enfermedades mentales, neoplasias, sólo son indagados en 4 de cada 10 consultas.

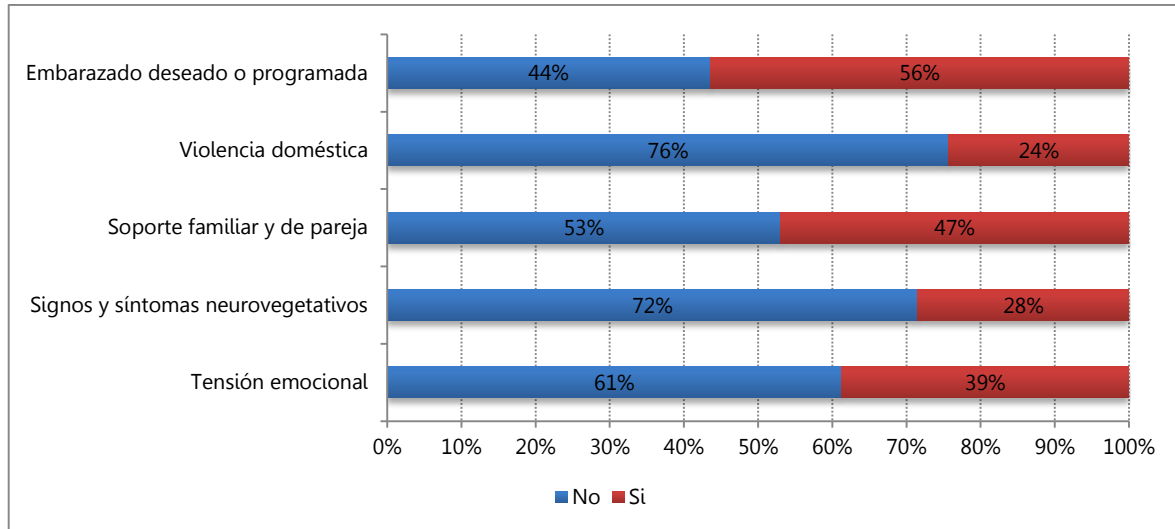
Gráfica 10. Porcentaje de consultas que preguntan hábitos



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 56,2% de las y los profesionales de la salud no indaga en su totalidad los hábitos de vida de la gestante durante los controles prenatales, del restante 43,8% los hábitos de mayor consulta son Alcoholismo (64%), Tabaquismo (62%) y consumo de sustancias psicoactivas (58%), los demás hábitos son indagados en menos de la mitad de los controles prenatales realizados.

Gráfica 11. Porcentaje de consultas que preguntan condiciones psicosociales.

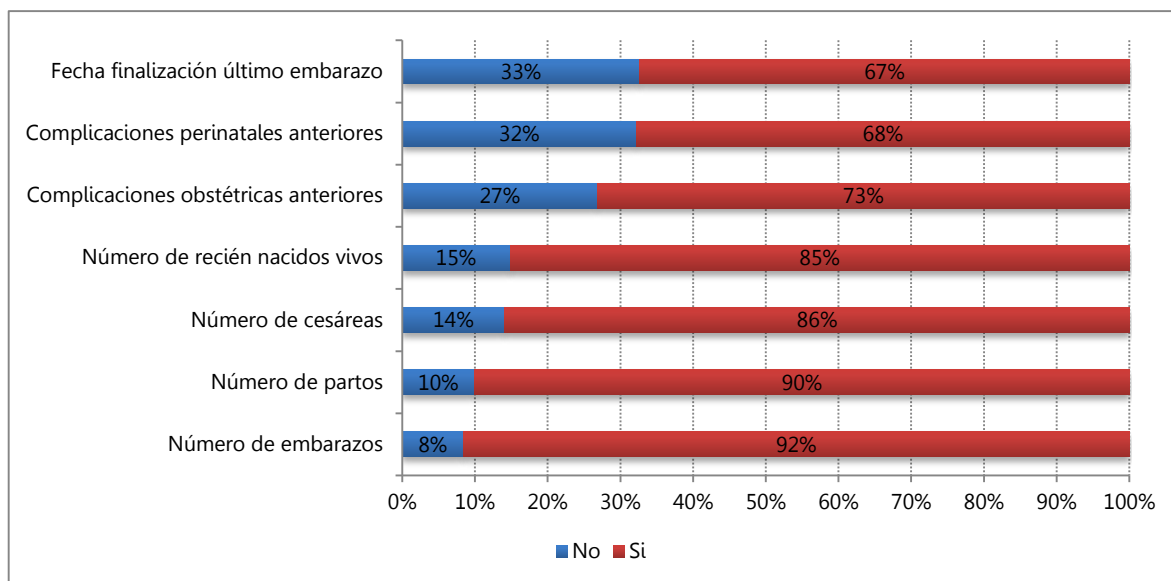


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

La violencia doméstica (24%) y los signos y síntomas neurovegetativos (28%) son las condiciones psicosociales que menos se indagan durante los controles prenatales, vale la pena mencionar que sólo el deseo o planeación del embarazo es la única condición que se tiene en cuenta en más de un 50% de los controles prenatales, evidenciando baja preocupación de las y los profesionales de la salud por conocer e identificar el riesgo psicosocial de la familia gestante.

La violencia doméstica, el maltrato y el matoneo son temas que el país los ha posicionado de manera prioritaria como temas de alta sensibilidad e impacto y en este estudio se evidencia que no se indaga por este problema de salud pública.

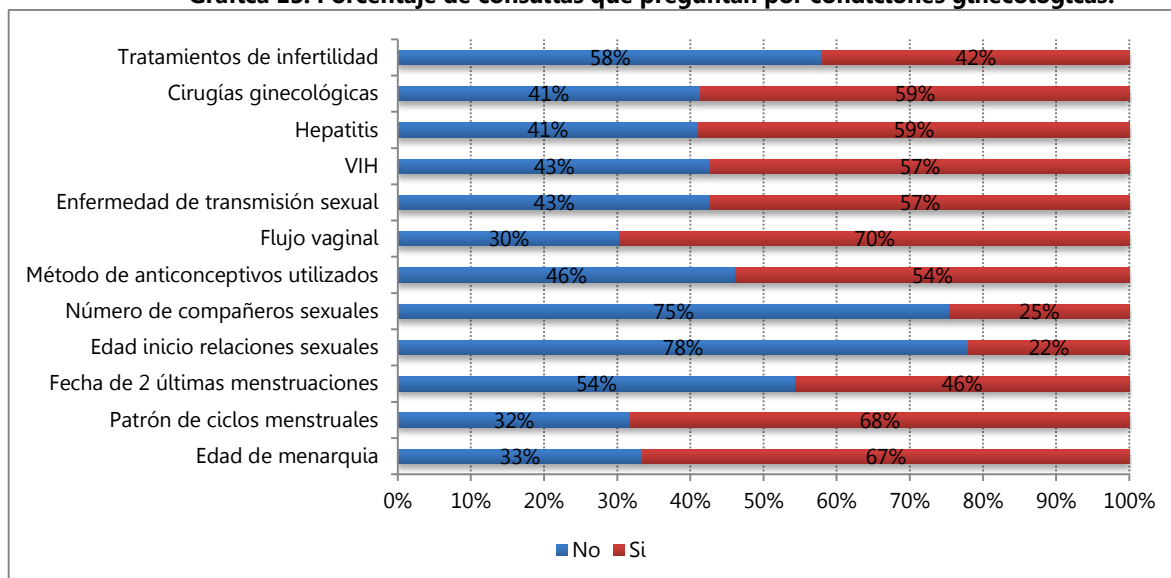
Gráfica 12. Porcentaje de consultas que preguntan por condiciones obstétricas.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 57,14% de los antecedentes obstétricos son indagados en más de un 80% de los controles prenatales, las complicaciones obstetricias, perinatales y la fecha de finalización del último embarazo representan un porcentaje inferior de consulta que oscila entre un 67% y 73%, lo cual evidencia la necesidad de mejorar la anamnesis en el momento de la inscripción al control prenatal, contribuyendo de esta manera a una adecuada valoración del riesgo en cada consulta.

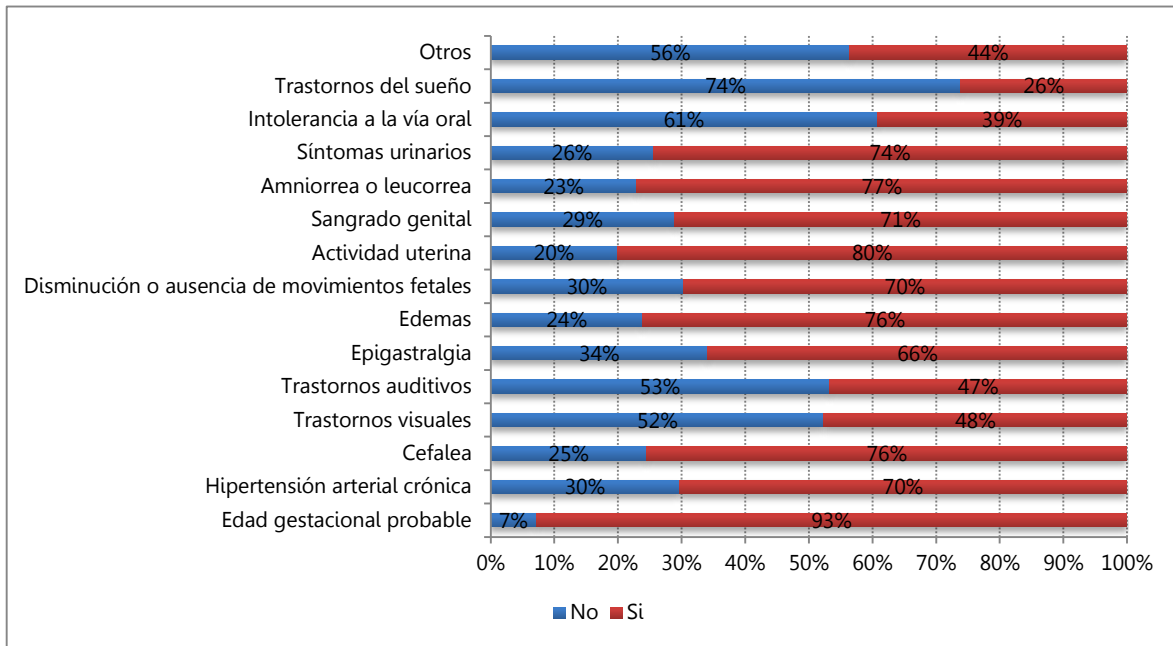
Gráfica 13. Porcentaje de consultas que preguntan por condiciones ginecológicas.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a las condiciones ginecológicas que se deben indagar durante los controles prenatales, se observa un cumplimiento inferior al 70%, siendo la edad de inicio de relaciones sexuales y el número de compañeros sexuales las condiciones ginecológicas menos indagadas por los profesionales de la salud, con tan sólo un 22% y 25%, respectivamente, lo que indica que menos de la tercera parte de los controles realizados indagan por estas variables, relacionadas con las conductas sexuales de las gestantes.

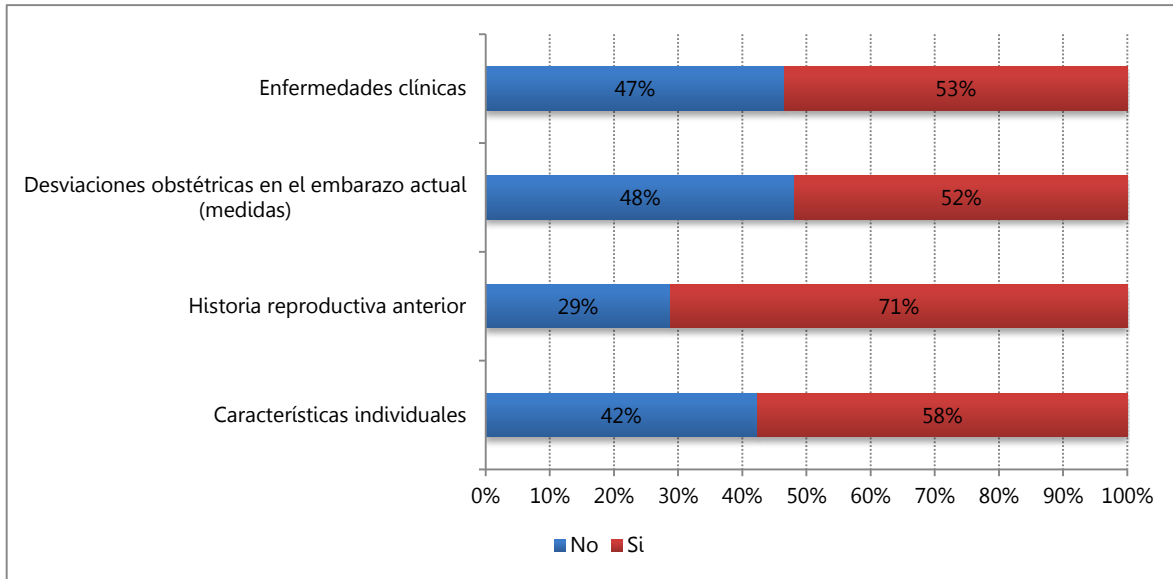
Gráfica 14. Porcentaje de consultas que preguntan por la gestación actual.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

La edad gestacional probable con un 93%, representa el mayor cumplimiento de los ítems que hacen referencia a la gestación actual, en contraste con un 26% de trastornos del sueño, 39% intolerancia a la vía oral, 47% de trastornos auditivos y 48% de trastornos visuales, que representan los porcentajes más bajos de lo que se debería indagar durante los controles prenatales, los demás ítems oscilan entre un 66% y 80% de cumplimiento, los cuales están relacionados con las señales de alarma durante la gestación.

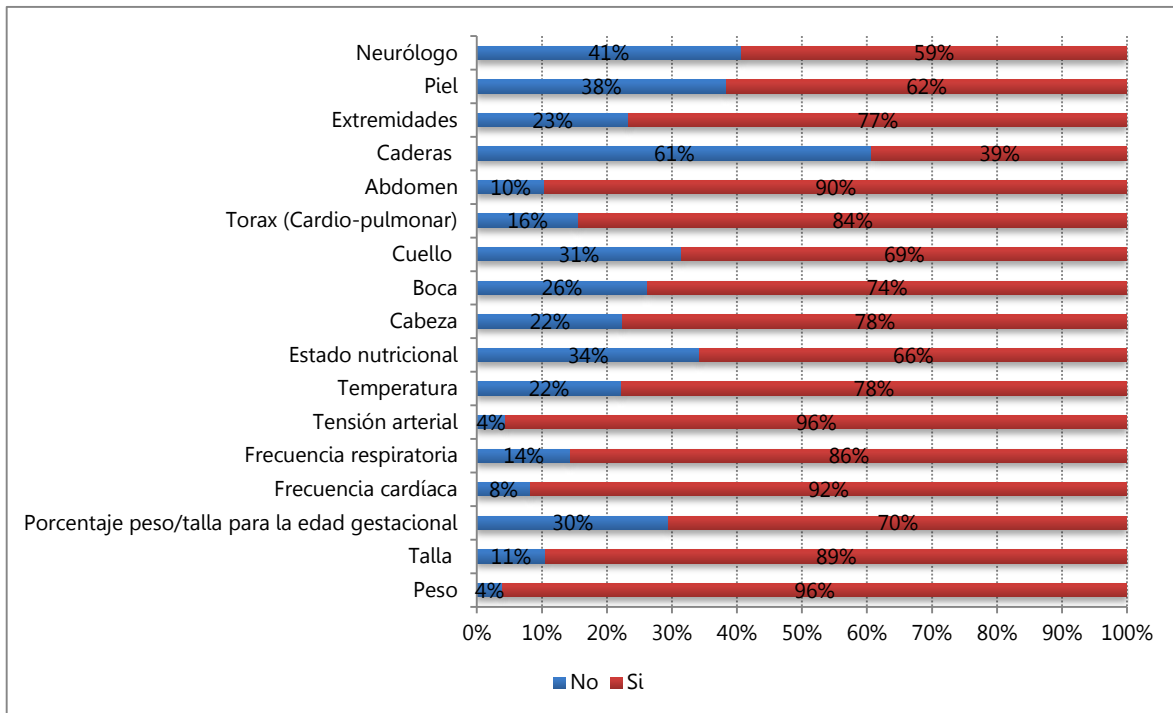
Gráfica 15. Porcentaje de consultas que preguntan por factor de riesgo en la gestación.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a los factores de riesgo en la gestación, el que mayor se indaga es la historia reproductiva anterior con un 71%, las enfermedades clínicas, las desviaciones obstetricias en el embarazo actual y las características individuales, únicamente son consultadas en uno de cada dos controles prenatales realizados.

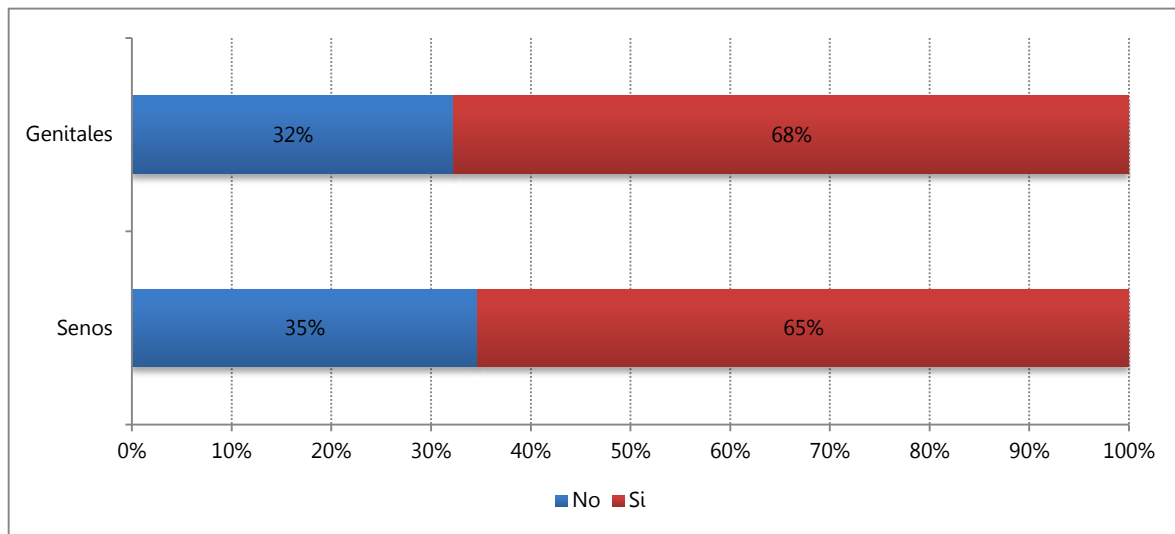
Gráfica 16. Porcentaje de consultas que realizan examen físico.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Los criterios para la realización del examen físico en su mayoría se cumplen de manera satisfactoria con porcentajes superiores al 75%, un ejemplo de ello es el peso y la talla, con 96% y 89%, respectivamente, sin embargo al observar el porcentaje de pello-talla para la edad gestacional (70%) es significativamente inferior a estos dos últimos, lo cual no es coherente dado que los datos de peso y talla por si solos tienen poca validez, lo que a su vez se ve reflejado en la valoración del estado nutricional, que representa únicamente el 66% de cumplimiento. De igual manera es importante resaltar que en sólo el 39% de los controles prenatales se realiza valoración de caderas.

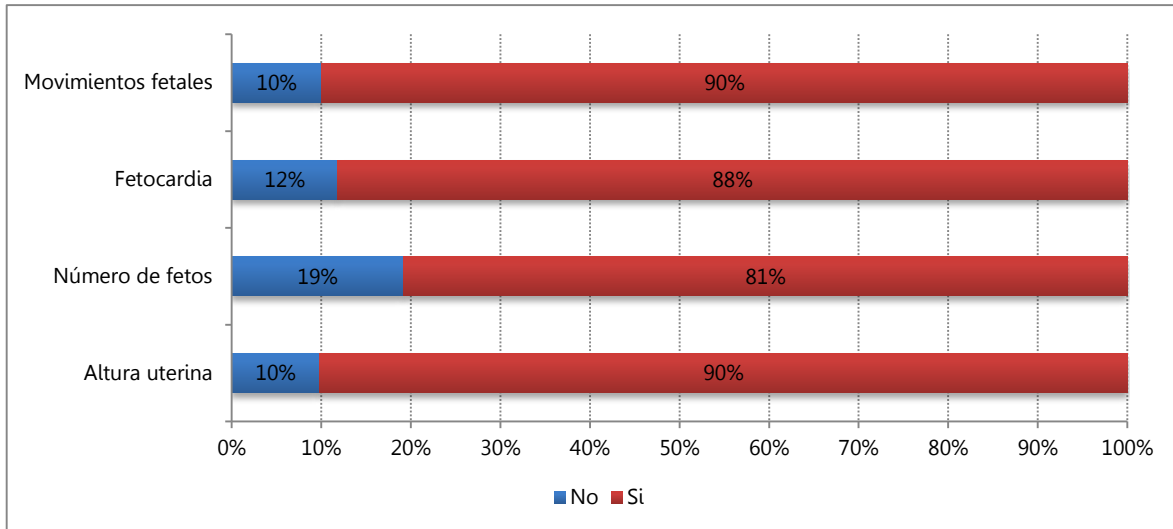
Gráfica 17. Porcentaje de consultas que realizan valoración ginecológica.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a la valoración ginecológica de genitales y senos, se observa un comportamiento similar con solo tres puntos porcentuales de diferencia (68% y 65%), sin embargo lo que realmente llama la atención es que tres de cada 10 mujeres no está recibiendo esta valoración durante los controles prenatales.

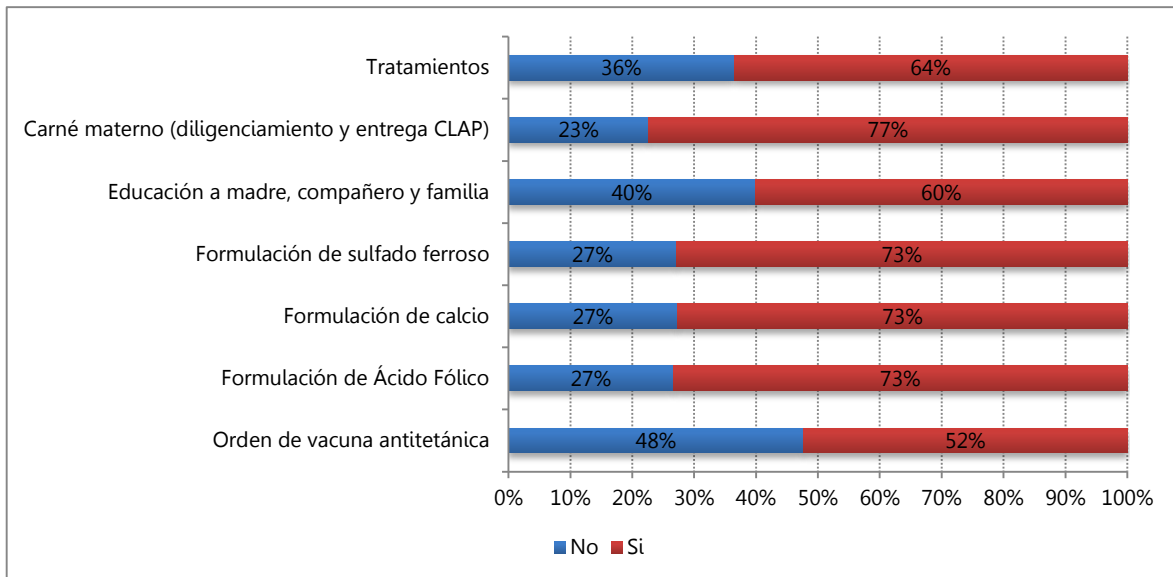
Gráfica 18. Porcentaje de consultas que realizan valoración obstétrica.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En la valoración obstetricia se observan porcentajes de cumplimiento superiores al 80%, siendo 81% el menor, el cual corresponde al número de fetos, los porcentajes de incumplimiento están en el intervalo de 10% a 19%, teniendo en cuenta los cuatro criterios que se evalúan en esta valoración.

Gráfica 19. Estadísticas descriptivas del plan de manejo.

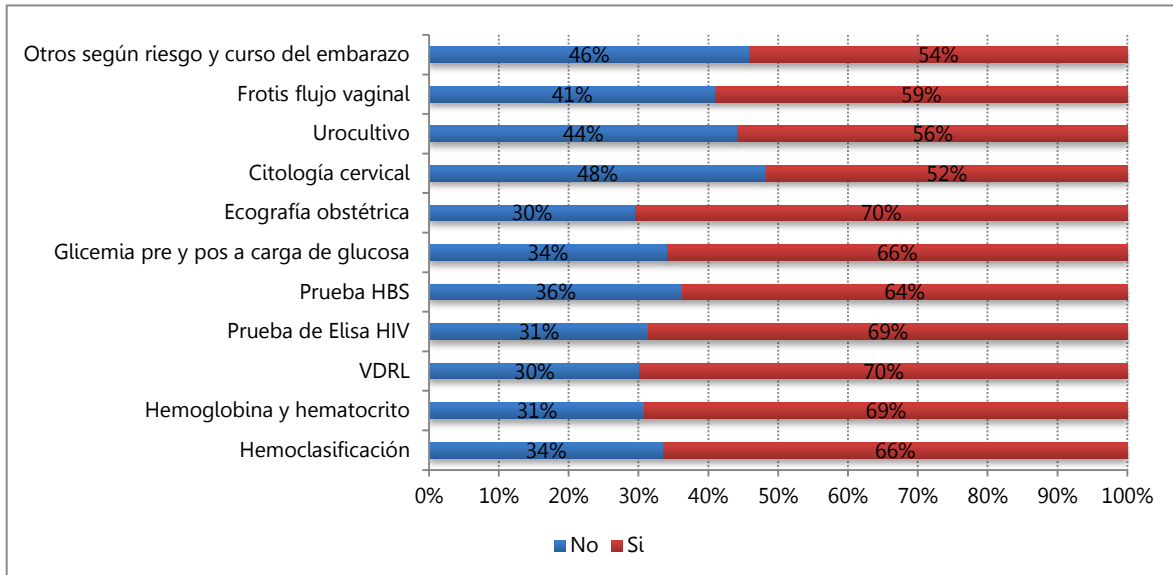


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En relación al plan de manejo, se evidencian falencias en las acciones de información, educación y comunicación a la familia gestante, dado que solo 6 de cada 10 mujeres que asiste a control prenatal está recibiendo este tipo de intervenciones, de igual manera la orden de vacuna antitetánica solo se está ejecutando en el 52% de los controles, restando

importancia a estas medidas de prevención, respecto a las demás variables del plan de manejo se evidencia un cumplimiento inferior al 80%.

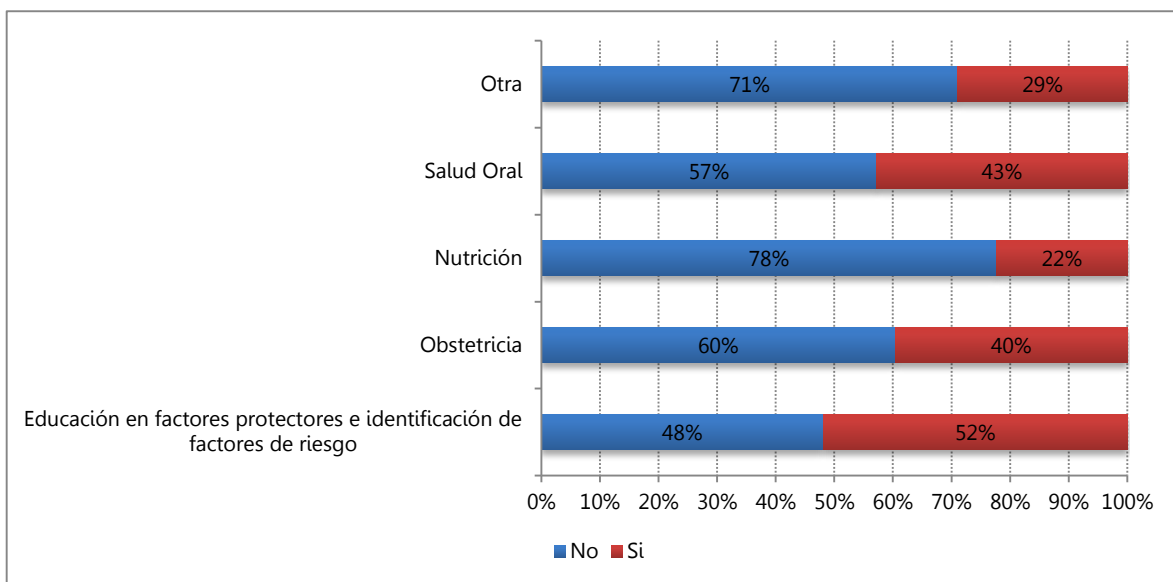
Gráfica 20. Estadísticas descriptivas de exámenes paraclínicos.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En promedio el 63% de los exámenes paraclínicos son ordenados efectivamente durante los controles prenatales, siendo la citología vaginal, el urocultivo y el frotis de flujo vaginal, los que se ordenan en menor medida, con porcentajes inferiores al 60%, lo que indica que 4 de cada 10 gestantes no cuenta con estos exámenes, los cuales a su vez pueden estar relacionados con la asistencia no oportuna y la no adherencia a los controles prenatales.

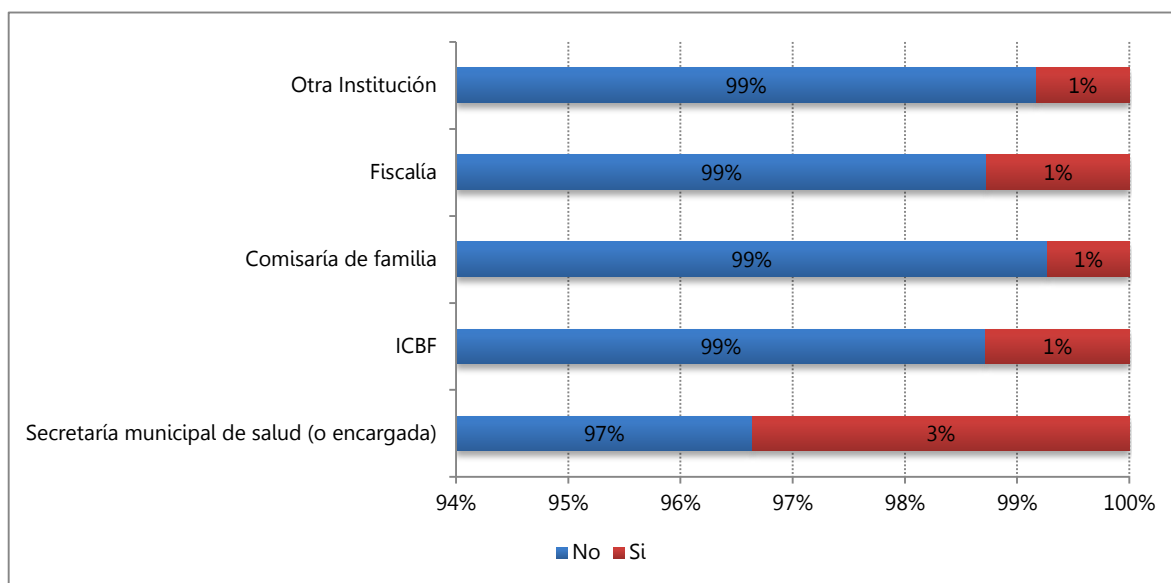
Gráfica 21. Estadísticas descriptivas de remisiones.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Se evidencia no cumplimiento o adherencia a la ruta de atención a la familia gestante, dado los bajos porcentajes en las remisiones a los diferentes servicios, solo el 22% de las gestantes es canalizada a nutrición, el porcentaje más alto de remisión es del 52%, el cual hace referencia a las remisiones a educación en factores protectores e identificación de factores de riesgo, en obstetricia y nutrición menos de la mitad de las gestantes son remitidas.

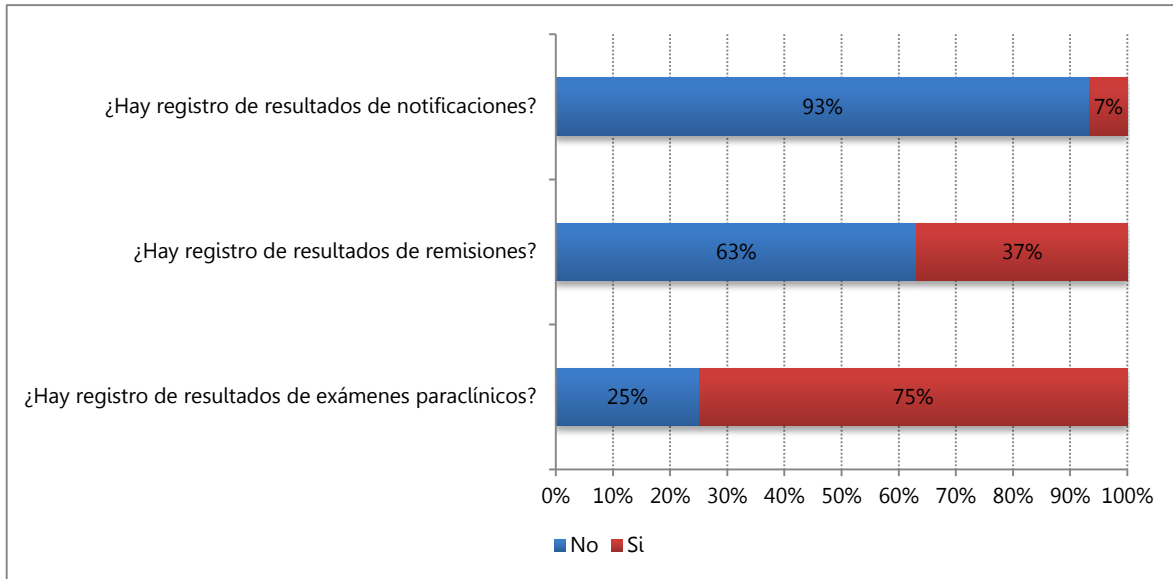
Gráfica 22 Estadísticas descriptivas de notificaciones.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de notificaciones a otras instituciones o entes como Fiscalía, Comisaría de Familia e ICBF, es bajo representando únicamente el 1%, a excepción de la secretaria municipal de salud en la cual es del 3%, sin representar una diferencia notoria. Ya sea por la no necesidad de hacer este tipo de notificaciones o por la falta de un trabajo intersectorial que dé respuesta a las necesidades sentidas por las gestantes.

Gráfica 23. Estadísticas descriptivas de seguimiento.

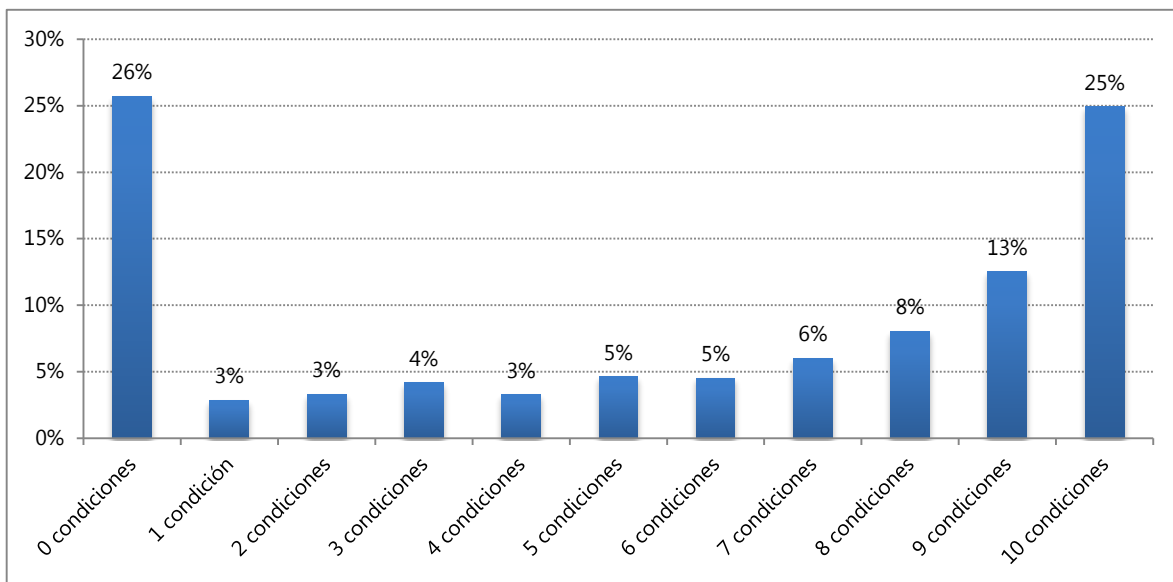


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Dado la falta de inter-sectorialidad y articulación en las acciones de las diferentes instituciones, es de esperar que solo al 7% de estas notificaciones se le realice un seguimiento efectivo, comportamiento similar a las remisiones, en las cuales se desconoce el 63% de los resultados, para el caso de los exámenes paraclínicos, que configuran procesos a nivel interno de cada IPS el porcentaje de seguimiento es significativamente mayor, conociendo los resultados de tres de cada cuatro exámenes realizados.

- **Rezagos frente a la norma**

Gráfica 24. Número de condiciones cumplidas en antecedentes personales.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

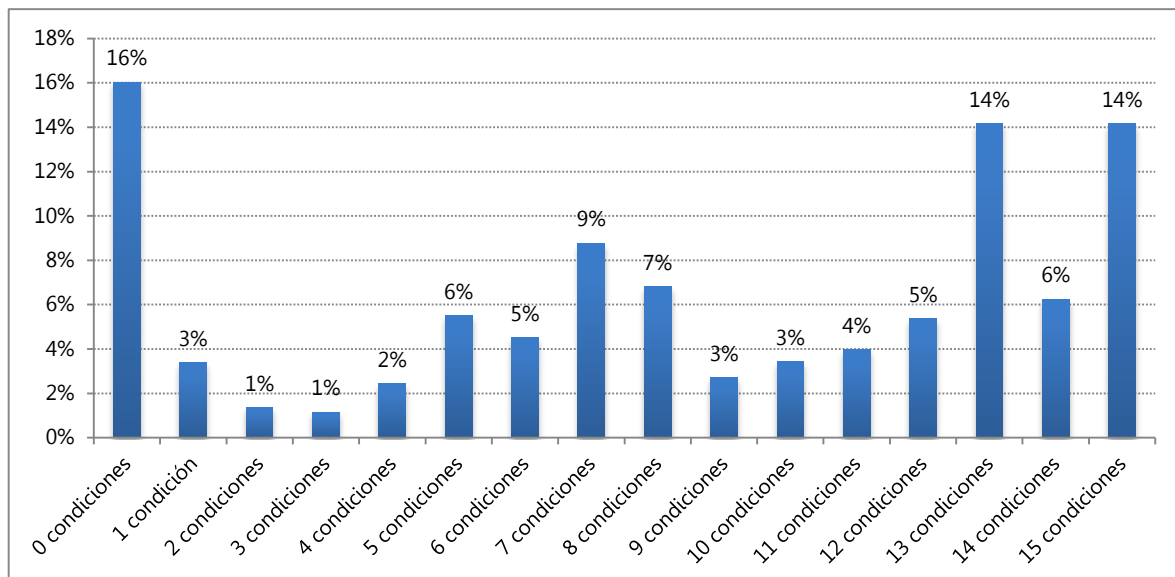
Tabla 11. Porcentaje de mujeres con información completa referente a antecedentes personales.

Porcentaje de mujeres con antecedentes personales completo	Total	Privado	Público	Consulta 1
Patológicos	24.92%	40.18%	8.64%	32.45%
Quirúrgicos	65.46%	79.32%	50.67%	85.54%
Traumáticos	64.45%	76.03%	52.08%	85.67%
Alérgicos	50.85%	73.38%	26.80%	69.95%
Farmacológicos	59.75%	79.54%	38.64%	82.33%
Tóxicos	57.05%	77.46%	35.28%	72.48%
Enfermedades en esta gestación	54.85%	76.30%	31.95%	71.55%
Complicaciones en esta gestación	53.17%	70.15%	35.06%	67.25%
Tratamientos en esta gestación	51.52%	70.66%	31.09%	63.67%
Esquema de vacunación	42.58%	50.34%	34.30%	54.40%
Esquema de vacunación	54.12%	71.46%	35.63%	70.26%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Se evidencian diferencias significativas al comparar los porcentajes de cumplimiento de mujeres con información completa referente a antecedentes personales, es así como la diferencia en la mayoría de los ítems evaluados es de más del 100% entre un sector y el otro, siendo mayor el cumplimiento en el sector privado que para las instituciones públicas, el 100% de las variables evaluadas del sector privado sobrepasa el 50% de cumplimiento, a diferencia del sector público en la cual únicamente el 20% de los antecedentes es mayor al 50%.

Gráfica 25. Número de condiciones cumplidas en antecedentes familiares



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

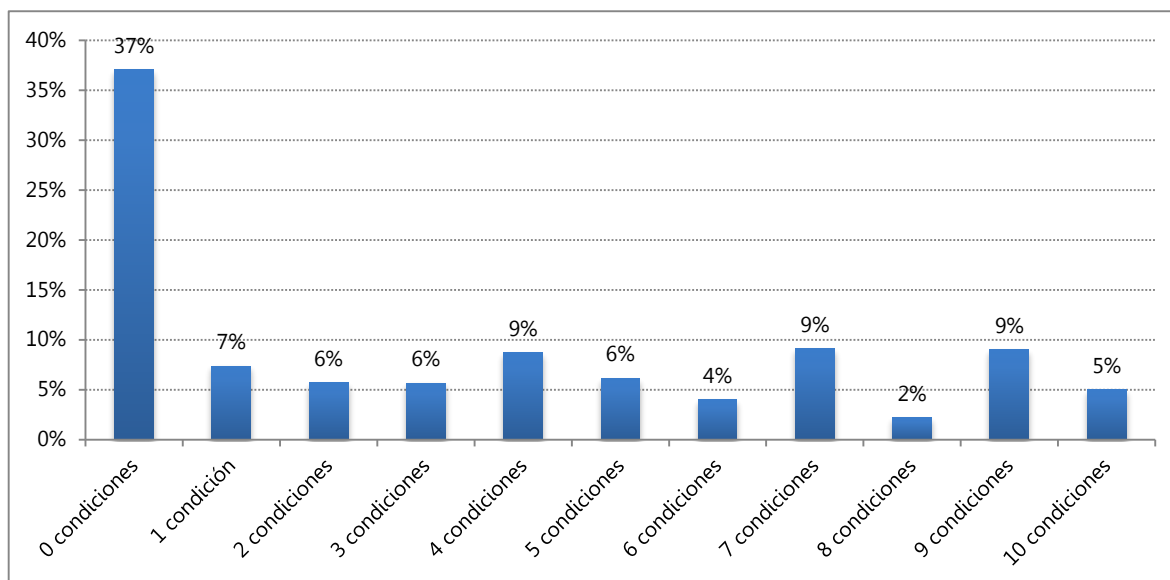
Tabla 12. Porcentaje de mujeres con información completa referente a antecedentes familiares.

Porcentaje de mujeres con antecedentes familiares completo	Total	Privado	Público
Composición y funcionalidad familiar	45.96%	49.00%	42.71%
Enfermedades mentales	37.61%	46.99%	27.60%
Epilepsia	43.69%	57.77%	28.68%
Hipertensión arterial crónica	71.60%	79.58%	63.08%
Preclampsia	69.96%	82.10%	57.02%
Eclampsia	69.24%	81.35%	56.31%
Diabetes	77.50%	81.62%	73.11%
Cardiopatías	63.67%	69.00%	57.98%
Metabólicas	43.23%	48.97%	37.11%
Autoinmunes	47.30%	62.95%	30.61%
Infecciosas (TBC, ETS, HIV)	72.23%	83.56%	60.15%
Congénitas	44.53%	61.05%	26.90%
Neoplasias	41.65%	58.06%	24.13%
Gestaciones múltiples	56.26%	59.36%	52.96%
Otras (patologías familiares)	56.11%	74.78%	36.20%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de mujeres con antecedentes familiares completo, varía significativamente de un sector a otro, para el sector privado es del 18,80% y para el público de 9,21, lo cual denota una diferencia del 100%, evidenciando un mayor cumplimiento en las IPS privadas, siendo para ambas instituciones los antecedentes de Preclampsia, Eclampsia, Diabetes e Infecciones los ítems que con mayor frecuencia se indaga durante los controles prenatales.

Gráfica 26. Número de condiciones cumplidas en hábitos.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Tabla 13. Porcentaje de mujeres con información completa referente a hábitos.

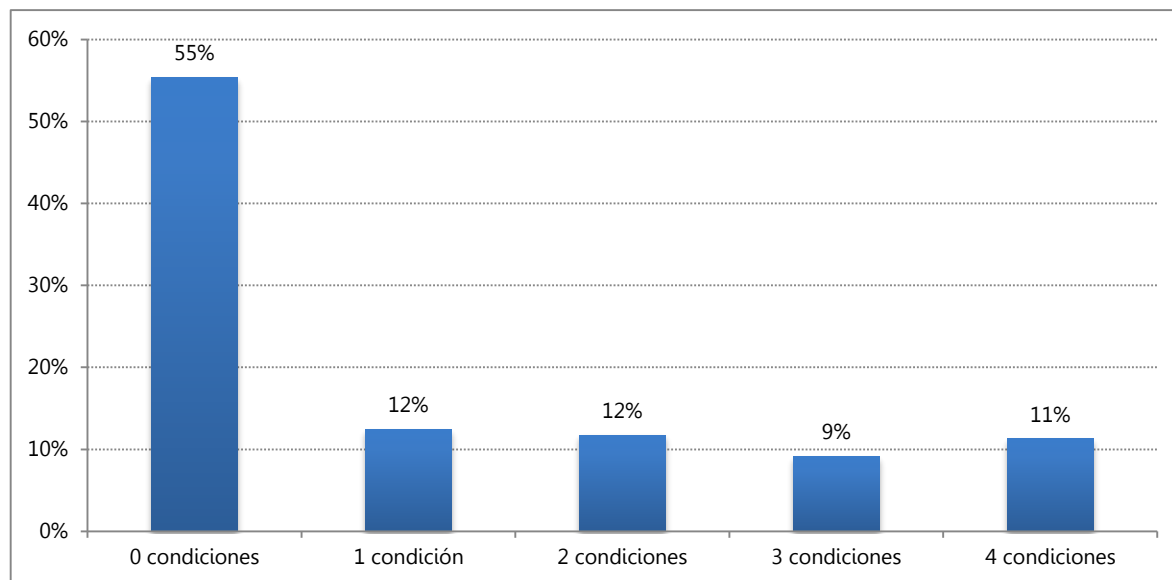
Porcentaje de mujeres con hábitos completos	Total	Privado	Público	Consulta 1
Nutricionales	28.55%	38.40%	18.04%	38.71%
Actividad física	17.35%	27.99%	6.00%	24.97%
Sexualidad	22.59%	32.39%	12.14%	32.00%
Patrón de sueño	25.49%	37.72%	12.43%	33.20%
Tabaquismo	52.36%	68.10%	35.57%	72.80%
Alcoholismo	50.78%	75.60%	24.30%	70.28%
Consumo de sustancias psicoactivas	47.67%	72.01%	21.71%	65.25%
Abuso de fármacos	35.68%	58.06%	11.80%	50.04%
Exposición a tóxicos e irradiación	24.41%	44.37%	3.12%	31.62%
Otros	33.03%	54.84%	9.76%	40.08%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Se evidencia una diferencia de 7,89 puntos porcentuales entre el porcentaje de mujeres con información completa referente a hábitos, siendo mayor en el sector privado con

8,82%, para ambas instituciones es baja, dado que al desagregar la información por cada uno de los hábitos que se deben indagar, en el sector privado no se supera el 80% de cumplimiento, mientras que para el sector público no se sobrepasa el 40%, la diferencia se ve aun más si se tiene en cuenta que el intervalo en el cual oscilan los porcentajes de cumplimiento para el sector privado es de 27,99% a 75,60, y para las instituciones públicas es de 3,12% a 35,57%.

Gráfica 27. Número de condiciones cumplidas con respecto a aquellas situaciones psicosociales que se deben reportar en todas las consultas.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Tabla 14. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones psicosociales que se deben reportar en todas las consultas.

Porcentaje de mujeres con condiciones psicosociales completo	Total	Privado	Público	Consulta 1
Tensión emocional	32.20%	43.01%	20.68%	39.91%
Signos y síntomas neurovegetativos	20.49%	25.95%	14.66%	27.73%
Soporte familiar y de pareja	40.42%	49.15%	31.10%	51.73%
Violencia doméstica	15.41%	22.18%	8.18%	21.20%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a las condiciones psicosociales la diferencia porcentual entre el sector privado y el público es de 13,67 puntos porcentuales, siendo mayor el cumplimiento en el sector privado con 17,91% para el total de registros, sin embargo en ninguno de los dos sectores se supera el 50% de cumplimiento, la condición psicosocial de violencia doméstica es la de menor frecuencia para ambos sectores.

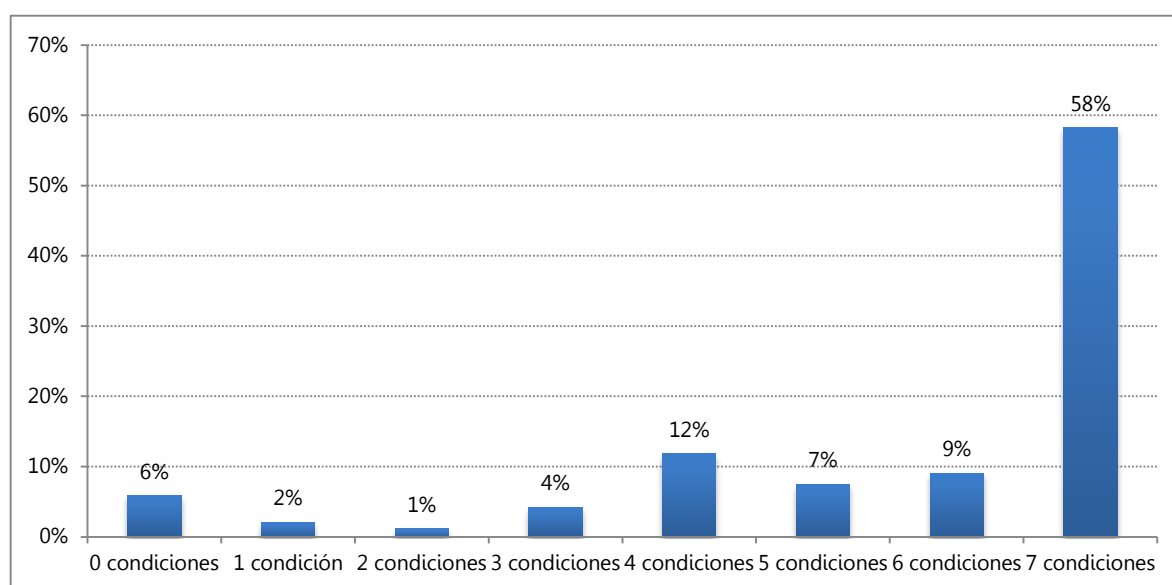
Tabla 15. Porcentaje de mujeres con información de embarazos deseado o programado

	Total	Privado	Público
Porcentaje de mujeres con información de embarazado deseado o programado	54.14%	67.12%	40.30%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En el sector privado se indaga con mayor frecuencia el deseo o planeación del embarazo a diferencia del sector público en el cual sólo se le pregunta a 4 de cada 10 gestantes sobre esta decisión.

Gráfica 28. Número de condiciones cumplidas en condición obstétrica.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

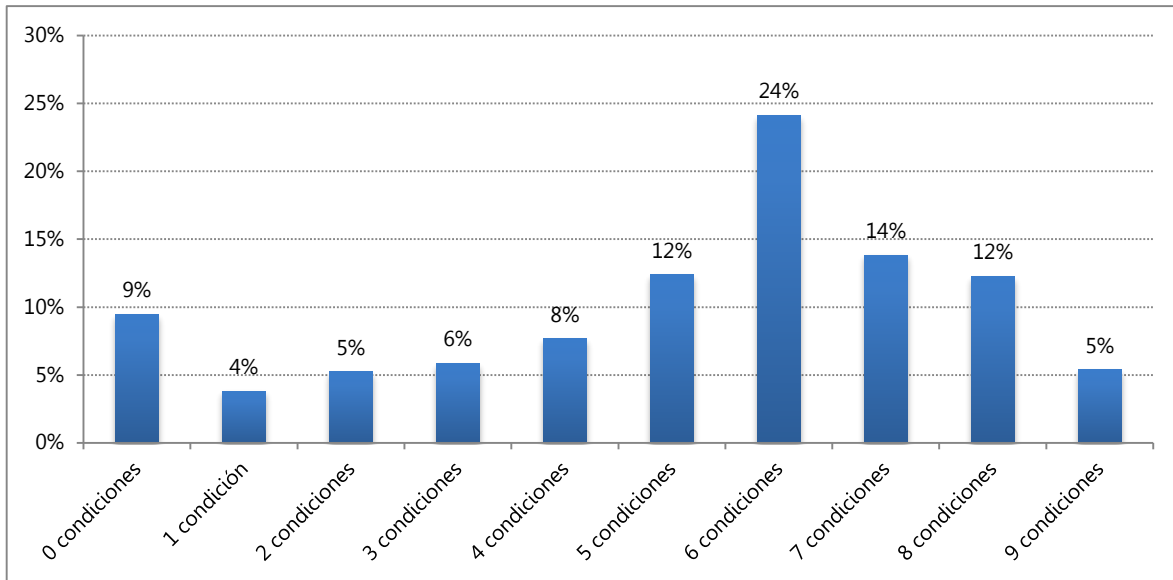
Tabla 16. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones obstétricas.

	Total	Privado	Público
Porcentaje de mujeres con condiciones obstétricas completo	58.25%	70.85%	44.81%
Número de embarazos	92.95%	92.68%	93.24%
Número de partos	91.26%	92.03%	90.44%
Número de cesáreas	86.81%	86.82%	86.80%
Número de recién nacidos vivos	86.90%	86.65%	87.18%
Complicaciones obstétricas anteriores	72.65%	80.98%	63.76%
Complicaciones perinatales anteriores	64.95%	78.66%	50.32%
Fecha finalización último embarazo	68.63%	79.24%	57.31%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto al porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones obstetricias se observa un 58,11% más de cumplimiento en el sector privado que en el público, siendo el número de embarazos y de partos las condiciones de mayor frecuencia para ambos sectores, la diferencia radica en las complicaciones obstetricias, perinatales y fecha de finalización del último embarazo, en las cuales el porcentaje de cumplimiento del sector privado es marcadamente mayor respecto a las instituciones públicas.

Gráfica 29. Número de condiciones que cumplen los procedimientos ginecológicos, aquellos que se deben realizar en todas las consultas.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Tabla 17. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones ginecológicas que se deben reportar en todas las consultas.

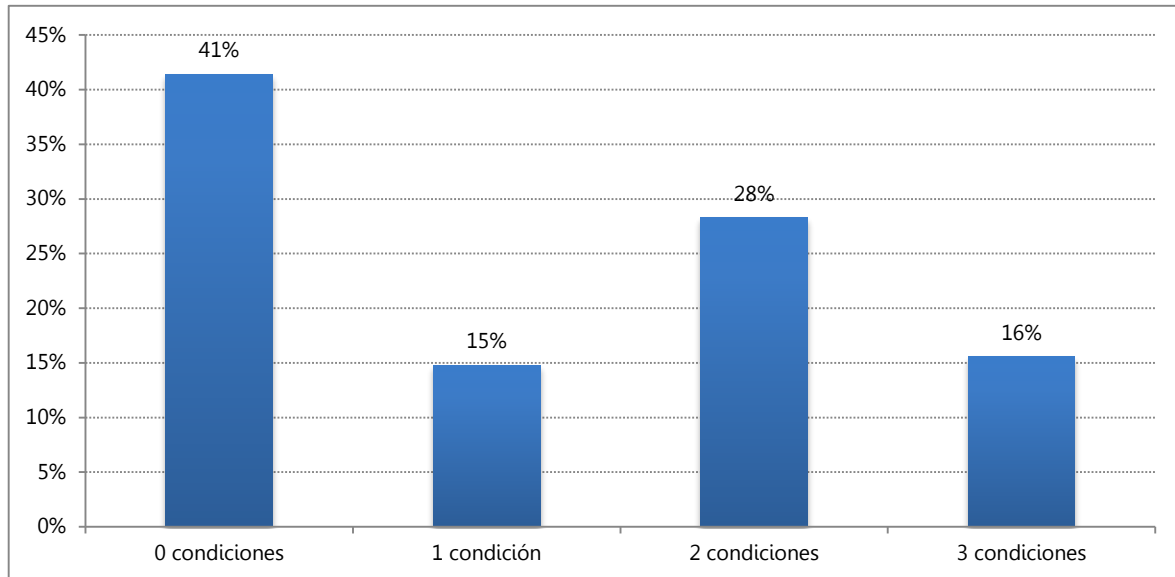
Porcentaje de mujeres con condiciones ginecológicas completo que debe ser reportado en todas las consultas	Total	Privado	Público
Edad de menarquia	73.12%	76.57%	69.45%
Patrón de ciclos menstruales	73.88%	76.24%	71.35%
Fecha de 2 últimas menstruaciones	57.38%	53.76%	61.24%
Edad inicio relaciones sexuales	27.15%	28.80%	25.40%
Método de anticonceptivos utilizados	58.63%	70.24%	46.25%
VIH	60.76%	67.59%	53.47%
Hepatitis	62.26%	78.41%	45.03%
Cirugías ginecológicas	58.69%	72.00%	44.49%
Tratamientos de infertilidad	40.51%	52.18%	28.05%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de cumplimiento del total de condiciones ginecológicas es mayor 2,16 puntos porcentuales en el sector privado, la edad de la menarquía y el patrón de ciclos

menstruales tienen un porcentaje de cumplimiento mayor al 65% para ambas instituciones, siendo las condiciones de mayor frecuencia, a diferencia de la edad de inicio de relaciones sexuales la cual es la condición que menos se indaga en los controles prenatales tanto en el sector privado como en el público, en los cuales no supera el 30% de cumplimiento.

Gráfica 30. Número de condiciones que cumplen los procedimientos ginecológicos, aquellos que se deben realizar en alguna consulta.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

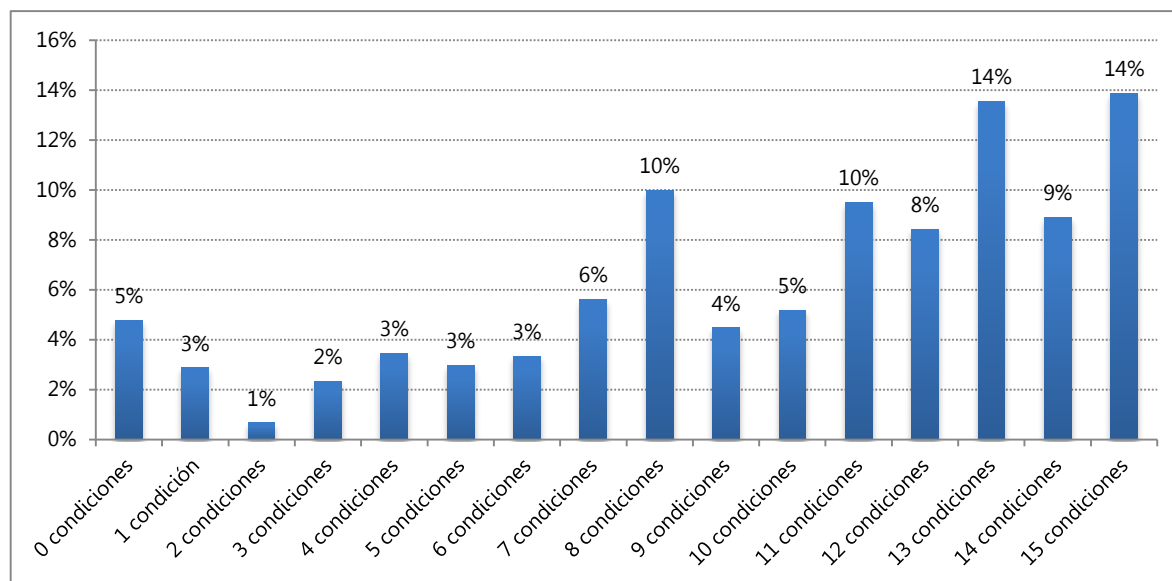
Tabla 18. Porcentaje de mujeres con información completa referente a condiciones ginecológicas que se deben reportar en alguna consulta.

Porcentaje de mujeres con condiciones ginecológicas completo que debe ser reportado en alguna consulta	Total	Privado	Público	Consulta 1
Número de compañeros sexuales	20.78%	26.09%	15.11%	28.95%
Flujo vaginal	53.35%	63.24%	42.79%	72.23%
Enfermedad de transmisión sexual	43.82%	62.75%	23.63%	0.5814

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Se evidencian diferencias significativas al momento de indagar sobre las condiciones ginecológicas que se deben reportar en alguna consulta según tipo de institución, en el sector privado el cumplimiento del total de registros es 15,63 puntos porcentuales mayor que en el sector público, ejemplo de ello es al momento de indagar sobre las enfermedades de transmisión sexual, dado que en el sector privada de cada 10 mujeres que acuden a control prenatal a 6 se les realiza esta pregunta, a diferencia del sector público en el que a 2 de cada 10 se indaga sobre este tema.

Gráfica 31. Número de condiciones cumplidas referente a la gestación actual.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

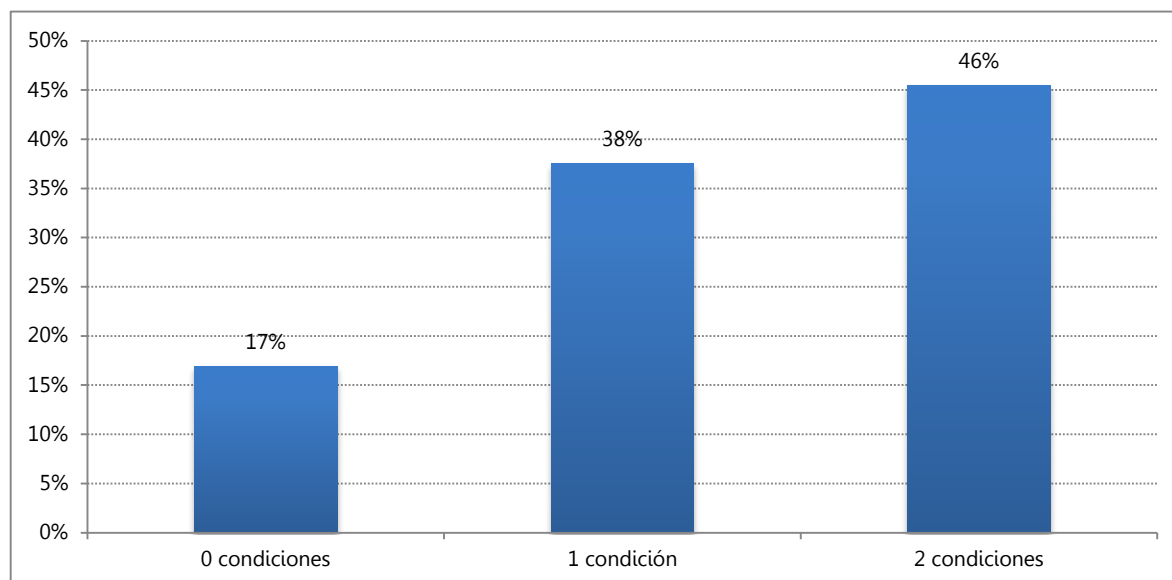
Tabla 19. Porcentaje de mujeres con información completa referente a la gestación actual.

Porcentaje de mujeres con información sobre gestación actual completo	Total	Privado	Público
Edad gestacional probable	92.18%	94.60%	89.59%
Hipertensión arterial crónica	71.77%	87.23	55.27%
Cefalea	79.02%	87.76%	69.69%
Trastornos visuales	48.43%	58.33%	37.88%
Trastornos auditivos	47.20%	56.67%	37.09%
Epigastralgia	71.73%	86.41%	56.06%
Edemas	80.69%	87.30%	73.64%
Disminución o ausencia de movimientos fetales	71.76%	81.38%	61.49%
Actividad uterina	83.61%	89.98%	76.82%
Sangrado genital	72.81%	73.42%	72.15%
Amenorrea o leucorrea	80.19%	89.53%	70.22%
Síntomas urinarios	78.87%	84.31%	73.07%
Intolerancia a la vía oral	39.94%	53.71%	25.24%
Trastornos del sueño	28.09%	38.79%	16.68%
Otros	40.10%	55.52%	23.65%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de mujeres con información completa sobre la gestación actual varía en 19,17 puntos porcentuales según el tipo de institución, siendo mayor el porcentaje de cumplimiento en el sector privado con 23,15%, para este sector 14 de los 15 ítems evaluados están por encima de un cumplimiento del 50%, a diferencia del sector público en el cual únicamente 10 de los 15 ítems sobrepasa este porcentaje. Los trastornos del sueño son la condición que menos se indaga durante los controles prenatales para ambos sectores en los cuales es inferior al 40%.

Gráfica 32. Número de condiciones de factores de riesgo en gestación que se debe informar en alguna consulta.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

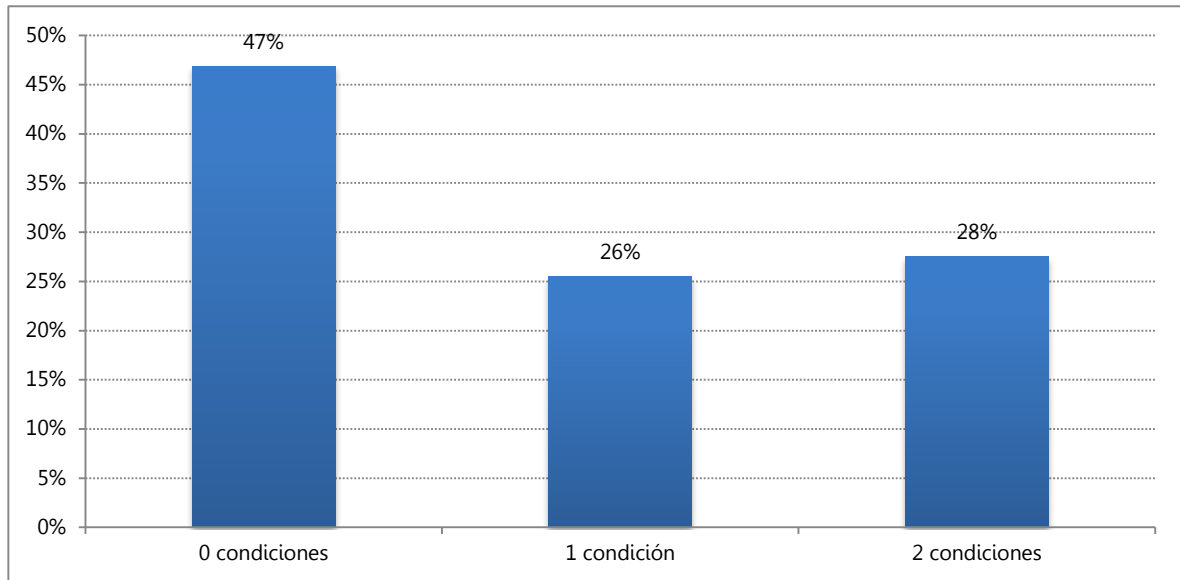
Tabla 20. Porcentaje de mujeres con información completa referente a los factores de riesgo en la gestación que debe ser reportado en alguna consulta.

Porcentaje de mujeres con información sobre factores de riesgo en la gestación completo que debe ser reportado en alguna consulta	Total	Privado	Público
Características individuales	45.50%	46.71%	44.21%
Historia reproductiva anterior	56.38%	56.96%	55.75%
	72.20%	80.57%	63.26%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto al porcentaje de cumplimiento sobre factores de riesgo en la gestación, no se evidencian diferencias significativas al comparar el tipo de institución, sin embargo las instituciones de índole privado indagán en mayor frecuencia (80,57%) la historia reproductiva anterior a diferencia de las instituciones públicas (63,26%).

Gráfica 33. Número de condiciones de factores de riesgo en gestación que se deben informar en todas las consultas.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

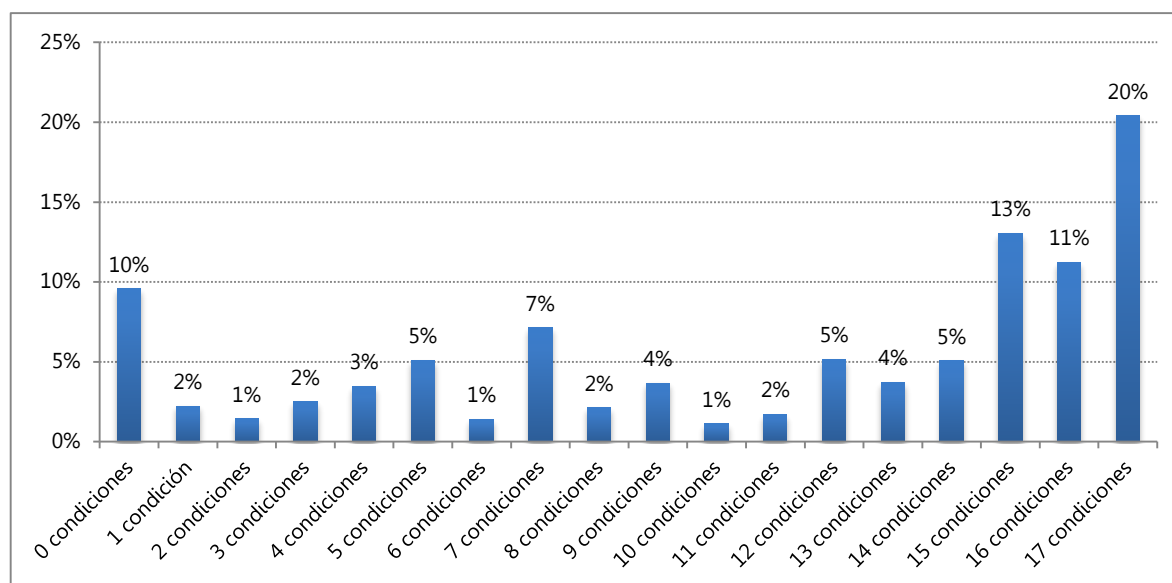
Tabla 21. Porcentaje de mujeres con información completa referente a los factores de riesgo en la gestación que debe ser reportado en todas las consultas.

Porcentaje de mujeres con información sobre factores de riesgo en la gestación completo que debe ser reportado en todas consultas	Total	Privado	Público	Consulta 1
	27.58%	36.78%	17.76%	34.60%
Desviaciones obstétricas en el embarazo actual (medidas)	40.16%	51.77%	27.77%	49.38%
Enfermedades clínicas	40.54%	42.06%	38.92%	49.42%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de factores de riesgo que debe ser reportado en todas las consultas es significativamente mayor en el sector privado (36,78%), siendo 107% mayor el cumplimiento para este sector en comparación al público, en el cual no se sobrepasa el 40% de cumplimiento en los dos factores de riesgo evaluados.

Gráfica 34. Número de condiciones cumplidas sobre información en exámenes físicos.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

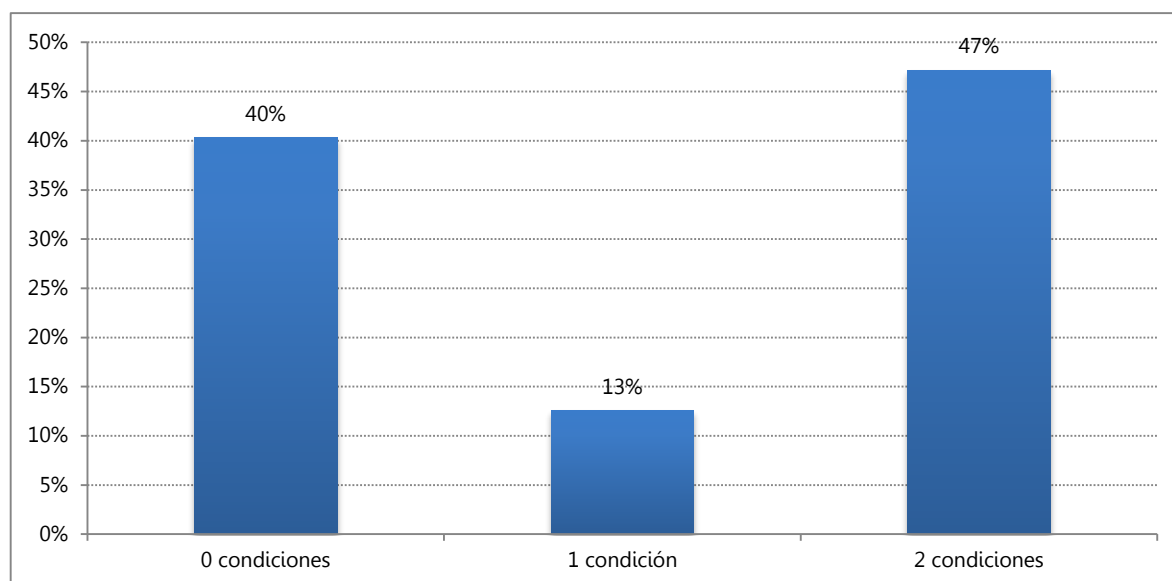
Tabla 22. Porcentaje de mujeres con información completa referente a exámenes físicos.

	Total	Privado	Público
Porcentaje de mujeres con examen físico completo	20.40%	28.34%	11.94%
Peso	86.25%	89.15%	83.16%
Talla	78.80%	88.53%	68.41%
Porcentaje peso/talla para la edad gestacional	62.67%	74.81%	49.71%
Frecuencia cardíaca	79.41%	84.98%	73.48%
Frecuencia respiratoria	74.27%	80.31%	67.82%
Tensión arterial	86.14%	86.08%	86.21%
Temperatura	64.79%	77.08%	51.68%
Estado nutricional	49.60%	63.04%	35.27%
Cabeza	60.90%	72.77%	48.24%
Boca	60.09%	71.87%	47.52%
Cuello	54.06%	65.31%	42.07%
Tórax (Cardio-pulmonar)	68.94%	76.73%	60.62%
Abdomen	76.45%	80.65%	71.97%
Caderas	32.23%	47.07%	16.41%
Extremidades	62.35%	75.73%	48.08%
Piel	50.59%	58.50%	42.15%
Neurólogo	45.48%	55.02%	35.30%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto al examen físico se observa una diferencia marcada en el cumplimiento según el tipo de institución, en el sector privado de las 17 condiciones evaluadas tan solo cuatro tienen un porcentaje de incumplimiento inferior al 60%, a diferencia del sector público en el cual 10 de las 17 condiciones están por debajo del 60% de cumplimiento.

Gráfica 35. Número de condiciones cumplidas referente a valoración ginecológica.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

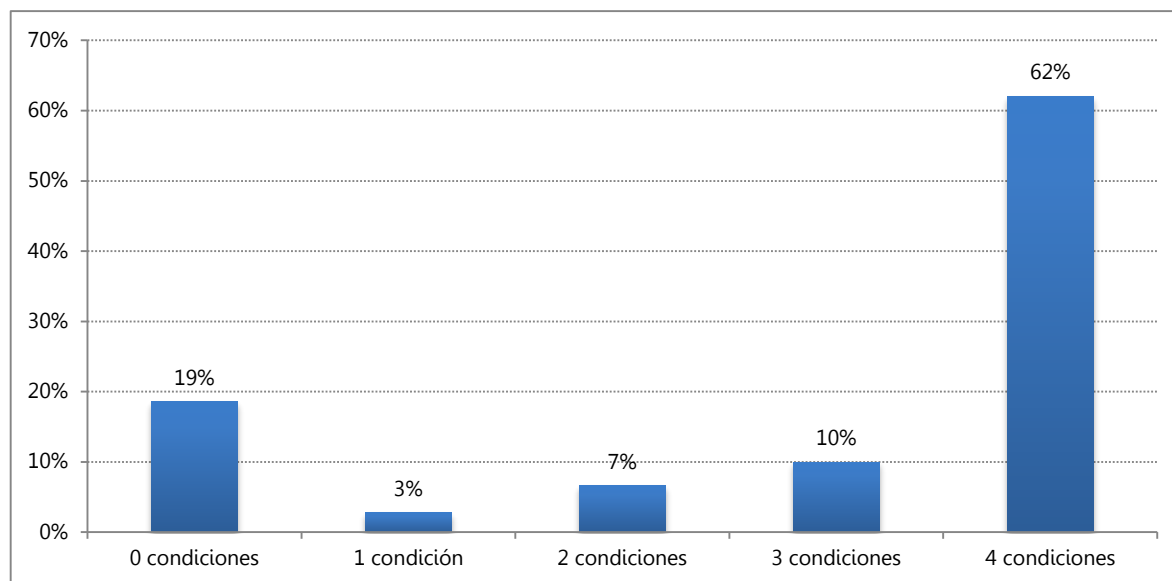
Tabla 23. Porcentaje de mujeres con información completa referente a valoración ginecológica.

Porcentaje de mujeres con valoración ginecológica completo	Total	Privado	Público
Senos	52.19%	52.13%	52.25%
Genitales	54.66%	57.79%	51.32%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se observan diferencias significativas entre el tipo de institución, al momento de realizar la valoración ginecológica de senos y genitales durante los controles prenatales.

Gráfica 36. Número de condiciones cumplidas referente a valoración obstétrica.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

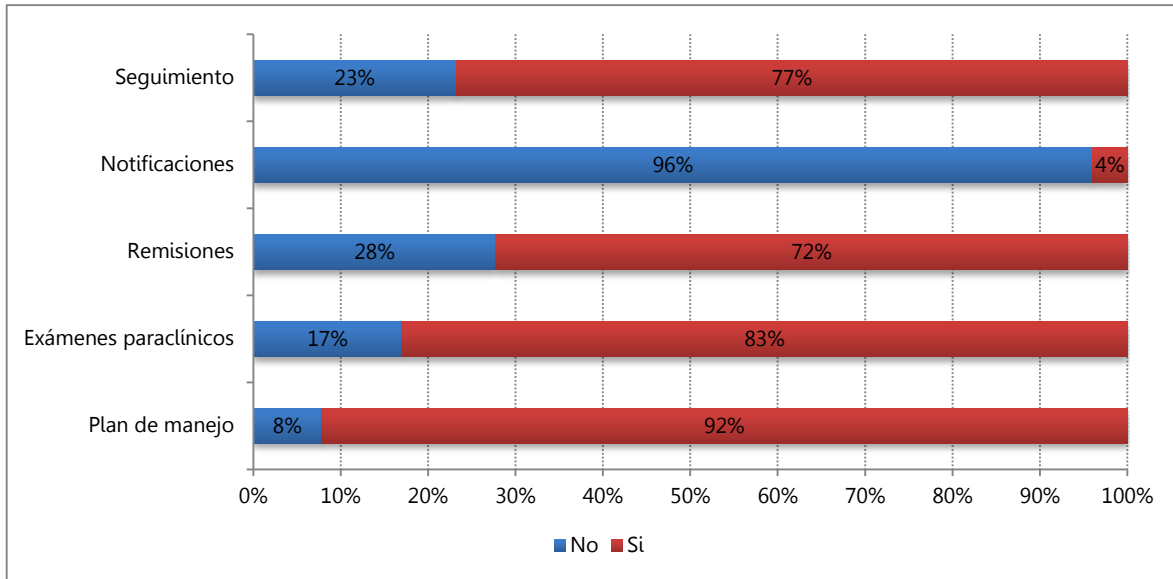
Tabla 24. Porcentaje de mujeres con información completa referente a valoración obstétrica.

Porcentaje de mujeres con valoración obstétrica completo	Total	Privado	Público
Altura uterina	77.33%	83.86%	70.37%
Número de fetos	68.36%	78.93%	57.09%
Fetocardia	72.08%	81.43%	62.10%
Movimientos fetales	76.36%	84.86%	67.29%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

La valoración obstétrica representa un porcentaje mayor de cumplimiento en el sector privado (74,98%) en comparación al sector público (48,25%), con una diferencia de 55,3%, a pesar de esta diferencia el orden de las frecuencias no varía de una institución a otra, siendo la altura uterina la condición con mayor frecuencia y el número de fetos la menor.

Gráfica 37. Porcentaje de consultas con procedimientos posteriores.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de cumplimiento de consultas con procedimientos posteriores es superior al 70%, sin embargo se observan falencias en las notificaciones, evidenciando solo un 4% de efectividad.

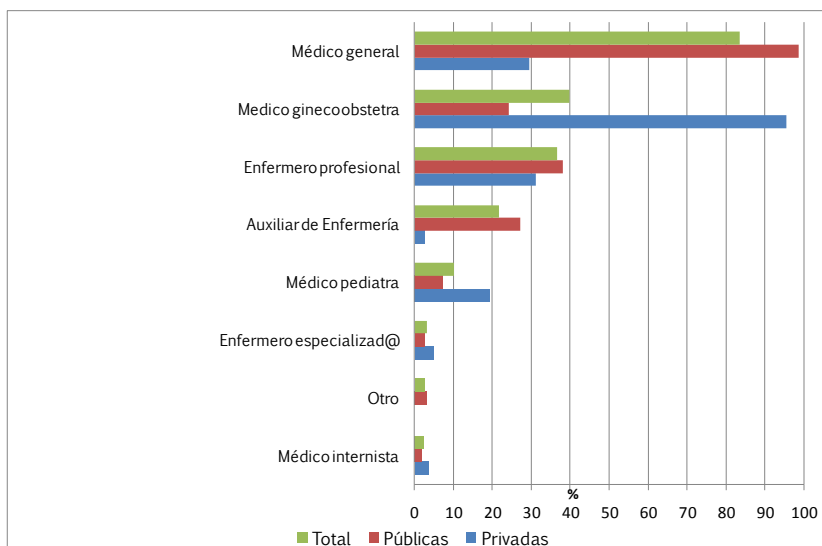
4.4.3. Atención al parto y postparto

GENERALIDADES

El 33% de las IPS objeto de estudio manifiestan ofrecer los servicios de parto y postparto, en este indicador se aprecia una amplia diferencia entre entidades privadas y públicas, mientras que solo 14% de las primeras manifiesta prestar el servicio, para el caso de las públicas este porcentaje es del 56%; como se mencionó anteriormente, la atención de partos requieren una infraestructura y personal específico para atender el nivel de complejidad y en consecuencia hay una mayor proporción de instituciones públicas de nivel III que privadas.

En cuanto al personal que disponen las IPS para la atención de partos, el 83% manifiesta disponer de médico general, siendo más alta la incidencia en las IPs públicas (98,6%) que en las privadas (29,3%), en contraste, el 95,5% de las instituciones privadas manifiestan que disponen de gineco-obstetra mientras que en las públicas solo en el 24% se dispone de este especialista.

Gráfica 38. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender parto y postparto



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

De las instituciones que manifestaron prestar servicios de atención al parto, el 50% de éstas afirmó haber presentado en los últimos 12 meses, casos de mujeres que solicitaron la atención al parto y no estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud; siendo mayor la incidencia de esta situación en las IPs públicas (51,8%) que en las IPS privadas (44,5%). De este 50% de instituciones que recibieron casos de mujeres no afiliadas, el 70% de IPS manifiesta haber notificado el caso a la Secretaría de Salud, el 12,6% al ICBF, el 9% no informó ni notificó a ninguna instancia, situación que es importante resaltar más aun considerando que este porcentaje de no notificación equivale al 39% en las IPS privadas en contraste con en 2,1% en las IPS públicas; evidenciándose que la ruta de atención es un concepto que ha sido mucho más trabajado en el caso de las entidades públicas que en las privadas. El 42% de las IPS no dispone de material que oriente a los pacientes para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

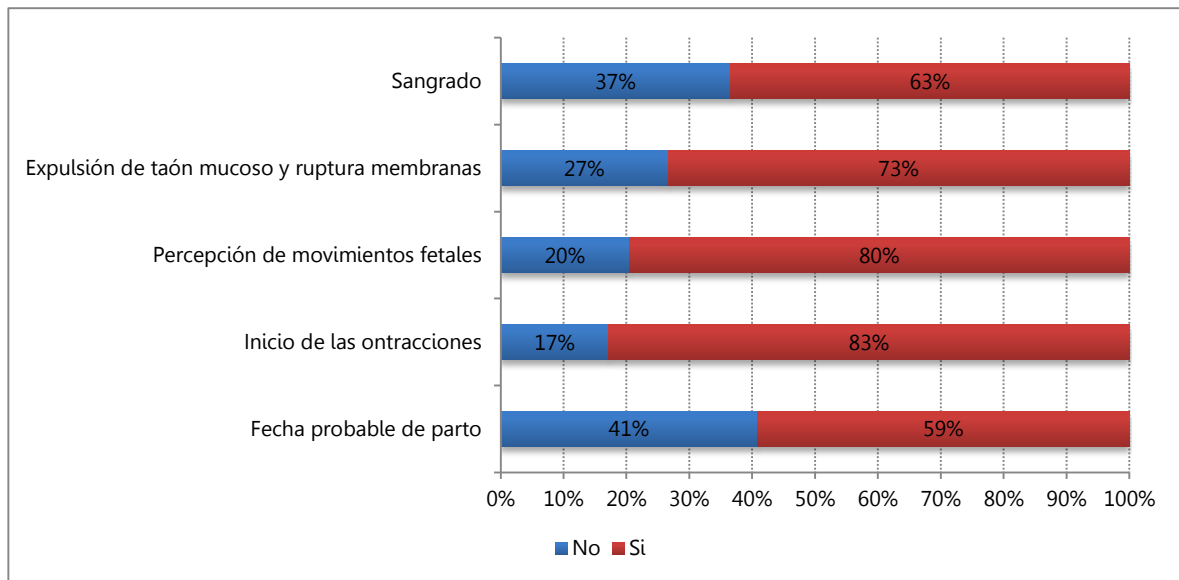
De los casos de mujeres no afiliadas que manifiestan las IPS haber recibido para la atención del parto, el 90% de las IPS manifiesta que todos o la mayoría de estos casos se manejaron adecuadamente.

Entre los aspectos para mejorar que las IPS que atienden el parto identifican, están el de mejorar los mecanismos de seguimiento a las mujeres gestantes que asisten a los controles prenatales (45%), deficiencia que es mayormente reconocida por las entidades públicas (48,9%), en contraste con las privadas (31,3%); también manifiestan su necesidad de disminuir los tiempos de asignación de citas (24,9%), siendo este aspecto más prioritario para las instituciones privadas (34,2%) que en las públicas (22,3%); en contraste con la necesidad de disminuir las trabas administrativas para la atención (23%), situación que las IPS públicas manifiestan como aspecto a mejorar en mayor proporción que las privadas, 25,2% y 15,1%, respectivamente.

HISTORIAS CLINICAS

- **Actividades realizadas en la atención**

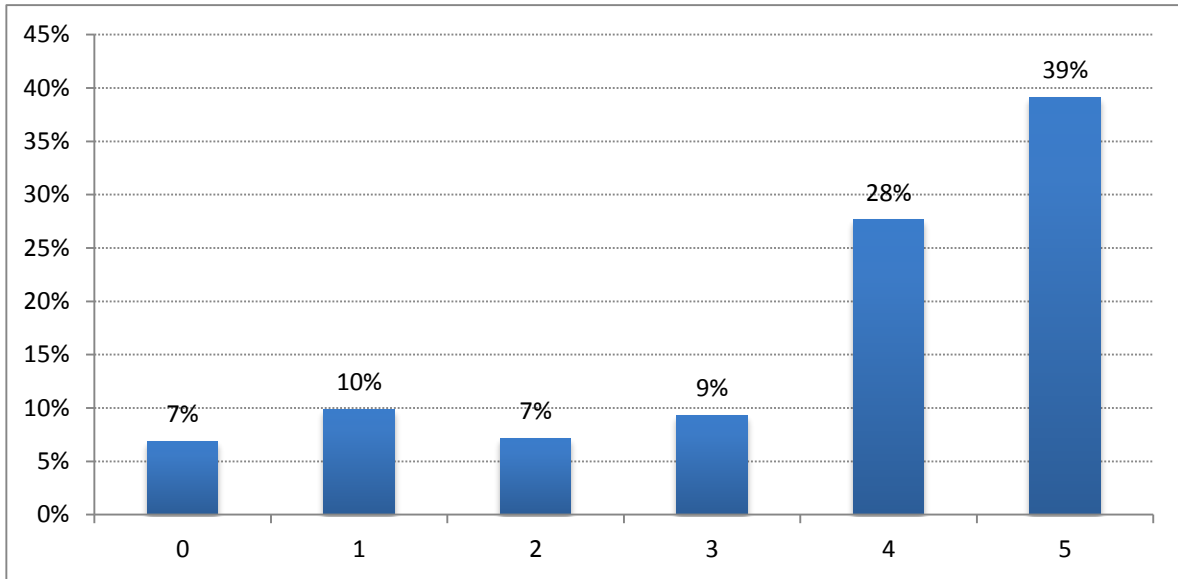
Gráfica 39. Porcentaje de historias clínicas que reportan anamnesis.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

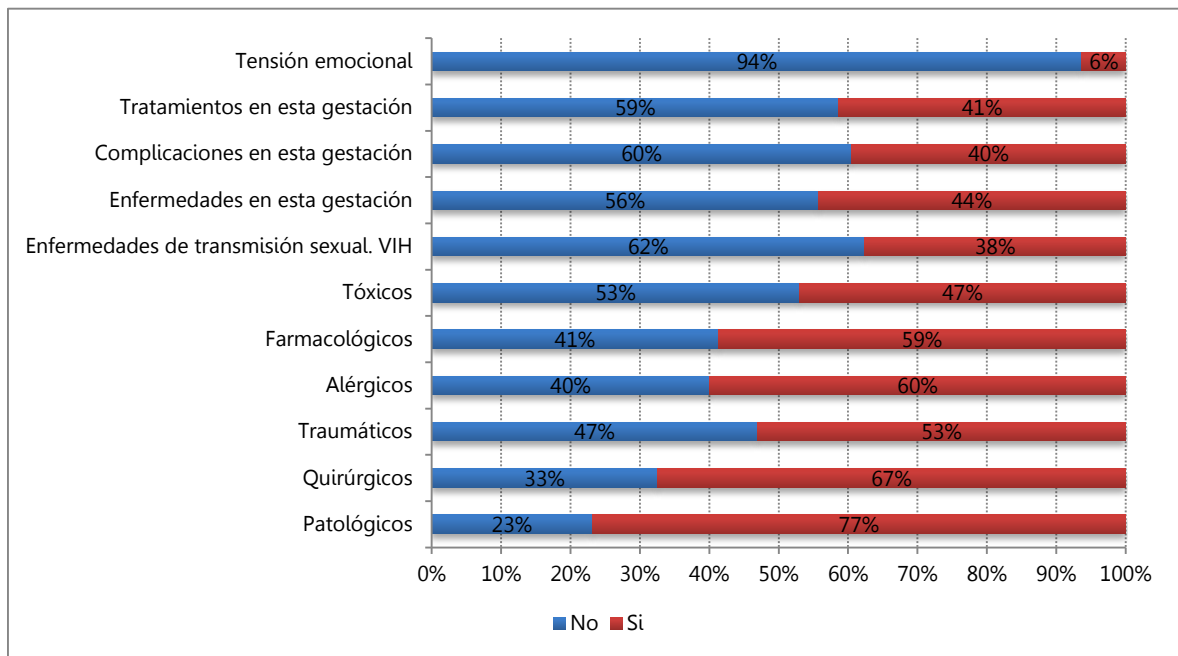
Respecto a la anamnesis reportada en los registros de la historia clínica, el inicio de las contracciones y la percepción de movimientos fetales son las condiciones que con mayor frecuencia se registran en más del 80% de los casos, a diferencia de la fecha probable de parto que se reporta solo en el 59% de la anamnesis. De igual manera únicamente el 39% de los elementos reportados en la historia clínica son registrados en su totalidad.

Gráfica 40. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre anamnesis.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

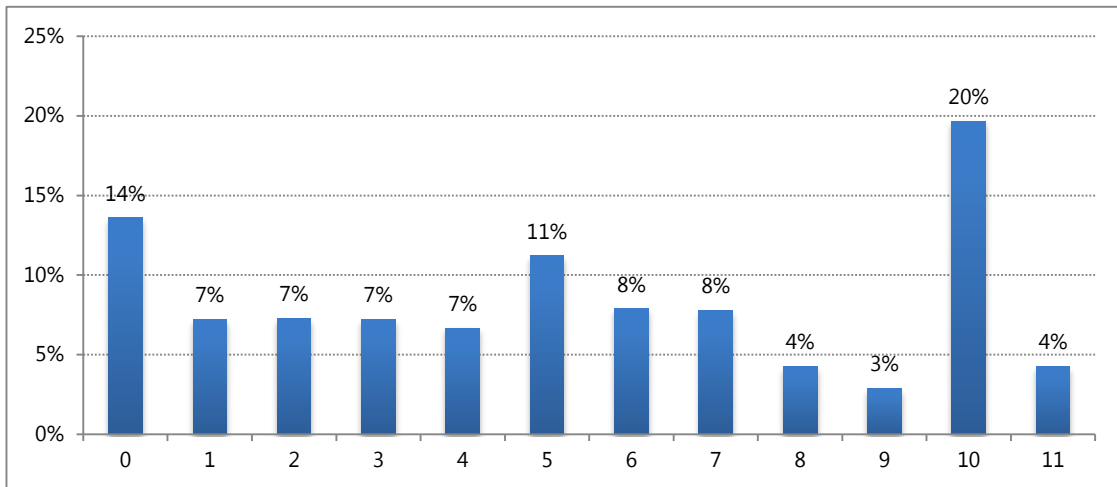
Gráfica 41. Porcentaje de historias clínicas que reportan antecedentes personales de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

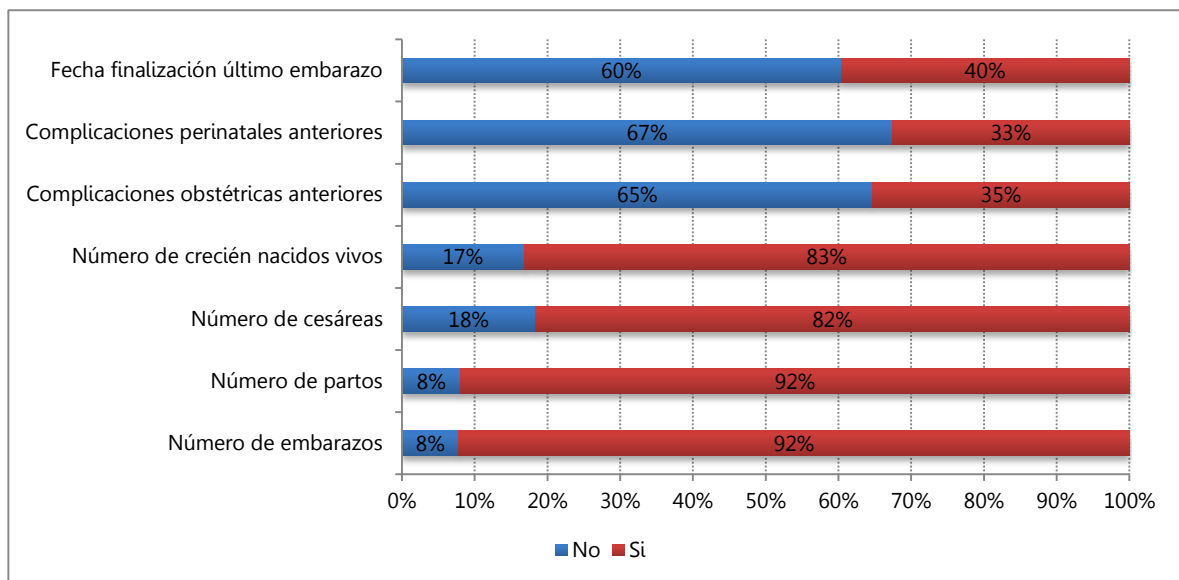
De los 11 antecedentes personales de la madre que debería reportarse en la historia clínica, únicamente el 24% registra 10 o más de estos elementos, los antecedentes patológicos (23%), quirúrgicos (67%), alérgicos (60%), farmacológicos (59%) y traumáticos (53%) son los que en mayor frecuencia se registran, los restantes 6 antecedentes se indagan en menos de la mitad de las gestantes. La tensión emocional solo es reportada en el 6% de los casos.

Gráfica 42. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre antecedentes personales de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

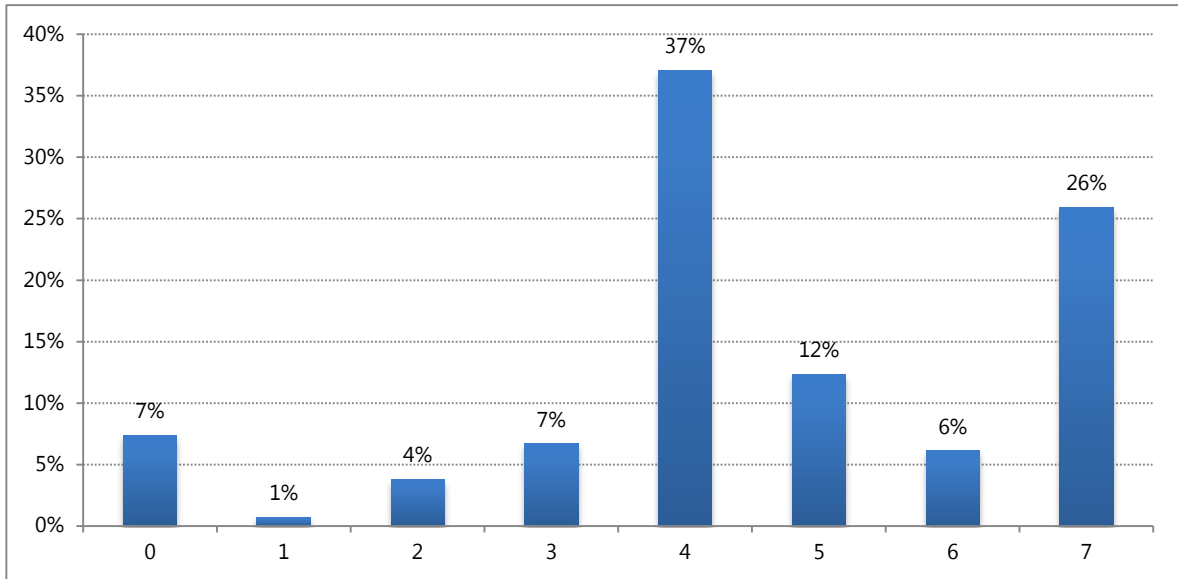
Gráfica 43. Porcentaje de historias clínicas que reportan antecedentes obstétricos de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

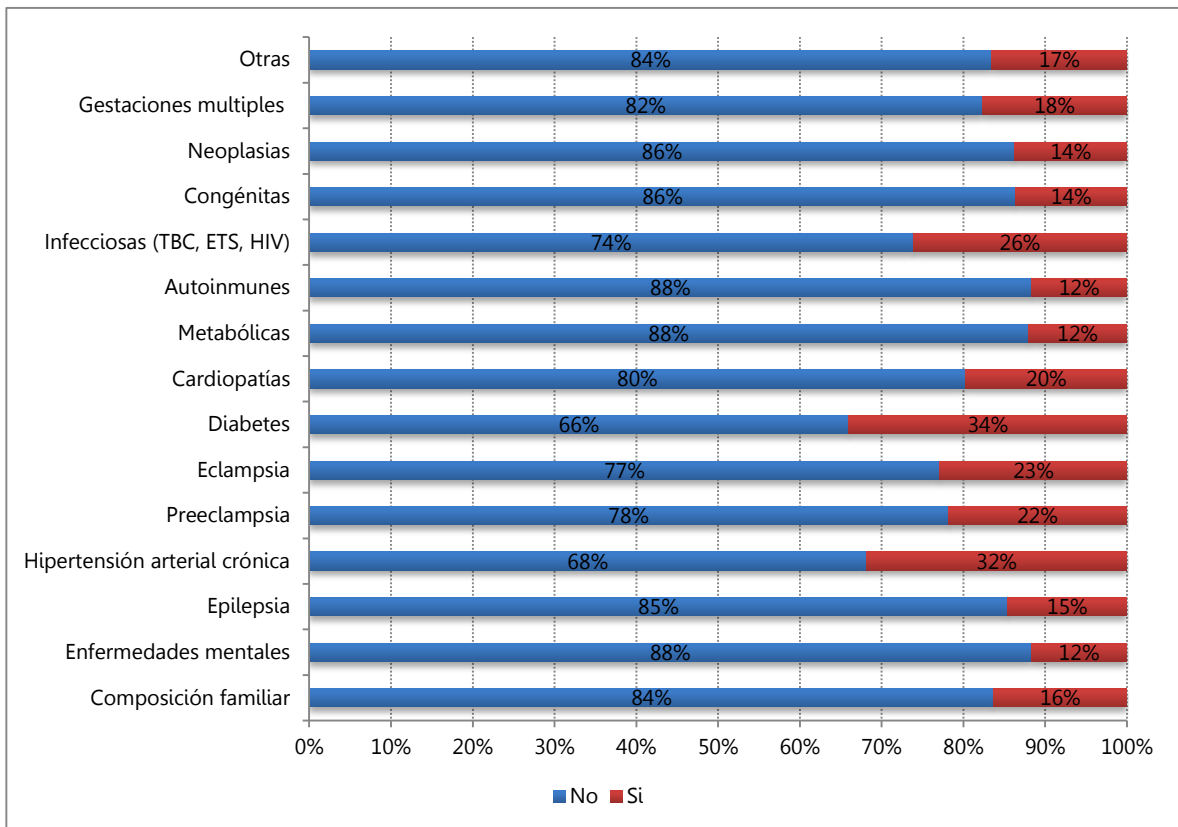
Solo el 26% de las historias clínicas reporta el total de los antecedentes obstétricos de la materna, mientras que el 37% registra 4 de los 7 elementos que deberían reportarse, estos 4 antecedentes que se indagan en mayor medida por encima del 80% es el número de embarazos, partos, cesáreas y nacidos vivos, los demás antecedentes no alcanzan un 40% de registro en las historias clínicas.

Gráfica 44. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre antecedentes obstétricos de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

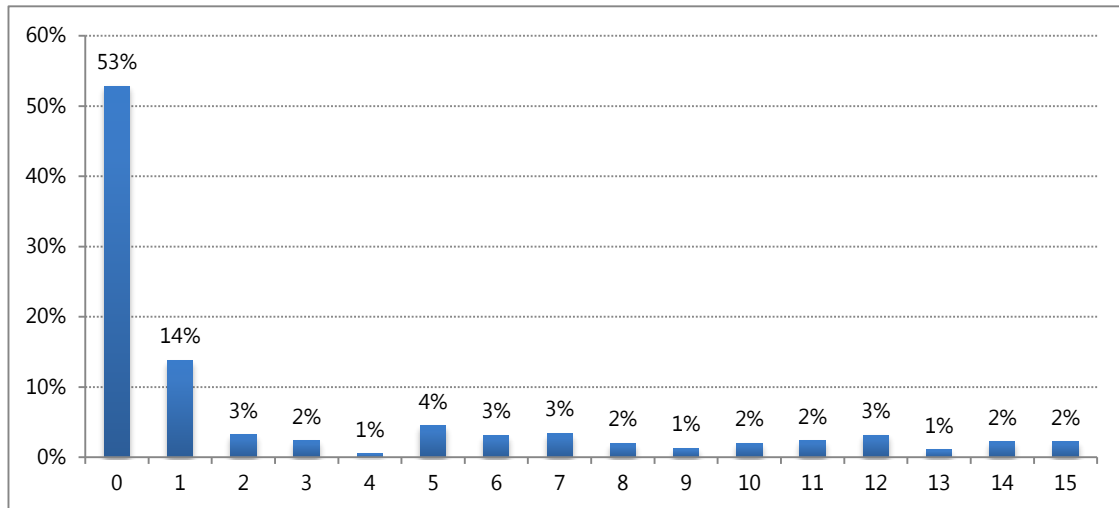
Gráfica 45. Porcentaje de historias clínicas que reportan antecedentes familiares de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

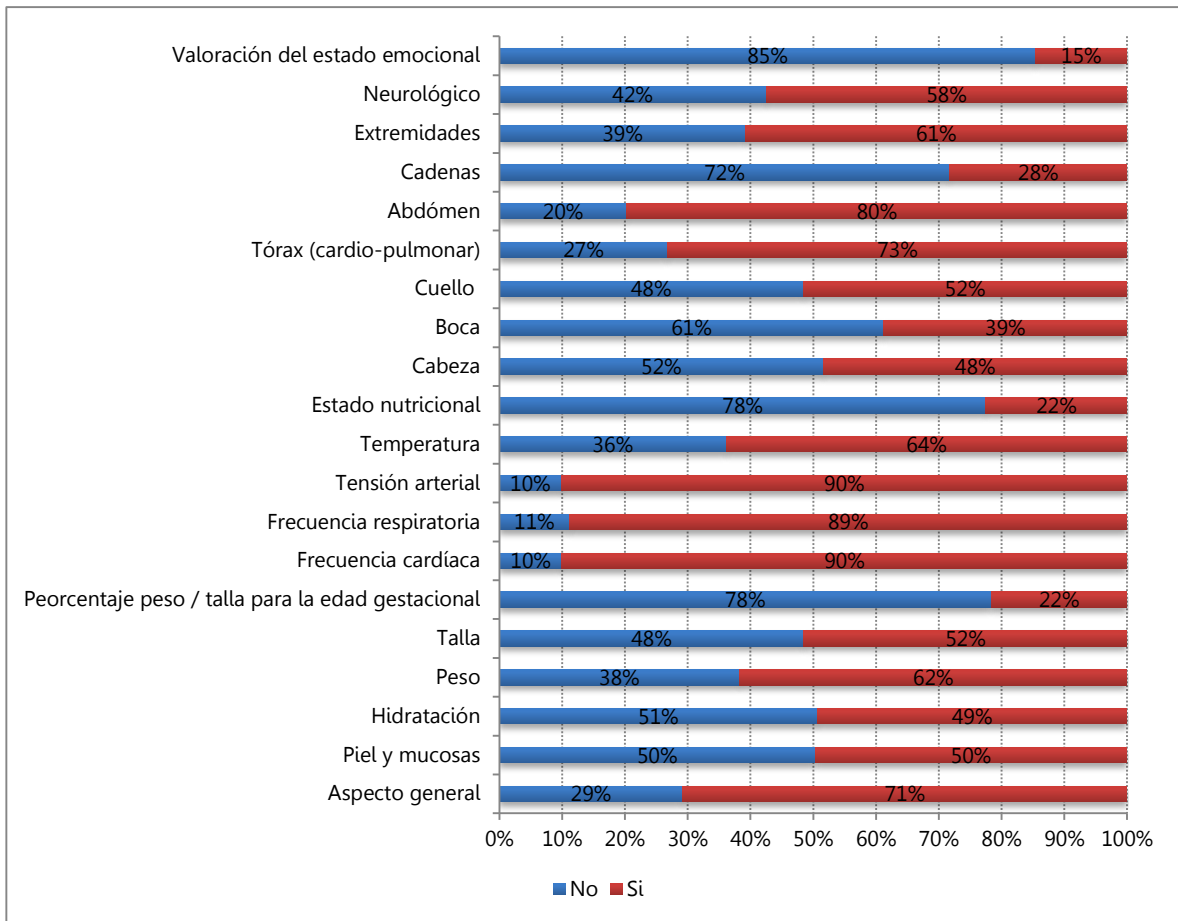
Más de la mitad (54%) de las historias clínicas de atención del parto no registra ningún antecedente familiar de la materna, el 14% registra por lo menos uno, siendo la Diabetes (34%) y hipertensión arterial crónica (32%) los antecedentes de mayor reporte, los 13 restantes antecedentes no superan el 30% de reporte en los registros.

Gráfica 46. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre antecedentes familiares de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

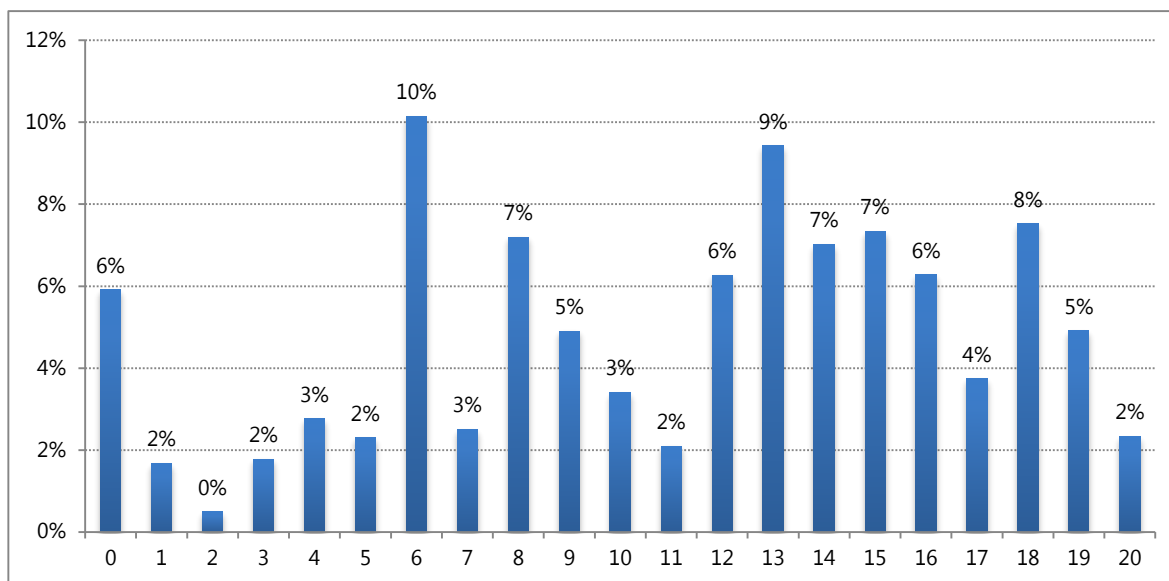
Gráfica 47. Porcentaje de historias clínicas que reportan examen físico de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

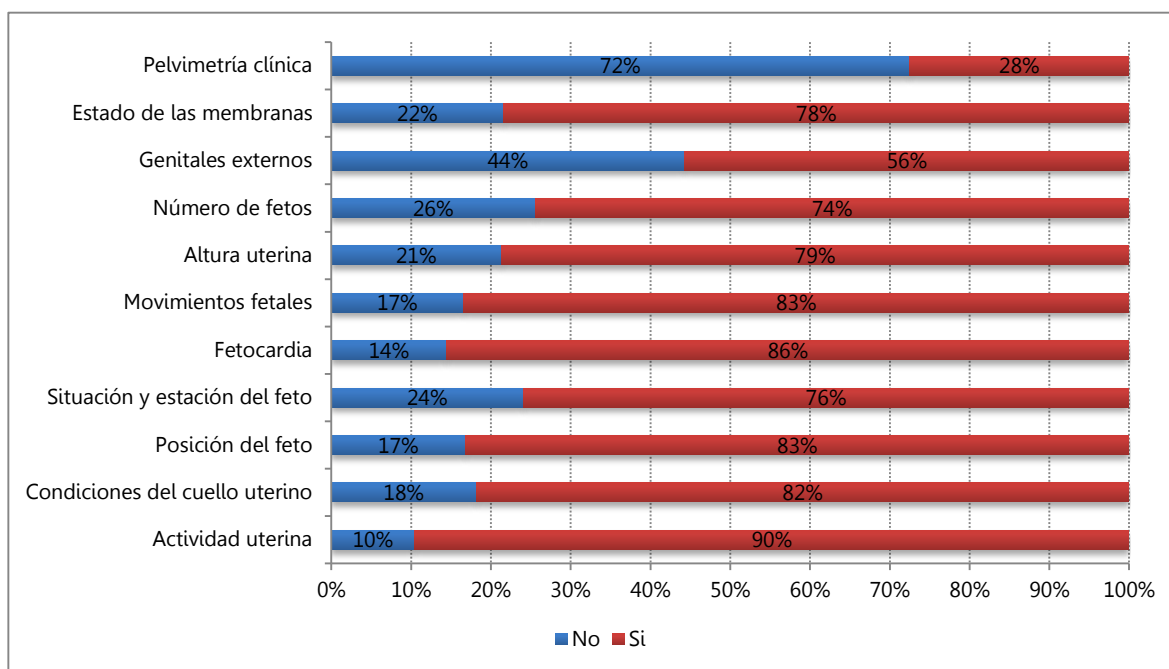
El examen físico de la materna es realizado en su totalidad solo por el 2%, aspectos como el registro del estado emocional, valoración de las caderas, estado nutricional y porcentaje peso-talla para la edad gestacional, es reportado en menos de 3 de cada 10 maternas. El examen de abdomen, frecuencia respiratoria y cardíaca son los únicos elementos valorados en más del 80% de las consultas realizadas.

Gráfica 48. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre el examen físico de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

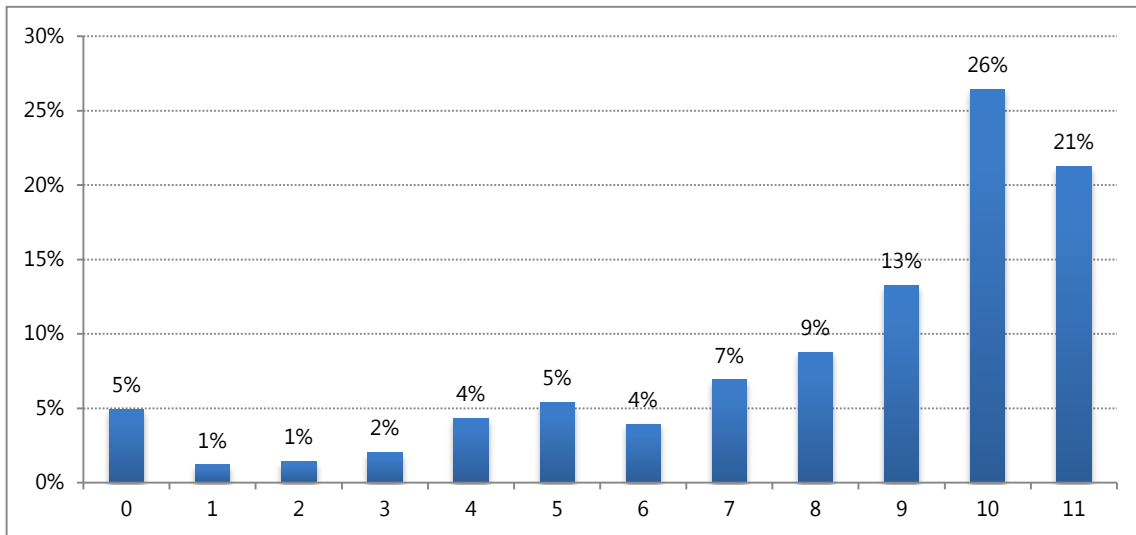
Gráfica 49. Porcentaje de historias clínicas que reportan la valoración obstétrica de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

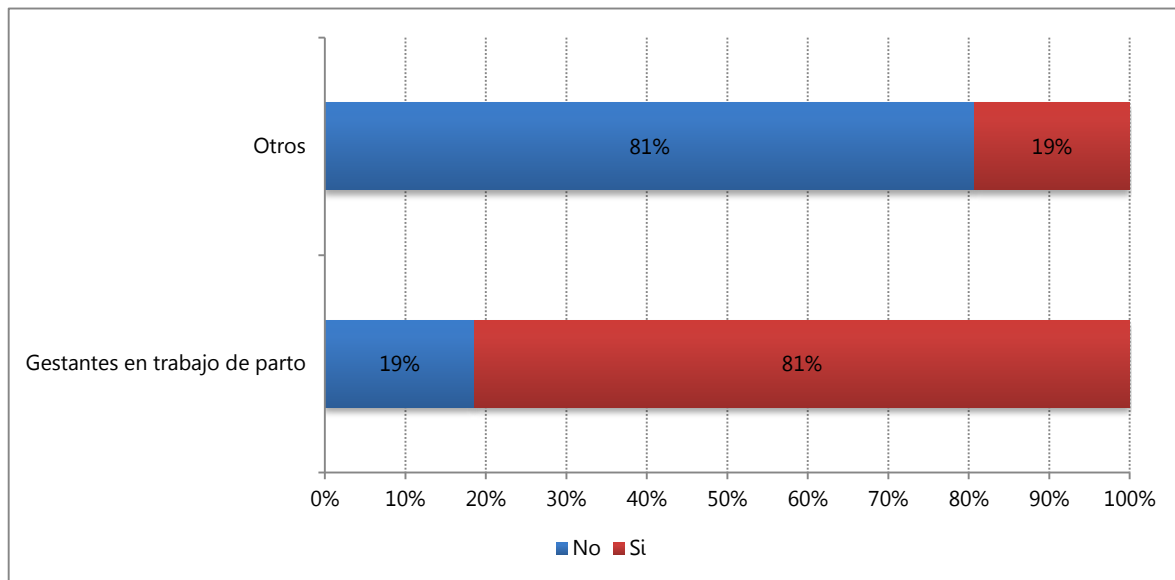
El 47% de las valoraciones obstétricas reporta 10 o más elementos en la historia clínica, porcentaje que se ve alterada por la baja realización de la pelvimetría clínica, la cual es realizada en tan solo 3 de cada 10 maternas, aspectos como la actividad uterina, condiciones del cuello uterino, posición del feto, fetocardia y movimientos fetales, son los de mayor frecuencia de reporte por encima del 80% de cumplimiento, los demás aspectos de valoración oscilan entre un 56% y 79%.

Gráfica 50. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre la valoración obstétrica de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

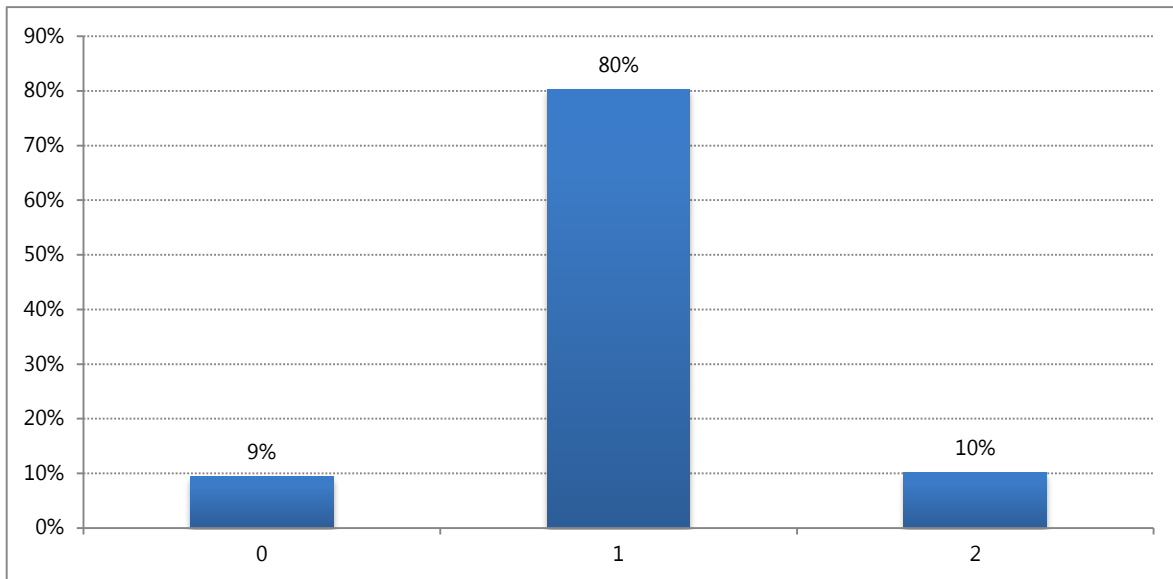
Gráfica 51. Porcentaje de historias clínicas que reportan el diagnóstico de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

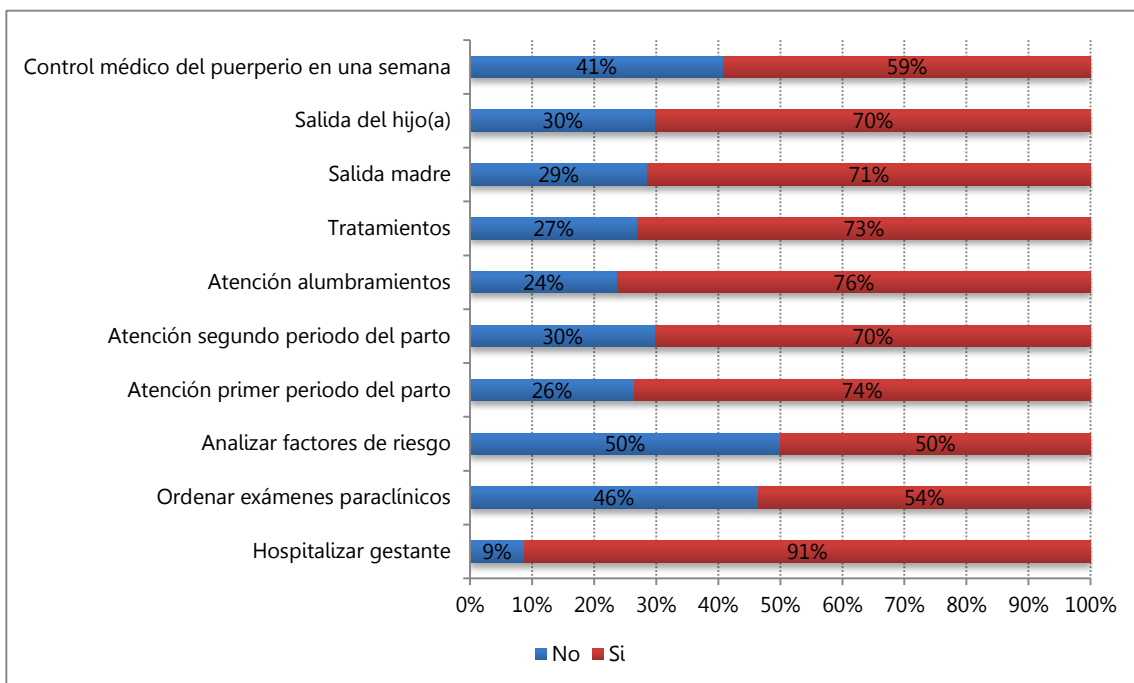
El 9% de las historias clínicas no reporta el diagnóstico de la madre, el 81% reporta gestante en trabajo de parto sin reportar algún otro diagnóstico.

Gráfica 52. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre el diagnóstico de la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

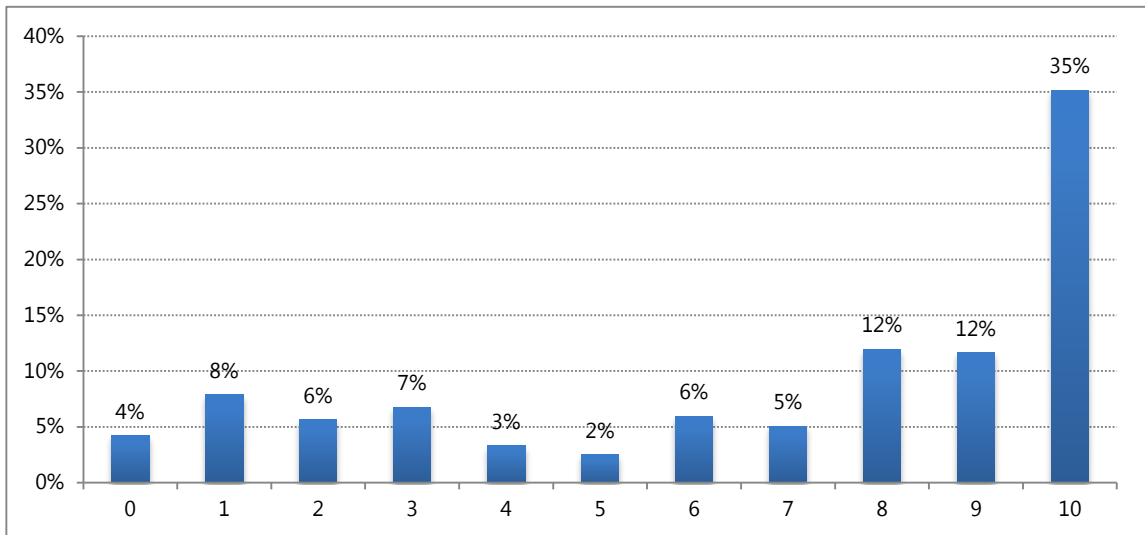
Gráfica 53. Porcentaje de historias clínicas que reportan plan de manejo a la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

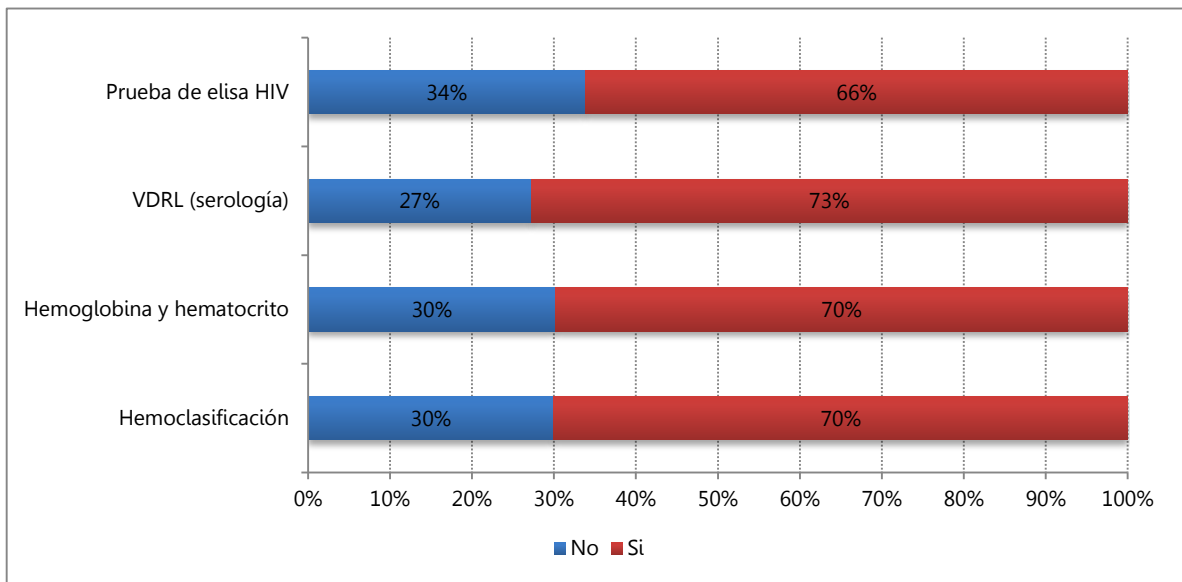
Solo el 35% de las historias clínicas reporta la totalidad de los elementos sobre el plan de manejo a la madre, aspectos como el control médico del puerperio en una semana, análisis de factores de riesgo y ordenar exámenes paraclínicos, se reporta en menos del 60% de los casos, el plan de manejo de hospitalización de la gestante es el de mayor frecuencia con un 91%.

Gráfica 54. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre el plan de manejo realizado a la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

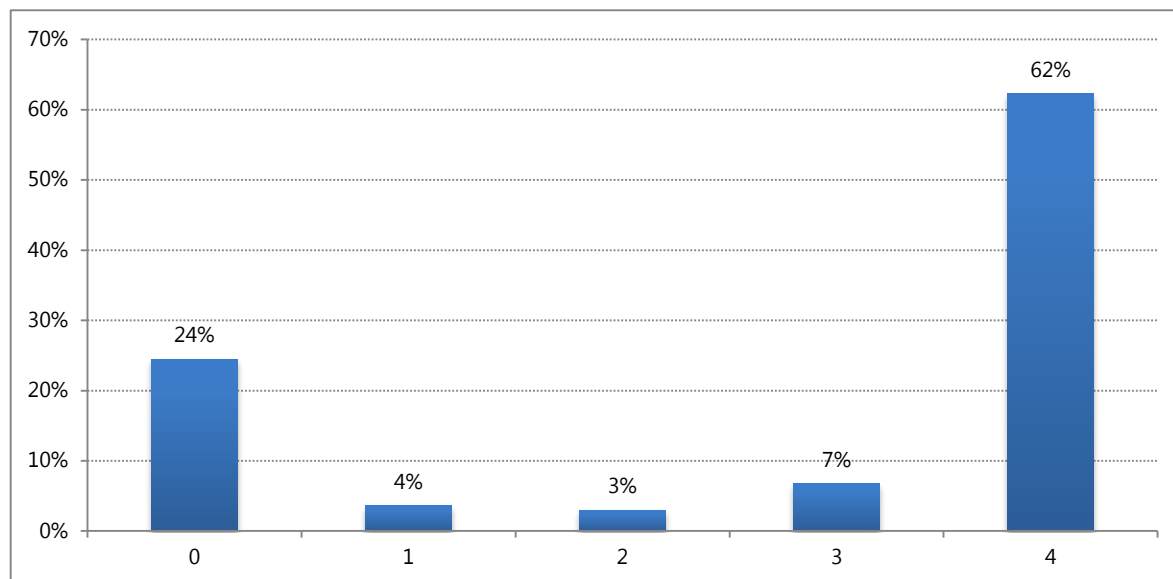
Gráfica 55. Porcentaje de historias clínicas que reportan exámenes paraclínicos a la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

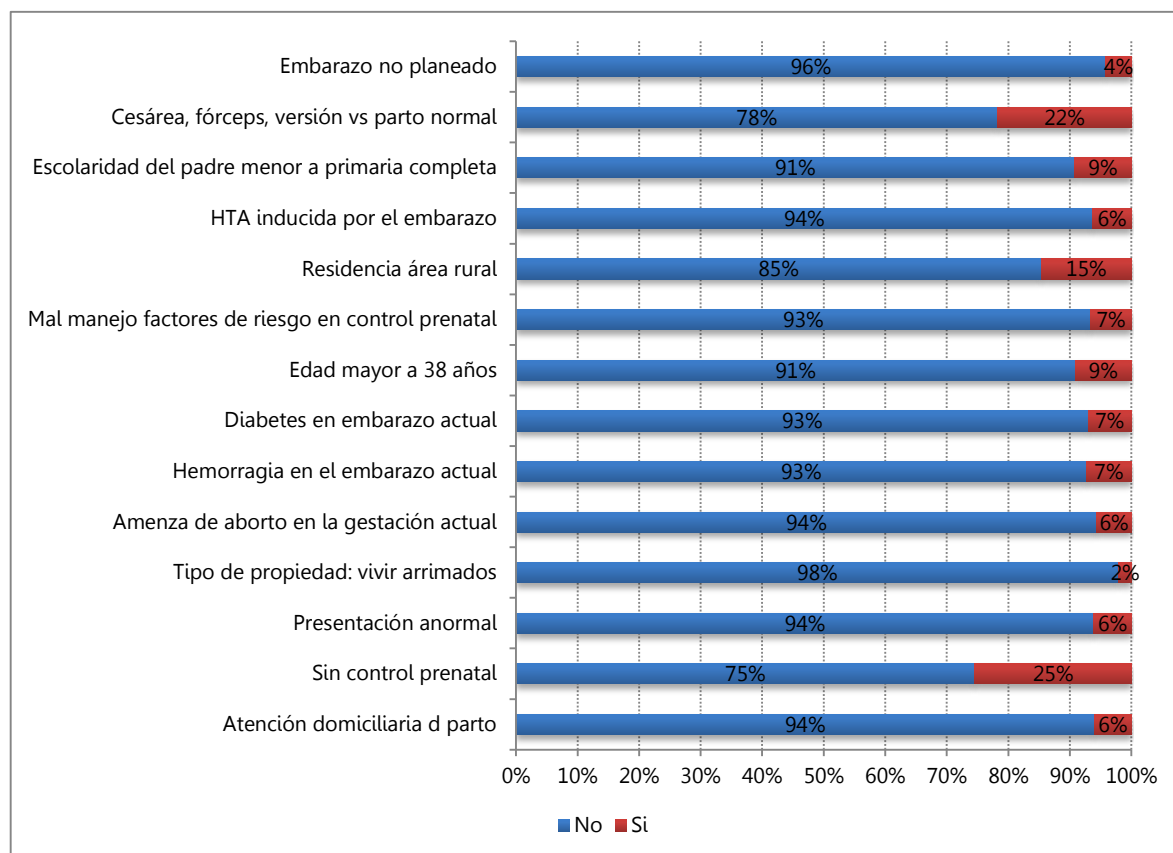
El 62% de los exámenes paraclínicos son reportados en su totalidad en la historia clínica, sin embargo ninguno de ellos sobrepasa el 75% de cumplimiento, es decir, una de cada cuatro gestantes no cuenta con pruebas de VIH, VDRL, hemoglobina y hematocrito y hemoclasificación.

Gráfica 56. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre los exámenes paraclínicos realizados a la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

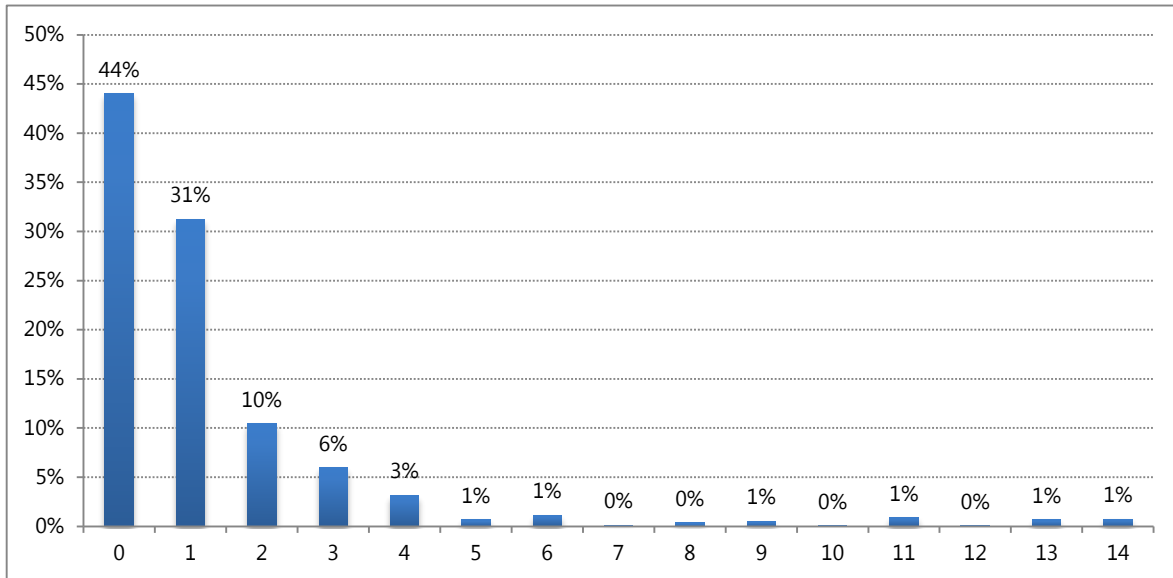
Gráfica 57. Porcentaje de historias clínicas que reportan factores de riesgo para mortalidad materna.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

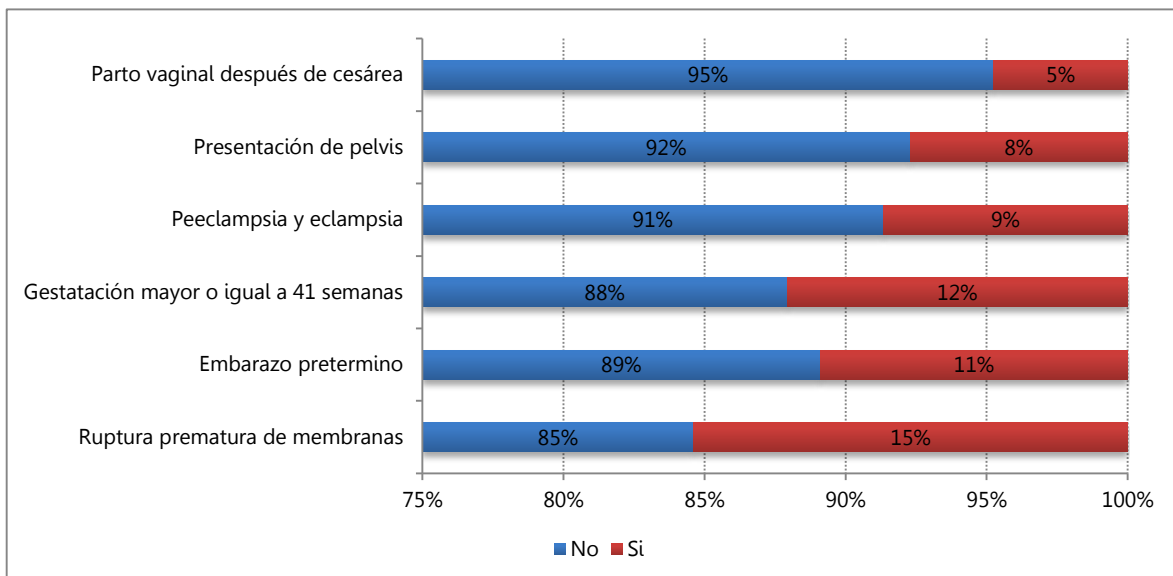
El 44% de las historias clínicas no reporta factores de riesgo para mortalidad materna y tan solo el 31% registra alguno de ellos, evidenciando principalmente la ausencia de control prenatal y la cesárea, fórceps, versión vs parto normal y residencia en área rural, como los factores de riesgo de mayor reporte, con un 25%,22% y 15% respectivamente, de los demás factores de riesgo, ninguno es registrado en un porcentaje mayor al 10%

Gráfica 58. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre los factores de riesgo para la mortalidad materna.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

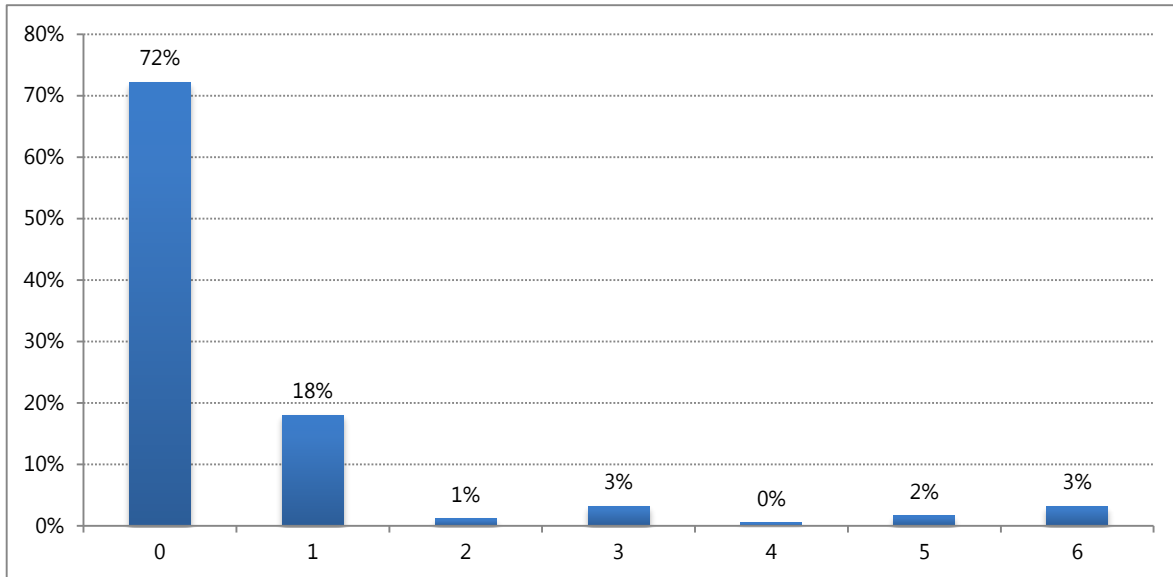
Gráfica 59. Porcentaje de historias clínicas que reportan situaciones especiales en urgencias.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

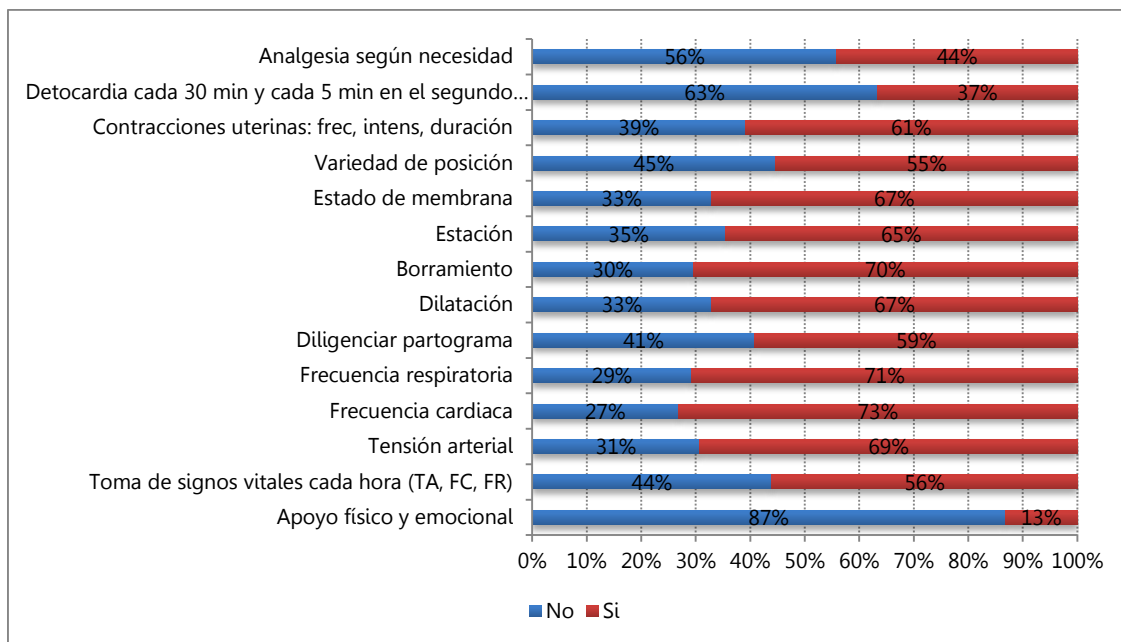
El 72% de las situaciones especiales que se deberían reportar en urgencias no están registrados en su totalidad en la historia clínica, de los seis reportes, ninguno alcanza un cumplimiento del 20%.

Gráfica 60. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre las situaciones especiales de urgencias.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

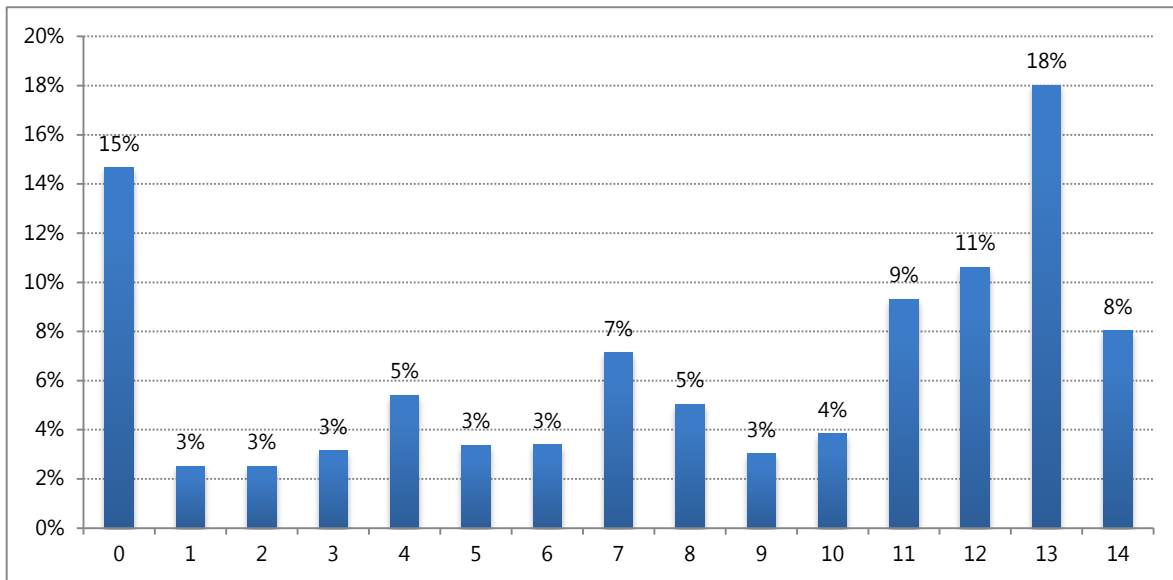
Gráfica 61. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención en el primer periodo del parto (dilatación y borramiento).



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

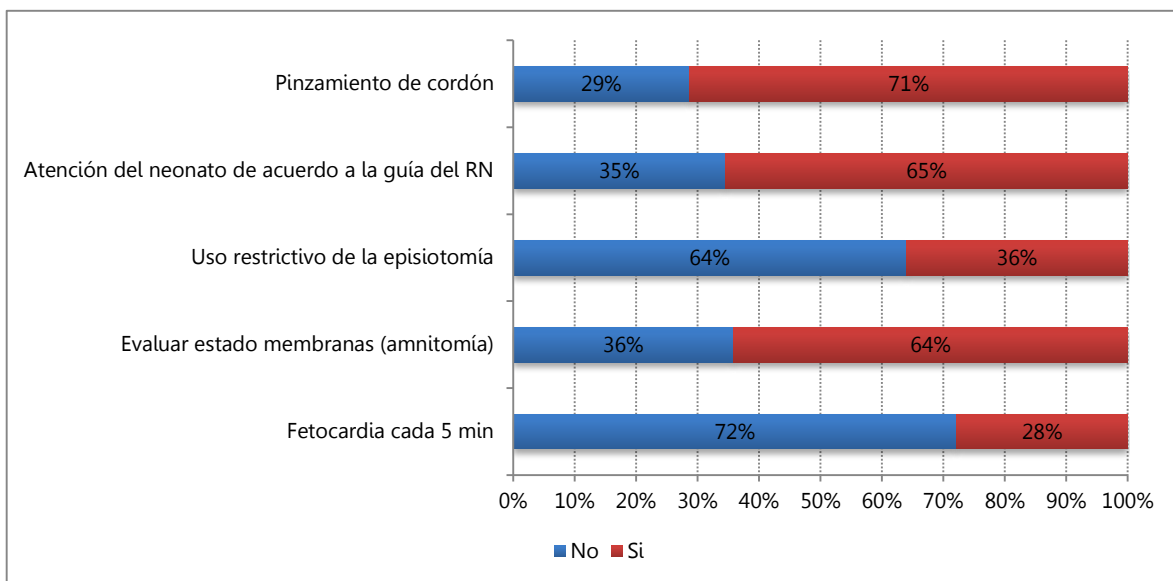
De los 14 elementos relacionados a la atención en el primer período del parto (dilatación y borramiento), tan solo el 8% es registrado en su totalidad, el porcentaje más alto de cumplimiento es del 18% que corresponde al diligenciamiento de 13 de los 14 elementos, porcentaje que se ve alterado por el bajo registro del apoyo físico y emocional que solo se reporta en el 13% de los casos.

Gráfica 62. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre la atención en el primer periodo del parto (dilatación y borramiento).



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

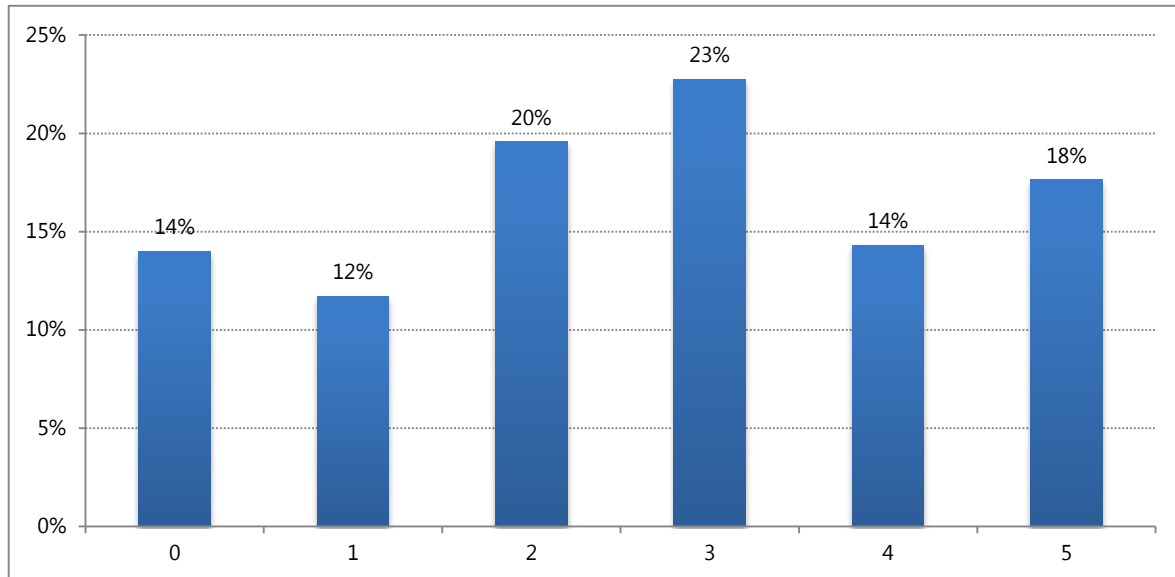
Gráfica 63. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención en segundo periodo del parto (expulsivo).



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

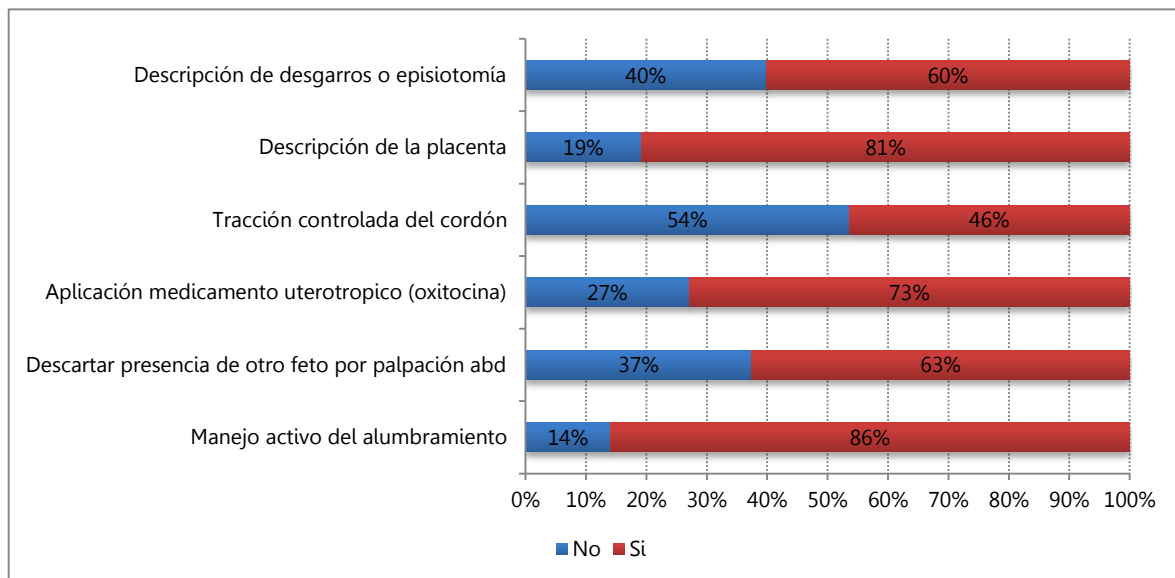
Respecto al segundo período del parto (expulsivo), el pinzamiento del cordón, la atención del neonato de acuerdo a la guía del RN y la evaluación del estado de membranas, son los registros que se cumplen en más del 60%, sin embargo sólo el 18% de las historias clínicas reporta la totalidad de los elementos que deberían reportarse.

Gráfica 64. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención en el segundo periodo del parto (expulsivo).



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Gráfica 65. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención del alumbramiento.

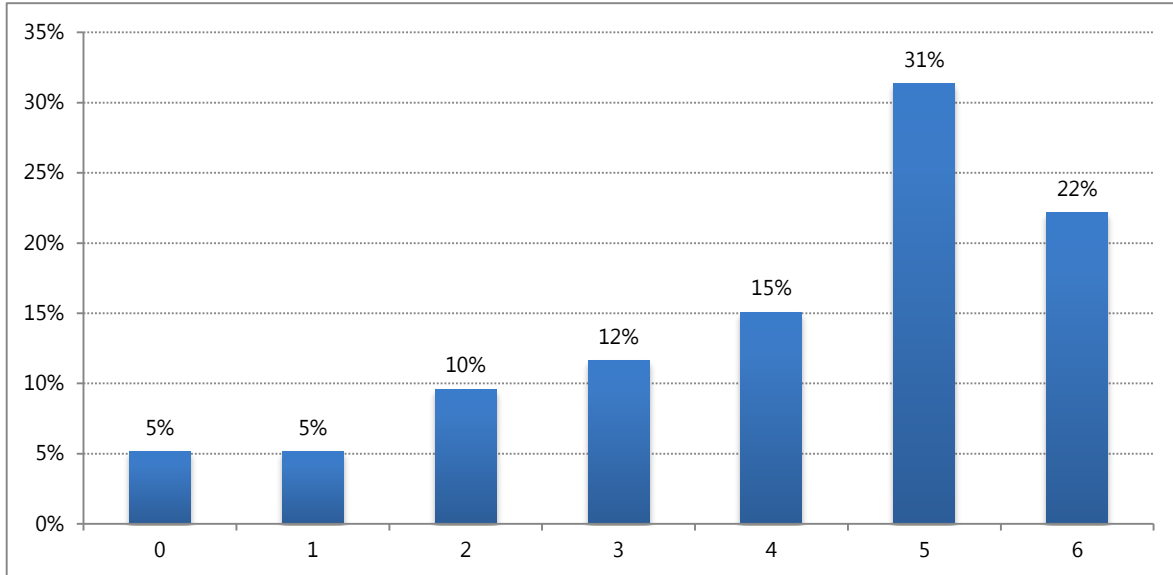


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En menos de la mitad de los reportes de la atención del alumbramiento se registra la tracción controlada del cordón, la descripción de la placenta y el manejo activo del

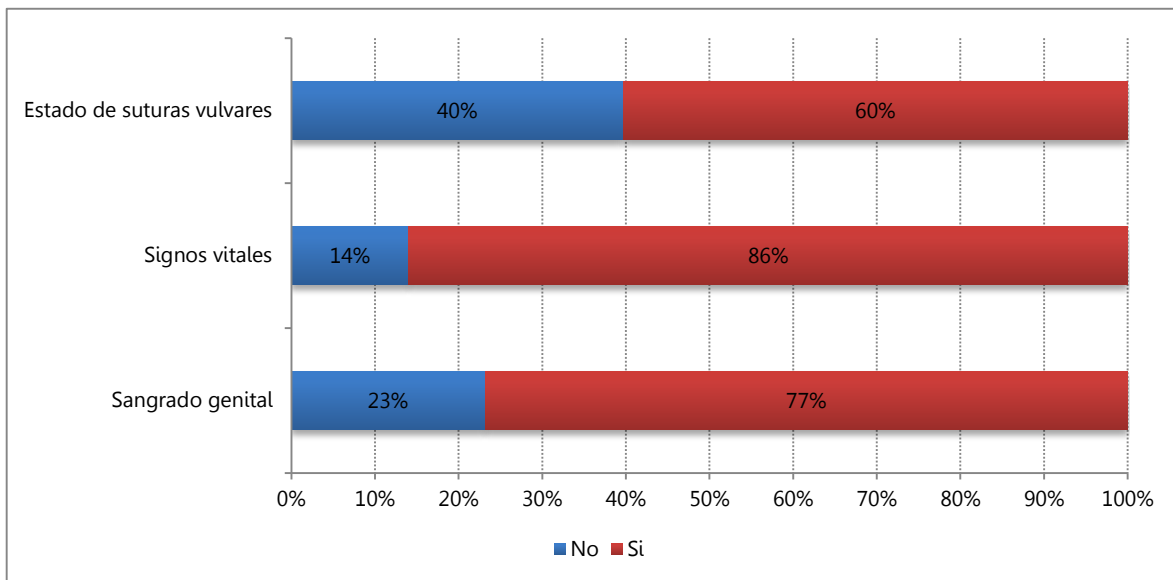
alumbramiento son los elementos de mayor reporte, con porcentajes superiores al 80%, sin embargo tan sólo el 22% de las historias clínicas registra la totalidad de los elementos a evaluar durante este periodo.

Gráfica 66. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención del alumbramiento.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

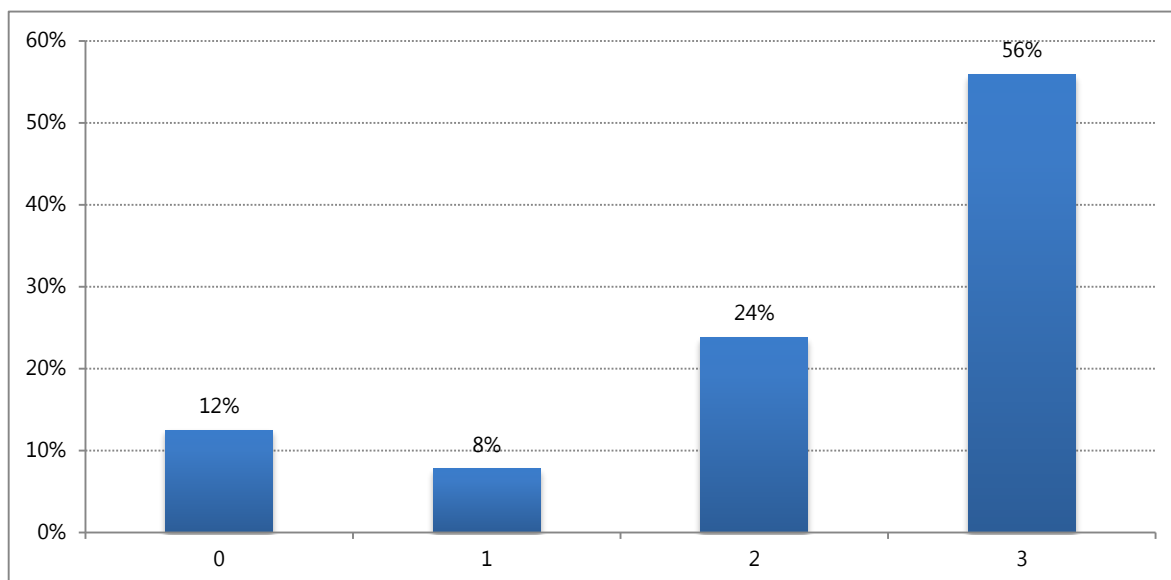
Gráfica 67. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención puerperio inmediato (2 horas posparto).



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

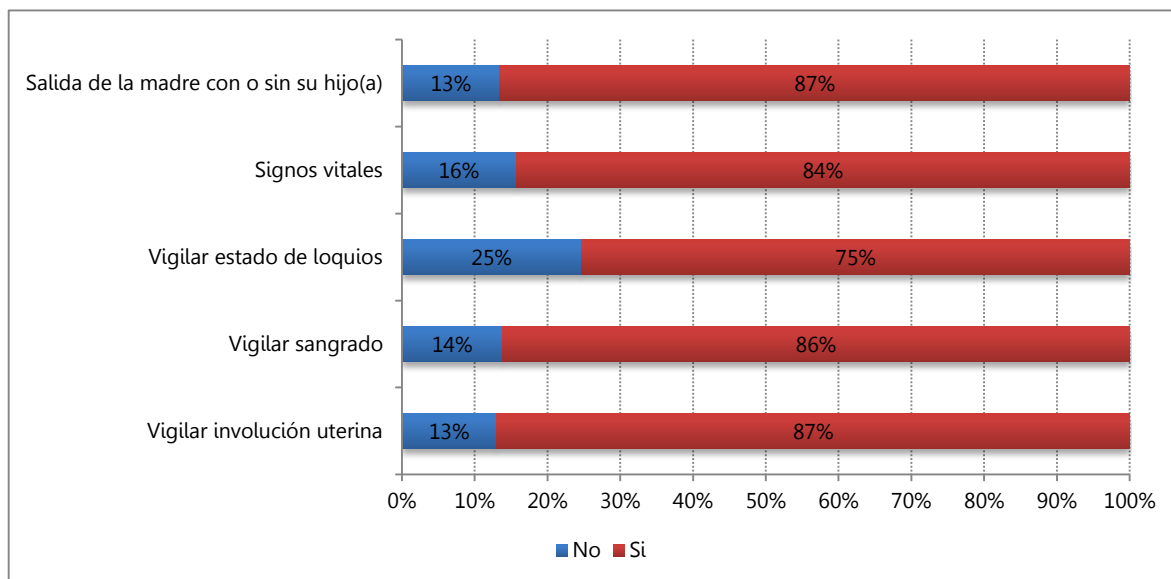
El 56% de las historias clínicas reporta cumplimiento en los registros de la atención en el puerperio inmediato, la valoración de signos vitales es registrada en un 86%, a diferencia de la valoración del estado de suturas vulvares que sólo se registra en 6 de cada 10 atenciones.

Gráfica 68. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención puerperio inmediato.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

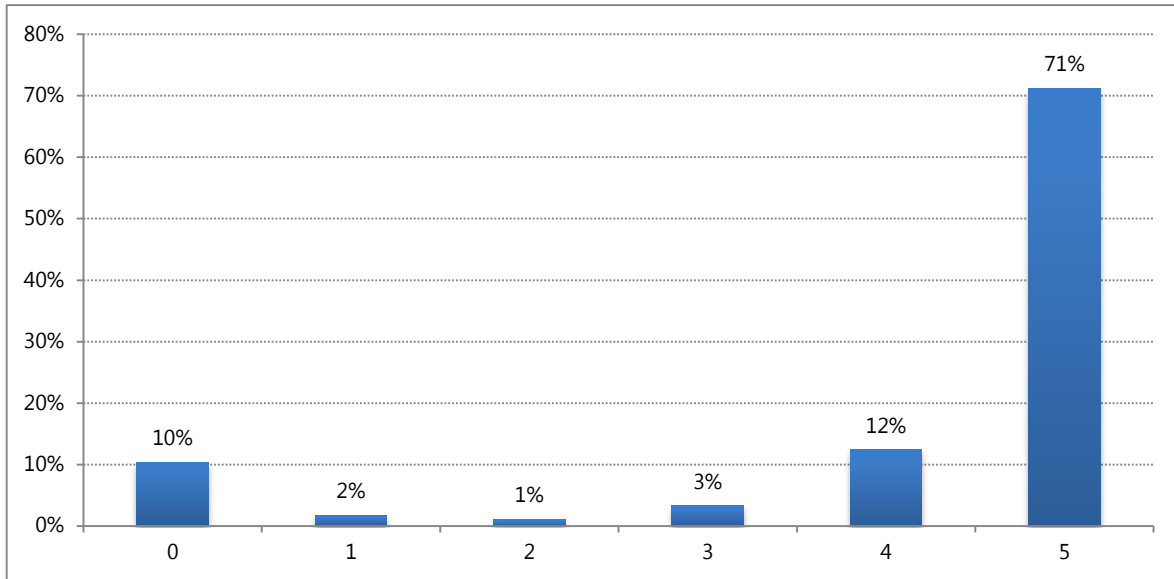
Gráfica 69. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención puerperio mediato (2 a 48 horas posparto)



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

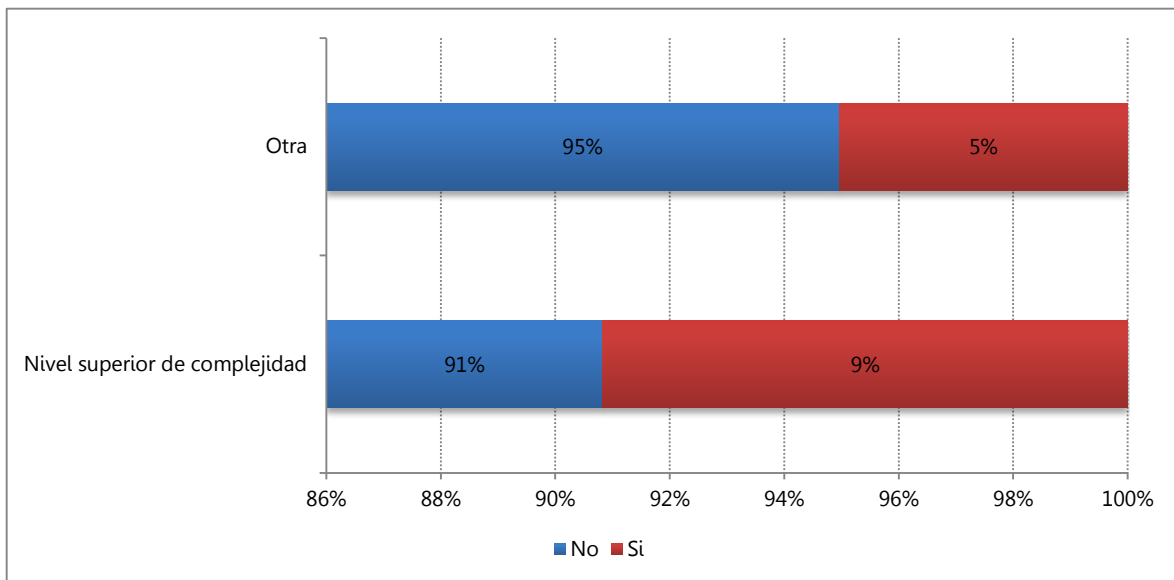
Durante el puerperio mediato los porcentajes de cumplimiento están por encima del 75%, para un porcentaje total de cumplimiento de reportes del 71%, lo que indica que 7 de cada 10 historias cumple con los requisitos establecidos por la norma, en relación a la atención del puerperio mediato.

Gráfica 70. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención puerperio mediato.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

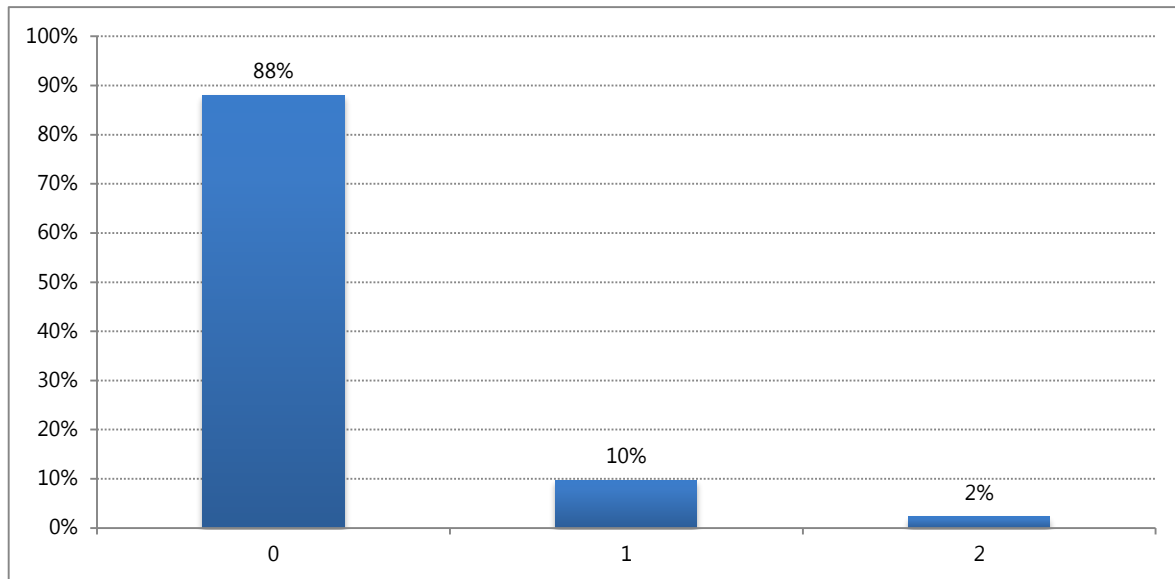
Gráfica 71. Porcentaje de historias clínicas que reportan remisiones a la madre.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 88% de las historias clínicas no reporta remisiones a la madre, del porcentaje restante, 9% se realizaron a niveles superiores de complejidad y 5% a otras.

Gráfica 72. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre las remisiones a la madre.



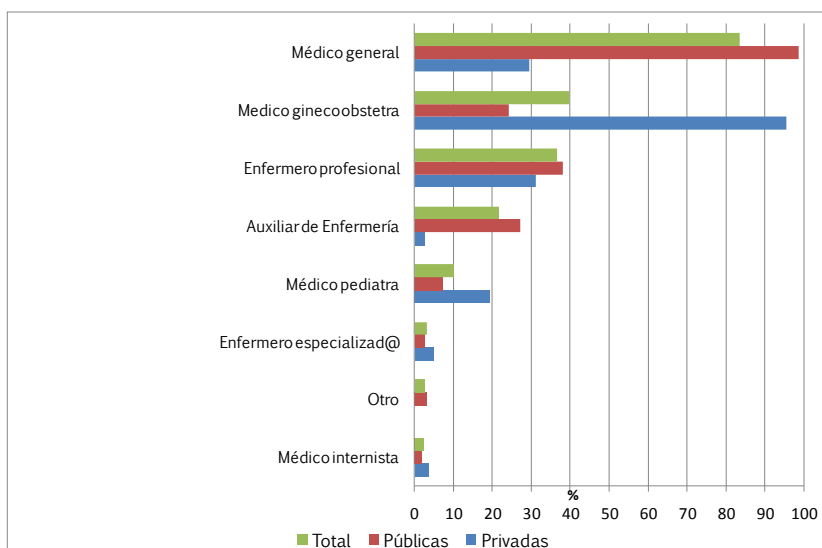
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

4.4.4. Recién nacido

GENERALIDADES

Del total de instituciones que atienden el parto y postparto el 86% dispone de Médico General para la atención posterior al recién nacido, en las IPS privadas este porcentaje es del 47,4%, porque el 90% de éstas IPS privadas, afirma disponer de médico pediatra para la atención al recién nacido, mientras que tan solo el 18,8% de las públicas dispone de este especialista. Así mismo es evidente la alta proporción de instituciones que disponen de Enfermero Profesional en el servicio de atención al recién nacido, siendo mas alto el porcentaje en las IPS públicas (62,3%) que en las privadas (34,2%).

Gráfica 73. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender los controles al Recién Nacido

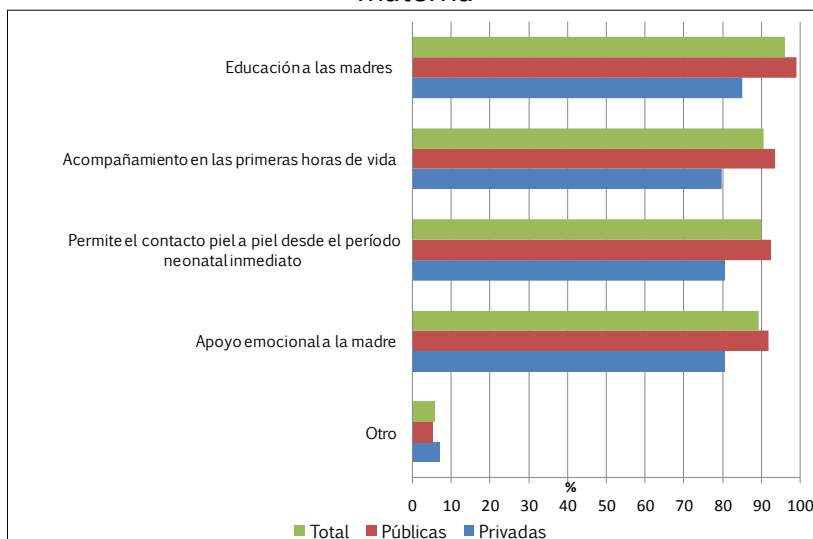


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Dentro de las actividades que ocurren durante los controles al recién nacido, se encuentran la información y orientación que le suministran a las madres, en el 98% de las IPS que atienden este servicio, le suministran a la madre información de la lactancia y puericultura, en el 96% de las IPS orientan a las madres sobre los signos de alarma por los cuales debe consultar a la IPS, en el 92% de las IPS orientan a la madre sobre los trámites para el registro de nacimiento y en el 86,7% de las IPS orientan a la madre para la inscripción del niño o niña al programa de crecimiento y desarrollo. En este punto es de suma importancia anotar que mientras en el 97,3% de las IPS públicas le suministran a la madre información sobre la inscripción CyD, solo en el 48,9% de las IPS privadas realizan algún tipo de orientación referente a la inscripción en el programa. En general, es clara la evidencia que las IPS públicas son mucho más activas en el tema de orientación y capacitación a la madre del recién nacido en todos los aspectos anteriormente descritos y en otros como la afiliación al SGSSS (83% vs, 60,9%), la planificación familiar después del parto (92,7% vs. 35%), entre otros.

El 87% de las IPS afirma realizar seguimiento a la práctica de lactancia materna a la media de nacimiento, el comportamiento es muy similar entre IPS públicas y privadas. Dentro de las acciones que reconocen las instituciones para promover la lactancia materna están la Educación a las madres (96%), el acompañamiento durante las primeras horas de vida del recién nacido (90,1%), el apoyo emocional a la madre y el contacto piel a piel (89%). En estos indicadores también es clara la evidencia que las instituciones públicas son mucho más activas que las privadas para adelantar acciones de promoción de la lactancia.

Gráfica 74. Proporción de IPS según las acciones realizadas para promover la lactancia materna



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto a la existencia de condiciones existentes para promover la lactancia materna, el 26,6 de las instituciones manifiesta disponer de un lactario que facilita la extracción y conservación de la leche materna durante la permanencia de la madre y el hijo en la institución, siendo considerablemente mayor la proporción de IPS privadas (75,8%) que las públicas (13,2%) que poseen de esta infraestructura; paralelamente, la quinta parte de las instituciones tienen el programa de Madre Canguro, proporción que es mayor en las entidades privadas (28,8%) que en las públicas (17,4%).

Tabla 25. Proporción de IPS según condiciones existentes para promover la lactancia materna

	Privada	Pública	Total
Proporción de IPS con lactario	75.8	13.2	26.8
Proporción de IPS con programa de Madre Canguro	28.8	17.4	19.9

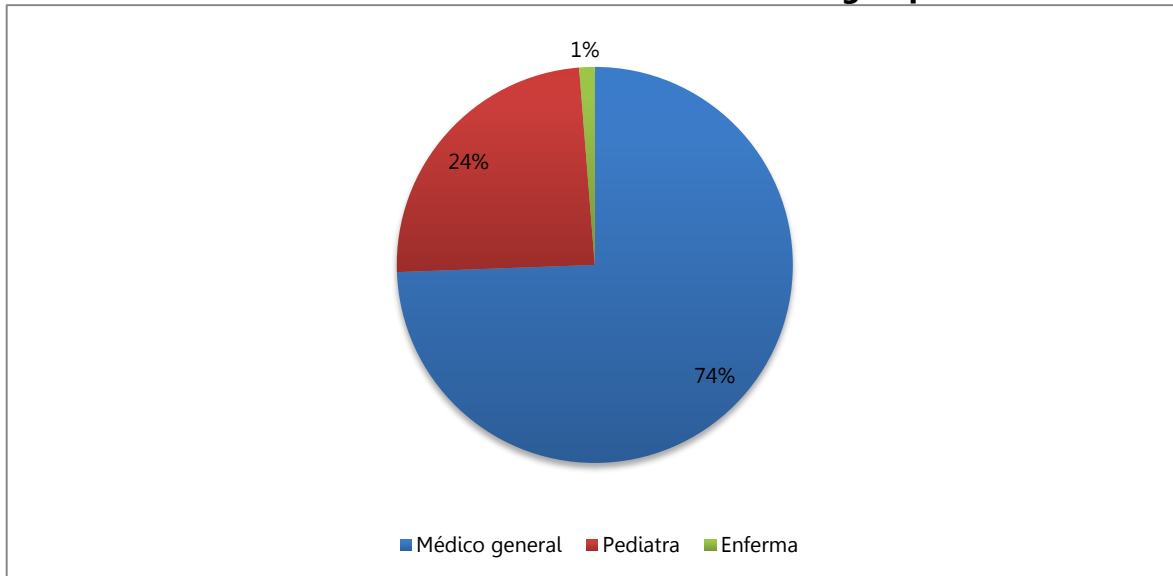
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto a los aspectos que las IPS que prestan el servicio de parto y control al recién nacido deben mejorar, nuevamente una proporción importante de IPS equivalente al 38% identifica el tema de identificación y seguimiento al recién nacido como un aspecto para mejorar; así mismo reconocen que deben mejorar para poderle dar una atención preferencial a los padres de los recién nacidos, evitándoles filas y trabas administrativas.

HISTORIAS CLÍNICAS

- **Actividades realizadas en la atención**

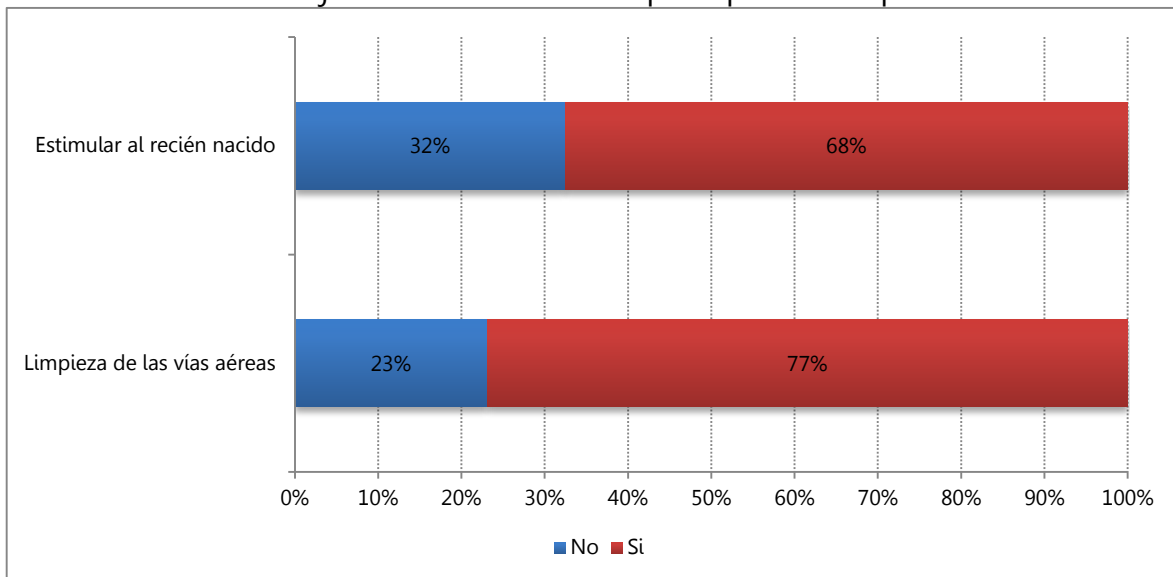
Gráfica 75. Atención al recién nacido según profesión



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El mayor número de atenciones al recién nacido (74%) es por parte de médico general, solo el 24% de las atenciones es por médico especialista y un 1% por enfermera, lo cual es acorde con el porcentaje de profesionales con que cuentan las IPS tanto públicas como privadas.

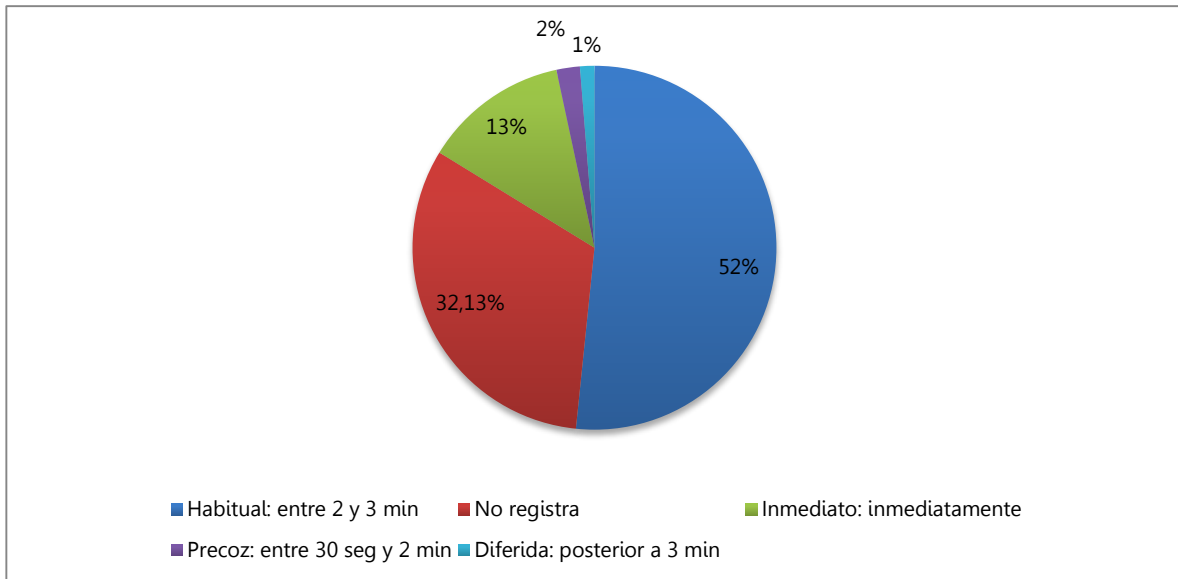
Gráfica 76. Porcentaje de historias clínicas que reportan adaptación neonatal inmediata.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En adaptación neonatal inmediata, el 32% de los recién nacidos no recibe estimulación y un 23% de las historias clínicas no reporta limpieza de vías aéreas.

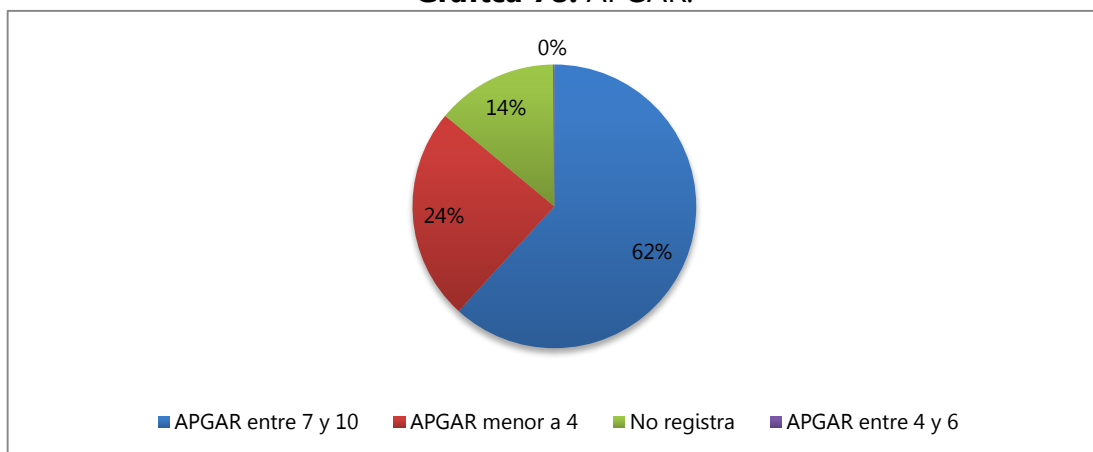
Gráfica 77. Pinzamiento de cordón.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 31,13% de los registros en las historias clínicas no registra el tiempo en el que se realiza el pinzamiento del cordón, el intervalo de tiempo en el que se realiza el mayor número de pinzamiento es de 2 a 3 minutos, representando que de cada dos pinzamiento, uno de ellos se realiza en el tiempo habitual.

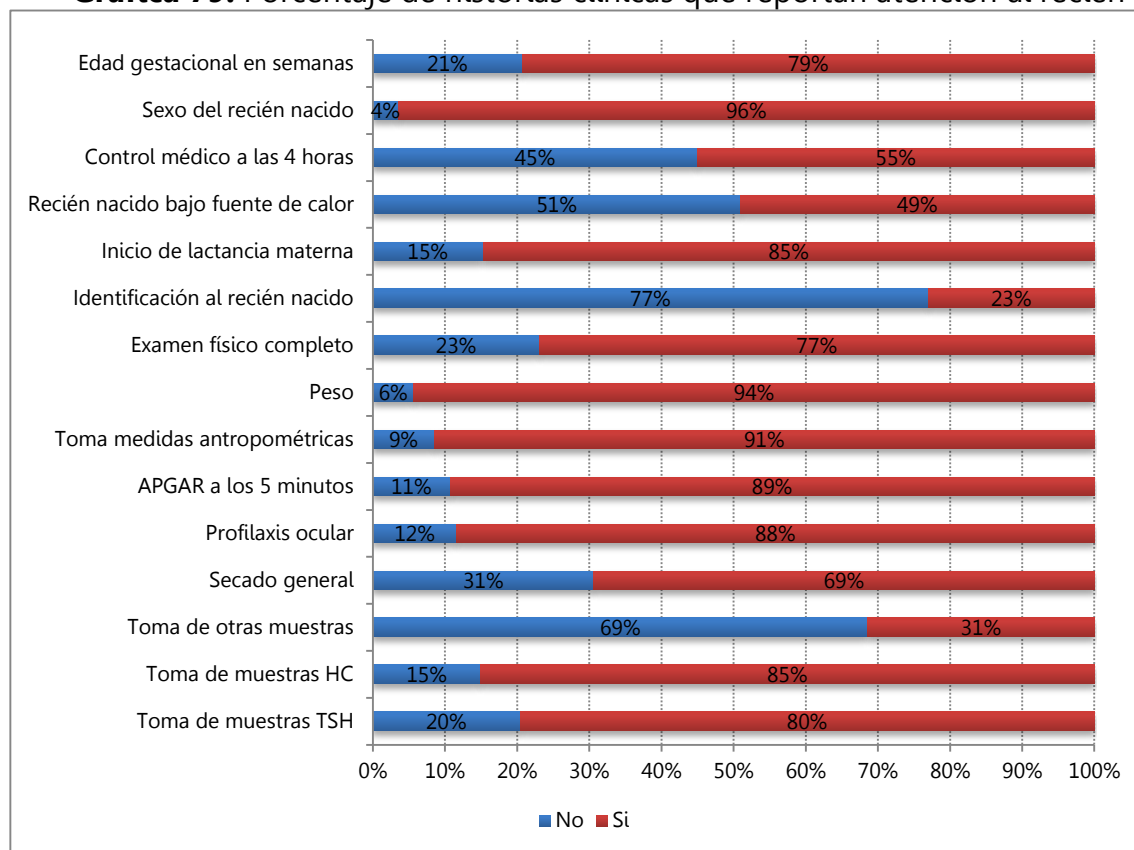
Gráfica 78. APGAR.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 14% de las historias clínicas no reporta la valoración APGAR al recién nacido, 62% lo reporta entre 7 y 10 y menos de la cuarta parte no registra el resultado.

Gráfica 79. Porcentaje de historias clínicas que reportan atención al recién nacido.

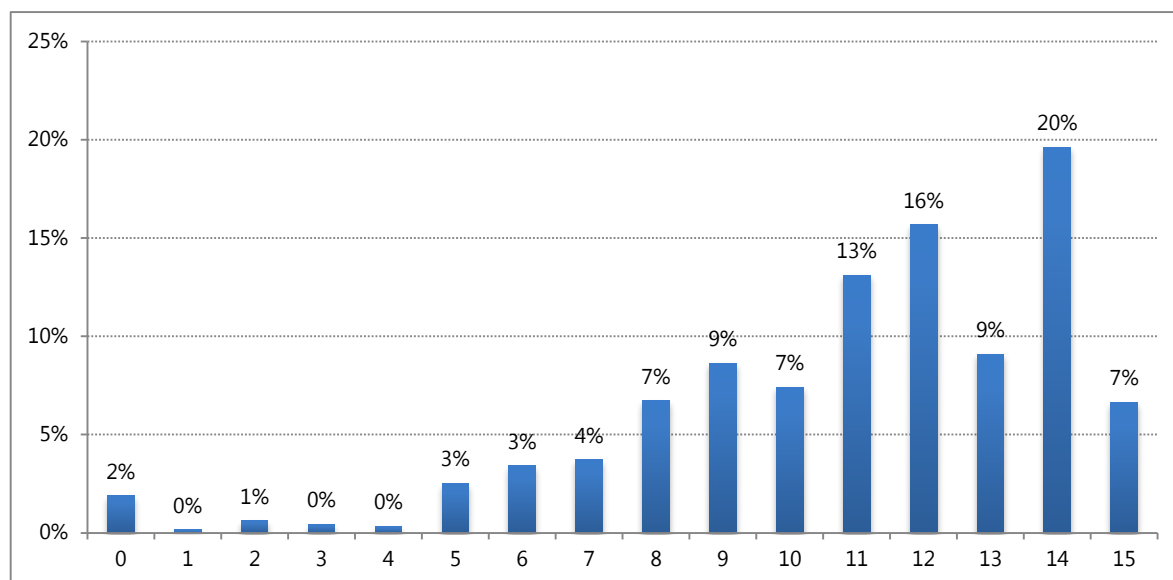


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto al porcentaje de historias clínicas que reportan atención al recién nacido, el promedio de cumplimiento es del 72,7% del total de ítems a evaluar, con un máximo cumplimiento de 94% que corresponde al sexo del recién nacido y un porcentaje mínimo de cumplimiento de 23% que corresponde a la identificación del recién nacido, este último denota la necesidad de aumentar este indicador, para facilitar de esta manera el seguimiento efectivo del recién nacido y remisión oportuna al programa de crecimiento y desarrollo, reflejando este dato que menos de la cuarta parte de los recién nacidos están siendo identificados efectivamente.

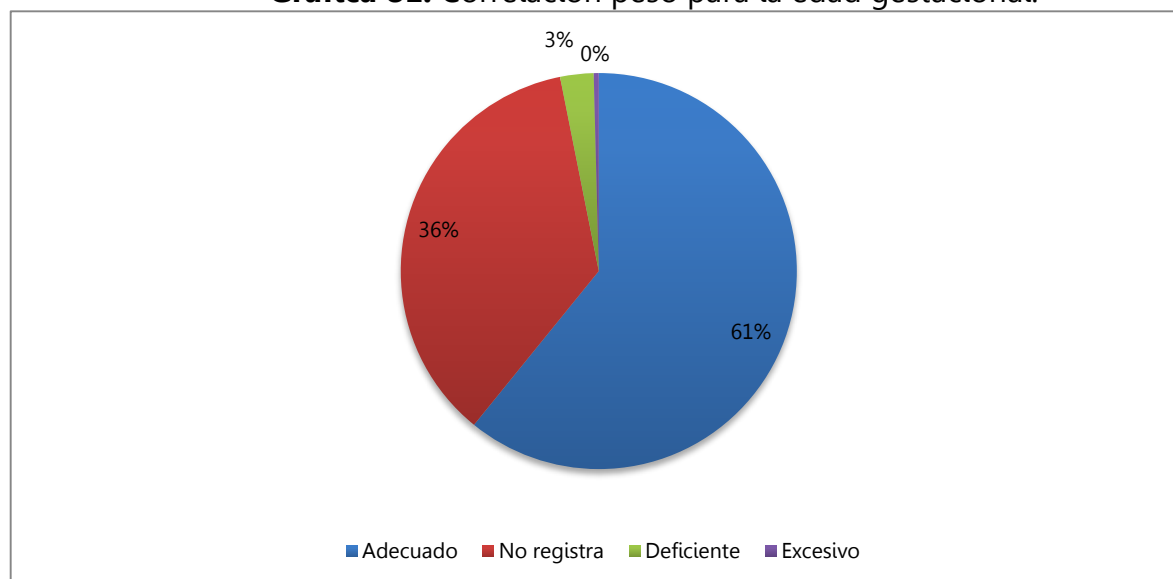
De igual manera frente al cumplimiento de estos reportes solo en el 50% de las historias clínicas se registra 12 o más de los 15 ítems que deberían ser evaluados.

Gráfica 80. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre la atención al recién nacido.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

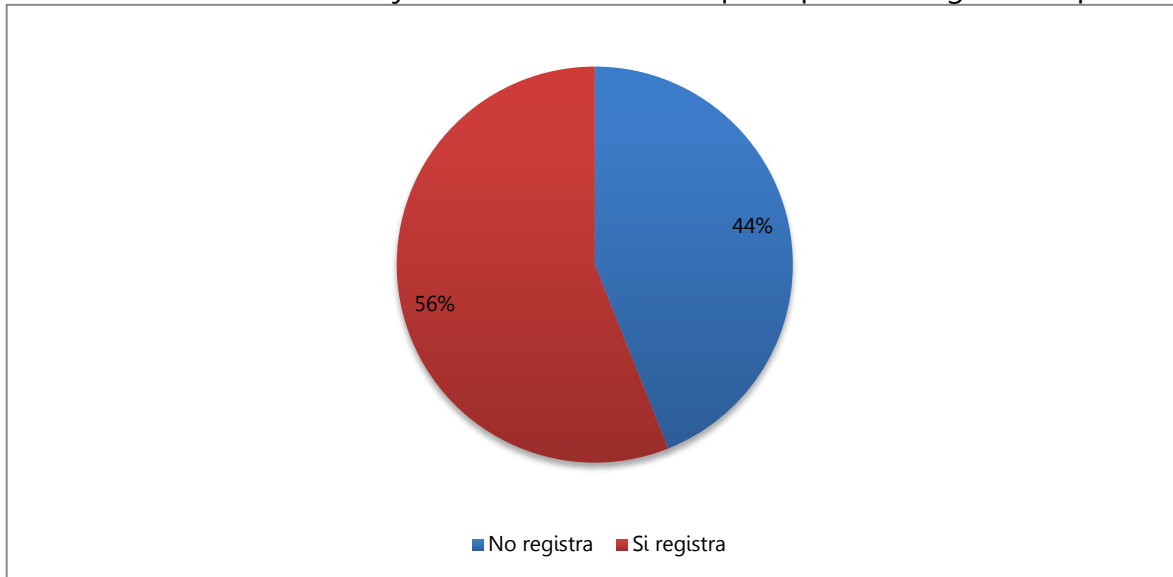
Gráfica 81. Correlación peso para la edad gestacional.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 3% de la correlación peso para la edad gestacional no es deficiente y en el 61% de los casos es adecuado, sin embargo es importante mencionar que en el 36% de las historias clínicas no se realiza o no se registra la valoración del estado nutricional, desconociendo el diagnóstico verdadero de estos casos.

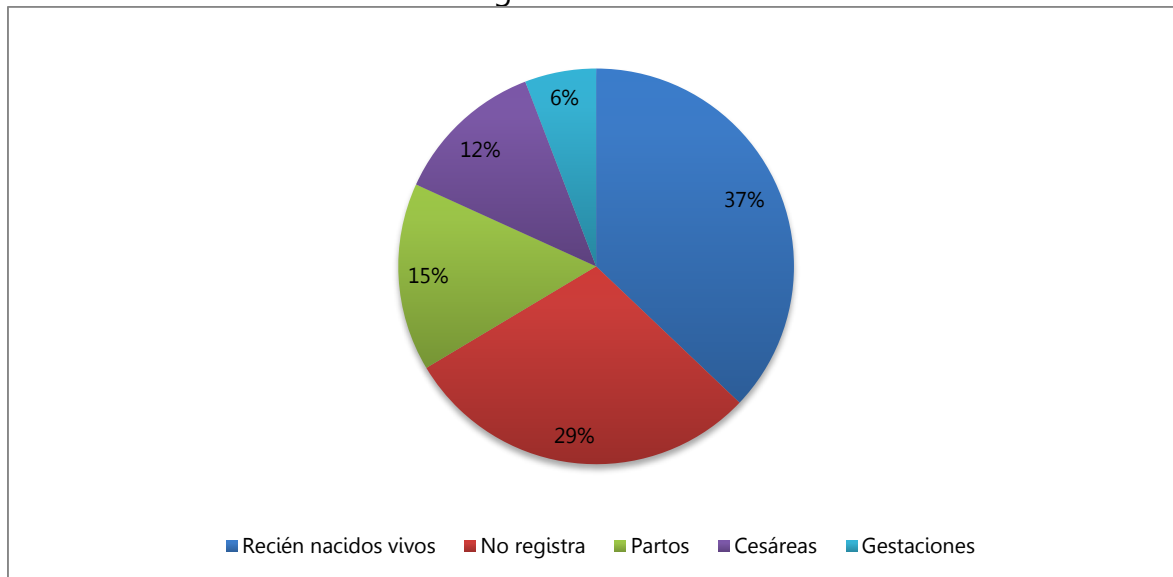
Gráfica 82. Porcentaje de historias clínicas que reportan diagnóstico prenatal.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Teniendo en cuenta la importancia de conocer el diagnóstico prenatal como guía para orientar las acciones de atención del recién nacido, sin embargo se desconoce el 44% de estos diagnósticos.

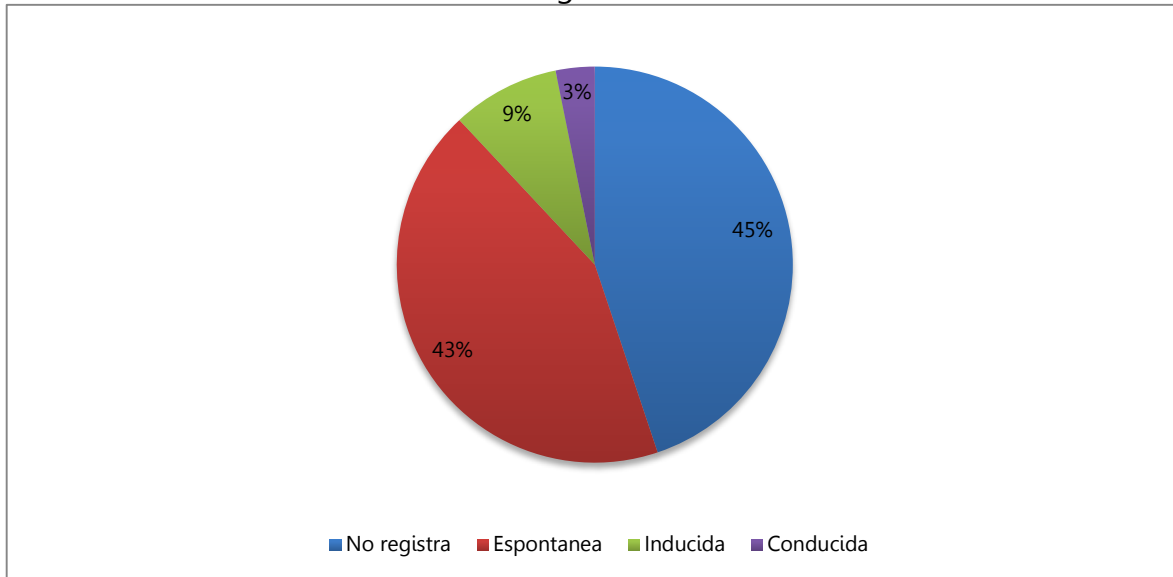
Gráfica 83. Diagnóstico obstétrico del recién nacido.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En relación a la gráfica anterior, se sigue manteniendo el alto porcentaje de no registro, en este caso se desconoce el diagnóstico obstétrico del 29% de casos, de los que si se registra el 37% son recién nacidos vivos, que en su mayoría son partos naturales (15%), seguido de un 12% por vía cesárea.

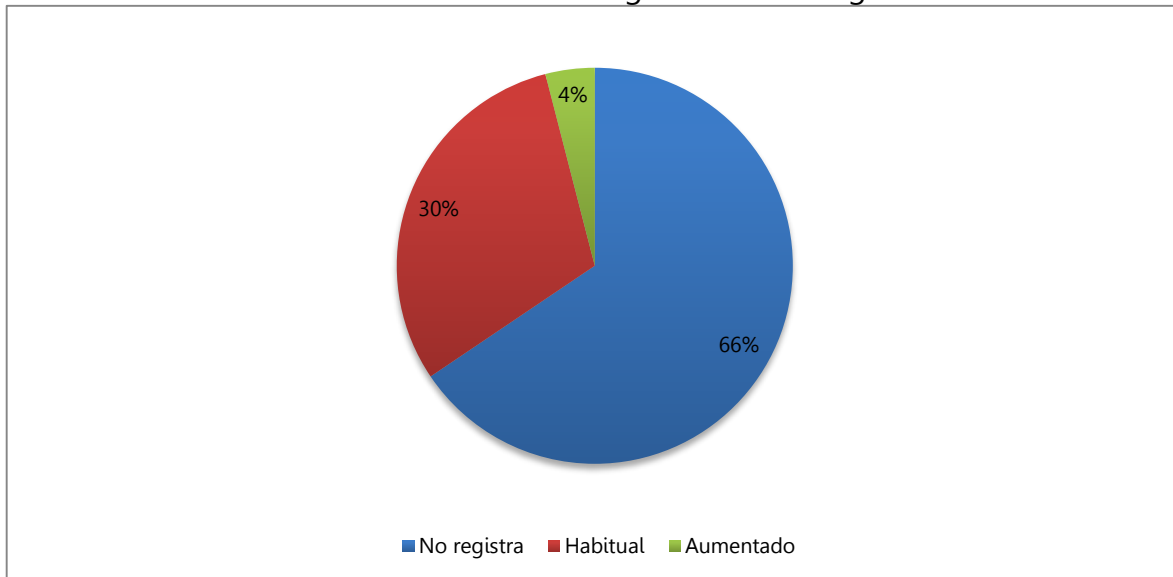
Gráfica 84. Diagnóstico neonatal inmediato



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Se mantiene el alto porcentaje de no registro de diagnósticos, en este caso neonatal inmediato con un 43% de desconocimiento, seguido de un 43% de diagnóstico espontáneo.

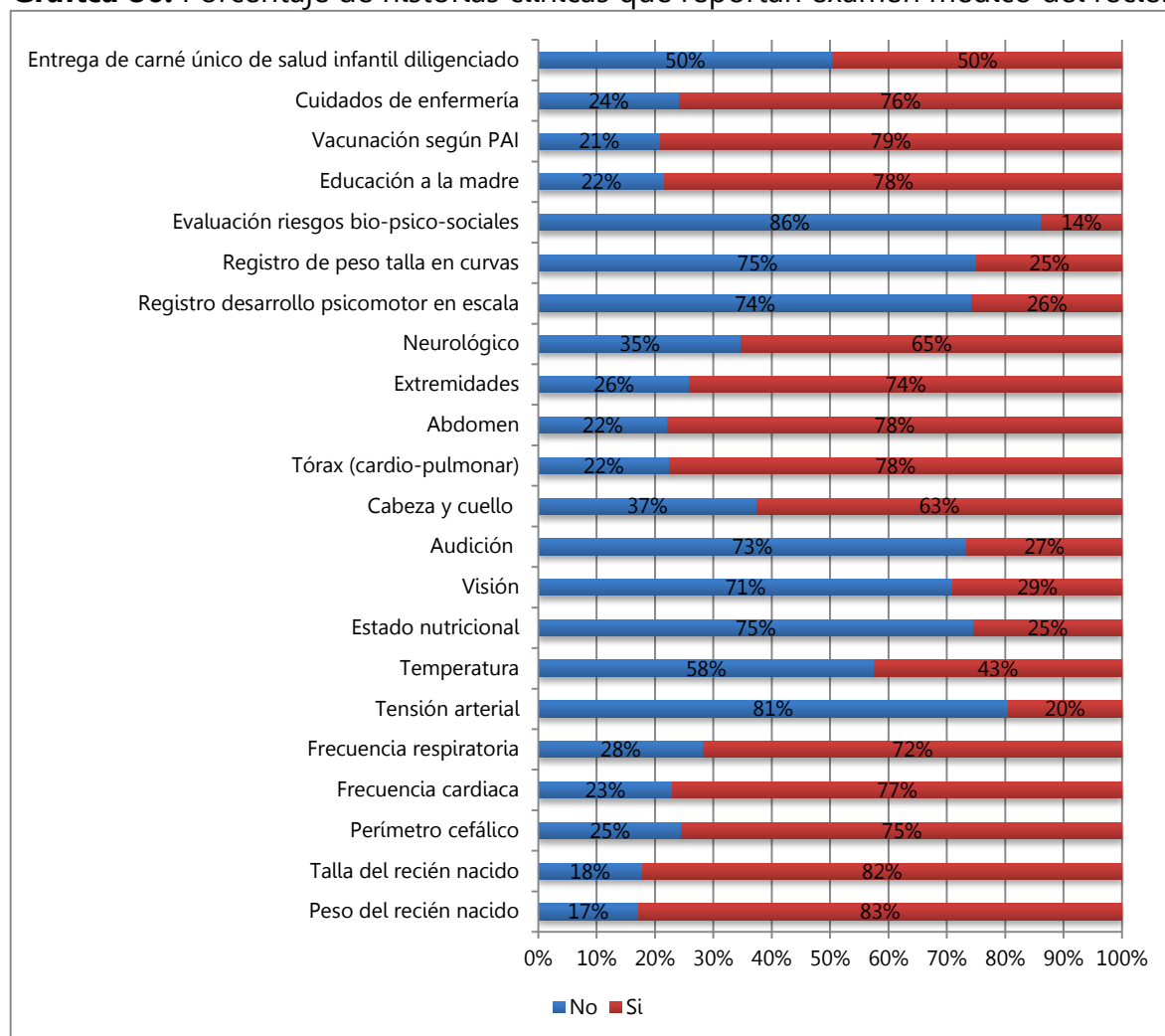
Gráfica 85. Diagnóstico de riesgo.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 66% de las historias clínicas no reporta el diagnóstico de riesgo, siendo el diagnóstico de riesgo mayor reconocido el habitual con un 33%, lo cual demuestra serias falencias en la calidad de la atención recibida al recién nacido e imposibilita un tratamiento y seguimiento adecuado y oportuno.

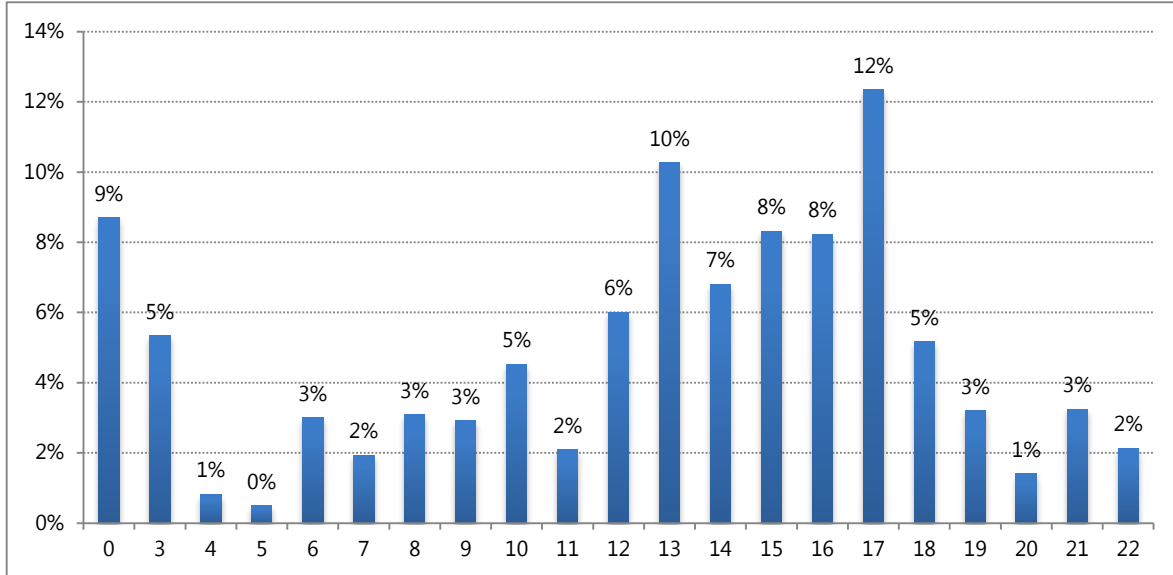
Gráfica 86. Porcentaje de historias clínicas que reportan examen médico del recién nacido.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

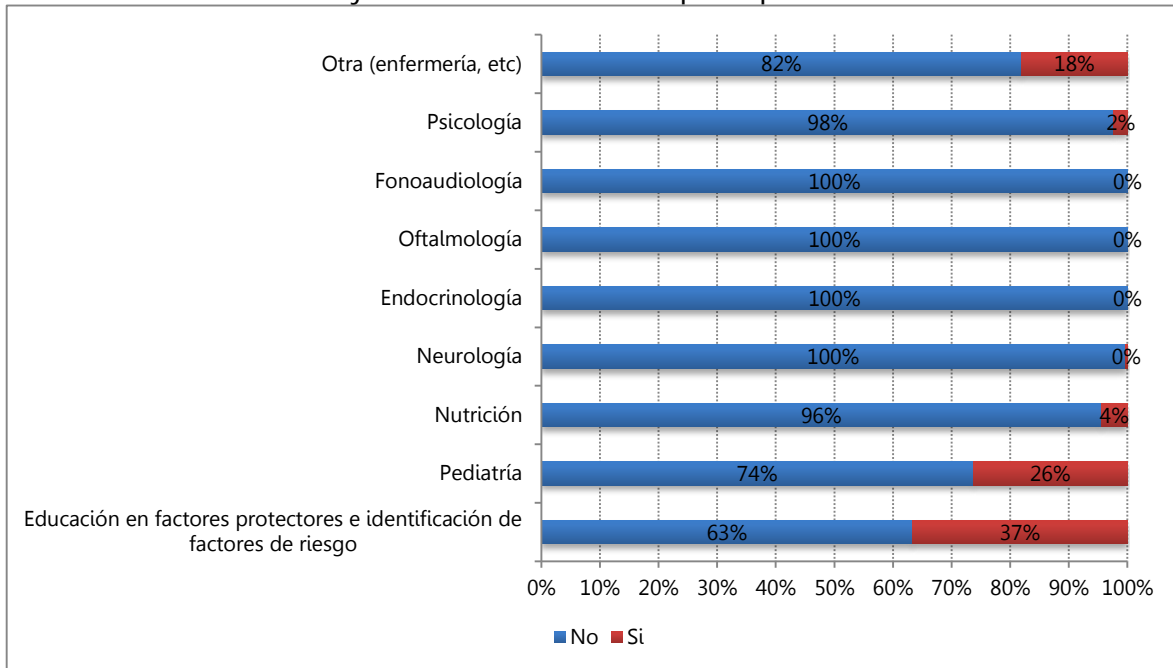
Solo el 2% de las historias clínicas reportan la totalidad del cumplimiento de los ítems que deberían ser evaluados en el examen médico del recién nacido, evidenciando serias fallas en la evaluación del riesgo bio-psico-social, registro peso talla en curvas, registro desarrollo psicomotor en escala, audición, visión, estado nutricional y tensión arterial, en los cuales el porcentaje de cumplimiento es inferior al 30%. Ninguno de los elementos evaluados alcanza un cumplimiento del 90%. De igual manera un 9% de las historias clínicas no reporta examen médico al recién nacido.

Gráfica 87. Número de elementos reportado en la historia clínica sobre el examen del recién nacido.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

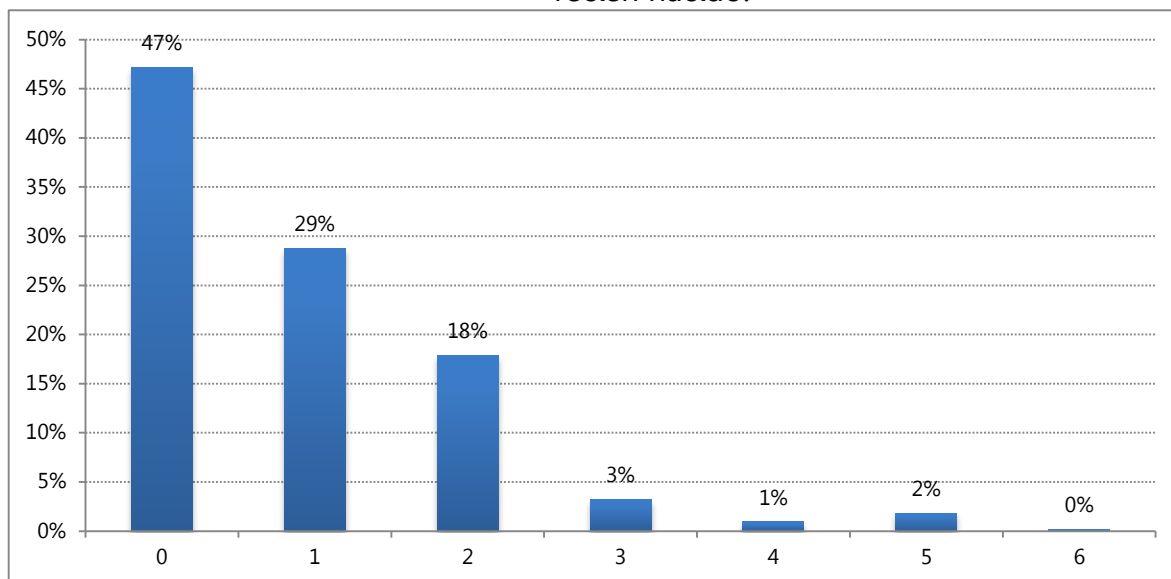
Gráfica 88. Porcentaje de historias clínicas que reportan remisión del recién nacido.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

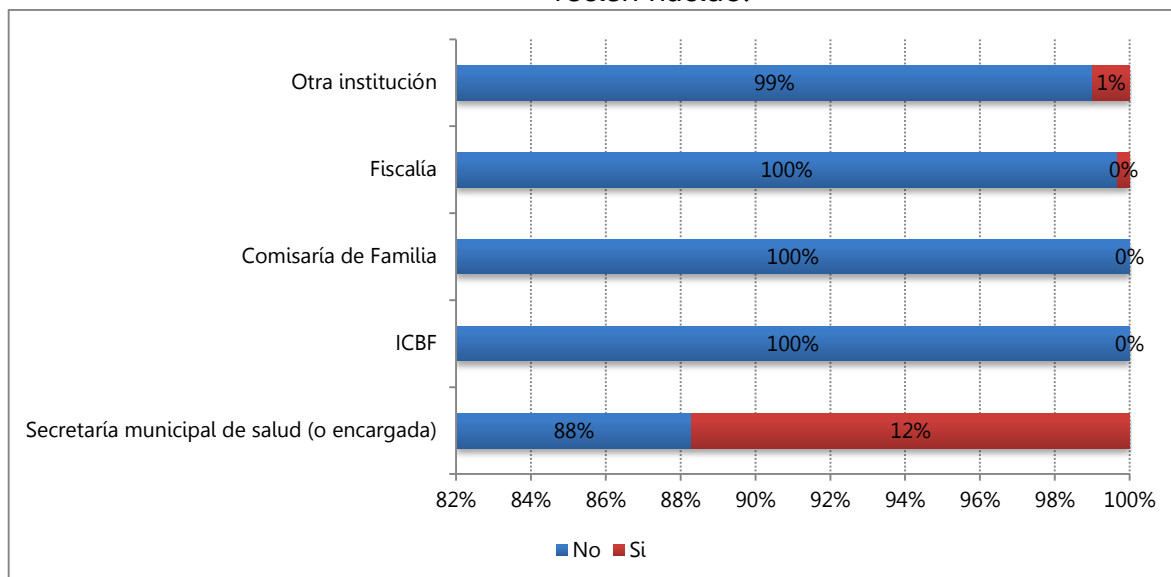
En la parte de remisiones del recién nacido, en el 47% de los casos no se realiza ningún tipo de remisión, del porcentaje restante las remisiones más frecuentes son a educación en factores protectores e identificación y factores de riesgo (37%) y pediatría (26%).

Gráfica 89. Número de elementos reportados en la historia clínica sobre la remisión del recién nacido.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Gráfica 90. Porcentaje de historias clínicas que reportan notificación de problemas del recién nacido.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

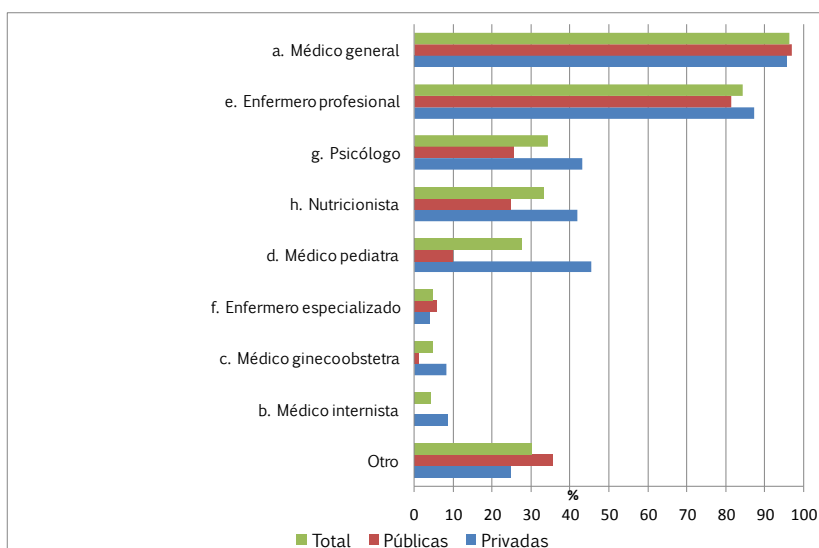
Respecto a las notificaciones del recién nacido no se evidenciaron reportes a instituciones como Fiscalía, Comisaría de familia e ICBF, ya sea por la no necesidad de remitir o por la falta de articulación y trabajo inter-sectorial, se reporto únicamente un 12% de notificaciones a la secretaria municipal de salud.

4.4.5. Crecimiento y desarrollo

GENERALIDADES

El 92,5% de las IPS objeto de estudio manifiestan ofrecer los servicios de Crecimiento y Desarrollo, registrándose una proporción mayor en las IPS públicas (97,8%) que en las Privadas (87,7%).

Gráfica 91. Proporción de IPS según el personal que dispone para atender los controles de Crecimiento y Desarrollo



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto al personal disponible en las instituciones para atender los servicios de crecimiento y Desarrollo, el 96% de las instituciones dispone de Médico General, siendo ligeramente más alta esta disponibilidad en las IPS públicas, comportamiento que contrasta por la alta proporción de privadas que manifiestan disponer de un pediatra (45,4%), en contraste con las IPS públicas cuyo porcentaje es de 9,8%.

El enfermero es el profesional, que después del médico general, es del que más disponen las IPS (84%) para la atención del servicio.

Para las IPS que reportaron disponer de cada tipo de profesional, se indagó número promedio de profesionales que atienden el servicio. Se observa que en promedio, las IPS disponen de 3 médicos generales, 1 médico internista, 1 ginecoobstetras, 1 pediatra, 1 enfermero profesional y 1 Nutricionista, este último indispensable para las labores de seguimiento nutricional.

Tabla 26. Número promedio de profesionales por IPS disponible para atender el servicio de Crecimiento y Desarrollo

	Número promedio de profesionales que atiende el servicio			Número promedio de profesionales que atiende el servicio capacitados IAMI/AIEPI		
	Privada	Pública	Total	Privada	Pública	Total
a. Médico general	3.4	3.2	3.3	2.4	2.0	2.2
b. Médico internista	1.2		1.2	0.4		0.4
c. Médico ginecoobstetra	1.3	1.0	1.3	0.9	1.0	0.9
d. Médico pediatra	1.4	1.5	1.5	1.0	1.2	1.1
e. Enfermero profesional	1.2	1.8	1.5	1.0	1.3	1.1
f. Enfermero especializado	1.0	1.3	1.2	0.8	1.1	1.0
g. Psicólogo	1.1	1.2	1.1	0.4	0.5	0.5
h. Nutricionista	1.0	1.8	1.3	0.5	0.7	0.6
Otro	2.1	1.9	2.0	1.0	1.4	1.2

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Adicionalmente es importante anotar de los profesionales del que disponen las IPS para atender crecimiento y desarrollo, la incidencia promedio por IPS de los que están capacitados en IAMI y AIEPI, son dos médicos generales, 1 ginecoobstetra, 1 enfermero y 1 pediatra, han recibido este tipo de orientación y capacitación. Es importante anotar que el Nutricionista, cuya labor es de suma importancia para la atención de este servicio, en promedio no está capacitado en los programas IAMI y AIEPI.

En cuanto a las estrategias utilizadas por las IPS para promocionar los controles de crecimiento y desarrollo el 87,7% de las IPS manifiestan utilizar materiales de divulgación, siendo mayor la proporción de IPS privadas (92,6%) que las públicas (82,8%). En cuanto al procedimiento para solicitar la consulta de crecimiento y desarrollo los mecanismos son múltiples, el 80% de las IPS manejan el procedimiento de manera telefónica, el 11,4% por la página Web de la institución, siendo más alta la incidencia de este medio entre las IPS privadas (18,2%) que en las públicas (4,6%). Es importante anotar que los mecanismos de consecución de citas no son excluyentes, la mayoría de las instituciones tienen diversos mecanismos.

En cuanto a los tiempos promedio para la asignación de citas en las IPS que atienden el servicio de crecimiento y desarrollo se evidencia que en promedio una asignación de una cita que es primera vez es de 2,7 días mientras que si es control, el tiempo promedio que toma la asignación de la cita es de 6,7 días. En las instituciones públicas la asignación de citas tanto si es primera vez como control toma menor tiempo. Mientras que en las IPS privadas la asignación de una cita de primera vez toma 3,4 días en una IPS pública toma 2 días. Así mismo la cita de control en una IPS privada en promedio está para 8,4 días mientras que en las públicas toma 4,7 días. . Cuando el niño o niña no cumple la cita de crecimiento y desarrollo el 68% de las IPS manifiestan que la contactan telefónicamente

para reprogramar dicha cita, el 13,1% manifiesta que esperan a que el cuidador solicite otra y el 5,4% manifiesta no realizar ninguna acción al respecto.

Tabla 27. Número promedio de días para asignación de cita en el servicio de Crecimiento y Desarrollo

	Privada	Pública	Total
Primera Vez	3.4	2.0	2.7
Control	8.4	4.7	6.7

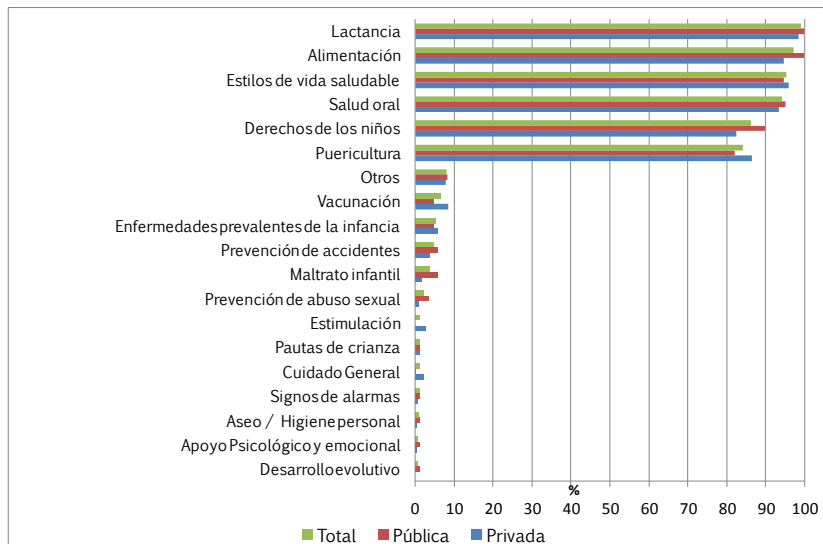
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El 78,3% de las IPS que atienden controles de crecimiento y desarrollo manifiestan que utilizan algún medio para recordarle a la familia de niño la cita. Esta proporción es significativamente inferior en las IPS públicas 71,1% que en las privadas 85,6%. El principal medio utilizado para este fin es el teléfono (81,1%) y en las IPS privadas hay una mayor incidencia del correo electrónico (7,5%) y de los mensajes de texto (15,5%), que en las públicas, 1,29% y 6,3% respectivamente. Así mismo es importante anotar que en las IPS públicas, la visita domiciliaria es utilizada en una proporción considerable, 44,2%, para recordar la cita, en contraste con las IPS privadas que sólo el 7,5% de éstas manifiesta utilizar este medio.

El 86,5% de las IPS que realizan controles de crecimiento y desarrollo manifiestan utilizar materiales de divulgación para promocionar los servicios de vacunación a los niños y niñas menores de 6 años, siendo la incidencia de esta acción mayor en las IPS públicas (93%) que en las privadas (80%). Así mismo como parte del programa de crecimiento y desarrollo el 95,6% de las IPS afirma realizar actividades de educación sobre el cuidado, desarrollo y protección de los niños menores de 6 años.

Según los datos, son múltiples los beneficiarios de estas capacitaciones y orientaciones, aunque principalmente son los padres de los niños los receptores de esta información 80,2%, sin evidenciar diferencias significativas en el comportamiento de la variable entre IPS públicas y privadas.

Gráfica 92. Proporción de IPS según actividades de Educación y Orientación que imparten a familias vinculadas al programa de Crecimiento y Desarrollo



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Los temas más recurrentes en los que las IPS capacitan a la familias de los niños y niñas vinculados a los controles de crecimiento y desarrollo son Lactancia (99%), Alimentación (97,2%), Estilos de vida saludable (95%), Salud Oral (94,2%), derechos de los niños y niñas (86,2%) y puericultura (84%). Existen otros temas de capacitación menos frecuentes como son vacunación (6,6%) que incluso en el marco de los controles de crecimiento y desarrollo deberían tener más figuración, así mismo temas como prevención de accidentes (4,8%), estimulación (1,3%), entre otros. No existen patrones de comportamiento diferentes, en estas variables entre entidades públicas y privadas. La frecuencia con que las IPS adelantan estas capacitaciones y orientaciones en el 58% de las IPS es más de una vez al mes, el 39,1% manifiesta que las realiza justamente una vez al mes y el 12,9% restante manifiesta que son eventos ocasionales.

El 50% de las IPS manifiesta que no comunica el manual de detección de señales de amenaza y vulneración de derechos dirigido a las familias, incluso durante el trabajo de campo se evidenció que prácticamente el personal de la IPS desconoce totalmente el tema, incluso de la mitad restante que manifestó realizar el ejercicio de divulgación, en el 50% de casos no tenían a la mano dicho manual.

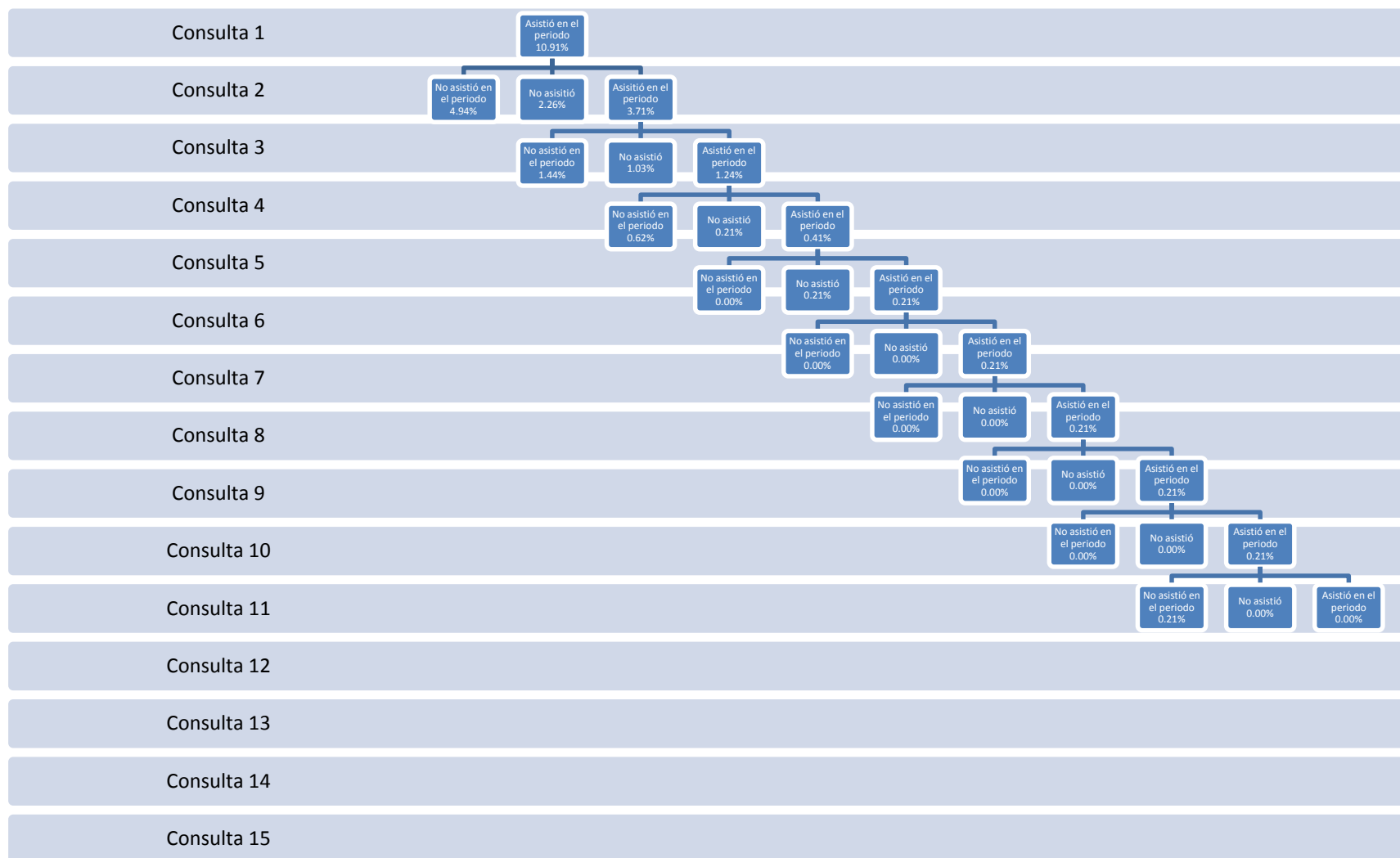
En cuanto a los aspectos que las IPS que prestan el servicio de crecimiento y desarrollo deben mejorar, nuevamente una proporción importante de IPS equivalente al 43,6% identifica el tema de identificación y seguimiento a los niños inscritos en el programa como un aspecto para mejorar, siendo más sensible el tema en las IPS públicas (51%) que en las privadas (36,1%); así mismo el 31,2% de IPS reconocen que deben mejorar para poder concentrar en un mismo lugar los servicios de controles de crecimiento y desarrollo, vacunación, trámites administrativos, valoraciones médicas, entre otros. El 30,8% de las IPS públicas reconocen que deben realizar un esfuerzo por reducir las trabas administrativas,

en contraste con el 21,5 de IPS privadas que manifiestan que deben mejorar en este aspecto.

HISTORIAS CLINICAS

- **Cumplimiento del esquema de consultas**

Figura 4. Cumplimiento del esquema de consultas de Control de Crecimiento y Desarrollo. Según calendario.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Figura 5. Cumplimiento del esquema de consultas de Control de Crecimiento y Desarrollo.

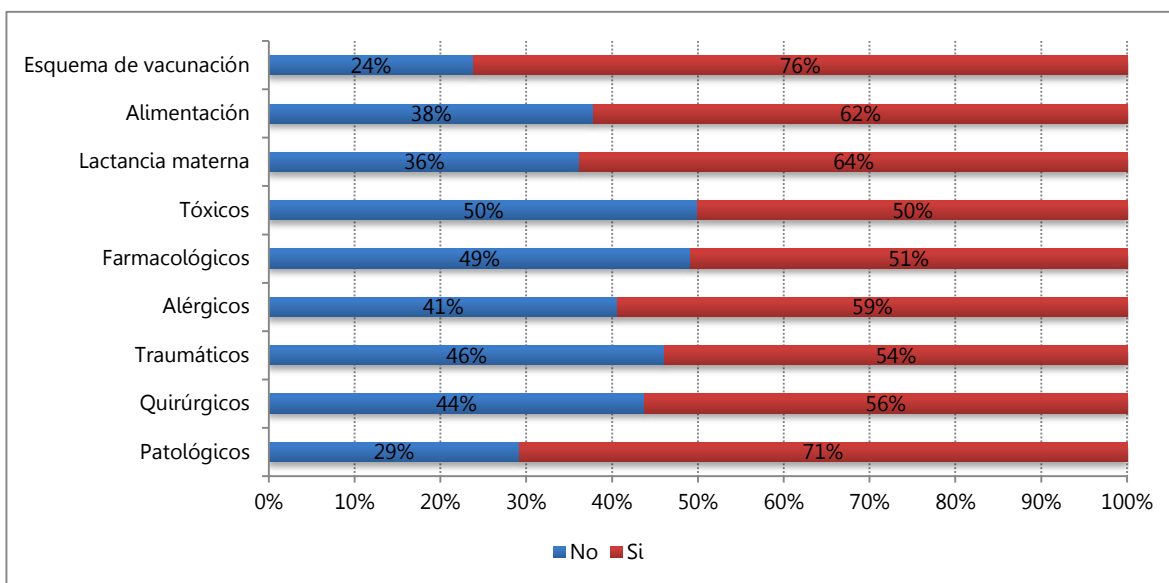


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a la oportunidad en el esquema de consultas de control de crecimiento y desarrollo, no se evidencia oportunidad en el momento de asistir, dado que de las quince consultas establecidas ninguna tiene un porcentaje superior al 25% de asistencia durante el periodo indicado, la primer y décima consulta representan los porcentajes más altos con un 12% y 15% respectivamente, para las consultas trece en adelante se observa total inasistencia. Con un promedio de inasistencia para las quince consultas de 86%.

- **Actividades realizadas en las consultas**

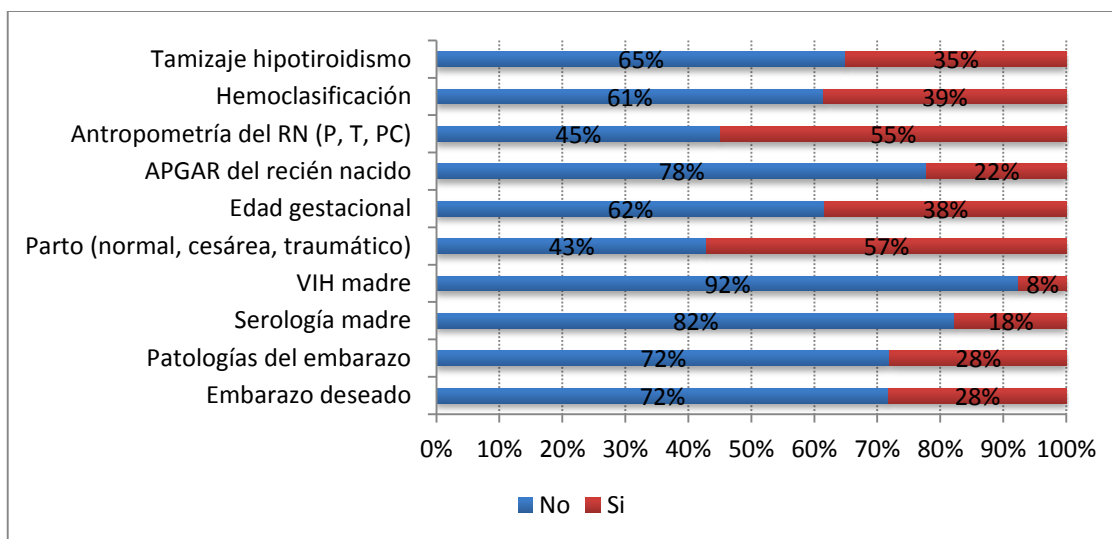
Gráfica 93. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes personales.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a la consulta de antecedentes personales durante los controles de crecimiento y desarrollo no se observan grandes variaciones porcentuales, sin embargo vale la pena mencionar que ninguno de estos antecedentes tiene un porcentaje de cumplimiento superior al 80%, siendo el más alto con un 76% el esquema de vacunación, seguido de antecedentes patológicos con un 71%, en contraste a los antecedentes tóxicos que solo es preguntado a uno de cada dos menores.

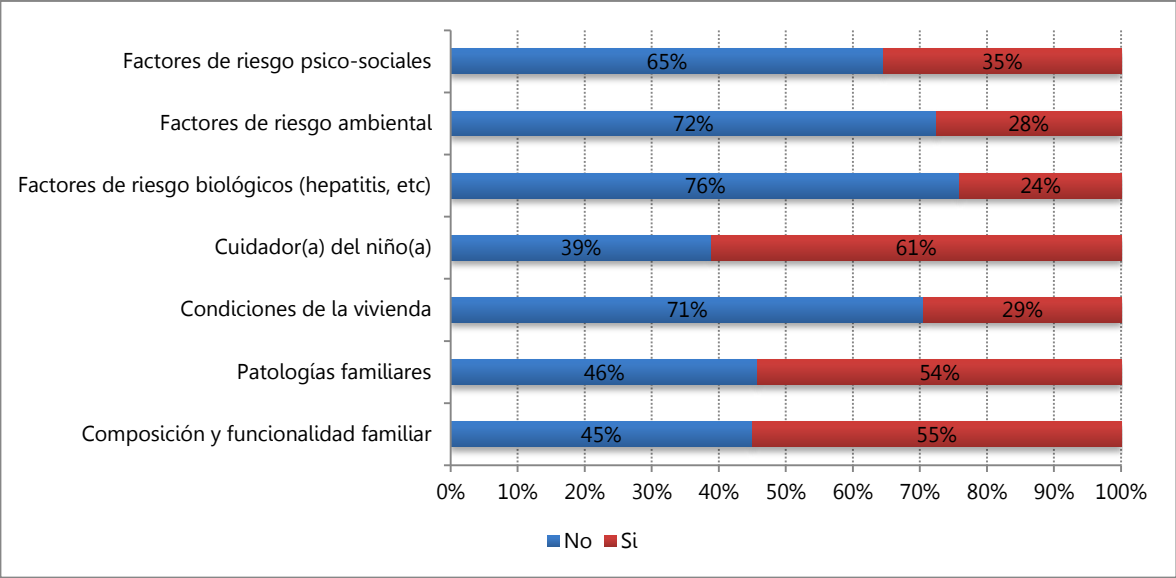
Gráfica 94. Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes perinatales.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En relación a los antecedentes perinatales el porcentaje de cumplimiento general es marcadamente inferior a los antecedentes personales, dado que en ninguno de los primeros se cumple en un porcentaje mayor al 60%, es decir, de cada 10 menores que acuden a control prenatal a menos de 6 de ellos se pregunta el total de los antecedentes perinatales. Siendo los de mayor consulta el tipo de parto y la antropometría del recién nacido, y por debajo de un 20% la serología y prueba de VIH de la madre.

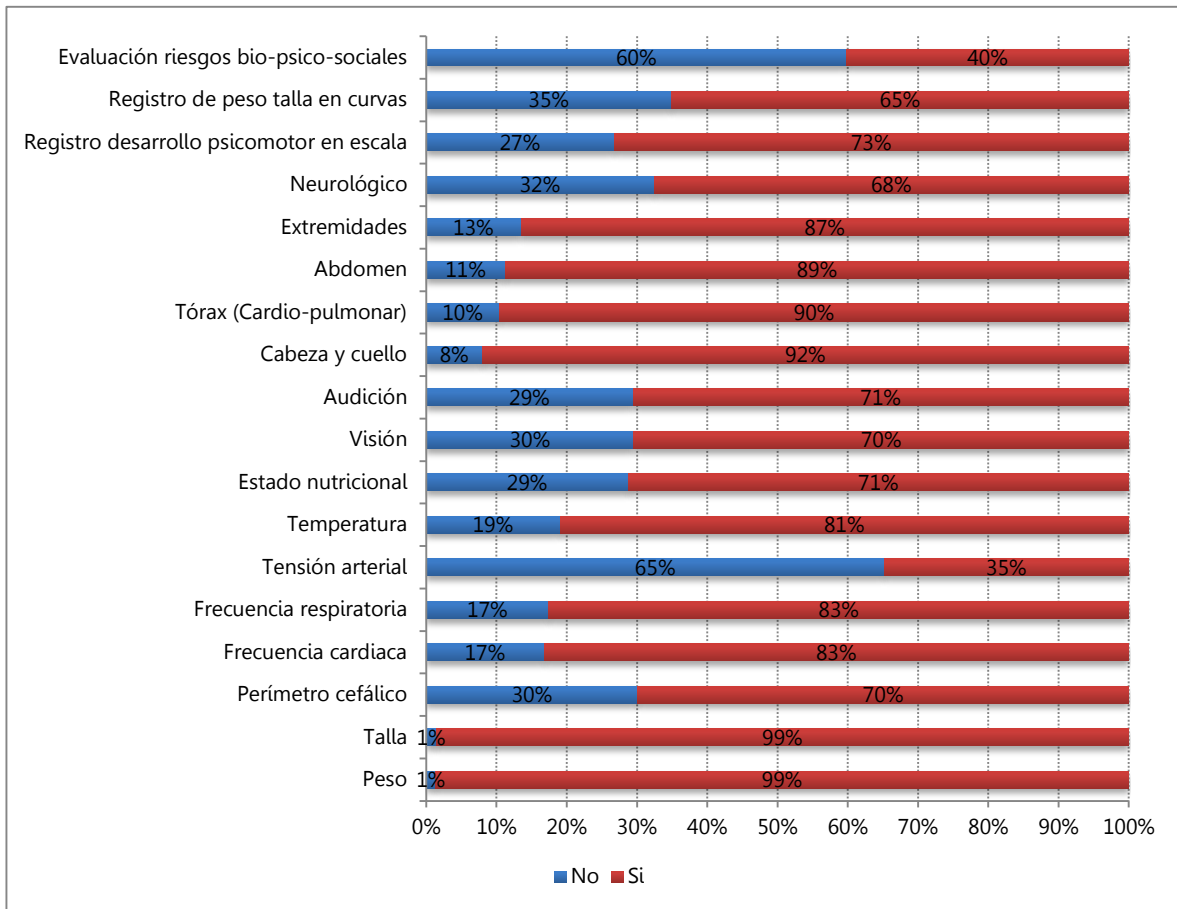
Gráfica 95 Porcentaje de consultas que preguntan antecedentes socio-familiares.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a los antecedentes socio familiares los que mayor se indaga durante los controles de crecimiento y desarrollo son los relacionados con el cuidador (61%), patologías familiares (54%) y composición y funcionalidad familiar (55%), los antecedentes relacionados con factores de riesgo y condiciones de la vivienda únicamente se indaga en la tercera parte de las consultas.

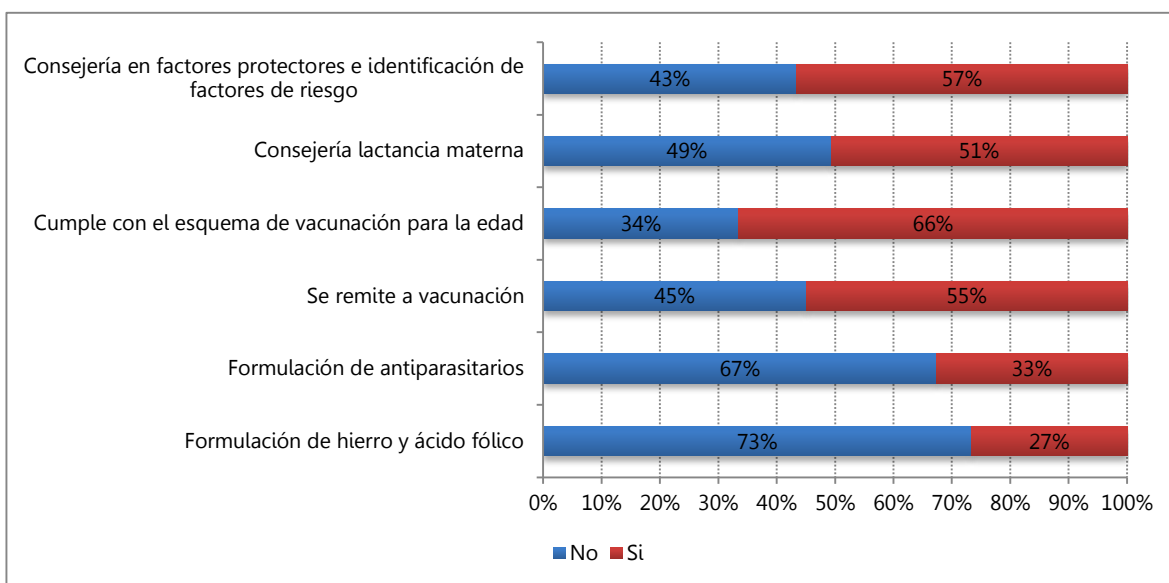
Gráfica 96. Porcentaje de consultas que realizan examen físico.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El examen físico realizado durante los controles de crecimiento y desarrollo son realizados de manera satisfactoria con un promedio de cumplimiento del 76% para todos los ítems, sin embargo se observan falencias en la valoración del riesgo bio-psico-social y tensión arterial, cuyos porcentajes no superan el 40%. El énfasis de las consultas se realiza en la valoración de peso y talla, sin embargo estos datos no se ven reflejados en el cumplimiento de la valoración del estado nutricional.

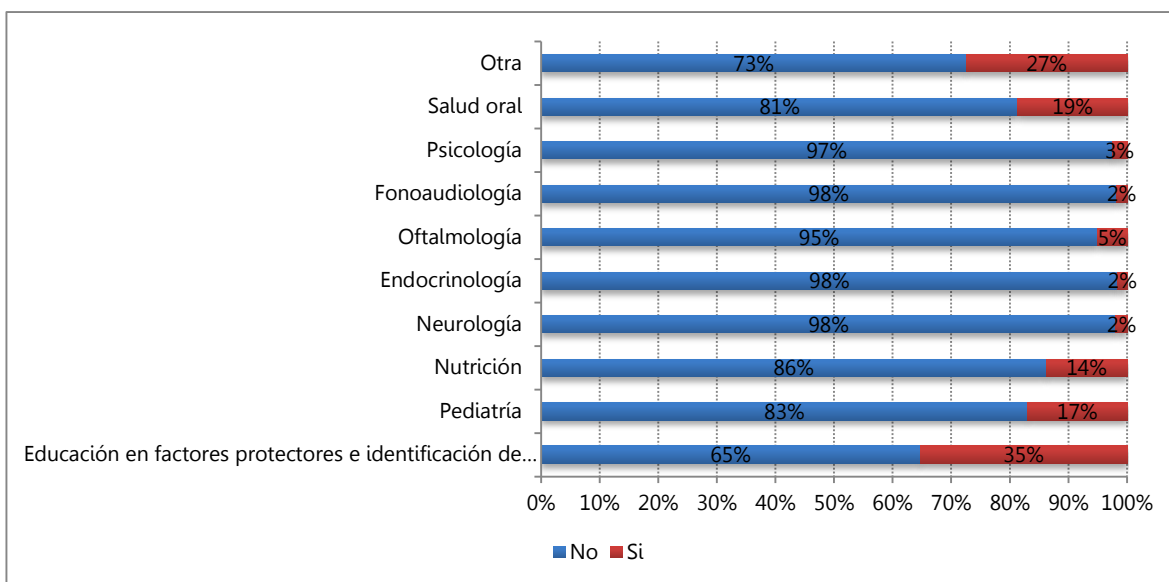
Gráfica 97. Estadísticas descriptivas de plan de manejo.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Se evidencian falencias en el cumplimiento del plan de manejo durante los controles de crecimiento y desarrollo, con un porcentaje de incumplimiento del 52%, es decir que aproximadamente a uno de cada dos menores se les realiza el adecuado plan de manejo, especialmente en la formulación de antiparasitarios y de hierro y ácido fólico, que en solo una tercera parte se cumple.

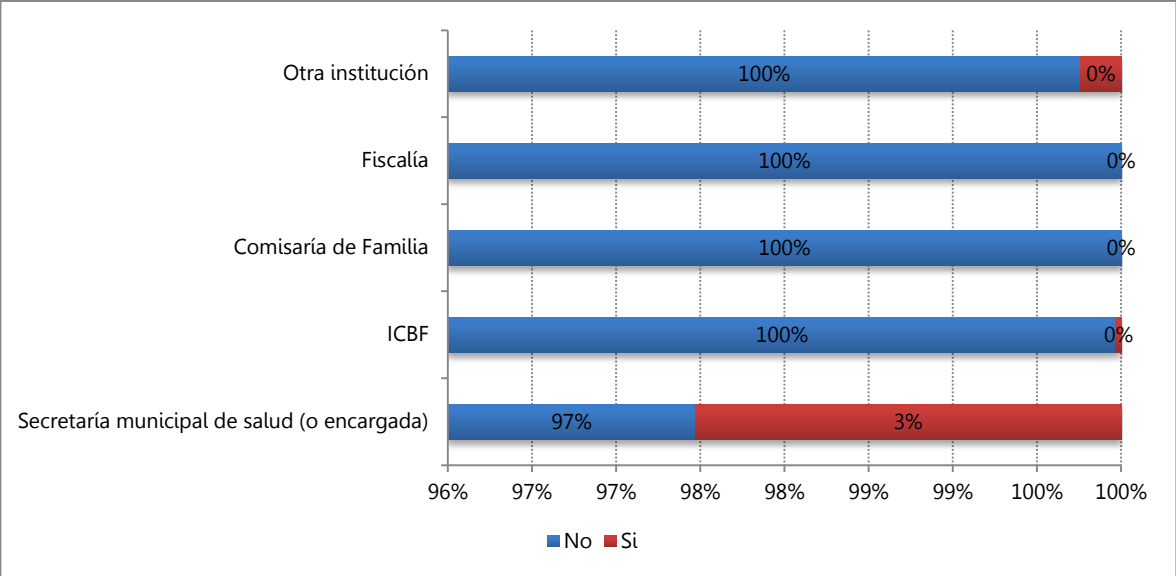
Gráfica 98. Estadísticas descriptivas de remisiones.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de remisiones es realmente bajo, no superando el 30%, a excepción de las remisiones que se realizan a educación en factores protectores e identificación de riesgos, en el cual es del 35%, lo cual denota la necesidad de fortalecer las acciones para brindar un cuidado y atención integral durante la primera infancia, así como un mayor conocimiento en el portafolio de servicios. Las principales remisiones que se realizan son a salud oral y pediatría con un 19% y 17% respectivamente.

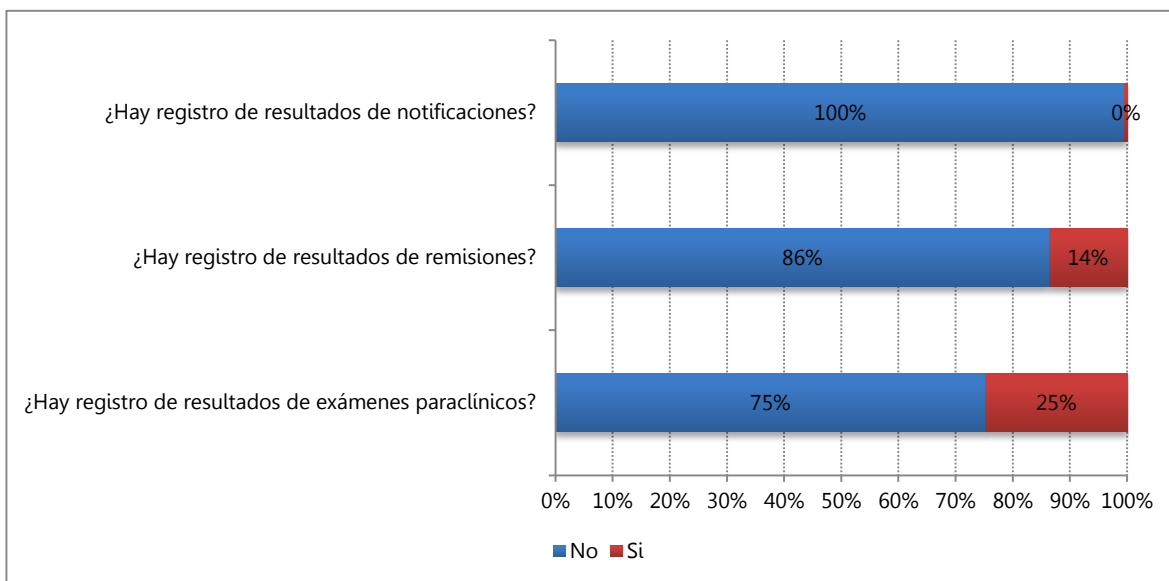
Gráfica 99. Plan de manejo de notificaciones.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se identificaron notificaciones a otras instancias, como Fiscalía, Comisaría de Familia o ICBF, dada la baja articulación y trabajo inter-sectorial, únicamente se reportaron un 3% de notificaciones al sector salud. Lo cual evidencia la necesidad de elaborar acuerdos institucionales que faciliten la generación de respuestas integrales durante la primera infancia.

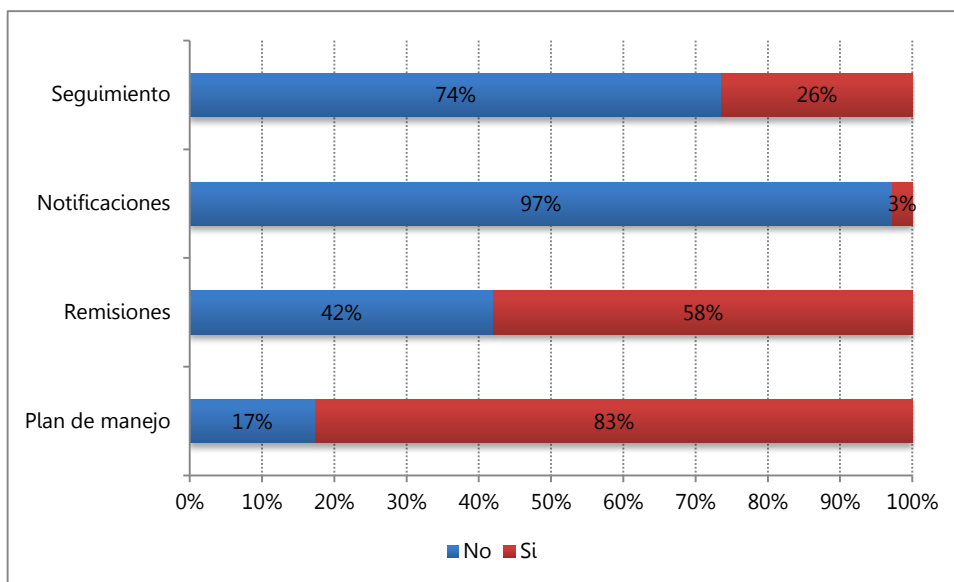
Gráfica 100. Plan de manejo de seguimiento.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se está realizando un seguimiento efectivo al plan de manejo generado durante los controles de crecimiento y desarrollo evidenciado por los bajos porcentajes de registros de resultados de notificaciones, remisiones y exámenes para clínicos, que no superan el 25% de cumplimiento.

Gráfica 101. Porcentaje de consultas con procedimientos posteriores.



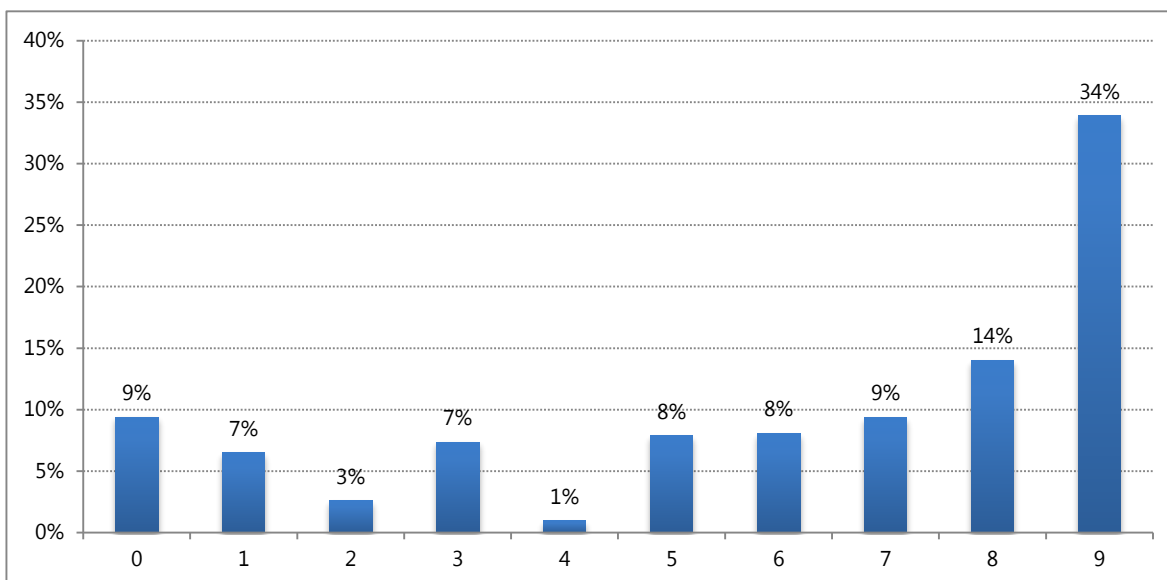
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

De acuerdo a lo anterior las principales falencias en procedimientos posteriores, son los relacionados con notificaciones y seguimiento, en los cuales el porcentaje de cumplimiento es del 3% y 26% respectivamente, en contraste a la efectividad

del 83% encontrada en los planes de manejo, tal vez lo anterior se deba a que el plan de manejo es un proceso interno de cada IPS y no depende de las acciones de instituciones diferentes al sector salud.

- **Rezagos frente a la norma**

Gráfica 102. Número de condiciones que cumplen los antecedentes personales.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

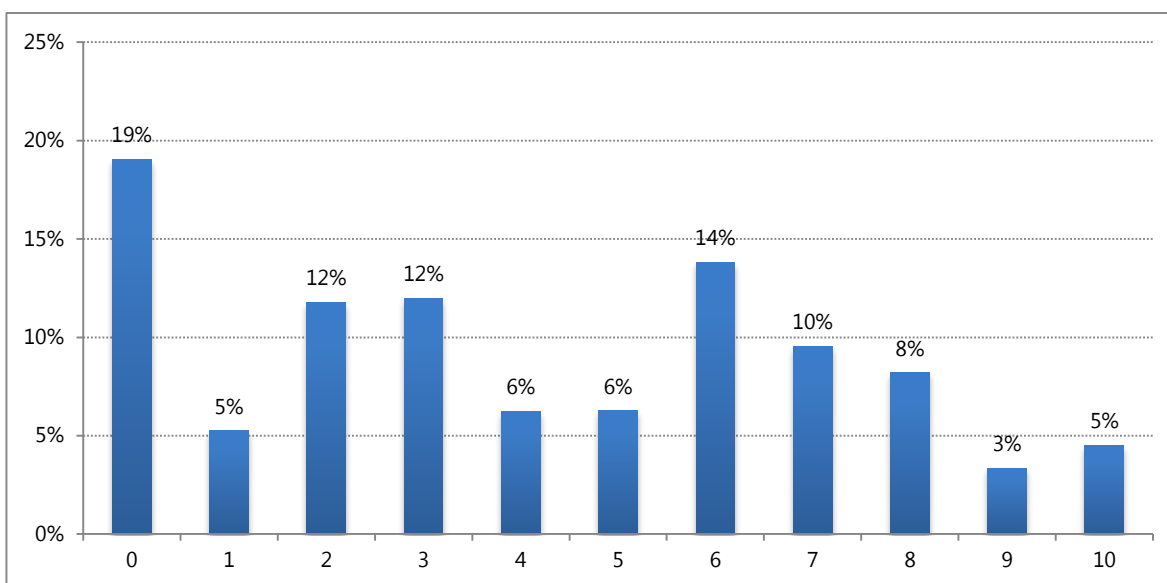
Solo el 34% de las IPS cumple con el total de condiciones al momento de indagar los antecedentes personales, evidenciando una diferencia de más del 100% entre el sector privado y público, siendo menor el cumplimiento en las IPS públicas, en las cuales el porcentaje de cumplimiento para todos los ítems es inferior al 75%, a diferencia del sector privado cuyos porcentajes oscilan entre un 72,2% y un 96,87%, para el sector privado el esquema de vacunación es el antecedente de mayor consulta, mientras que para el sector público los antecedentes patológicos tienen una mayor frecuencia de consulta por parte de los profesionales que realizan los controles de crecimiento y desarrollo.

Tabla 28. Porcentaje de niños con información completa referente a antecedentes personales.

	Total	Privado	Público
Porcentaje de niños con antecedentes personales completo	33.88%	45.52%	22.55%
Patológicos	80.60%	88.87%	72.56%
Quirúrgicos	70.15%	72.62%	67.74%
Traumáticos	64.64%	79.41%	50.27%
Alérgicos	70.27%	87.76%	53.24%
Farmacológicos	63.06%	78.89%	47.66%
Tóxicos	57.92%	78.41%	37.97%
Lactancia materna	73.56%	84.60%	62.81%
Alimentación	72.79%	81.25%	64.55%
Esquema de vacunación	83.34%	96.87%	70.18%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Gráfica 103. Número de condiciones que cumplen los antecedentes perinatales.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

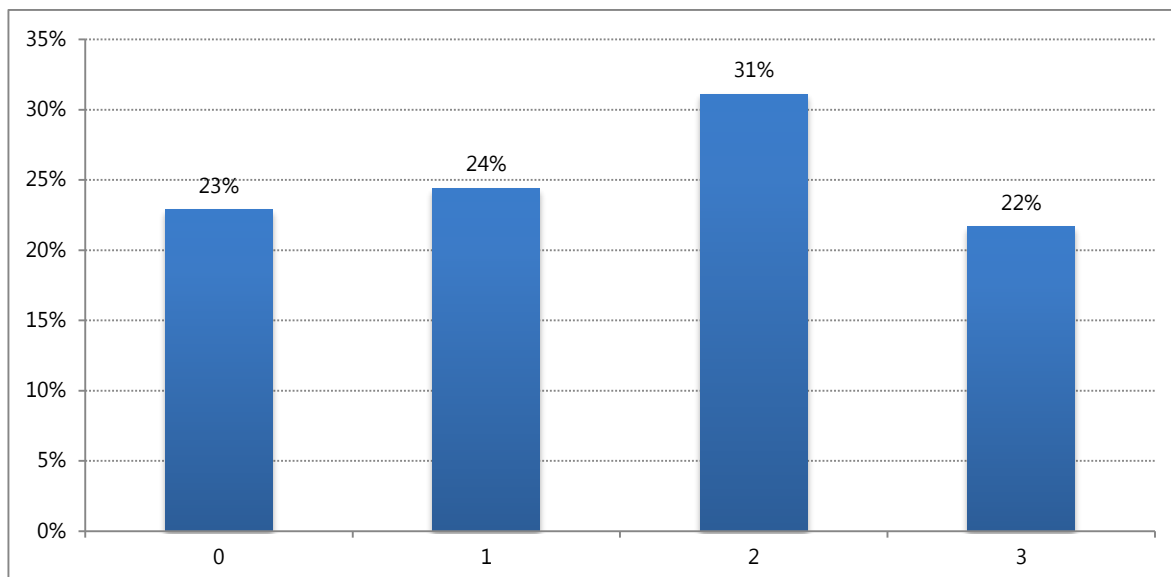
El porcentaje de antecedentes perinatales es significativamente inferior si se compara con los antecedentes personales, dado que solo para el 5% de los niños se cumple con el total de condiciones que se deberían registrar en lo perinatal, al comparar según tipo de institución no se evidencian diferencias significativas entre las IPS y Públicas, dado que los porcentajes son similares para cada antecedente, sin superar el 60% de cumplimiento.

Tabla 29. Porcentaje de niños con información completa referente antecedentes perinatales.

	Total	Privado	Público
Porcentaje de niños con antecedentes perinatales completo	4.50%	3.34%	5.62%
Embarazo deseado	34.69%	43.77%	25.84%
Patologías del embarazo	37.74%	40.73%	34.83%
Serología madre	19.50%	21.49%	17.55%
VIH madre	10.43%	10.49%	10.37%
Parto (mormal, cesárea, traumático)	73.53%	79.80%	67.42%
Edad gestacional	46.99%	50.63%	43.45%
APGAR del recién nacido	31.02%	34.28%	27.84%
Antropometría del RN (P, T, PC)	64.40%	74.67%	54.40%
Hemoclasificación	48.66%	52.66%	44.77%
Tamizaje hipotiroidismo	44.60%	50.43%	38.93%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Gráfica 104. Número de condiciones que cumplen los antecedentes socio familiares que debe ser preguntado en alguna consulta.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

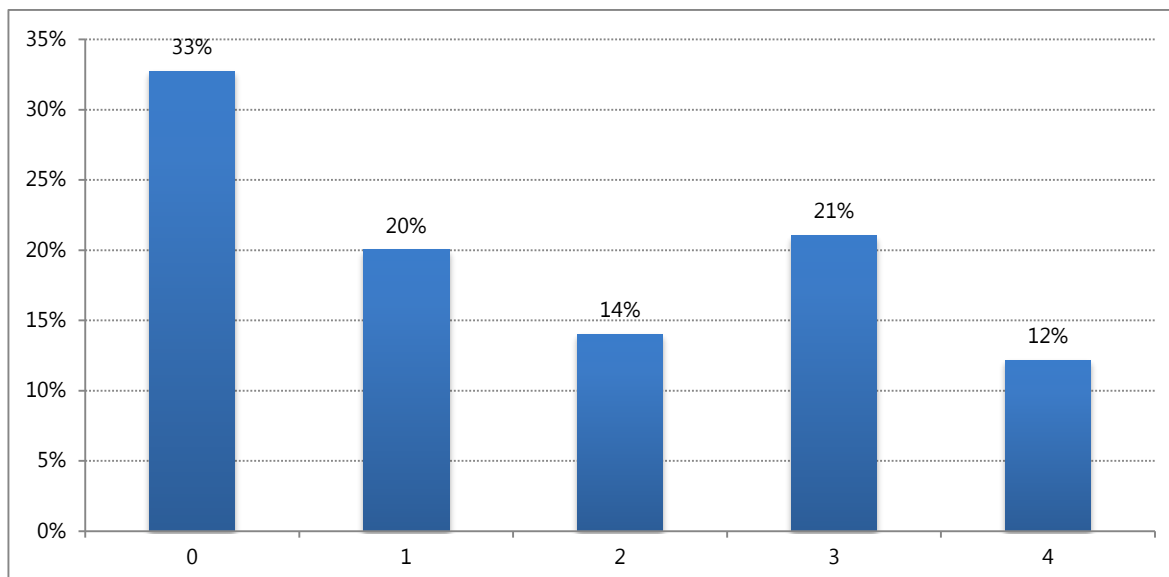
Respecto al porcentaje de niños con antecedentes familiares completos se evidencian diferencias significativas entre los porcentajes de cumplimiento de las IPS privadas y públicas, observando un mayor cumplimiento en el sector privado con un 35,12%, a diferencia del sector público que solo cumple en un 8,55%, la diferencia se da en los tres ítems evaluados, sin embargo al indagar las condiciones de la vivienda el sector privado lo hace en uno de cada dos menores, mientras que el sector público lo realiza a menos de una quinta parte de los niños.

Tabla 30. Porcentaje de niños con información completa referente a antecedentes socio-familiares 1ue deben ser preguntados en alguna consulta.

	Total	Privado	Público
Porcentaje de niños con antecedentes socio familiares completo que debe ser reportado en una consulta	21.65%	35.12%	8.55%
Composición y funcionalidad familiar	61.41%	76.03%	47.18%
Patologías familiares	61.33%	75.01%	48.01%
Condiciones de la vivienda	32.78%	50.48%	15.55%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Gráfica 105. Número de condiciones que cumplen los antecedentes socio familiares que deben ser preguntados en todas las consultas.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

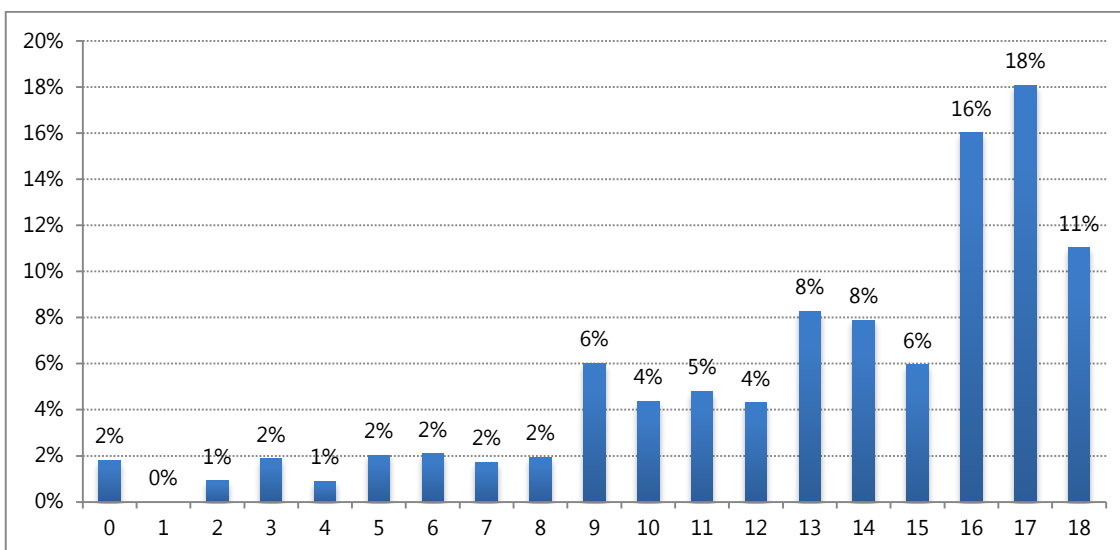
Solo para el 12% de los niños las IPS registra todos los antecedentes socio familiares durante todas las consultas, este porcentaje tan bajo se debe en gran parte el bajo cumplimiento de las IPS públicas, que registran tan solo un 3,94% la información completa de estos antecedentes, restando importancia al reconocimiento de los factores de riesgo de las y los menores atendidos, que no superan el 25% de cumplimiento.

Tabla 31. Porcentaje de niños con información completa referente a antecedentes socio-familiares que deben ser preguntados en todas las consultas.

	Total	Privado	Público
Porcentaje de niños con antecedentes socio familiares completo que debe ser reportado en todas las consultas	12.18%	20.65%	3.94%
Cuidador(a) del niño(a)	60.06%	76.57%	43.99%
Factores de riesgo biológicos (hepatitis, etc)	22.75%	32.87%	12.89%
Factores de riesgo ambiental	28.07%	42.86%	13.67%
Factores de riesgo psico-sociales	36.31%	48.09%	24.83%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Gráfica 106. Número de condiciones que cumplen en el examen físico.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En relación al examen físico solo el 11% de los niños cuentan con la información completa, a diferencia de la tendencia que se venía evidenciando, el sector público representan un mejor porcentaje de cumplimiento en comparación con el sector privado, dado que el sector público tiene un porcentaje total de cumplimiento del 13,27%, mientras que las IPS privadas un porcentaje cercano al 9%, para ambas instituciones el peso y la talla son las variables de mayor frecuencia de registro, superando el 95% de cumplimiento.

Tabla 32. Porcentaje de niños con información completa referente al examen físico.

	Total	Privado	Público
Porcentaje de niños con examen físico completo	11.03%	8.73%	13.27%
Peso	97.56%	97.82%	97.29%
Talla	97.22%	97.62%	96.83%
Perímetro cefálico	71.90%	67.19%	76.48%
Frecuencia cardíaca	79.66%	81.06%	78.31%
Frecuencia respiratoria	78.66%	78.62%	78.69%
Tensión arterial	29.21%	32.54%	25.98%
Temperatura	75.88%	74.46%	77.27%
Estado nutricional	72.92%	71.17%	71.69%
Visión	70.23%	79.78%	60.93%
Audición	69.79%	78.24%	61.56%
Cabeza y cuello	86.52%	93.47%	79.76%
Tórax (Cardio-pulmonar)	84.76%	82.20%	87.25%
Abdomen	84.42%	81.25%	87.50%
Extremidades	82.11%	79.95%	84.20%
Neurológico	69.91%	59.66%	79.88%
Registro desarrollo psicomotor en escala	69.42%	61.98%	76.66%
Registro de peso talla en curvas	70.05%	64.55%	75.40%
Evaluación riesgos bio-psico-sociales	42.71%	47.88%	37.68%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

5. EDUCACION

5.1. Marco de referencia

En el país la actual oferta de servicios de cuidado y educación para la Atención integral a la Primera Infancia se presta a través de tres modalidades básicas de atención, de acuerdo con el entorno en el que se realicen: una modalidad en *entorno familiar*, otra en *entorno comunitario* y una tercera modalidad en *entorno institucional*. Cada una de estas modalidades tiene características específicas para la prestación del servicio, y están focalizadas prioritariamente en la población infantil que se encuentra en los niveles I y II del SISBEN, o están en situación de vulnerabilidad existencial o desplazamiento.

De estas tres modalidades de atención, la modalidad *entorno institucional* es el objeto de evaluación y análisis de esta consultoría y se caracteriza porque los niños y las niñas entre los 3 meses y los 5 años que se atienden en instituciones especializadas o **Centros de Desarrollo Infantil** la mayoría reciben atención cinco días a la semana, ocho horas diarias, en condiciones especializadas de atención. La oferta en entorno institucional básicamente es una modalidad de atención en instituciones o Centros de Desarrollo Infantil (CDI) bien sean Jardines Sociales, Jardines infantiles, Hogares Infantiles, Hogares Múltiples, Hogares Empresariales, Jardines Privados, la oferta en entorno institucional del MEN bajo nuevo estándar y los jardines privados.

Esta oferta en entorno institucional se caracteriza por la heterogeneidad de propuestas en cuya gestión participan entidades públicas y privadas como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), los municipios y departamentos, las Secretarías distritales (SDIS) y sus ofertas urbanas locales como *Buen comienzo* en Medellín; el Ministerio de Educación Nacional (MEN), las Cajas de Compensación, las Secretarías de educación con ofertas como las de la SED de Bogotá en preescolar, las entidades de Bienestar Social como el DABS, además de la importante presencia del sector privado y ONG en la prestación del servicio. Veamos la caracterización de cada uno de estos tipos de instituciones educativas para la atención a la primera infancia:

Los **Centros de desarrollo infantil (CDI)**: son todas las instituciones de educación para la primera infancia, financiadas por entidades del Estado, o pueden ser también de carácter privado, encargadas de la atención a niños y niñas de primera infancia. Operan a través de organizaciones comunitarias, sociales o educativas.

Los Hogares empresariales: Son entidades educativas de educación inicial y preescolar, de financiación mixta entre una entidad pública y una empresa privada, para hijos e hijas de los empleados con menores ingresos de las empresas que los cofinancian. También pueden ser beneficiarios de estos hogares niños y niñas de los sectores en donde funciona el Hogar empresarial.

El Hogar infantil: son instituciones que atienden a niños y niñas menores de cinco años, propiciando su desarrollo físico, social, emocional y cognitivo. Cuentan con la participación activa, organizada y corresponsable de la familia, la comunidad, la empresa privada, las Cajas de compensación y el Estado. El principal financiador es el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

Los Hogares múltiples: son instituciones para la atención de niños y niñas menores de 5 años de zonas urbanas, los atienden cinco (5) días de la semana, ocho (8) horas al día. Puede agrupar entre 8 y 12 Hogares familiares, jornadas de 8 horas (tiempo completo) o jornadas de 4 horas (tiempo parcial), para optimizar la utilización del espacio y los recursos. Es una oferta el Ministerio de Educación Nacional (MEN) en todo el país.

Los Jardines Sociales: son instituciones de educación para el cuidado de la infancia. Atienden integralmente a niños y niñas de entre seis meses y cuatro años de edad, con profesionales pedagogos, psicólogos, trabajadoras sociales y comunitarias. Los financia la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), el ICBF, y algunas veces mediante convenios con Cajas de Compensación familiar.

Los jardines infantiles: son los establecimientos educativos que reciben durante el día niños y niñas desde los 2 meses de nacidos hasta los 5 años y 11 meses, o hasta su ingreso a la básica primaria y les proporcione atención integral correspondiente a su edad. Pueden operar con recursos públicos o privados. Los jardines infantiles públicos son financiados por las *Secretarías Distritales* como en Bogotá la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) y la de Medellín con el programa *Buen comienzo*. Los Jardines infantiles privados, como su nombre lo indica, son todas las entidades educativas para la primera infancia en todo el país, son de financiación privada.

De otra parte, la oferta de servicios para la primera infancia suele estar dividida en dos ciclos de atención: el primer ciclo está entre los 0 a 3 (ó 4) años de edad y se denomina "educación inicial", mientras el último ciclo, de 3 a 5 (ó 6) años de edad se le llama "preescolar" que es de carácter transitorio o con énfasis en la preparación para el ingreso a la educación primaria; la mayor oferta de programas se concentra en este rango de edad. En el país la tendencia reciente ha sido la de incorporar el último ciclo dentro de la educación básica obligatoria pues el "grado 0" o transición, al que deben ingresar los niños a los cinco años de edad cumplidos, es el primer curso de la básica primaria oficial.

5.2. La calidad de la Educación inicial como derecho

Entender la calidad de la educación y cuidado de los niños y las niñas como un *derecho* al cual tienen todos en su proceso de desarrollo y formación de

ciudadanía, supone el reconocimiento de los principios de justicia que regulan las formas de actuación social con criterios que ofrezcan posibilidades de desarrollo para todos. De ahí que todos los niños y las niñas, sin excepción, tienen derecho a una educación inicial de calidad, oportuna y pertinente.

En el caso de la primera infancia, la *perspectiva de derechos* implica un enfoque de protección integral en el que las funciones de **cuidar** y **educar** está integradas, según las necesidades de desarrollo propias del niño o niña. La integralidad es considerada desde la perspectiva de los niños y las niñas, en cuanto a que su desarrollo es integral y sus derechos son universales y están interrelacionados. Así, un servicio oportuno y de calidad se entiende también como la garantía del cumplimiento de sus derechos en cuanto a protección contra los peligros físicos, salud, nutrición y educación inicial, según su edad y las necesidades particulares de cada niño o niña y de acuerdo con su cultura.

El mecanismo para el cumplimiento del goce de los derechos desde la estrategia De Cero a Siempre, es la promoción del desarrollo infantil temprano a través de la articulación de acciones desde antes de la concepción hasta la transición a la educación formal y desde las dimensiones humanas: física, cognoscitiva y socio emocional.

La calidad de los servicios de atención a la primera infancia se ha enfocado desde la perspectiva de atención integral, en donde la calidad es un propósito permanente y transversal de cada uno de sus componentes (salud y nutrición, protección, educación inicial, cultura), por lo que la calidad de los servicios que se ofrecen está relacionada con la acción coordinada de las entidades que intervienen en el cuidado y la educación infantil.

La Comisión Intersectorial definió los Lineamientos Técnicos para la Atención Integral y estableció criterios de calidad para las Modalidades de Educación Inicial con enfoque de AIPI, a partir de cinco componentes: Talento Humano, Proceso Pedagógico, Salud y Nutrición, Ambientes adecuados y seguros y Procesos administrativos. Así mismo, considera cumplir todas las realizaciones previstas para que cada niño alcance su pleno desarrollo; lo cual se garantiza por una parte, con la aplicación de las rutas de atención definidas y, por otra, con el seguimiento al avance de los niños en el proceso de desarrollo, para lo cual se busca desarrollar y fortalecer un mecanismo que permita el registro niño a niño.

5.2.1. Los Estándares de calidad de la Comisión intersectorial

Como en el país no existía un organismo único responsable de la atención a la Primera Infancia sino varias entidades nacionales y territoriales que responden por la prestación de unos u otros servicios, mediante el Decreto 4875 del 22 de diciembre de 2011 el gobierno nacional creó la *Comisión intersectorial de Primera infancia*, conformada por los Ministerios de Educación, Protección Social, Cultura, Planeación Nacional-DNP, el Instituto de Bienestar Familiar- ICBF, y las Altas

Consejerías de Prosperidad Social y Programas Especiales, como instancia de decisión y coordinación intersectorial de la política de Primera infancia. *Tiene por objeto "coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo ésta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados"*.

Esta *Comisión Intersectorial* estableció un grupo de 60 Estándares básicos para la prestación del servicio de atención a los niños y niñas entre 3 meses y 5 años de edad que "corresponden a los requisitos fundamentales que garantizan que la gestión por parte de las personas y organizaciones responsables de los diversos escenarios en los que transcurre la vida de los niños, niñas y madres gestantes, y aseguran con excelencia la generación de condiciones que favorecen su pleno desarrollo."³²

Estos estándares básicos de calidad incluyen tres criterios ordenadores: i) La población (niños y niñas en primera infancia y sus familias y comunidades), ii) La perspectiva de derechos, que en lo que se refiere a la infancia han sido tipificados en cuatro grupos de derechos: a la vida y la sobrevivencia, a la protección, al desarrollo y a la ciudadanía y iii) Los escenarios, que sitúan la acción en los lugares específicos en donde transcurre la vida cotidiana de niños y niñas de primera infancia, y que para efectos de esta consultoría corresponden a los centros de desarrollo infantil y los establecimientos que prestan servicios de salud.

Además de estos tres criterios ordenadores la Comisión Intersectorial señala que se requiere de un mecanismo transversal de gestión y administración, que corresponde a los procesos de planificación, desarrollo, seguimiento y evaluación que aseguren la atención integral bajo los estándares de calidad.

En la siguiente tabla se relacionan los 60 estándares básicos definidos por la Comisión intersectorial con las áreas de derecho y las realizaciones específicas del niño o la niña:

Tabla 33. Los estándares de educación inicial según los derechos y las realizaciones

ÁREA DE DERECHOS	REALIZACIONES ESPECIFICAS	ESTÁNDARES
DESARROLLO	Niña o niño cuenta con ambientes diseñados intencionalmente para potenciar su adecuado desarrollo temprano.	Estándares 20, 21, 22
	Niña o niño cuidado, criado y educado, a través de prácticas que propician su desarrollo infantil temprano	Estándar 23
	Niña o niño con identidad jurídica	Estándar 24
	Niña o niño expresa sus sentimientos, ideas y opiniones en sus escenarios cotidianos y estas son tenidas en cuenta.	Estándares 25, 26, 27

³² T de R. Adenda, p. 3

CIUDADANÍA		Niña o niño con seguimiento particular a su desarrollo integral.	Estándar 28
		Niñas y niños reconocidos como población prioritaria de sus comunidades.	Estándar 29
EXISTENCIA	SALUD	Niña o niño tiene su salud asegurada.	Estándares 1,
		Niña o niño es valorado y monitoreado en su crecimiento y desarrollo	Estándares 2
		Niña y niño con alteraciones en el desarrollo identificado y atendido oportunamente	Estándares 3,
		Niña o niño se encuentra inmune a enfermedades infecto- contagiosas.	4
		Niña o niño está protegido ante el riesgo o la presencia de alteración de su equilibrio físico, mental y/o social.	Estándares 5,
	NUTRICION	Niña o niño se alimenta con los nutrientes adecuados para su edad y según sus características particulares.	Estándares del 6 al 11
CIUDADANÍA		Niña o niño con seguimiento particular a su desarrollo integral.	Estándar 28
		Niñas y niños reconocidos como población prioritaria de sus comunidades.	Estándar 29
PROTECCIÓN		Niña o niño con medida de restablecimiento ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración de sus derechos.	Estándares del 12 al 18
		Talento humano	Estándares del 32 a 36
		Inmueble	Estándares del 37 a 42
		Dotación	Estándares del 48 al 51
		Gestión	Estándar 52
		Administración	Estándares del 53 al 60

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Vemos pues como esta Versión de los estándares de calidad para los CDI elaborados por la Comisión intersectorial responden a una concepción del desarrollo integral infantil desde la perspectiva de derechos. En el caso del presente estudio y tomando como referente estos estándares de calidad, se trata de recabar información primaria acerca de la calidad de la educación inicial y los cuidados que se presta a los niños y niñas de primera infancia en los diferentes tipos de Centros de Desarrollo Infantil (CDI) en el país, para caracterizar sus servicios y establecer la línea de base de calidad y sus rezagos.

5.3. Muestra

El operativo de campo del componente de de educación, que incluye un instrumento de caracterización y verificación de las condiciones de los Centros de Desarrollo Infantil inició el 8 de Octubre de 2012 después de haber realizado la prueba piloto del instrumento y los respectivos ajustes del instrumento.

El equipo de campo estuvo conformado por un total de 28 personas entre encuestadores y supervisores. El trabajo de campo finalizó el 28 de Noviembre de 2012 con un balance positivo del trabajo realizado y las cuotas obtenidas. Se visitaron en total 57 municipios distribuidos a lo largo y ancho de la geografía nacional

Rendimientos

La duración promedio de aplicación del instrumento fue de 2 horas 20 minutos, incluyendo el tiempo que tomaba la posterior verificación de los diferentes aspectos de la prestación de los servicios que ofrece cada jardín. Por encuestador, el número promedio de jardines visitados al día fue de 2 jardines, ya que se estaba sujeto a la programación y asignación de citas por parte de los coordinadores de dichos jardines.

Cobertura de muestra

Se realizó gestión para el contacto de 563 jardines públicos, 1291 jardines privados, obteniéndose encuestas efectivas en 506 públicos (90% de efectividad de la base) y 570 privados (44% de efectividad de la base)

Tabla 34. Muestra de CDI: efectividad de la base de datos

	Públicos					Privados				
	Efectivas	Rechazos	No existen	Sin datos de contacto	Total No efectivos	Efectivas	Rechazos	No existen	Sin datos de contacto	Total No efectivos
1. Hasta 20.000 habitantes	45		1		1	7	5	2	11	18
2. De 20.001 a 50.000	53				0	20		2	1	3
3. De 50.001 a 100.000	33			1	1	18			6	6
4. De 100.001 en adelante	103		1	7	8	158	4	14	16	34

5. Capitales de departamento.	272	10	3	34	47	367	97	75	488	660
Total general	506	10	5	42	57	570	106	93	522	721

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El cuadro anterior evidencia un número importante de rechazos, especialmente en los privados, alcanzando un total de 106 jardines que se negaron a otorgar la fecha para realizarles la visita; situación acentuada en las capitales de departamento.

Para la toma de información de los Centros de Desarrollo Infantil el diseño muestral estableció un total de 1257 CDI distribuidos entre Públicos (510) y Privados (747). La muestra efectivamente alcanzada arroja un total de 506 instituciones públicas visitadas (99% de la meta) y 570 privadas (76% de la meta) para un total de 1076 instituciones efectivamente encuestadas y un nivel de cobertura de la cuota de 86%.

Tabla 35. Muestra de centros de desarrollo infantil: muestra planeada vs. Muestra efectiva

	MUESTRA			ENCUESTAS REALIZADAS			PORCENTAJE DE COBERTURA		
	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total
1. Hasta 20.000 habitantes	44	10	54	45	7	52	102%	70%	96%
2. De 20.001 a 50.000	58	18	76	53	20	73	91%	111%	96%
3. De 50.001 a 100.000	33	23	56	33	18	51	100%	78%	91%
4. De 100.001 en adelante	83	133	216	103	158	261	124%	119%	121%
5. Capitales de departamento.	292	563	855	272	367	639	93%	65%	75%
Total general	510	747	1257	506	570	1076	99%	76%	86%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

La Tabla 36 ilustra la cobertura de la muestra por municipio.

Tabla 36. Muestra de centros de desarrollo infantil: muestra planeada vs. Muestra efectiva por municipio

Categoría de Municipio	Municipio	código	MUESTRA PLANEADA			MUESTRA EFECTIVA			MUESTRA EFECTIVA		
			Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	TOTAL	Públicos	Privados	TOTAL
1	Peñol	5541	4		4	4	0	4	100%		100%
1	Retiro	5607	1	2	3	1	1	2	100%	50%	67%
1	Salgar	5642	3		3	3	0	3	100%		100%
1	Támesis	5789	2	1	3	1	0	1	50%	0%	33%
1	Villanueva	13873	4		4	4	0	4	100%		100%
1	Nobsa	15491	1	3	4	1	3	4	100%	100%	100%
1	Viterbo	17877	4	1	5	4	1	5	100%	100%	100%
1	El Paujil	18256	3	0	3	3	0	3	100%		100%
1	Bojacá	25099	2	1	3	2	1	3	100%	100%	100%
1	Guasca	25322	2		2	2	0	2	100%		100%
1	Condoto	27205	5		5	5	0	5	100%		100%
1	Distracción	44098	3		3	3	0	3	100%		100%
1	El Molino	44110	4		4	3	0	3	75%		75%
1	Urumita	44855	3		3	3	0	3	100%		100%
1	Génova	63302	3		3	3	0	3	100%		100%
1	Alpujarra	73024	2		2	2	0	2	100%		100%
1	Calima	76126	1	2	3	1	1	2	100%	50%	67%
2	Sabaneta	5631	2	8	10	1	7	8	50%	88%	80%
2	Puerto Colombia	8573	4	3	7	4	3	7	100%	100%	100%
2	Paipa	15516	2	1	3	2	0	2	100%	0%	67%
2	Manzanares	17433	5		5	6	0	6	120%		120%
2	El Colegio	25245	3		3	3	1	4	100%		133%
2	Sibaté	25740			0	0	3	3			
2	Sopó	25758	5	3	8	5	3	8	100%	100%	100%
2	Tocancipá	25817	5	1	6	5	0	5	100%	0%	83%
2	Villa de San Diego de Ubate	25843	2	1	3	2	1	3	100%	100%	100%
2	Fonseca	44279	7		7	7	0	7	100%		100%
2	Olaya Herrera	52490	7		7	7	0	7	100%		100%
2	Tibú	54810	7		7	7	0	7	100%		100%
2	Melgar	73449			0	1	1	2			
2	Purificación	73585	6	1	7	3	1	4	50%	100%	57%
3	La Ceja	5376	6	2	8	5	0	5	83%	0%	63%
3	Chinchiná	17174	8	5	13	7	3	10	88%	60%	77%
3	Santander de Quilichao	19698	5		5	5	0	5	100%		100%
3	Madrid	25430	5	11	16	4	10	14	80%	91%	88%
3	Los patios	54405			0	0	1	1			

Categoría de Municipio	Municipio	código	MUESTRA PLANEADA			MUESTRA EFECTIVA			MUESTRA EFECTIVA		
			Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	TOTAL	Públicos	Privados	TOTAL
3	Ocaña	54498	3	4	7	3	3	6	100%	75%	86%
3	Calarca	63130	6	1	7	6	1	7	100%	100%	100%
4	Bello	5088	13	22	35	11	19	30	85%	86%	86%
4	Rionegro	5615	14	7	21	14	4	18	100%	57%	86%
4	Soledad	8758	6	22	28	6	22	28	100%	100%	100%
4	Duitama	15238			0	0	8	8			
4	Sogamoso	15759	3	17	20	3	10	13	100%	59%	65%
4	Chía	25175	3	20	23	3	19	22	100%	95%	96%
4	Facatativa	25269			0	7	12	19			
4	Girardot	25307	5	4	9	4	3	7	80%	75%	78%
4	Soacha	25754	5	6	11	8	5	13	160%	83%	118%
4	Buenaventura	76109	16		16	15	0	15	94%		94%
4	Palmira	76520	10	32	42	9	22	31	90%	69%	74%
4	Tuluá	76834	8	3	11	7	3	10	88%	100%	91%
5	Medellín	5001	58	120	178	53	79	132	91%	66%	74%
5	Barranquilla	8001	25	56	81	25	56	81	100%	100%	100%
5	BOGOTÁ D.C.	11001	105	280	385	106	119	225	101%	43%	58%
5	Manizales	17001			0	3	23	26			
5	Valledupar	20001	13	8	21	13	8	21	100%	100%	100%
5	Cúcuta (3)	54001	16	30	46	16	30	46	100%	100%	100%
5	Bucaramanga	68001	15	14	29	15	14	29	100%	100%	100%
5	Ibagué	73001	16	5	21	15	13	28	94%	260%	133%
5	Cali	76001	41	50	91	42	56	98	102%	112%	108%
5	San José del Guaviare	95001	3		3	3	0	3	100%		100%
TOTAL			510	747	1257	506	570	1076	99%	76%	86%

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

5.4. Descripción general de los CDI

Al clasificar a los CDI por su naturaleza jurídica, el 54,3% son privados, el 32,6% públicos y el 12,9% mixtos (parte público y parte privado). Estos CDI se han ido creando en el país desde la década de los 70. Los públicos y mixtos se crearon mayoritariamente antes de los noventa (46 o 47 de cada 100 CDI) y a partir del año 2000 (48 de cada 100). En la década de los noventa la tasa de creación de este tipo de establecimiento fue muy baja (6 de cada 100 CDI). Los privados muestran una tendencia más estable creándose entre 28 y 35 CD en cada uno de los períodos analizados. Cabe resaltar que la información recolectada indica que en 2012 se creó el 10% de los CDI que actualmente funcionan en el país (Tabla 37), coincidiendo con la tendencia mundial de aumento en el acceso a la educación

inicial en la primera infancia y, en particular, en las regiones en desarrollo como América Latina.

Tabla 37. Antigüedad de los CDI

Fecha de fundación	Porcentaje de CDI:		
	Públicos	Privados	Mixtos
Antes de 1990	45,69	28,32	47,43
1990-1999	6,39	35,72	4,06
2000 en adelante	47,92	35,96	48,51
Total	100	100	100

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Para los CDI públicos y mixtos se estableció la modalidad de prestación del servicio de educación inicial, diferenciando entre hogar empresarial, infantil, múltiple y jardín social. Los CDI se clasificaron en su mayoría en hogares infantiles (91,1%), representando las otras modalidades menos del 5% en cada caso).

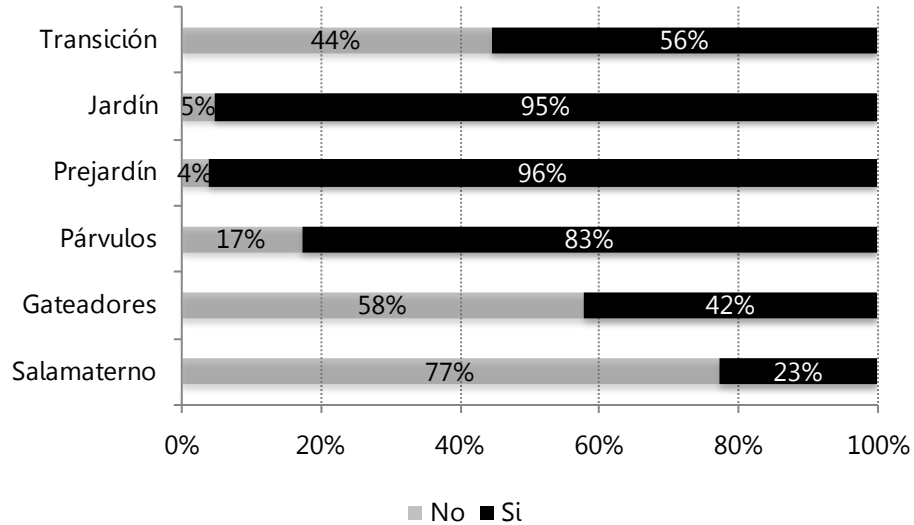
Tabla 38. Modalidades en CDI públicos y mixtos

Modalidad	Porcentaje de CDI:	
	Públicos	Mixtos
Hogar empresarial	3,29	19,98
Hogar infantil	91,13	72,23
Hogar múltiple	4,34	2,69
Jardín social	1,24	5,09

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Los CDI en el país ofrecen cinco niveles de atención: Salamaterno (3 a 12 meses), gateadores (13 a 23 meses), párvulos (24 a 36 meses), prejardín (37 a 48 meses), jardín (49 a 60 meses), transición (61 a 71 meses). En la Gráfica 107 se observa una tendencia creciente en el porcentaje de CDI que ofrecen los servicios a medida que va aumentando el nivel de atención de Salamaterno (23,0% de CDI) a Jardín (95,0%). En transición hay un quiebre en esta tendencia (56% de los CDI ofrecen este nivel), puesto que este nivel, al ser el primer grado de la educación básica formal lo ofrecen también los colegios como grado Cero o primer nivel de la educación básica.

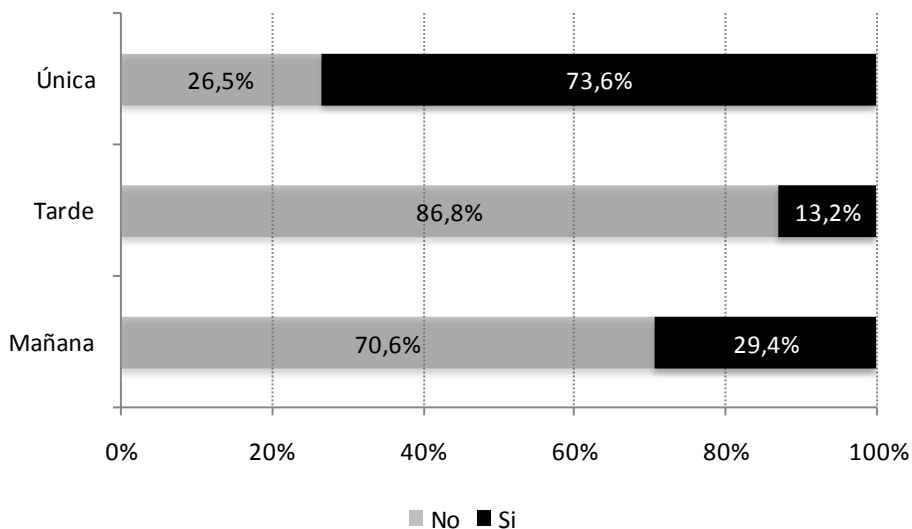
Gráfica 107. Niveles de atención que ofrece el CDI. En porcentaje.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Por jornada, prevalece la jornada única (73,6% de los CDI). Jornada de la mañana tiene el 29,4% de los CDI y tarde el 13,2% de los CDI. Las jornadas que ofrecen los CDI varían por su naturaleza jurídica los públicos y mixtos en su mayoría solo tienen jornada única (98,5% y 99,5%, respectivamente). Es en los CDI privados que la oferta de jornadas se amplía: el 71,0% ofrece solo jornada única, el 15,7% ofrece solo mañana, el 10,3% ofrece mañana y tarde, y el resto ofrece tarde o alguna combinación con jornada única (**Gráfica 108**).

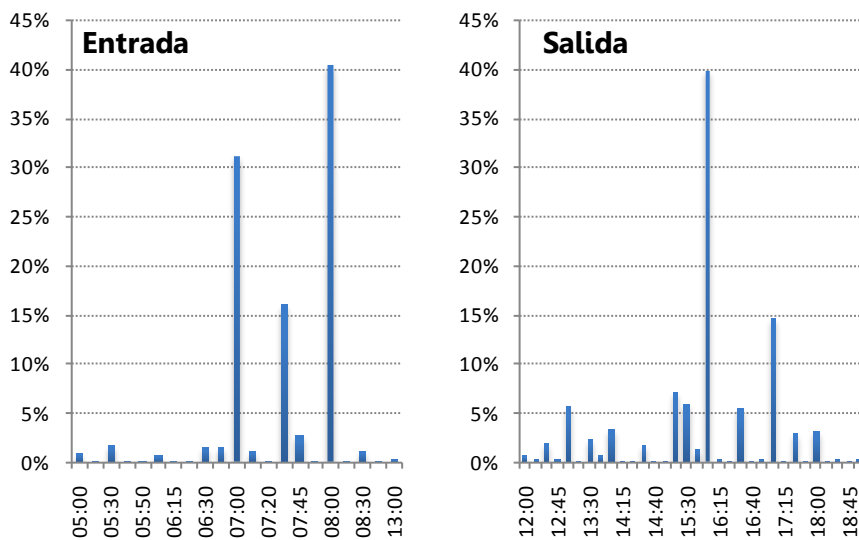
Gráfica 108. Jornadas ofrecidas por los CDI. En porcentaje.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El horario de atención en la jornada única inicia a las 7:00 am, 7:30 am o 8:00 am y termina en la tarde a las 4:00 pm, en unos casos un poco más temprano o más tarde. (Gráfica 109). En la Gráfica 109 se muestra que la duración de la jornada única es mayor en los públicos (el 95,7% la jornada es de 8 horas o más), igual sucede en los mixtos. Mientras que en los privados el 49,4% tienen una jornada similar, pero en un 46,4% la jornada única es entre 5 y 7 horas.

Gráfica 109. Horario de atención jornada única



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Tabla 39. Duración de la jornada única

	Menos de 4 horas	4 horas	Entre 5 y 7	8 horas	Más de 8 horas
Público	-	-	4,27	48,72	47,01
Privado	-	4,09	46,47	15,61	33,83
Mixto	-	-	4,03	44,29	51,68

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En la jornada de la mañana los horarios de entrada más frecuentes es a las 7:00 am, 7:30 am o 8:00 am y el de salida a las 12:00 pm. En los públicos que ofrecen la jornada de la mañana, el 54,5% de los CDI tiene una jornada de 4 horas y el 45,4% de más de 4 horas. En los privados hay una mayor concentración en la jornada de 4 horas, mientras que en los mixtos la jornada de la mañana se extiende en mayor proporción a más de 4 horas.

Y en la tarde se entra a la 1:00 pm o a la 1:30 pm, y se sale a las 4:00 pm, 5:30pm o 6:30 pm. Aquí vale la pena resaltar que aparece un porcentaje importante de CDI que ofrecen una jornada de menos de 4 horas: públicos (12,5%), privados (10,3%) y mixtos (40,0%).

El siguiente tema en la descripción de los CDI es el tamaño. En promedio cada CDI atiende a 111 niños y niñas menores de 6 años, pero la desviación estándar alta. Entre los encuestados se encuentran CDI que tienen solo un estudiante y otros que llegan a tener 2.600 estudiantes. Estas diferencias están en parte marcadas por la naturaleza jurídica de los CDI. En los públicos y mixtos el tamaño en promedio es mayor (138 y 154 niños y niñas en promedio, respectivamente), mientras que en los privados es menor (85 niños y niñas en promedio, con un máximo de 850 niños y niñas en promedio). También varía la matrícula entre urbano (114 niños y niñas en promedio, con máximo de 2.600 niños y niñas) y rural (75 niños y niñas en promedio, con máximo de 273 niños y niñas) (Tabla 40).

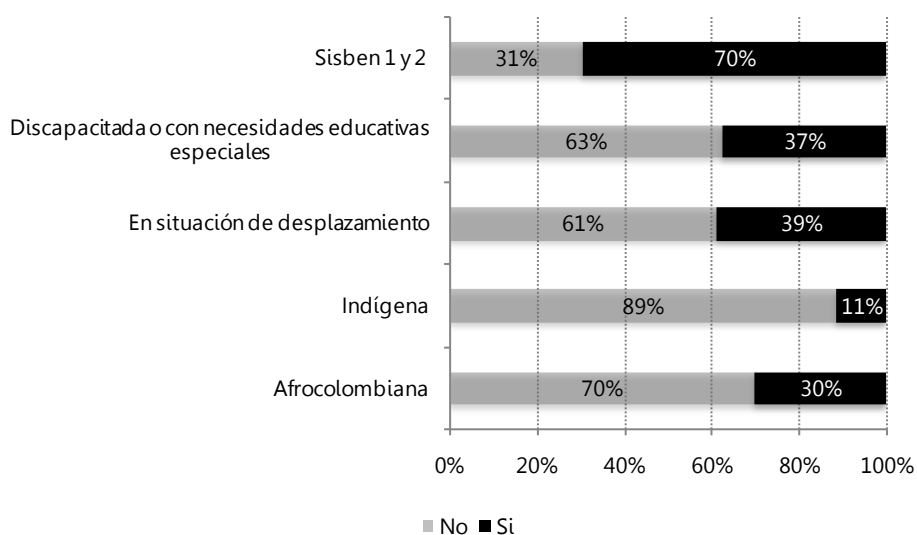
Tabla 40. Matrícula promedio de niños y niñas menores de 6 años

Tipo de CDI	# CDI	Promedio de niños y niñas por CDI	Desviación estándar	Número mínimo de niños y niñas por CDI	Número máximo de niños y niñas por CDI
Público	312	138	213	5	2.600
Privado	454	81	85	1	850
Mixto	137	154	92	2	420
Total	903	111	145	1	2.600

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al indagar por grupos de especial atención, el 70,0% de los CDI atiende población de Sisben 1 y 2, que se usa como requisito básico de focalización para la selección de beneficiarios y el 39,0% a niños y niñas en situación de desplazamiento. En atención a los grupos étnicos el 30,2% de los CDI atienden afrocolombianos y el 11,5% a indígenas. Por último, el 37,5% de los CDI atienden a niños y niñas discapacitados o con necesidades educativas especiales.

Gráfica 110. Porcentaje de CDI que atienden a poblaciones.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al diferenciar por su naturaleza jurídica, los CDI públicos y mixtos muestran una mayor tasa de atención a estos grupos vulnerables o de especial atención. De acuerdo con lo esperado, la mayor diferencia está en la atención a población de Sisben 1 y 2. El 94,6% de los públicos atiende esta población, mientras que en los privados cerca de la mitad. Sucede lo mismo con población en situación de desplazamiento. En grupos étnicos hay una diferencia de cerca de 20 puntos porcentuales entre públicos y privados. En los niños y niñas discapacitados o con necesidades educativas especiales es el grupo donde se encuentra tasas de atención similares entre públicos y privados. El comportamiento de los mixtos es similar al de los públicos (Tabla 41).

Tabla 41. Atención de grupos de población por tipo de CDI

Población	Porcentaje de CDI:		
	Públicos	Privados	Mixtos
Sisben 1 y 2	94,6	47,9	96,8
Afrocolombianos	38,9	21,7	43,6
Indígenas	20,4	4,2	19,4
Situación de desplazamiento	77,9	7,7	72,3
Discapacitada o necesidades educativas especiales	38,4	35,8	42,3

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Frente al peso que tienen estos grupos vulnerables o de especial atención se encontró que comparado con el total de la matrícula de los CDI, los niños y niñas que pertenecen al Sisben 1 y 2 son el 78,1%, los afrocolombianos el 18,4% y los que están en situación de desplazamiento el 11,0%. Los grupos minoritarios entre las opciones analizadas son los niños y niñas con discapacidad o necesidades educativas especiales (4.4%) y los indígenas (2,9%) (Tabla 42).

Tabla 42. Promedio de niños atendidos según tipo de población.

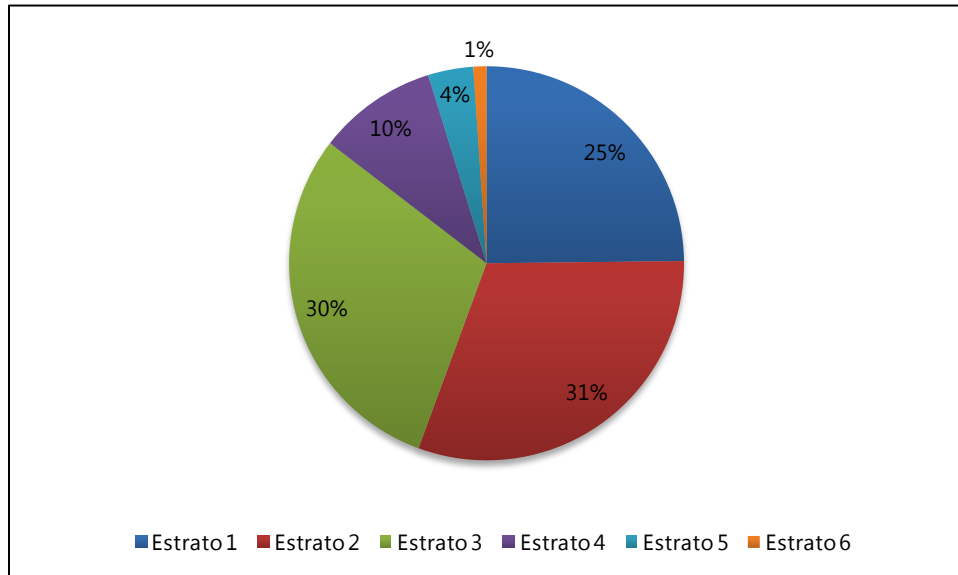
Variables	Afrocolombianos	Indígenas	Desplazados	Discapacitados	SISIBEN 1 y 2
Porcentaje del total de niños y niñas en los CDI	18,4%	2,9%	11,0%	4,4%	78,1%
Número promedio de niños y niñas por CDI	33.73	2.80	25.73	2.95	123.72
Número mínimo de niños y niñas por CDI	1	1	1	1	8
Número máximo de niños y niñas por CDI	400	20	80	20	470

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Otros indicadores que se muestran en la Tabla 42 son el número promedio de niños y niñas por CDI, según al grupo que pertenezcan y el número mínimo y máximo de niños y niñas que pertenecen a estos grupos. De nuevo, los promedios más altos son para Sisben 1 y 2, afrocolombianos y desplazados.

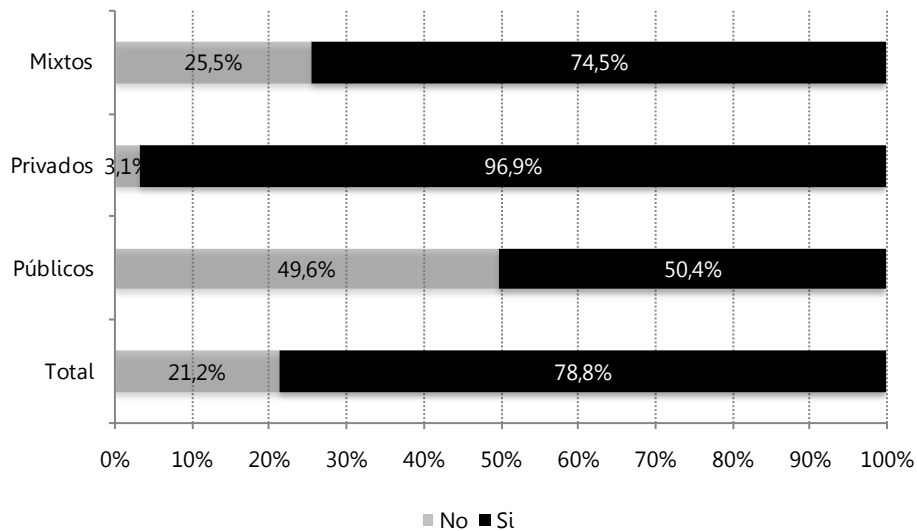
Se les pidió a los CDI que indicarán a qué estrato pertenece la mayoría de los niños y niñas que atienden actualmente. En la Gráfica 111 se muestra que los CDI el 56% clasificaron en atención de niños y niñas de estrato 1 y 2 principalmente. Luego, un 30% atiende en su mayoría a niños de estrato 3 y un 15% están atendiendo a los estratos 4, 5 y 6.

Gráfica 111. Porcentaje de CDI según estrato socioeconómico de la mayoría de niños.



En la descripción de los CDI también se incluyó una pregunta sobre el pago que realizan los padres de familia. En promedio en el 78,8% de los CDI las familias deben pagar dinero por la asistencia de sus niños y niñas. Al diferenciar por la naturaleza jurídica, naturalmente la mayor proporción de CDI privados cobra por el servicio (96,9%). Tal vez sorprende que en la categoría de públicos el 50,4% de los CDI tiene algún cobro en dinero a las familias por la atención de los niños y niñas.

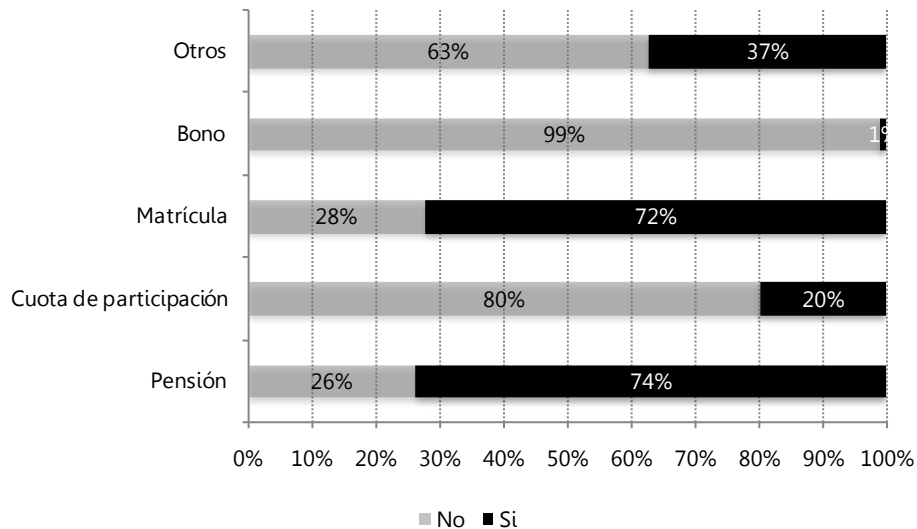
Gráfica 112. CDI con cobro en dinero por la asistencia de niños y niñas



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Los rubros que más pagan las familias por tener a sus niños y niñas en el jardín es matrícula (74%) y pensión (72%) Sin embargo, hay un 20% que paga cuotas de participación y un 37% de CDI que respondieron que cobran otro tipo de cosas.

Gráfica 113. Tipo de pagos que realizan las familias



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En el valor que pagan las familias a los CDI hay dispersión. En promedio se pagan \$125.215, pero en los públicos y en los mixtos se paga cerca de una tercera parte de este valor. Y en cada tipo de CDI la matrícula varía en un rango amplio. En los públicos va de \$10.000 hasta \$170.000, en los privados entre \$7.600 hasta \$1.017.000 y en los mixtos de \$7.600 hasta \$1.017.000. Sin embargo esta dispersión se reduce para los CDI que respondieron que atienden en su mayoría a niños de estrato 1 y 2. En promedio cobran \$60,720, lo cual podría ser excesivo en algunos casos, si se tiene en cuenta que existe una norma regulatoria para este tipo de pagos compensatorios por parte de los padres, de acuerdo con el salario mínimo vigente y para un salario mínimo en el 2012 este pago sería aproximadamente de \$17.000 (Resolución 1740 de 2010 del ICBF). Y con un máximo en los públicos de \$135.000 y en los privados y mixtos de \$200.000 (Tabla 43).

Tabla 43. Valor promedio de la matrícula.

Tipo de CDI	# CDI	Valor promedio de la matrícula	Desviación estándar	Valor mínimo de la matrícula	Valor máximo de la matrícula
Público	68	45.259	35.504	10.000	170.000
Privado	526	144.719	127.819	7.600	1.017.000
Mixto	31	55.123	66.276	15.000	460.000
Total	625	125.215	125.215	7.600	1.017.000

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El valor promedio de la pensión sigue el mismo patrón, más alta en los privados y con menor dispersión al analizar los CDI que atienden mayoritariamente estrato 1 y 2. En esta población el valor promedio de la pensión es de \$21.410 en los CDI públicos (el máximo es \$49.600), \$56.789 en los privados (el máximo es \$160.000) y \$32.368 en los mixtos (el máximo es \$80.000).

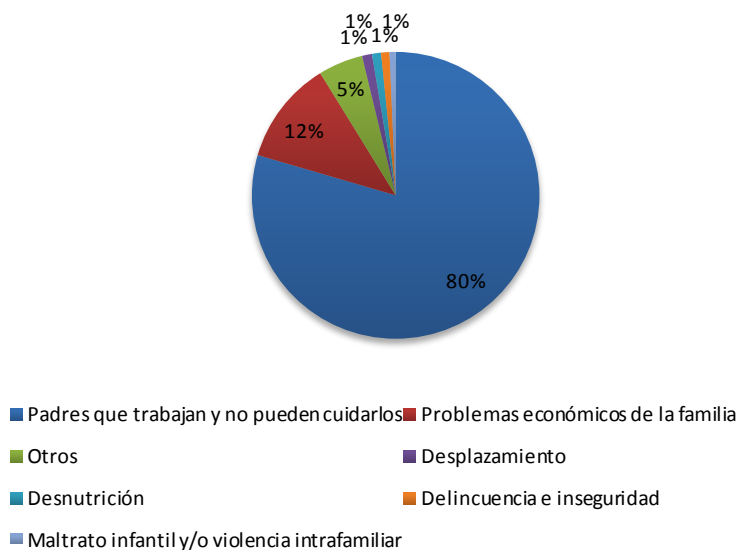
De acuerdo con lo esperado, las matrículas y las pensiones son una fuente de recursos más importante para los privados que en los públicos. Así es en el 95% de los privados, mientras que en los públicos ocurre en el 27,5% de los CDI y en el 29,7% de los CDI mixtos.

Al entrar en el tema de la calidad, tres cuartas partes de los CDI no han participado o adelantado ningún proceso relacionado con la acreditación, y/o certificación de la calidad de sus servicios., con diferencias entre públicos y privados. Mientras en los públicos no ha participado el 65,2%, en los privados aumenta al 82,5%.

También se les preguntó si conocen o aplican algún tipo de estándares para orientar y gestionar el servicio. 80 de cada 100 CDI respondieron afirmativamente. Pero mientras que en los públicos y mixtos los conocen o aplican más del 95%, en los privados es el 67,5%. En la mayoría de los casos, independiente de la naturaleza jurídica los CDI relacionan los estándares de calidad del ICBF.

Para finalizar la descripción, se le preguntó a los CDI sobre las principales necesidades detectadas en la población infantil en la comunidad donde funcionan. El 80% señaló que los padres trabajan y no pueden cuidar a los niños es una de las tres necesidades más importantes, seguido de los problemas económicos de las familias (12%) (Gráfica 114).

Gráfica 114. Principales necesidades de la población infantil



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

5.5. Caracterización del servicio y brechas

La caracterización del servicio implica un análisis descriptivo de los recursos disponibles y los procesos de atención, que son las dimensiones de calidad que se abordan en este componente de la línea de base. Para estructurar este análisis los estándares se clasificaron en las dos dimensiones propuestas: recursos y procesos. Cabe advertir que esta clasificación sigue permitiendo que los estándares estén asociados a derechos.

En el Tabla 44 se muestra la clasificación de los estándares de educación inicial por recursos y procesos, manteniendo su relación con los derechos de los niños. 20 estándares se relacionan con recursos, los cuales se dividieron en tres categorías: humano, físico y dotación. En la propuesta de análisis se tiene en cuenta que los estándares clasificados en recursos no hacen referencia exclusivamente al *stock* o cantidad del recurso, sino también a los mecanismos que tienen los CDI para garantizar que esos recursos sean de calidad. Por ejemplo, en el recurso humano los estándares exigen ciertos parámetros con respecto al número y perfil de las personas que trabajan en los CDI, que son variables de *stock*. Pero a su vez exigen que los CDI tengan un plan de formación y un proceso documentado de la selección del recurso humano. Si bien algunos aspectos de los estándares de recursos podrían también clasificarse como procesos, preferimos mantener la diferenciación entre recursos y procesos que se propuso en la sección anterior de enfoque metodológico.

En cuanto a los procesos en servicios de educacional inicial, los 40 estándares restantes se clasificaron en seis procesos: generación de ambientes seguros y protegidos; proceso pedagógico; seguimiento a las condiciones del niño (casos especiales); alimentación; formación y participación de la comunidad educativa; y planeación, administración y evaluación (Tabla 44).

Tabla 44. Procesos del servicio de educación inicial

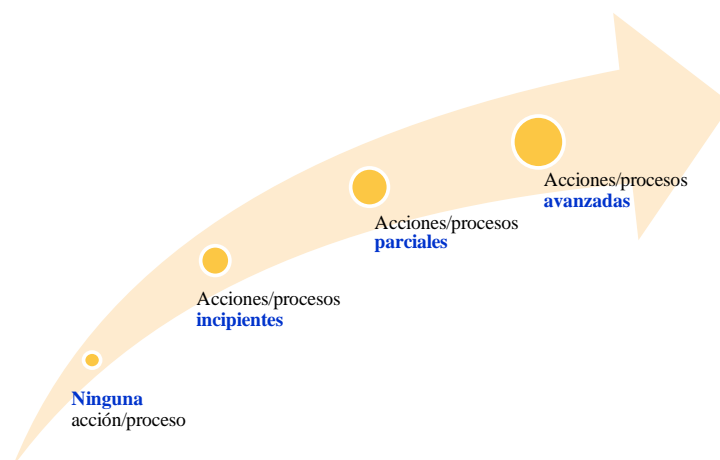
Dimensión	Categorías	#	Derechos			
			Existencia	Desarrollo	Ciudadanía	Protección
Recursos	Humano	5	32, 33-36			
	Físico	11	37-47			
	Dotación	4	48-51			
Procesos	Ambientes seguros y protegidos	7	5, 12-18			
	Proceso Pedagógico	3		20-22		
	Seguimiento a las condiciones del niño	7	1-4, 10-11			30
	Alimentación	6	6-9			
	Formación y participación de la comunidad educativa	7		23-24	25-26, 28-29	31
	Planeación, administración y evaluación	10	19, 27, 52-60			

Complementario a la caracterización, para las categorías y dimensiones propuestas se realiza un análisis de cumplimiento o no de los estándares que permite medir brechas o rezagos de calidad en la prestación de los servicios. Este tipo de análisis consiste en medir qué tan lejos o tan cerca están los CDI del estándar de calidad fijado por la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia.

En este análisis el estándar de calidad sigue siendo el punto de referencia, al indicar la situación deseada. El interés aquí es mostrar la brecha que existe entre la situación actual de los CDI y la situación deseada, es decir, el interés no simplemente medir si se cumple o no con el estándar.

En el diseño de la metodología se consideró que una alternativa para visualizar los rezagos o brechas era suponer que el cumplimiento de un estándar de calidad es gradual, iniciando por una situación en que no hay ninguna acción o proceso, luego un momento en que hay acciones incipientes, pasando a acciones parciales y avanzadas. Esta gradualidad está muy asociada con la planeación, ejecución y seguimiento de acciones encaminadas a incorporar los parámetros de calidad que exige el estándar de calidad. Así, por ejemplo, se clasificaría en el momento de "acciones incipientes" un CDI que tiene alguna noción que determinado atributo de calidad es importante, pero que hasta el momento no ha realizado ninguna acción. Y en "acciones avanzadas" una IPS o CDI que ya incorporaron acciones pertinentes para ese estándar y a las cuales les hace seguimiento. En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se muestra los diferentes momentos descritos.

Figura 6. Esquema para la identificación de rezagos



Para el análisis de los rezagos siguiendo este enfoque de gradualidad se tiene como insumo la misma información de caracterización del servicio, pero su organización y manipulación seguirá la lógica propuesta de gradualidad.

Para operacionalizar la medición de la brecha y simplificar su presentación, los indicadores se estandarizaron en un rango de 0 a 5, donde 0 es un momento en el que no hay requisitos de calidad y por lo tanto el 100% de los CDI cumplen, y luego se le van asignando puntos al CDI (del 1 al 5) de acuerdo con el cumplimiento de los requisitos de calidad que establece el estándar. Al final los CDI que se ubiquen en la posición 5 de esta escala gradual serán los que cumplen con el estándar de calidad (con los requisitos del 1 al 5).

Debido a que no todos los estándares tienen 5 requisitos de calidad que se puedan distribuir a lo largo de la escala propuesta, en algunos casos los puntajes se asignan en las siguientes combinaciones: (1,5) y (1,3,5).

Cabe anotar que los niveles de calidad (del 0 al 5) son acumulativos, es decir, para estar en el nivel 3, el CDI tuvo que cumplir con los requisitos de los niveles 1 y 2.

Los resultados obtenidos se van a mostrar por cada estándar, pero también se calculan los rezagos promedio por categoría de recursos y procesos. Estos rezagos promedio se obtienen a partir de dos indicadores: (1) porcentaje de CDI que cumplen con todos los estándares de la categoría (es decir, en todos obtuvieron 5); (2) brecha o rezago promedio de calidad, que es un número continuo que está en

el rango de 0 a 5. Si este promedio de calidad es 3.5, significa que existe una brecha un rezago de 1.5 puntos de calidad.

A continuación se presentan los resultados de caracterización del servicio y brechas para cada una de las categorías de análisis.

5.5.1. *Recurso humano*

La calidad del recurso humano la definen los estándares en términos de la gestión de un plan de formación, y la cantidad, el perfil y la selección del personal. También se monitorea el cumplimiento de la legislación laboral y civil. Los estándares que debe cumplir son:

Estándar 32: gestionar y facilitar el desarrollo de su plan de formación del talento humano.

Estándar 33: cumplir con los perfiles del talento humano que se requiere en términos de educación, formación complementaria, experiencia y habilidades, para la atención integral de niños y niñas.

Estándar 34: cumplir con el número de personas requeridas para asegurar la atención al número total de niños y niñas que atiende y al grupo de edad al que pertenecen.

Estándar 35: definir, desarrollar y documentar un proceso de selección de su equipo.

Estándar 36: garantizar, durante su vinculación laboral, lo estipulado por la ley laboral y civil.

- **Estándar 32:** El CDI gestiona y facilita el desarrollo de su plan de formación.

El indicador de calidad se mantiene en un porcentaje alto de CDI hasta el nivel 3 (76.08%), en el que cuentan con temas de formación identificados y priorizados y además tienen definido las necesidades de formación en términos de la cantidad del personal. Sin embargo, al nivel 4 deja de llegar una cantidad importante de CDI debido a que los profesionales de campo no encontraron evidencia para verificar que exista una programación de capacitaciones (Tabla 45).

Tabla 45. CDI con plan de formación

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Tiene identificados temas de formación	84.89
2	Tiene temas de formación priorizados	83.99
3	Sabe cuentas personas se capacitan en 2012	76.08
4	Se verifica la programación de capacitaciones	45.91
5	Tiene recursos presupuestados para capacitar	10.13

Nota 1: Nivel 1: vii_p15=Sí. Nivel 2:vii_p16=lista al menos 2 de los temas. Nivel 3: vii_p15=Sí. Nivel 4*: p22=Sí. Nivel 5: vii_p18=Sí.
 *Verificación
 Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

El nivel de calidad 5 solo aplica para CDI privados en la medida que exige que existan recursos presupuestados para realizar las capacitaciones. En los públicos los recursos para capacitaciones generalmente son ejecutados desde las secretarías de educación municipales. Los privados que llegan a este nivel representan el 10,1% del total de CDI y el 19,1% de los privados.

- **Estándar 33:** perfil del talento humano.

Los CDI en su mayoría exigen la formación adecuada a su personal (el coordinador debe ser profesional, los docentes profesionales en ciencias de la educación y el personal de cocina debe tener primaria), alcanzando el 94,5% de los CDI el nivel de calidad 1. Al nivel 2 lo alcanzan menos CDI (el 71.02%) debido a que no solicitan la experiencia requerida por el estándar (2 años para los coordinadores, un año para los docentes y un año para el personal de la cocina). En el nivel 3 es donde se ubica el mayor rezago de calidad, en la medida que solo pasan 29,2% a los que fue posible verificar en las carpetas la formación del personal. Luego en el nivel 4 también se reduce el porcentaje de CDI (a 12,2%) en la medida que tampoco de logró verificar la experiencia en las capetas. Por último, al nivel 5 solo llega el 7,2% de los CDI debido a que el perfil académico del personal consignado en las carpetas no corresponde al exigido en los estándares (Tabla 46).

Tabla 46. Perfil del personal

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Exige la formación establecida en estándares	94.50
2	Exige la experiencia establecida en estándares	71.02
3	Verifica la formación	29.23
4	Verifica la experiencia	12.22
5	Tiene las profesiones establecidas estándares	7.24

Nota 1: Nivel 1:vii_p8: coordinador (profesional), docentes (profesionales en ciencias de la educación) y aseo (primaria). Nivel 2: vii_p9: experiencia exigida para coordinadores (2 años), docentes (1 año) y cocina (1año). Nivel 3*: p16=Sí. Nivel 4: p17*=Sí. Nivel 5: p20 profesiones establecidas para docente y coordinador.
 Nota 2: verificación (*) Se realiza para coordinador, personal docente y personal aseo/cocina. Se verifica que se cumpla con el estándar en las tres carpetas.
 Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 34:** cantidad de personal.

Para su funcionamiento los estándares exigen que los CDI cuenten con un equipo de personas multidisciplinario que garantice la atención integral. Se solicita: coordinador, docentes, personal de aseo y alimentación, auxiliares administrativos y pedagógicos y profesionales de apoyo nutricional y psicosocial.

Son pocos los CDI que no tienen coordinador, menos del 10%. Es en el nivel 2 de calidad donde los CDI tienen mayor dificultad debido a la relación niños por docente. En promedio esta tasa es de 27,7 niños por docente en promedio (el estándar exige 10 niños por docente para niños de 3-23 meses, 15 para 24-36 meses y 20 para niños de 37 meses o más). En los públicos la tasa obtenida es muy superior, 41,2 niños por docente. Bajo este parámetro al nivel 2 llega el 31,5% de los CDI. Luego se observa que los CDO tienen dificultad para incorporar personal adicional o complementario a los docentes. Al final solo el 0,59% de los CDO cumplen con todo el equipo solicitando en los estándares de calidad (Tabla 47).

Tabla 47. Cantidad de personal

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Tiene coordinador	91.52
2	Adecuada relación niños / docentes (2)	31.50
3	Tiene personal aseo y alimentación	11.10
4	Tiene auxiliares administrativos y pedagógicos.	5.46
5	Tiene profesionales de apoyo nutricional y psicosocial.	0.59

Nota 1. **Nivel 1:** vii_p7>0 coord. y vii_p11=tiempo completo si jornada completa o vii_p11=tiempo parcial si jornada media. **Nivel 2:** matrícula / vii_p7docentes. Nivel 3: vii_p7>0 aseo/alimentación. **Nivel 4:** vii_p7>0 auxiliar admin./pedag. **Nivel 5:** vii_p7>0 profesional apoyo nutrición/psicosocial.

Nota 2. Promedio ponderado por cada servicio prestado: 3-23 meses → 10 niños, 24-36 → meses 15 niños, 37-71 → meses 20 niños.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 35:** EL CDI define, desarrolla y documenta un proceso de selección de su equipo.

Este estándar para los CDI que realizan el proceso de selección del personal. En total lo hace el 69,6% de los CDI, con diferencias por naturaleza jurídica: públicos (38,1%), privados (92,5) y mixtos (52,0%). En primer lugar se examina si los CDI afirman tener un proceso de selección definido e implementado, lo cual cumple el 73,4% de los CDI. Al nivel 2 solo pasa alrededor de la mitad de estos CDI, al contar con este proceso debidamente documentado (37,8%). La calidad sigue aumentando si el CDI logra identificar al menos tres actividades específicas para la selección del personal (i.e. realiza entrevistas a varios candidatos), lo cual cumple el 37,2% de los CDI. Al nivel 4 ingresan los CDI que responden contar con carpetas para archivar la documentación de sus empleados. Y, al final, el nivel 5 lo cumple el

4,67% por efectivamente mostrar que las carpetas de los empleados contienen la información relevante.

Tabla 48. Proceso de selección del personal

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Tiene definido e implementado un proceso de selección	73.42
2	El proceso de selección está debidamente documentado	37.86
3	Realiza actividades específicas de selección	37.38
4	Tiene carpetas de los empleados	36.73
5	El contenido de las carpetas de los empleados es completo	4.67

Nota 1. **Nivel 1:** vii_p2=Sí. **Nivel 2*:** p15=Sí. **Nivel 3:** vii_p4=selecciona al menos 3. **Nivel 4:** vii_p5=Sí (tienen carpetas empleados). **Nivel 5*:** p16, p17, p18=se verifica información de las carpetas.

Nota 2: (*)verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 36:** El CDI garantiza lo estipulado por la ley laboral.

Lo primero que se debe garantizar es que el personal tenga contrato. En la Tabla 49 se muestra el tipo de contrato laboral para coordinadores, docentes y auxiliares pedagógicos. El tipo de contrato que predomina es el laboral de tiempo completo, con mayor participación en el caso de los docentes (68,5%). El resto de opciones contractuales se distribuyen en porcentuales que varían entre el 3% y 10%. Por fuera de este rango hay dos datos que vale la pena comentar para el caso de las auxiliares pedagógicas. El primero es que en este tipo de perfil aumenta los contratos con terceros (i.e. cooperativas) al 15,3%, mientras que en el caso del coordinador y los docentes es 2,4% y 6,6%. Y el segundo es que aumenta el porcentaje de personas sin contrato (2,4%). Esta tendencia se empieza a registrar entre el resto de personal de los CDI (auxiliares administrativos, profesional de apoyo nutricionista, auxiliares de aseo manipulador de alimentos, profesional de apoyo psicosocial, auxiliar de enfermería).

Tabla 49. Tipo de contratación en los CDI (porcentaje de CDI)

Tipo de contratación	Coordinador	Docente	Aux. Pedagógico
Contrato de prestación de servicios, tiempo completo	8,7	9,6	6,0
Contrato de prestación de servicios, tiempo parcial	2,6	6,7	12,6
Contrato laboral, tiempo completo	62,2	68,5	57,0
Contrato laboral, tiempo parcial	3,6	7,5	6,4
Contrato con un tercero	2,4	6,6	15,3
No tienen contrato	0,2	0,9	2,4

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al analizar el tipo de contratación por naturaleza jurídica se observa mayor énfasis de los públicos y mixtos en contratos laborales de tiempo completo, mientras que en los privados los contratos de prestación de servicios tiempo parcial también tienen una participación importante.

Para el cálculo del indicador de calidad se estableció como primer requisito que los coordinadores y docentes tengan contrato, lo cual cumple el 78.3% de los CDI. Luego que el resto del personal tenga contrato (auxiliares, psicólogos, nutricionistas, etc), nivel de calidad que cumple el 70.4% de los CDI. En el nivel 3 llegan los CDI que además tienen los contratos del personal debidamente archivados (57,2%) y el nivel 4 si el CDI realizan a tiempo los pagos de sueldos y honorarios del personal (53,0%). Al final los que cumplen con el nivel 5 de calidad son los CDI que además de todo lo anterior pagan los beneficios laborales legales al personal que tiene contrato laboral y/o solicitan los aportes de pensiones y seguridad social para el caso de contratos de prestación de servicios. El nivel 5 lo cumple el 15,09%, en el paso de 4 a 5 es donde se ubica el mayor rezago de calidad.

Tabla 50. Cumple con la ley laboral

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El coordinador y los docentes tienen contrato	78.31
2	El resto del personal tiene contrato	70.48
3	Los contratos están debidamente archivados	57.27
4	Los pagos del sueldo u honorarios se realizan a tiempo	53.06
5	Los empleados tienen beneficios laborales y a los independientes se les solicita aportes en seguridad	15.09

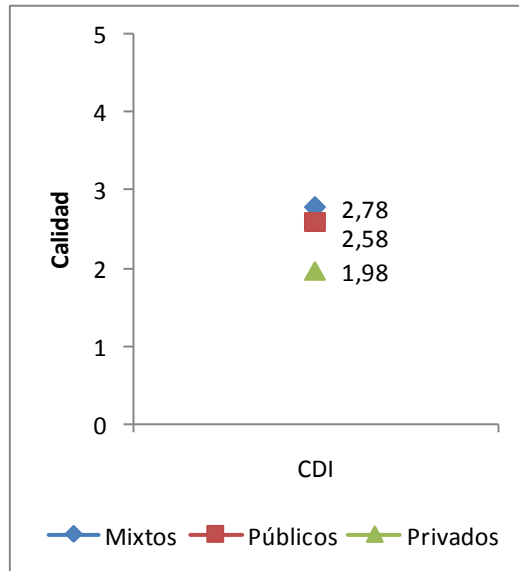
Nota 1. **Nivel 1:** vii_p11(docentes/coordinadores)=Sí. **Nivel 2:** 2:vii_p11(resto personal)=Sí. Nivel 3:p21*=Sí (verifica contratos en carpetas). Nivel 4: vii_p14=Sí. Nivel 5: vii_p12= marcar sí en 4 y vii_p13=Sí.

Nota 2. (*) verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

Al calcular el nivel agregado de calidad, ningún CDI cumplió estar en el nivel cinco en todos los estándares de calidad de recurso humano (32-36). Y al estimar el puntaje promedio de calidad los CDI mixtos obtuvieron 2,78 de 5 puntos posibles, los públicos 2,58 y con menor puntaje los privados (1,98) (Gráfica 115).

Gráfica 115. Brecha de recurso humano



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

5.5.2. Recurso físico

La calidad del recurso físico la definen los estándares que incorporan aspectos relacionados con que el CDI funcione en un inmueble fuera de amenazas naturales, de violencia armada y de entornos peligrosos. También teniendo en cuenta que el CDI disponga de servicios públicos, que cuente con las condiciones físicas y de higiene y limpieza requeridas y con espacios diferenciados para realizar las distintas actividades. Finalmente, de la realización de acciones para la adecuación de espacios para niños con discapacidad. Los estándares que debe cumplir son³³:

Estándar 37: funcionar en un inmueble fuera de amenazas naturales y de violencia armada.

Estándar 40: disponer de servicios públicos.

Estándar 41: encontrarse fuera de entornos peligrosos.

Estándar 42: realizar acciones para la adecuación de espacios para niños con discapacidad.

Estándar 43: controlar las condiciones de riesgo de accidentalidad.

Estándar 44: cumplir con las condiciones físicas requeridas

Estándar 45: cumplir con las condiciones físicas requeridas.

Estándar 46: cumplir con las condiciones de higiene y limpieza.

³³ Los estándares 38 y 39 aplican solo para centros que inicien en 2012, por lo tanto no se incluyeron en el presente estudio.

Estándar 47: contar con acceso a piscina con condiciones de seguridad y salubridad.

- **Estándar 37:** El CDI funciona en un inmueble fuera de amenazas naturales y de violencia armada.

Para la construcción del indicador de calidad se tuvo en cuenta si el CDI está localizado en zonas de riesgos naturales relacionados con: inundación, avalancha, deslizamiento de tierra y terremoto y si se encuentra cerca de instalaciones militares. Los niveles 1 a 4 del estándar se definen considerando el número de riesgos naturales a los cuales están expuestos los CDI. El 77.65% de los CDI cumple con el indicador de calidad al alcanzar el nivel 5. Esto significa que esos CDI no se encuentran cerca de instalaciones militares y que no registran riesgo natural alguno. Están en el nivel 1 aquellos que no registran más de 3 riesgos naturales (99.88%) y en el nivel 2 aquellos que no registran más de 2 riesgos naturales (99.27%). Por otra parte, el 96.5% de los CDI no registra más de un riesgo (nivel 3) y el 80.12% no registra riesgo natural alguno (Tabla 51).

Tabla 51. CDI fuera de amenazas naturales y violencia armada

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	No registra más de 3 riesgos naturales	99.88
2	No registra más de 2 riesgos naturales	99.27
3	No registra más de 1 riesgos naturales	96.50
4	No registra riesgos naturales	80.12
5	No se encuentra cerca de instalaciones militares	77.65

Nota 1: Nivel 1: ix_p8: marca si en menos de 4. Nivel 2:ix_p8: marca si en menos de 3. Nivel 3:ix_p8: marca si en menos de 2. Nivel 4:ix_p8: marca no a todos. Nivel 5: ix_p7: no a instalaciones militares.

Nota 2: *Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 40:** El CDI dispone de servicios públicos.

El indicador de calidad se basa en el número de servicios públicos que tiene el CDI con respecto a los 6 servicios públicos básicos que se consideran: acueducto, alcantarillado, red eléctrica, recolección de basuras, gas por tubería y teléfono. Se define que el CDI que tenga esos 6 servicios cumple con el estándar de calidad. Los resultados muestran que el 99.37% de los CDI está en el nivel 1 del indicador al tener al menos 2 servicios públicos. El porcentaje de CDI disminuye a medida que se consideran más número de servicios públicos siendo la caída más importante entre el nivel 4 y el nivel 5 con el 87.13% y el 51.84%, respectivamente. El servicio público con el que menos cuentan los CDI es gas domiciliario por tubería (41,4% de los CDI no lo tienen) (Tabla 52).

Tabla 52. CDI dispone de servicios públicos

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Tiene al menos 2 de los servicios públicos	99.37
2	Tiene al menos 3 de los servicios públicos	98.19
3	Tiene al menos 4 de los servicios públicos	96.89
4	Tiene al menos 5 de los servicios públicos	87.13
5	Tiene los 6 servicios públicos básicos	51.84

Nota: Nivel 1: ix_p6: marca si en al menos 2. Nivel 2: ix_p6: marca si en al menos 3. Nivel 3: ix_p6: marca si en al menos 4. Nivel 4: ix_p6: marca si en al menos Nivel 5. 1: ix_p6: marca si en al menos 1.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 41:** El CDI se encuentra fuera de entornos peligrosos.

Para calcular el indicador de calidad se define que el CDI no puede localizarse a menos de 100 metros de los siguientes entornos peligrosos: fábricas o industrias, basureros, plazas de mercado o mataderos, aeropuertos, terminales de buses, caños de aguas negras, plantas de tratamiento de aguas residuales, líneas de transporte de hidrocarburos, líneas de energía de alta tensión, y depósitos de aguas sucias o pantanosas. El estándar se cumple cuando el CDI no tiene en su cercanía entorno peligroso alguno y los niveles 1 a 5 del indicador se definen considerando el número de entornos peligrosos que se encuentran a menos de 100 metro. El nivel 1 corresponde a 4 entornos peligrosos y el nivel 5 a ningún entorno peligroso. El 1,56% de los CDI alcanza el nivel 5 del indicador. Los niveles 2, 3 y 4 del indicador de calidad muestran que un número importante de CDI se encuentra cerca a entornos peligrosos (17.20% a 20.56%) (Tabla 53).

Tabla 53. CDI fuera de entornos peligrosos

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Cercanía a 4 entornos peligrosos	99.86
2	Cercanía a 3 entornos peligrosos	20.56
3	Cercanía a 2 entornos peligrosos	19.94
4	Cercanía a algún entorno peligrosos	17.20
5	No tiene cercanía a algún entorno peligroso	1.56

Nota: Nivel 1:ix_p7: marca si en menos de 5. Nivel 2:ix_p7: marca si en menos de 4. Nivel 3:ix_p7: marca si en menos de 3. Nivel 4:ix_p7: marca si en menos de 2. Nivel 5:ix_p7: marca no en todos.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 42:** El CDI realiza acciones para la adecuación de espacios para niños con discapacidad.

El indicador de calidad se construye teniendo en cuenta tres condiciones diferentes: i) si el CDI ha realizado adecuaciones para niños en situación de discapacidad o no las ha realizado porque no las requería (nivel 1); y la calificación que el encuestador da a esas adecuaciones ii) 3 y iii) 4 o 5. Los resultados muestran que el 78.56% de los CDI está en el nivel 1, en el 32.59% de los casos se han hecho adecuaciones y éstas son calificadas por el encuestador con 3 mientras que solo el 24.43% alcanza el nivel 5 del indicador, con adecuaciones que se califican con 4 o 5 (Tabla 54).

Tabla 54. CDI con acciones para la adecuación de espacios para niños con discapacidad

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Ha hecho adecuaciones para niños discapacitados o no las necesitaba	78.56
3	El encuestador califica con 3 las adecuaciones para niños discapacitados	32.59
5	El encuestador califica con 4 o 5 las adecuaciones para niños discapacitados	24.43

Nota 1 Nivel 1: ix_p10_i=Si. Nivel 3: Verificar siempre 4= 3. Nivel 5: Verificar siempre 4*= 4 o 5.

Nota 2 *Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 43:** El CDI controla las condiciones de riesgo de accidentalidad

Para construir el indicador de calidad se tuvo en cuenta si el CDI ha realizado mejoras o adecuaciones físicas en algunos de los siguientes aspectos: a) pisos, paredes, escaleras, techos, ventanas, (f) señalización de espacios, (g) seguridad en los puntos de acceso al inmueble, (h) medidas de prevención de accidentes en pisos, escaleras, ventanas, balcones, tomas eléctricas. Adicionalmente, se establece que a mayor número de esos aspectos sometidos a mejoras o adecuaciones, mejora el nivel del indicador. Finalmente, se tiene en cuenta la valoración que el encuestador hace de las adecuaciones. En los casos de CDI que no hayan hecho adecuaciones porque no las necesitan, se les ubicó en el nivel de calidad 4.

El resultado de indicador es que el 99.18% de los CDI ha realizado alguna adecuación o no la necesitaba, mientras que el 95.10% y el 88.45% han realizado al menos dos adecuaciones o tres adecuaciones, respectivamente. En el nivel 4 del indicador están los CDI que realizan más de tres adecuaciones o no las necesitaban, llegan a ese nivel el 70.85% de los CDI mientras que al cumplimiento del estándar que pasa por la calificación de las adecuaciones sólo llega el 2.32% de los CDI (Tabla 73). Lo anterior parece evidenciar que si bien se hacen adecuaciones para niños en condición de discapacidad, la calidad de esas adecuaciones no parece ser buena.

Tabla 55. CDI controla condiciones de riesgo de accidentalidad

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI ha realizado alguna adecuación	99.18
2	El CDI ha realizado al menos 2 adecuaciones de riesgo de accidentalidad	95.10
3	El CDI ha realizado al menos 3 adecuaciones de riesgo de accidentalidad	88.45
4	El CDI ha realizado más de 3 adecuaciones de riesgo de accidentalidad o no las necesitaba	70.85
5	Encuestador califica las adecuaciones de riesgo de accidentalidad del CDI con nota en promedio mayor a 3	2.32

Nota 1: Nivel 1: ix_p10_(a, f-h): si en al menos 1. Nivel 2: ix_p10_(a, f-h): si en al menos 2. Nivel 3: ix_p10_(a, f-h): si en al menos 3. Nivel 4: ix_p10_(a, f-h): si en al menos 4 o ix_p11=no necesitaba adecuaciones. Nivel 5: Verificar siempre_4*(a, f-h) = mayor o igual a 3 en promedio

Nota 2: *Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 44:** El CDI cumple con las condiciones físicas requeridas.

El indicador de calidad busca identificar el número de adecuaciones que ha realizado el CDI y a mayor número de adecuaciones se obtiene un mayor valor del indicador, entre las siguientes opciones: (a) pisos, paredes, escaleras, techos, ventanas, (b) iluminación de los espacios, (c) ventilación de los espacios. El indicador se cumple en el nivel 5 si el encuestador otorga una buena calificación, en promedio mayor a 4, a las adecuaciones realizadas. Se considera como una verificación de las condiciones por parte del encuestador. Los resultados muestran que el 98.48% de los CDI ha realizado una adecuación condición. Llegan a tres adecuaciones el 67.93% pero igual que el estándar de condiciones de riesgo de accidentalidad, cuando las adecuaciones son calificadas, solo el 1,26% de los CDI cumple el estándar (Tabla 56).

Tabla 56. CDI cumple con las condiciones físicas requeridas

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI ha realizado al menos una adecuación a las condiciones físicas	98.48
3	El CDI ha realizado las 3 adecuaciones de las condiciones físicas	67.93
5	Encuestador califica las adecuaciones de las condiciones físicas del CDI con nota en promedio mayor a 4	1.26

Nota 1: Nivel 1: ix_p10_(a-c): si en la menos 1. Nivel 2: ix_p10_(a-h): si en la menos 2. Nivel 3: ix_p10_(a-h): si en al menos 3 o ix_p11=no necesitaba adecuaciones. Nivel 5: Verificar siempre_4*(a-h) = mayor o igual a 3 en promedio

Nota 2: *Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 45:** El CDI cuenta con espacios diferenciados para las actividades.

El indicador de calidad se construye considerando que el CDI debe contar con espacios exclusivos para la realización de las distintas actividades. En ese sentido, se requieren espacios exclusivos para actividades pedagógicas, recreativas, deportivas, administrativas, áreas de servicios sanitarios, áreas de servicios de cocción de alimentos y comedor. Por otra parte, se valora positivamente que los diferentes espacios están separados por paredes y/o puertas, porque esto asegura que están claramente separados. Finalmente, el indicador también incorpora que el CDI tenga zonas específicas para cunas, gateo, lactancia y aprendizaje de control de esfínteres y cambio de pañales. El tener más espacios y exclusivos y más zonas específicas se valora positivamente y le otorga un mayor nivel de cumplimiento al CDI.

Los resultados muestran que el 99.18% de los CDI cuenta con al menos tres espacios de uso exclusivo para ciertas actividades y el 95.10% con 7 espacios. Al comprobar, por parte del encuestador, que tres espacios estén separados por puertas y/o paredes, el 88.45% cumple es decir que alcanzan el nivel 3 del indicador. Al incorporar que el CDI tenga al menos una zona específica, el 70.85% de los CDI cumple y el nivel 5, solo lo alcanza el 2,32% de los CDI, es decir que contar con 4 zonas específicas es una condición que no se cumple en casi ningún caso(Tabla 73).

Tabla 57. CDI cuenta con espacios diferenciados para las actividades

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Cuenta con al menos 3 de los 7 espacios exclusivos para actividades	99.18
2	Cuenta 7 espacios exclusivos para actividades	95.10
3	El encuestador comprueba 3 espacios exclusivos separados por puertas y/o paredes	88.45
4	El CDI cuenta con al menos una de 4 zonas específicas	70.85
5	El CDI cuenta con 4 zonas específicas	2.32

Nota 1 Nivel 1: ix_p12: marca sí en al menos 3. Nivel 2: ix_p12: marca sí en todos. Nivel 3: Verificar siempre_5*=marca sí en todos. Nivel 4:ix_p13: marca sí en al menos 1. Nivel 5: ix_p13: marca sí en todos.

*Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 46:** El CDI cumple con las condiciones de higiene y limpieza.

El indicador de calidad se construye con base en el estándar que establece que por cada 35 niños debe haber un auxiliar de aseo. Así, los CDI que cumplen con esa relación están en el nivel 5. A los otros niveles del indicador se asocian diferentes relaciones de niños por auxiliar, teniendo en cuenta que a mayor valor de la

relación menor nivel en el cumplimiento del estándar. El 14.77% de los CDI cumple el estándar mientras que el 44.17% se encuentra en el nivel 1, en donde la relación niños por auxiliar es más del doble de lo establecido en el estándar. Esta situación es bien preocupante porque evidencia que cerca del 53% de los CDI tienen relaciones aún más altas que la de los CDI clasificados como del nivel 1(Tabla 73)..

Tabla 58. CDI cumple condiciones de higiene y limpieza

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI tiene al menos 1 auxiliar de aseo por cada 75 niños	47.17
2	El CDI tiene al menos 1 auxiliar de aseo por cada 65 niños	39.60
3	El CDI tiene al menos 1 auxiliar de aseo por cada 55 niños	31.96
4	El CDI tiene al menos 1 auxiliar de aseo por cada 45 niños	23.24
5	El CDI tiene al menos 1 auxiliar de aseo por cada 35 niños	14.77

Nota 1 Nivel 1: Matricula /vii_p7 (aux_aseo)>75. Nivel 2: Matricula /vii_p7 (aux_aseo) >75. Nivel 3: Matricula /vii_p7 (aux_aseo)>75. Nivel 4: Matricula /vii_p7 (aux_aseo)>75. Nivel 5: Matricula /vii_p7 (aux_aseo)>75.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 47:** El CDI cuenta con acceso a piscina con condiciones de seguridad y salubridad.

El indicador de calidad se construye para los CDI que realizan actividades con los niños en la piscina, ya sea en la piscina del CDI o en otra piscina (nivel 1). Se considera que en los dos casos se debe solicitar el certificado de higiene (nivel 2), que se debe tener copia de ese documento (si se solicita y no tiene copia nivel 3, si tiene copia nivel 4)) y que además debe ser expedido por una autoridad competente (nivel 5). El resultado muestra que el 27.35% de los CDI realizan actividades con los niños en piscinas y que el 10.19 solicita el certificado pero que solo tienen copia el 5.50% y únicamente el 3.91% tiene la copia del certificado y es efectivamente emitida por una autoridad de salud de acuerdo con la verificación del encuestador. Esta cifra parece muy baja en la medida que hay una ley que rige claramente el tema de las piscinas y más para niños entre 0 y 6 años(Tabla 73).

Tabla 59. CDI con acceso a piscina con condiciones de seguridad y salubridad

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Lleva a los niños a la piscina para actividades deportivas y recreativas	27.35

2	No ha solicitado el certificado de higiene de la piscina	27.35
3	Solicitó el certificado de higiene de la piscina pero no tiene copia	10.19
4	Solicitó el certificado de higiene de la piscina y tiene copia	5.50
5	Verifica el certificado de higiene expedido por la entidad de salud competente	3.91

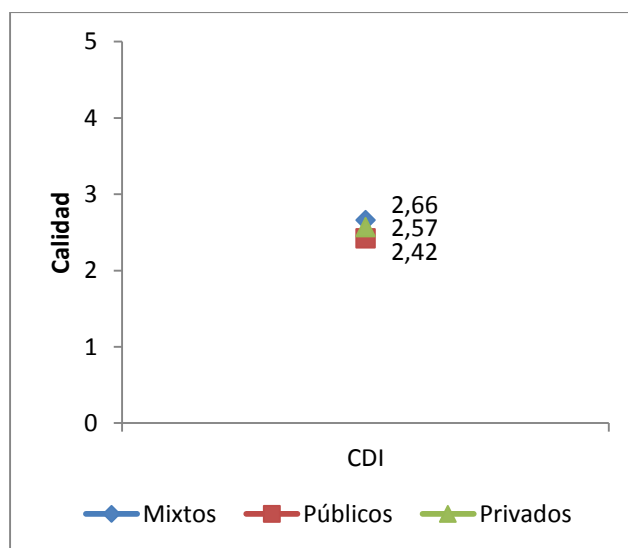
Nota 1. **Nivel 1:** ix_p16=Sí. **Nivel 2:** ix_p17= No lo solicito. **Nivel 3:** ix_p17= lo solicito pero no tiene copia. **Nivel 4:** ix_p17=solicitado y tiene copia. **Nivel 5:** P23*=verificado.

Nota 2: (*) Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

El estándar agregado de recurso físico basado en los 9 estándares anteriormente explicados no es cumplido por ninguno de los CDI. 5 de esos estándares son alcanzados por menos del 4% de los CDI. Los 4 estándares restantes, oscilan entre el 77.65% y el 14.77% de cumplimiento. Se resalta que esta situación se da para el sector público, privado y mixto. En cuanto a la brecha de recurso físico, pareciera que los CDI van en la mitra del camino hacia el estándar, les faltan 2.5 puntos para llegar a ese nivel. Al comparar por tipo de CDI se establece que son los colegios públicos los que más lejos están del estándar (2.42), seguidos de los privados con (2.57) y posteriormente de los mixtos (Gráfica 116).

Gráfica 116. Brecha de recurso físico promedio 1-5



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

5.5.3. Recursos de dotación

La calidad del recurso de dotación la definen los estándares que incorporan aspectos relacionados con que el CDI cuenta con material pedagógico y didáctico que cumpla con las características requeridas para el desarrollo de los niños; con la dotación indispensable para la prestación del servicio; y que los niños tengan acceso a elementos básicos de aseo. Finalmente se incorpora la disponibilidad de un botiquín. Los estándares que debe cumplir son:

Estándar 48: utilizar material pedagógico y didáctico que cumpla con características de diversidad, desarrollo de diferentes condiciones y de seguridad.

Estándar 49: identificar y garantizar la dotación indispensable para la prestación del servicio.

Estándar 50: asegurar que el niño tenga acceso a elementos básicos de aseo.

Estándar 51: contar con botiquín dotado.

- **Estándar 48:** El CDI utiliza material pedagógico y didáctico que cumple con características de diversidad, desarrollo de diferentes condiciones y de seguridad.

El indicador de calidad busca incorporar que los CDI tengan material como: (a) Instrumentos y elementos musicales, (b) Colección de literatura infantil, (c) Juguetes, d. Colores, pinturas y lápices y (e) Material didáctico. A mayor número de elementos se considera que el CDI está en un nivel mayor del indicador. Por otra parte se busca que los materiales estén diferenciados por grupos de edad, que representen las diferencias étnicas y culturales y que se adapten a las condiciones de los niños con discapacidad.

El resultado del indicador muestra que en el 12.43% de los CDI las materiales cumplen con todas las características mencionadas en el párrafo anterior. En Tabla 60 se muestra que la mayor pérdida de calidad ocurre cuando se pasa al requisito de contar con materiales diferenciados para grupos de edad, y materiales especiales para representar las diferencias étnicas y culturales.

Tabla 60. CDI cuenta con material pedagógico y didáctico

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Cuenta con al menos 3 de los 5 tipos de material pedagógico y didáctico necesario	98.93
2	Cuenta con los 5 tipos de material pedagógico y didáctico necesario	90.22

3	Los materiales están diferenciados por grupos de edad	70.69
4	Tiene materiales especiales para representar las diferencias étnicas y culturales	48.72
5	El CDI tiene materiales especiales para los niños con discapacidad	12.43

1: viii_p9: si en al menos 3. 2: viii_p9: si en todos 3: viii_p10=Sí. 4: viii_p12=Sí. 5: viii_p11=Sí.

- **Estándar 49:** El CDI identifica y garantiza la dotación indispensable para la prestación del servicio.

El indicador de calidad de la dotación indispensable para la prestación del servicio se refiere a mobiliario específico por grupos de edad (niños menores y mayores de 2 años), para almacenar materiales y objetos personales de los niños y para áreas administrativas. También tiene que ver con lencería para los niños como cobijas y almohadas. Incluye, de la misma forma, artículos para la cocina, el manejo seguro de la leche materna y desechos. Para estar en el nivel 1 del indicador, los CDI deben tener al menos 4 de los 8 ítems básicos y para estar en el nivel 3, los CDI deben contar con la dotación suficiente para atender a los niños con al menos 4 ítems básicos. Finalmente, los CDI que se encuentran en el nivel 5 son aquellos que reciben una calificación por parte del encuestador de 3 o superior.

El 75.02% de los CDI están en el nivel 1 y sólo el 65.01% logra que todos los niños atendidos accedan al menos a 4 ítems básicos. Únicamente el 0.21% de los CDI cumple con el estándar, es decir que además de tener los 4 ítems básicos para los alumnos el estado de la dotación tienen una calificación igual o superior a 3 (Tabla 61).

Tabla 61. CDI identifica y garantiza dotación indispensable

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Cuenta con dotación en al menos 4 de los 8 ítems básicos	75.02
3	La dotación es suficiente para atender a los niños en al menos 4 de los 8 ítems básicos	65.01
5	El encuestador califica con nota de 3 o mayor el estado de la dotación	0.21

Nota: Nivel 1: viii_p1: marca Sí en al menos 4. Nivel 3: viii_p2= marca Sí en al menos 4.

Nivel 5: p32*= califica con nota promedio igual o mayor a tres.

Nota 2: *verificación.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 50:** El CDI asegura que el niño tenga acceso a elementos básicos de aseo.

El indicador de calidad relacionado con el acceso a los elementos básicos de aseo se define teniendo en cuenta tres aspectos: i) si el acceso es a elementos básicos (papel higiénico y jabón) o a elementos generales (los anteriores más crema y cepillo de dientes); ii) si es el CDI u otra institución la que garantiza esos elementos en el CDI y, iii) por las características de ese acceso: esporádica o permanente. Se considera como permanente si en el último mes, con respecto al momento de aplicación de la encuesta, no hubo ni un día en que faltaran esos elementos a los niños (Tabla 62).

Los resultados del indicador de calidad muestran que el 54,15% de los CDI llegan al nivel 5 del indicador. Es decir que de manera permanente el CDI u otra institución ofrecen a los niños los elementos generales de aseo (los mencionados en el párrafo anterior). En el nivel 3 se encuentra el 61,10% de los CDI es decir que ofrecen los elementos básicos más cepillo y crema de dientes. En el nivel 1 se ubica el 63,66% de los CDI al solo disponer de los elementos básicos (papel higiénico y jabón) suministrado por el CDO o una institución (Tabla 62).

Tabla 62. CDI asegura acceso a elementos básicos de aseo

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Los niños tienen acceso a elementos de aseo básicos por el CDI o una institución	63.66
3	Los niños tienen acceso a elementos de aseo en general por el CDI o una institución	61.10
5	Los niños tienen acceso a elementos de aseo permanente	54.15

1: viii_p4: papel higiénico y jabón por CDI o institución. 3: viii_p5: Sí en papel higiénico y jabón. 5: viii_p5: Sí en crema y cepillo de dientes.
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 51:** El CDI cuenta con botiquín dotado.

El indicador relacionado con la dotación de botiquín identifica la existencia del botiquín en el CDI y la manera como éste se gestiona en la institución. Esto implica identificar si hay un responsable del estado del botiquín; si el botiquín contiene al menos 4 de los 7 ítems exigidos por los estándares y si está localizado fuera del alcance de los niños. (Tabla 63). Cada una de estas características se asocia con los diferentes niveles del indicador.

El 98.28% de los CDI cuenta con un botiquín y en el 96.05% de los CDI hay un responsable del estado del botiquín. Frente a los 4 ítems que debe contener el botiquín, solo el 61.94% de los CDI cumple y únicamente el 7.81% cumple con los 7 ítems establecidos, los cuales son verificados por el encuestador. Finalmente, en el nivel 5 de cumplimiento del estándar se encuentra el 6.89% de los CDI los cuales

además de cumplir con los 4 niveles anteriores, localizan el botiquín fuera del alcance de los niños (Tabla 63).

Tabla 63. CDI cuenta con botiquín

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI cuenta con un botiquín	98.28
2	Hay algún responsable del estado adecuado del botiquín	96.05
3	El encuestador verifica en el botiquín al menos 4 de 7 elementos exigidos por los estándares	61.94
4	El encuestador verifica en el botiquín 7 de 7 elementos exigidos por los estándares	7.81
5	El encuestador verifica que el botiquín está fuera del alcance de los niños	6.89

Nota 1: Nivel 1:viii_p6=Sí. Nivel 2: viii_p7= diferente "No hay una persona... responsable". Nivel 3:p33*=Sí en al menos 4 de 7. Nivel 4:p33*=Sí en 7 de 7. Nivel 5:p34*=No.

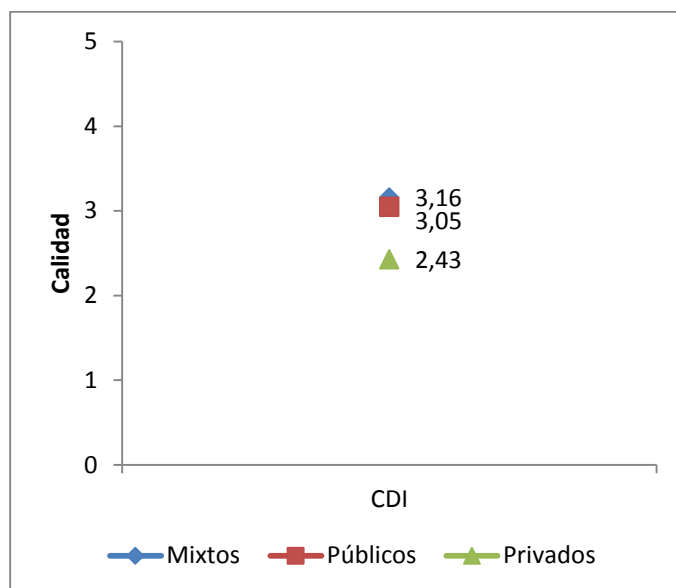
Nota 2: *verificación.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

Para los estándares de recursos de dotación, al igual que para los recursos físicos, ningún CDI cumple actualmente con el estándar. Para ninguno de los cuatro indicadores de este estándar, el 55% de los CDI alcanzan el nivel 5. Por otra parte, los estándares de dotación de material pedagógico y didáctico así como de dotación indispensable tienen niveles muy bajos de cumplimiento, 12.43% y 0,21%, respectivamente.

En cuanto a la brecha de recursos de dotación para alcanzar el nivel del estándar, los CDI mixtos son lo que se encuentran más cerca del nivel, a un poco menos de dos puntos en promedio (3.16) mientras que los privados solo los más alejados del nivel a cerca de dos puntos y medio (2.43). En el Gráfica 117 se presenta el porcentaje de brecha para el cumplimiento del estándar por tipo de CDI.

Gráfica 117. Brecha de recursos de dotación



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

5.5.4. ***Ambientes seguros y protegidos (proceso)***

Para ofrecer un servicio de calidad en términos de ambientes seguros y protegidos el CDI debe cumplir 7 estándares:

Estándar 12: desarrollar prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y del entorno

Estándar 13: contar con acta de visita vigente de concepto higiénico favorable

Estándar 14: socializar, implementar y visualizar el plan de emergencia

Estándar 15: documentar e implementar procedimientos que garanticen la seguridad de los niños y niñas

Estándar 16: promover que niños y niñas cuenten con una póliza de aseguramiento

Estándar 17: aplicar procedimientos en casos fortuitos de extravío o muerte

Estándar 18: contar con una herramienta oficial de registro de novedades y situaciones especiales de los niños

A continuación se presenta el nivel de cumplimiento de cada uno de esos estándares:

- **Estándar 12:** El CDI desarrolla prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y del entorno

Para calcular el indicador de calidad se tuvo en cuenta si los CDI promueven campañas o prácticas de autocuidado relacionadas con: Higiene personal, Lavado de manos y frutas, Alimentación y nutrición adecuada, Cuidado e higiene bucal y Advertir peligros y riesgos del entorno. El resultado obtenido es que el 99,4% de

los CDI realizan actividades en todos estos temas de cuidado, alcanzando el nivel 2 de calidad. El indicador decrece al 91% de los CDI cuando se considera si promueven algunas prácticas de cuidado del entorno, entre las cuales están: capacitación en Primeros auxilios, simulacro del plan de emergencia, mejoramiento de las instalaciones del CDI (arborización, decoración, etc.), implementación de prácticas de manejo de residuos sólidos y líquidos, ejecución de proyectos Ambientales Educativos – PRAE. Al nivel 4 llega el 55,9% por promover todas estas prácticas del cuidado mutuo y del entorno. Al final, el nivel 5 es alcanzado por el 55,3% de los CDI al ser verificadas las condiciones de aseo de la mayoría o de todas las áreas de los establecimientos (Tabla 73).

Tabla 64. Prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y del entorno

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Promueve algunas prácticas de auto-cuidado	99.49
2	Promueve todas las practicas básicas	99.49
3	Promueve algunas prácticas de cuidado entorno	91.72
4	Promueve prácticas de cuidado entorno básicas	55.96
5	Ver. Aseo y desinfección de las áreas	55.38

Nota 1. **Nivel 1:** v_p9: promueve al menos 3. **Nivel 2:** v_p9: promueve todas. **Nivel 3:** v_p10: promueve al menos 3. **Nivel 4:** v_p10: promueve todas. **Nivel 5:** p_28*: Verifica aseo de todas a la mayoría de áreas

Nota 2: (*) Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre.

- **Estándar 13:** El CDI cuenta con un acta de visita vigente de concepto higiénico favorable

El indicador de calidad, medido en términos de porcentaje de CDI, empieza a decrecer a medida que se piden requisitos sobre el concepto higiénico. El 85% de los CDI afirma tener el acta de visita con certificado sanitario y al 76% de los CDI se les verifica la existencia del acta. El 62% de los CDI tiene el acta de visita con certificado vigente y para el 61% de los CDI cumple con el estándar al tener el acta emitida por una autoridad del sector salud. (Tabla 734).

Tabla 65. Acta de visita vigente de concepto higiénico

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Tiene acta de visita certificado sanitario	85.31
2	Verificación del acta de visita	76.31
3	Verificación de vigencia del acta	61.98

Nota 1. **Nivel 1***: v_p1=sí. **Nivel 2***: p4: verifica el acta. **Nivel 3***: p4: Verifica vigencia del acta. **Nivel 5***: P4: verifica emisor del acta (sector salud).

*Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 14:** El CDI socializa, implementa y visualiza su plan de emergencia

Solo el 24% de los CDI llega al nivel 5 de este estándar. El 75% de los CDI afirma tener un Plan de emergencia y solo el 63% de los CDI cumple con la verifica de la existencia del plan. El 46% de los CDI cuenta además con plano de evacuación y el 31% con sirena de emergencias. Y como ya se mencionó solo el 24% llega al nivel 5 de calidad al contar con un directorio de entidades de atención de emergencias. (Tabla 66).

Tabla 66. Plan de emergencia

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Tiene un plan de emergencia	75.80
2	Verificación existencia del plan de emergencia	63.37
3	Verificación plano de evacuación	46.06
4	Verificación existencia de sirena de emergencias	30.82
5	Directorio de entidades atención emergencias	24.51

Nota 1. **Nivel 1**: si v_p2=sí. **Nivel 2**: p5*=Sí. **Nivel 3**: *verificación plano evacuación.

Nivel 4: *Verificación sirena emergencia. **Nivel 5**:*Directorio de emergencias.

Nota 2. (*) Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 15:** El CDI documenta e implementa procedimientos que garantiza la seguridad de los niños y niñas

El 87% de los CDI tiene un registro de personas autorizadas para recoger a los niños, pero solo en el 73% de los CDI este registro está debidamente documentado y archivado. Al final, llega al nivel 5 el 17% de los CDI al cumplir además con el traslado de los niños a los servicios de urgencia en ambulancia.

Tabla 16. Estándar 15: Documenta e implementa procedimientos que garantizan la seguridad de los niños

Nivel	Requisito	Porcentaje
-------	-----------	------------

0	Ninguno	100.00
1	Registro personas autorizadas recoger los niños	87.35
3	El registro de personas autorizadas está archivado	73.21
5	niño trasladado a servicio de urgencias ambulancia	17.54

Nota 1. **Nivel 1:** si v_p3=Si. **Nivel 3:** 2: si p6*: Si. **Nivel 5:** si v_p4=Ambulancia

Nota 2: (*) Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 16:** El CDI promueve que niños y niñas cuenten con una póliza de aseguramiento

El indicador de calidad muestra que el 87% de los CDI ofrece o promueve la póliza de aseguramiento a los padres. El indicador decrece a medida que se indaga por la cobertura del aseguramiento de los niños. En efecto, en el 86% de los CDI unos pocos niños tienen póliza, mientras que en el 78% la tienen la mitad y la mayoría y solo en el 10% de los CDI todos los niños cuentan con póliza de aseguramiento. Así solo el 10% de los CDI cumplen con el estándar 16 (Tabla 67).

Tabla 67. Póliza de aseguramiento

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	CDI ofrece o promueve a los padres la póliza	87.19
2	Unos pocos niños tienen póliza	85.98
3	La mitad de los niños tienen póliza	78.26
4	La mayoría de los niños tienen póliza	78.26
5	Todos los niños tienen póliza	10.52

Nota 1. **Nivel 1:** si v_p5=todos o v_p6=CDI ofrece o promueve la póliza. **Nivel 2:** si v_p5=unos pocos. **Nivel 3:** si v_p5=La mitad. **Nivel 4:** si v_p5=La mayoría. **Nivel 5:** si v_p5=Todos.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 17:** El CDI aplica procedimientos en casos fortuitos de extravío o muerte

El 82% de los CDI tiene y aplica procedimientos en casos fortuitos, sin embargo cuando se verifica la existencia de esos procedimiento solo el 77% de los CDI cumplen (Tabla 738).

- **Estándar 18:** El CDI cuenta con una herramienta oficial de registro de novedades y situaciones especiales de los niños

El 38% de los CDI tiene una herramienta para el registro de novedades y situaciones especiales de los niños y solo el 32% cumple cuando se hace la verificación de la existencia de la herramienta (Tabla 738).

Tabla 18. Verificaciones: procedimiento casos fortuitos y registro de novedades y situaciones especiales

Estado del estándar	Ninguno	Tiene	Verificado
Nivel estándar	0	1	5
Procedimiento casos fortuitos extravío o muerte	100.0	82.2	76.7
Herramienta de registro de novedades	100.0	38.7	32.0

Nota 1. **Nivel 1:** Si v_p7=Sí (Procedimiento casos fortuitos) / Si v_p8=Sí (registro novedades). **Nivel 5:** Si p7*= Sí (Procedimiento casos fortuitos) / Si p8*=Sí (registro novedades).

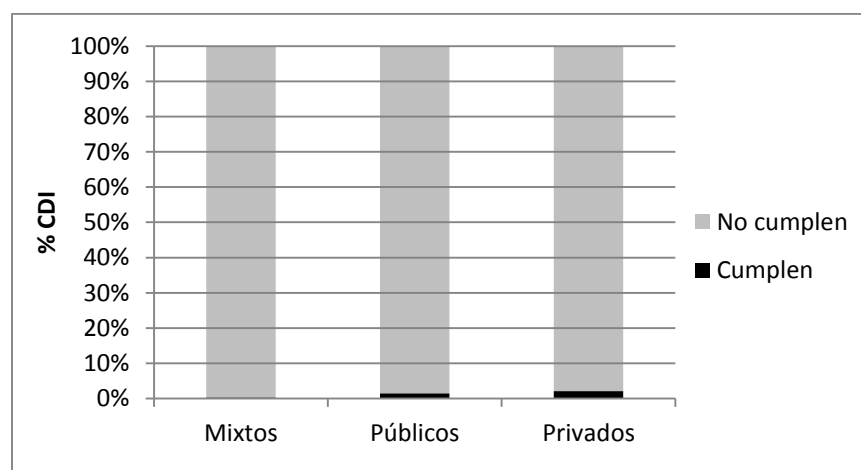
Nota 2: (*) = Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Brecha de ambientes seguros y protegidos**

Al tener en cuenta todos los estándares de ambientes seguros y protegidos, el resultado es que en promedio 1,62% de los CDI cumplen con la calidad esperada. En la Gráfica 118 se observa que hay un cumplimiento mínimo en los CDI mixtos (0.27%), luego en los públicos (1.4%), seguido de los privados con 2.08% (Gráfica 118).

Gráfica 118. Cumplimiento de los estándares de ambientes seguros y protegidos por tipo de CDI

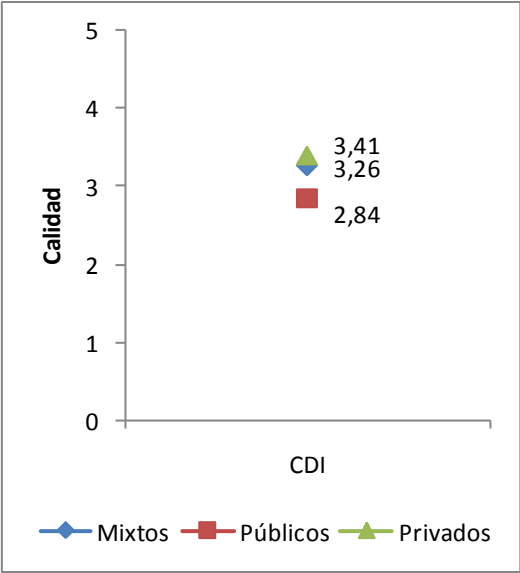


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El otro indicador agregado es la medición de la brecha, qué tan lejos o tan cerca están los CDI de llegar a la calidad esperada (nivel 5). En promedio el puntaje de calidad de ambientes seguros y protegidos obtenido por los CDI es 3.05 sobre 5.

En la Gráfica 1239 se muestra las diferencias en la brecha por tipo de CDI, siendo mayor en los públicos, están dos puntos de calidad por debajo del nivel máximo (5) y menor el de los privados a 1,5 puntos del nivel máximo de calidad (Gráfica 119).

Gráfica 119. Brecha de calidad en ambientes seguros y protegidos



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

5.5.5. Seguimiento a las condiciones de los niños (procesos)

La calidad del proceso de seguimiento a las condiciones de los niños y las niñas la definen los estándares que incorporan aspectos relacionados con que el CDI verifique y gestione la su afiliación al SGSSS, su asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo y su esquema de vacunación. Igualmente, se considera en este estándar la información y orientación a los padres sobre signos de alteración del desarrollo y riesgos en la salud de los niños y las niñas. También hacen parte de este estándar la remisión, de acuerdo con las rutas establecidas para ello, de los

niños con signos de malnutrición y la identificación de señales de amenaza a los derechos de los niños y las niñas. Los estándares que debe cumplir son³⁴:

Estándar 1: Verificar la afiliación al SGSSS y realiza gestión para la afiliación.

Estándar 2: Verificar que los niños asistan a crecimiento y desarrollo y realiza gestión para inscripción y asistencia.

Estándar 4: Verificar el esquema de vacunación según la edad.

Estándar 10: Contar con rutas de remisión para niños con signos de malnutrición y cumple con las recomendaciones para esos casos.

- **Estándar 1:** El CDI verifica la afiliación al SGSSS y realiza gestión para la afiliación.

El indicador de calidad de verificación y gestión de la afiliación de los niños y las niñas al SGSSS se construye teniendo en cuenta el proceso que realiza el CDI frente a ese tema. Así se considera en el primer nivel del indicador si en el momento de la matrícula se pregunta por la afiliación de los niños y las niñas; luego, en el nivel 2 si el CDI solicita el carne de afiliación como medio de verificación. En el nivel 3, el encuestador verifica si hay copia del carné en las carpetas de los niños y las niñas. Finalmente se tiene en cuenta si el CDI hace seguimiento esporádico (nivel 4) o permanente³⁵ (nivel 5) a la afiliación (Tabla 68). Se resalta que esta misma lógica se aplica a otros indicadores de calidad de este capítulo (crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación y rutas de remisión para signos de malnutrición).

Se encuentra que en el nivel 1 está el 98.50% de los CDI y se presenta un descenso importante en el nivel 3, en la medida que solo el 64.27% de los CDI cumple con la verificación del carné en las carpetas. Finalmente, en el nivel 5 se encuentra el 53.41% de los CDI, aquellos que cumplen con todas las condiciones establecidas en el indicador en los puntos anteriores y que también hace seguimiento periódico (es decir al menos una vez cada año).

Tabla 68. El CDI verifica y gestiona la afiliación al SGSSS

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	En el momento matricula CDI pregunta si el niño está afiliado al SGSSS	98.50
2	El CDI solicita el carné de afiliación al SGSSS para verificar la información	96.47
3	Los carné de afiliación al SGSSS de los niños están debidamente archivados	64.27
4	El CDI hace seguimiento a la afiliación al SGSSS casualmente	55.01

³⁴ Hay tres estándares que están relacionados con seguimiento a las condiciones de los niños y las niñas que no se aborda en el análisis de brechas, porque hacen parte de las rutas de atención (capítulo 6). Los estándares son: Estándar 3: Informar a las familias sobre la presencia de signos de alteración al desarrollo y los orienta. Estándar 11: Informar a las familias sobre presencia de riesgo en la salud de su niño.

Estándar 30: Identificar señales de amenaza o vulneración a los derechos de las niñas y los niños.

³⁵ Permanente implica que el seguimiento se realice al menos una vez cada año.

Nota 1: Nivel 1: iii_p1 (SGSSS)=Sí. Nivel 2: iii_p2 (SGSSS)=Sí. Nivel 3: iii_2* (SGSSS): Sí en las tres carpetas. Nivel 4: iii_p4 (SGSSS): ocasionalmente. Nivel 5: iii_p4 (SGSSS): diferente de ocasionalmente.

Nota 2:*Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 2:** El CDI verifica que los niños asistan a crecimiento y desarrollo y realiza gestión para inscripción y asistencia.

El indicador de calidad de la verificación y gestión a los controles de crecimiento y desarrollo sigue la misma lógica que el indicador anterior (afiliación al SGSSS). En el caso del crecimiento y desarrollo, se encuentran valores menores en los tres primeros niveles del indicador frente al indicador de afiliación. Este resultado podría sugerir que hay más conciencia en los CDI sobre la importancia de la afiliación que sobre la de la participación en el programa de crecimiento y desarrollo. Por otra parte, el porcentaje de CDI que llegan a los niveles 4 y 5 es similar en los dos indicadores. Este resultado podría indicar que en general, los CDI que cumplen con el estándar de afiliación también se acercan al cumplimiento del estándar de crecimiento y desarrollo. En los dos indicadores los CDI que llegan al nivel 5 son muy pocos teniendo en cuenta la importancia de estos dos estándares en las condiciones de desarrollo integral de los niños y las niñas (Tabla 69).

Tabla 69. El CDI verifica y gestiona la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	En el momento matricula CDI pregunta si el niño asiste al programa de crecimiento y desarrollo	87.10
2	El CDI solicita el carné de afiliación asistencia a crecimiento y desarrollo	81.79
3	Encuestador verifica en las carpetas el carné de control a crecimiento y desarrollo	55.67
4	El CDI hace seguimiento a la asistencia a crecimiento y desarrollo casualmente	54.06
5	El CDI hace seguimiento a la asistencia a crecimiento y desarrollo periódicamente (al menos una vez cada año)	53.26

Nota 1: Nivel 1: iii_p1 (Crec. &desarr.)=Sí. Nivel 2: iii_p2 (Crec. &desarr.)=Sí. Nivel 3: iii_2* (Crec. &desarr.): Sí en las tres carpetas. Nivel 4: iii_p4 (Crec. &desarr.): ocasionalmente. Nivel 5: iii_p4 (Crec. &desarr.): diferente de ocasionalmente.

Nota2 : *Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 4:** El CDI verifica el esquema de vacunación según la edad.

Como ya mencionó este indicador se construye en la misma lógica que los indicadores de afiliación al SGSSS y de crecimiento y desarrollo. Se encuentra que el porcentaje de CDI que llegan al nivel 5 es del 68.75% para vacunación, superior a la de los otros dos indicadores. Sin embargo, dadas las implicaciones que tiene el esquema de vacunación en las condiciones de salud de los niños y las niñas, parece que este nivel es muy bajo. Es para destacar también que de los tres indicadores, es el de vacunación es que tiene mayor participación frente a la

verificación del carné en las carpetas de los niños (73.88%) frente a 64.27% y 55.67% de afiliación y crecimiento y desarrollo, respectivamente (Tabla 70).

Tabla 70. El CDI verifica el esquema de vacunación según edad

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	En el momento matricula CDI pregunta si el niño tiene el esquema de vacunación completo	99.63
2	El CDI solicita el carné de vacunación	81.79
3	Encuestador verifica en las carpetas el carné de vacunación	73.88
4	El CDI hace seguimiento al esquema de vacunación casualmente	71.18
5	El CDI hace seguimiento al esquema de vacunación periódicamente	68.75

Nota 1: Nivel 1: iii_p1 (vacunación)=Sí. Nivel 2: iii_p2 (vacunación)=Sí. Nivel 3: iii_2* (vacunación): Sí en las tres carpetas. Nivel 4: iii_p4 (vacunación): ocasionalmente. Nivel 5: iii_p4 (vacunación): diferente de ocasionalmente.

*Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 10:** El CDI cuenta con rutas de remisión para niños con signos de malnutrición y cumple con las recomendaciones para esos casos.

El 54,03% de los CDI alcanza el nivel 5 del indicador. Esto implica que realizan toda la gestión planteada frente a los signos de malnutrición de los niños y las niñas. La mayor pérdida de calidad ocurre por no tener con las curvas de desarrollo de los niños y niñas debidamente archivadas en carpetas (Tabla 71).

Tabla 71. El CDI usa las rutas para la remisión de niños y niñas con signos de malnutrición

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	En el momento matricula CDI pregunta si el niño tiene curva de desarrollo	85.24
2	El CDI solicita la curva de desarrollo	80.50
3	Las curvas de desarrollo están debidamente archivadas en las carpetas de los niños y niñas	56.25
4	El CDI hace seguimiento al estado nutricional de los niños casualmente	54.76
5	El CDI hace seguimiento al estado nutricional de los niños periódicamente	54.03

Nota 1. Nivel 1: iii_p1 (curva desa.)=Sí. Nivel 2: iii_p2 (curva desa.)=Sí. Nivel 3: iii_2* (curva desa.): Sí en las tres carpetas. Nivel 4: iii_p4 (est. nutricional): ocasionalmente. Nivel 5: iii_p4 (est. nutricional): diferente de ocasionalmente.

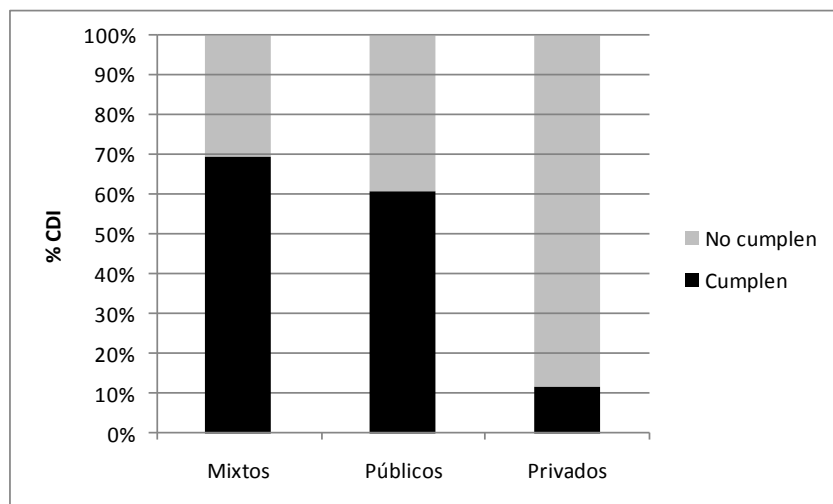
Nota 2: (*) Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

En el Gráfica 120 se presenta el porcentaje de cumplimiento de los estándares de seguimiento por tipo de CDI. Los mixtos son los que tienen un mayor nivel de cumplimiento (69.4%) mientras que los privados tienen el menor (11.7%). La diferencia de los privados es muy grande. El mayor cumplimiento de los CDI mixtos

y públicos se podría estar explicando por los programas que desde los diferentes niveles de gobierno se ha desarrollado en torno a la importancia de la afiliación en salud y en particular a los programas de salud pública (salud infantil) dirigidos a la primera infancia.

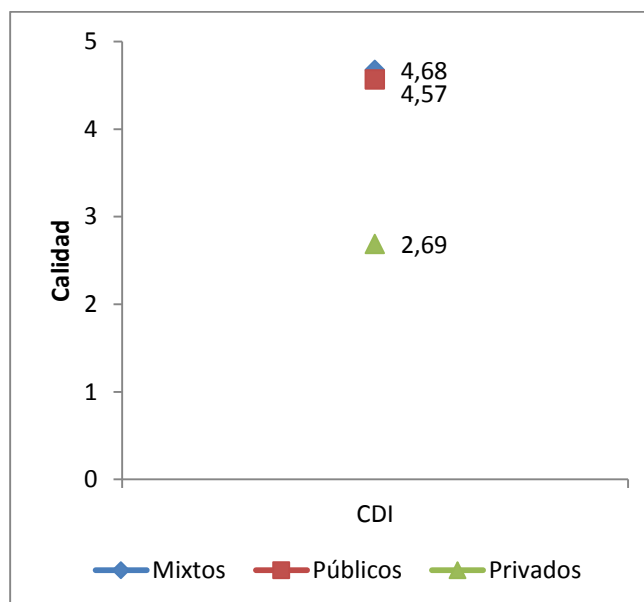
Gráfica 120. Cumplimiento de los estándares de seguimiento



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

En cuanto a las brechas de los CDI para llegar a los niveles establecidos por los estándares, el mayor esfuerzo lo deben realizar los CDI privados. En efecto se encuentran a 2.4 puntos mientras que los CDI públicos y mixtos se encuentran a 0.43 y 0.32 puntos, respectivamente (Gráfica 121).

Gráfica 121. Brecha de seguimiento a las condiciones de los niños



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

5.5.6. Alimentación

El 65.8% de los CDI ofrecen servicio de alimentación a los niños y niñas, de los cuales la mayoría lo hacen directamente. Es decir, pocos contratan a un tercero para prestar el servicio.

Tabla 72. CDI con servicio de alimentación

Servicio de Alimentación	Porcentaje
CDI suministra el servicio directamente	62.2
Contrata un tercero	3.3
Ambos	0.4
No presta el servicio	34.2

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Para prestar el servicio de alimentación con calidad, el CDI debe cumplir tres estándares:

Estándar 6: documentar e implementar un manual de buenas prácticas de manufactura.

Estándar 7: elaborar y cumplir con una derivación y ciclo de menús según las recomendaciones de consumo diario de calorías y nutrientes para la población colombiana ICBF 1988.

Estándar 8: en caso de contratar un tercero, ésta entidad debe estar debidamente certificada por la autoridad sanitaria y con la autorización para transporte de alimentos.

Estándar 9: en caso de contratar un tercero, el CDI controla el ciclo de menús.

- **Estándar 6:** El CDI tiene documentado e implementado un manual de buenas prácticas de manufactura.

El indicador de calidad, medido en términos de porcentaje de CDI, empieza a decrecer medida que se agregan requisitos relacionados con estándar de buenas prácticas de manufactura. El 78% de los CDI tienen manual de buenas prácticas, 63% tienen manual archivado y documentado, el 59% tiene registro de control del manual. Luego en el nivel 4 el 58% afirma que las operaciones de fabricación, procesamiento, envase, almacenamiento y distribución de alimentos están sujetas a control de calidad de acuerdo el manual de buenas prácticas de manufactura. Finalmente, para alcanzar el nivel 5 de calidad los CDI deben tener registro de la devolución de productos alimenticios. A este nivel solo llega el 13% (Tabla 73).

Tabla 73. Estándar 6: buenas prácticas de manufactura

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100
1	Manual de buenas prácticas de manufactura	78
2	Verificación de tenencia del manual	63
3	Registro de control de manual	59
4	Sujeción a control de calidad según manual	58
5	Devuelve alimentos y registra las devoluciones	13

Nota1: nivel 1: VI_p3=si; nivel 2*: p10=si; nivel 3: VI_p4=si; nivel 4: VI_p6=si; y nivel 5: VI_p8=si

Nota 2=aplica para el 65.8% de los CDI

*Verificado

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Estándar 7:** El CDI elabora y cumple con la derivación y ciclo de menús.

Al igual que con las buenas prácticas de manufacturas, al indagar por la minuta patrón y el ciclo de menús, el indicador de calidad es decreciente con los requisitos incluidos en el análisis. Al nivel 4 llega el 72,9% de los CDI que prestan servicio de

alimentación. Son CDI que tienen minuta patrón y ciclo de menús, los cuales fueron verificados por los profesionales de campo. Y en este nivel los CDI tienen en su minuta patrón o en el ciclo de menús al menos 4 de los 7 aspectos que se verificaron³⁶. Al nivel 5 de calidad llegó el 26,2% de los CDI, cumpliendo con los 7 aspectos que deberían contener la minuta patrón o el ciclo de menús.

Tabla 74. Estándar 7: Minuta patrón y ciclo de menús

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100,0
1	Tiene minuta y ciclo de menús	90,7
2	verificación de la minuta patrón	83,3
3	Verificación del ciclo de menús	83,2
4	Verificación de algunos de aspectos en minutas y menús	72,9
5	Verificación de todos los aspectos mínimos en min. / menús	26,2

Nota1: nivel 1: VI_p9=si y VI_p11=si; nivel 2*: p11=si; nivel 3*: p12=si; nivel 4*: p13= Verifica al menos 4 de los 7 aspectos contenidos en la minuta patrón y ciclo de menú; y nivel 5*: p13= Verifica los 7 aspectos contenidos en la minuta patrón y ciclo de menú.

Nota 2: aplica para el 65.8% de los CDI.

*Verificado

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Estándar 8:** El CDI contrata el servicio de alimentación con una entidad debidamente certificada y autorizada para transportar alimentos

³⁶ a.Los alimentos se diferencian por grupos de edad (6-8 meses, 9-11 meses, 1-2 años, 3-6 años)
 b.Se especifican los diferentes momentos de comida (desayuno, nueves, almuerzo, onces)
 c. Se especifican los nombres de las preparaciones (frito, asado, cocido, pure, papillas, compotas)
 e.Se especifica el peso de los alimentos (gramos, centímetros cúbicos)
 f.Se especifica el aporte de calorías de cada tiempo de comida (desayuno, nueves, almuerzo, onces)
 g.Contiene el análisis de nutrientes por cada ingrediente de las preparaciones (hierro, vitamina C, vitamina A, vitamina D, calcio fibra, zinc)
 i. Para lactantes con leche de fórmula, el se especifica registro de la formula infantil y el contenido de nutrientes y calorías suministrado

El 43.5% de los CDI que tienen contratado con terceros el servicio de alimentación, cuentan con un proveedor que cumple con el estándar de calidad en términos de certificaciones y autorizaciones. El resto de CDI obtienen un menor indicador de calidad debido a que tienen los certificados pero con fecha de expedición mayor o igual a un año. Y hay un 26.7% de CDI no solicitan a sus proveedores certificado sanitario o acta de visita de concepto higiénico sanitario favorable, emitido por la autoridad competente.

Tabla 75. Estándar 8: certificación de proveedores del servicio de alimentación

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.0
1	Solicita el certificado	73.3
3	Verificación certificado	47.9
5	Verifica certificado expedición < 1 año	43.4

Nota1: nivel 1: VI_p2=si; nivel 3*: p9_a =si; y nivel 5*: p9_b =si.

Nota 2: solo aplica para el 3.6% de los CDI

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Estándar 9:** Los CDI que contratan el servicio de alimentación realizan control el ciclo de menús (minuta patrón, tiempos de comida, calidad organoléptica).

Cuando los CDI contratan con terceros el servicio de alimentación no se logró verificación de la minuta patrón y del ciclo de menús. Tampoco se obtuvo evidencia o registro de pruebas organolépticas. De este modo, la mayoría de los CDI que contratar la alimentación con terceros llegaron al nivel 1 de calidad (77.5%).

Tabla 76. Control de minuta patrón y ciclo de menús

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.0
1	Tiene minuta y ciclo de menús	77.5
2	verificación de la minuta patrón	0.0
3	Verificación del ciclo de menús	0.0
4	Verificación de todos los aspectos mínimos en min. / menús	0.0
5	Verificación de registro de pruebas organolépticas	0.0

Nota1: nivel 1: VI_p9=si y VI_p11=si; nivel 2*: p11=si; nivel 3*: p12=si; nivel 4*: p13= Verifica al menos 4 de los 7 aspectos contenidos en la minuta patrón y ciclo de menú; y nivel 5*: p13= Verifica los 7 aspectos contenidos en la minuta patrón y ciclo de menú.

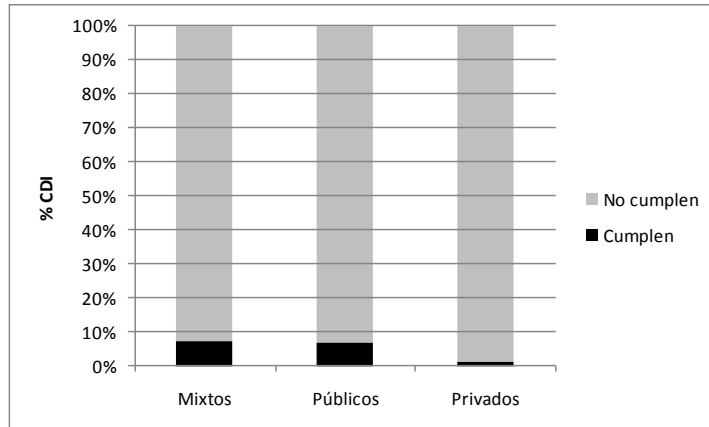
Nota 2: aplica para el 3.6% de los CDI

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Brecha de alimentación**

Al tener en cuenta todos los estándares el resultado es que en promedio 5.34% de los CDI cumplen con la calidad esperada en alimentación. En la Gráfica 122 se observa que hay mayor cumplimiento en los CDI mixtos (7.22%), luego en los públicos (7.03%), y con menor intensidad en los privados (1.39%).

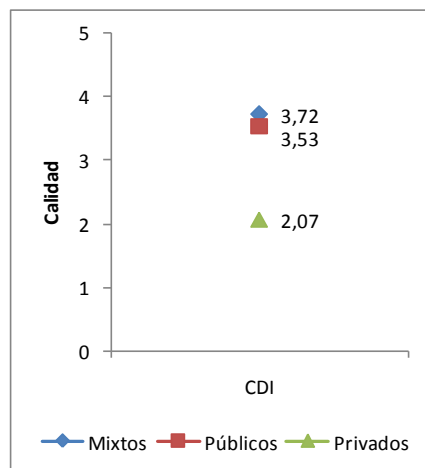
Gráfica 122. Cumplimiento de los estándares de alimentación por tipo de CDI



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El otro indicador agregado es la medición de la brecha, qué tan lejos o tan cerca están los CDI de llegar a la calidad esperada (nivel 5). En promedio el puntaje de calidad de alimentación obtenido por los CDI es 3.12 sobre 5. En la Gráfica 123 se muestra las diferencias en la brecha por tipo de CDI, siendo mayor en los privados, están tres puntos de calidad por debajo del nivel máximo (5).

Gráfica 123. Brecha de calidad en alimentación



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

5.5.7. Formación y participación con la comunidad educativa

La calidad de la formación y la participación con la comunidad educativa guarda estrecha relación con la cercanía que mantienen los CDI con las familias, en términos de promover procesos de formación a los padres y mantener comunicación sobre el proceso de desarrollo de cada niño y niñas. En relación con la comunidad se espera que los CDI acudan a espacios de participación ciudadanas formales y no formales. En el análisis de la brecha se incluyen cuatro estándares³⁷:

Estándar 23: El CDI desarrolla procesos formativos con las familias de los niños, con enfoque diferencial, en temas de atención integral.

Estándar 26 El centro de desarrollo infantil cuenta con un pacto de convivencia definido y aplicado bajo principios de participación, inclusión, equidad y respeto.

Estándar 28: El CDI se comunica periódicamente con las familias para compartir verbal y por escrito el proceso de desarrollo de cada niña y cada niño en el CDI.

Estándar 29: El CDI participa en procesos como control social, veeduría ciudadana, consejos de política social.

- **Estándar 23:** El CDI desarrolla procesos formativos con las familias de los niños, con enfoque diferencial.

Al explorar el desarrollo de procesos de formación con los padres casi todos los CDI respondieron que efectivamente tienen este tipo de actividades, alcanzando el 98.24% el nivel 1 del indicador de calidad. Este indicador decrece al analizar los temas que se desarrollan en las actividades de formación. Se preguntó a los CDI por la inclusión de seis temas relacionados con la atención integral: (a) salud, (b) nutrición, (c) desarrollo y educación inicial, (d) crianza y buen trato, (e) protección, (f) Cultura y arte. El 93.1% de los CDI seleccionó al menos uno de estos temas (nivel 2) y el 53.93% los seleccionaron todos (53.93%) mostrando una mayor orientación hacia la atención integral en su relación con los padres de familia. En el nivel 4 del indicador de calidad se exigió a los CDI que las actividades de formación con los padres fueron trimestrales o más frecuentes, lo cual cumplió el 40,9%. Finalmente, al nivel 5 de calidad, llegó 34,68% de los CDI por reportar que la mayoría de los padres asisten a las actividades de formación y participación de los CDI (Tabla 77).

Tabla 77. Formación de padres de familia

Nivel	Requisito	Porcentaje
0 Ninguno		100.00

³⁷ El Estándar 25 (el CDI reconoce y permite la participación desde los niños y niñas) no se incluyó en el análisis cuantitativo de las brechas, en la medida que su naturaleza demanda un análisis más cualitativo. Por su parte, el Estándar 31 (El CDI conoce la oferta de servicios institucionales) se aborda en el capítulo de verificación de la Ruta Integral de Atención.

1	El CDI desarrolla procesos formativos con las familias de los niños y niñas	98.24
2	El CDI ha realizado los procesos sobre al menos 2 de 6 posibles temas	93.91
3	El CDI ha realizado los procesos sobre los 6 posibles temas	53.93
4	En al menos 3 de los procesos los talleres o charlas son trimestrales o más frecuentes	40.97
5	En al menos 3 de los procesos asisten todos los padres de familia	34.68

Nota 1. Nivel 1: iv_p9=Sí. Nivel 2:iv_p10=Sí en al menos 2. Nivel 3:iv_p10=Sí en todos. Nivel 4: iv_p11: trimestral, cada dos meses, o mensualmente. Nivel 5: iv_p12=todos los padres o cuidadores.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Estándar 26:** El centro de desarrollo infantil cuenta con un pacto de convivencia definido y aplicado bajo principios de participación, inclusión, equidad y respeto.

El 84,92% de los CDI cuentan con este pacto de convivencia que incluye los principios de participación, inclusión, equidad y respeto, con muy poca variabilidad en los otros niveles de calidad (1 y 3) (Tabla 78).

Tabla 78. Pacto de convivencia

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Encuestador verifica el pacto de convivencia	88.20
3	El pacto de convivencia responde a al menos 2 de los 4 principios para el enfoque	88.07
5	El pacto de convivencia responde a los 4 principios para el enfoque	84.92

Nota 1. Nivel 1: iv_p13=Sí y p2*=Sí. Nivel 3=iv_p14: Sí en al menos 2. Nivel 5=iv_p14: Sí en todos.

Nota 2: (*) verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Estándar 28:** El CDI se comunica periódicamente con las familias para compartir verbal y por escrito el proceso de desarrollo de cada niña y cada niño en el CDI.

Se preguntó a los CDI si informaban a los padres sobre el desarrollo de los niños y niñas al menos una vez cada tres meses, siendo una práctica en el 92,3% de los CDI. En el 42,83% la comunicación es más frecuente. Al nivel de calidad más alto llega el 26,04% de los CDI por haber implementado diversas formas de comunicación con los padres de familia. Las opciones que se dieron fueron: (a) reuniones de padres de familia, (b) conversaciones en el momento de la llegada o

salida de los niños, (c) conversaciones telefónicas y (d) envío de notas escritas (Tabla 79).

Tabla 79. Comunicación con los padres

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Informa a las familias sobre el proceso de desarrollo del niño mínimo trimestralmente	92.30
3	Informa a las familias sobre el proceso de desarrollo cada 2 meses o mensual	42.83
5	Tiene diversas formas de comunicación con los padres	26.04

Nota 1. Nivel 1: iv_p18=trimestral. Nivel 3: iv_p18 = cada 2 meses, mensual. Nivel 5: iv_p19_2: marca las 4.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Estándar 29:** El CDI participa en procesos como control social, veeduría ciudadana, consejos de política social.

El 44,5% de los CDI participan en algún medio o instancia de participación social (nivel 1), mientras que el 21,63% lo hace varios (nivel 5). La opción que más marcaron los CDI fue la participación en mesas de primera infancia, seguido de veedurías ciudadanas y consejos de política social (Tabla 80).

Tabla 80. Participación ciudadana

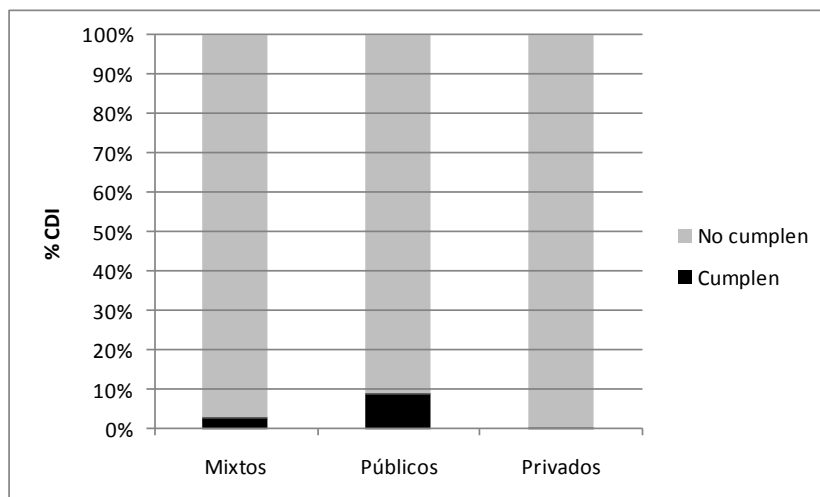
Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI hace parte por lo menos de algún medio o instancia de participación social	44.25
5	El CDI hace parte de más de un medio o instancia de participación social	21.63

Nota 1. Nivel 1: iv_p20=marca alguno diferente de "ninguno". Nivel 5: iv_p20=marca al menos 2.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El la Gráfica 124 se muestra que los CDI públicos logran en una mayor proporción alcanzar el nivel 5 en todos los estándares que conforman el proceso de formación y participación de la comunidad educativa (8,8% de los CDI). En los mixtos lo hace el 2,7% de los CDI y en los privados apenas el 0,3% de los CDI.

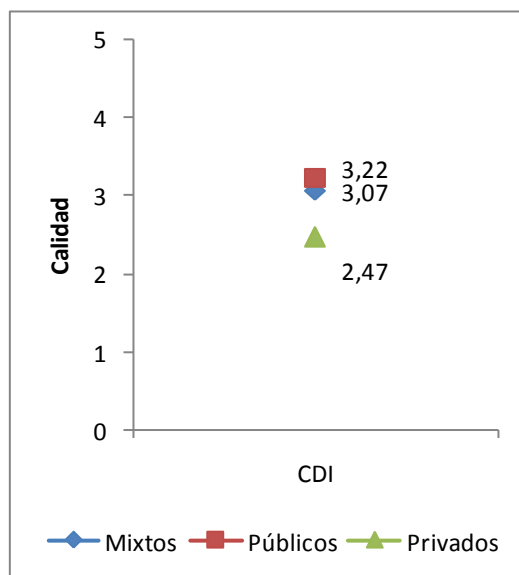
Gráfica 124. Cumplimiento de los estándares de formación de la comunidad educativa por tipo de CDI



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al analizar la brecha promedio, los públicos alcanzaron un indicador de calidad de 3,22 de un total de 5 puntos posibles. Los CDI mixtos se ubican cerca con 3,07 puntos de calidad. Son los privados los que registran mayor rezago (2,47) (Gráfica 127).

Gráfica 125. Brecha promedio de formación y participación de la comunidad educativa



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

5.5.8. Planeación, administración y evaluación

La planeación, administración y evaluación del CDI la definen los estándares en términos de la articulación con el servicio de salud, la implementación de planes para afrontar diversos acontecimientos y desastres, y cumplimiento de ley de

requisitos como licencia de transporte escolar. También la capacidad del CDI de evaluarse mediante procesos participativos de sugerencias, quejas, y reclamos, e identificar el incumplimiento de estándares. Se identifica la planeación del CDI no solo porque cumple los requisitos contables de ley, si no porque analiza su historial financiero, y asegura los recursos necesarios para su desempeño. Finalmente se verifica la gestión documental del CDI, tanto de niños y empleados, como de acudientes.

Estándar 19³⁸: El CDI tiene relación interinstitucional articulada con el servicio de salud.

Estándar 27: El CDI cuenta con un proceso participativo documentado para tramitar y analizar las sugerencias, quejas y reclamos que genere la comunidad institucional, los niños y las niñas y los niños con discapacidad.

Estándar 52: El CDI cuenta e implementa planes de saneamiento básico, atención de desastres, prevención de accidentes, gestión de talento humano y formación a las familias.

Estándar 53: El CDI define y documenta la metodología para analizar causas del incumplimiento de estándares.

Estándar 54: El CDI elabora su plan financiero a partir del análisis histórico de ingresos y egresos.

Estándar 55: El CDI realiza la gestión necesaria para asegurar los recursos financieros necesarios.

Estándar 56: La contabilidad del CDI cumple con los requisitos de ley.*

Estándar 57: EL CDI define y documenta acciones para garantizar la gestión documental.

Estándar 58: El CDI registra información de los responsables de los niños en un directorio, completo, actualizado y organizado.

Estándar 59: El CDI cuenta con un proceso adecuado de sugerencia, quejas y reclamos.

Estándar 60: El CDI presta el servicio de transporte cumpliendo los requisitos de ley.

- **Estándar 27:** Proceso de sugerencias quejas y resultados.

Poco más de la mitad de los CDI tienen un proceso documentado para tramitar y analizar las sugerencias, y la verificación de documentos para el trámite de las mismas como el registro de sugerencias y el protocolo para analizarlas, solo se logra en menos de una tercera parte (27.5%). El indicador de calidad (Tabla 45) tiene una caída rápida en los primeros tres niveles, y se reduce aun más al discriminar el tratamiento de las sugerencias quejas y reclamos por tipo de edad o necesidades especiales de los niños miembros de la comunidad educativa, para encontrar que menos de un 10% de los CDI cumplen con el estándar.

³⁸ El estándar 19 sobre articulación del CDI con el servicio de salud se recoge en el análisis de las rutas, cuando el niño requiere ser remitido al sistema de salud por razones como alteraciones en el crecimiento y desarrollo, o deficiencia en el esquema de vacunación, entre otras.

Tabla 81. Proceso de sugerencias quejas y resultados

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI cuenta con proceso documentado para tramitar y analizar sugerencias	53.28
2	Hay un documento que registre las sugerencias, quejas y reclamos	35.62
3	Hay un con el protocolo (procedimiento) para tramitar y analizar sugerencias, quejas y reclamos	27.48
4	Para tramitar y analizar las sugerencias, quejas y reclamos de las niñas y los niños se cuenta con estrategias específicas para su edad	21.64
5	Para las sugerencias, quejas y reclamos de las niñas y los niños con discapacidad o necesidades educativas especiales el CDI cuenta con los apoyos requeridos	9.87

1: iv_p15=Sí. 2: p3a*=Sí. 3: p3b*=Sí. 4: iv_p16=Sí. 5: iv_p16=Sí.

*Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 52:** Planes de saneamiento básico, atención de desastres.

Se verifica que la mayoría de los CDI tienen documentos con la definición de los pasos a seguir en caso de de desastres naturales y accidentes (72.3%). En casi la mitad de estos los pasos se encuentran expuestos en sitio visible, y se considera que el personal y los niños conocen los pasos (48.8%), sin embargo son menos los CDI donde hay un responsable de definir y divulgar estos procedimientos en la institución (16.7%). El nivel más alto de calidad del estándar no lo alcanza ningún CDI por no tener además de lo anterior, reglas definidas sobre temas como la disposición de desechos, el control de aguas, de plagas, y vectores, que hacen de parte de los planes de saneamiento básico que intenta recoger el estándar (Tabla 46).

Tabla 82. Planes de saneamiento básico y atención de desastres

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Existen documentos con la definición de los pasos que se debe seguir en caso de desastres naturales y accidentes	72.32
2	Todo el personal y los niños del CDI conocen estos pasos a seguir en caso de desastres naturales y accidentes	48.80
3	Están los pasos para desastres naturales y accidentes expuestos en un sitio visible	48.80
4	Hay un responsable de definir y divulgar estos procedimientos en la institución	16.65
5	El CDI tiene reglas definidas sobre: Disposición de desechos / Control de agua /Control de plagas y vectores	0.00

1: p24*=SÍ en las dos. 2: x_p2a= SÍ en las dos. 3: p25*=SÍ en las dos. 5: x_p4= diferente de "No hay

responsable". 5: x_p5 = Sí en todas.

*Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 53:** El CDI identifica fortalezas y debilidades.

Para encontrar las causas del incumplimiento de estándares, los CDI deben tener claridad sobre las fortalezas y debilidades en su gestión, realizando diferentes actividades, incluida la de recoger sugerencias.

Son pocos los CDI que no llevan a cabo actividades para identificar fortalezas y debilidades en su gestión, más del 95% de los CDI realizan al menos 2 tipos de actividad para lograrlo. Al revisar cuales CDI ejecutan varias actividades, y algunas con frecuencia mínima de un año, se encuentra que más del 35% lo hace y llegan al nivel cuatro del estándar. De los anteriores, a más de un 18% se verifico la carpeta donde archivaban la información de sugerencias, quejas y reclamos, para llegar al nivel más alto del estándar (Tabla 47).

Tabla 83. El CDI identifica fortalezas y debilidades

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI identifica y analiza de manera periódica las fortalezas y debilidades en su gestión	97.70
2	El CDI lleva a cabo la menos 2 tipos de actividades para identificar fortalezas y debilidades en su gestión	95.36
3	El CDI lleva a cabo 5 diferentes tipos de actividades para identificar fortalezas y debilidades en su gestión	36.80
4	Realiza esas actividades al menos una vez al año	35.46
5	Se verifica la carpeta en la que se archiva la información de sugerencia, quejas y reclamos	18.53

1: x_p6=Sí. 2: x_p7. 3: marca Sí en al menos 2. 3: x_p7. 3: marca Sí en todas. 4: x_p8: menos de una vez al año. 5: p27*=Sí.

*Verificación.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 54:** El CDI analiza su historial financiero.

El estándar se encarga de analizar si el CDI lleva un análisis de sus ingresos y gastos históricos, que sirve de referencia para elaborar su presupuesto del siguiente año. Del estándar se encuentra que solo el 61% de los CDI tienen en cuenta sus ingresos y gastos del año anterior para elaborar el presupuesto del siguiente, y que solo el 3% de los CDI tienen en cuenta un historial de ingresos y gastos mayor a un año para realizar su planeación financiera del siguiente año.

Tabla 84. El CDI analiza su historial financiero

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	el CDI tomó como referencia los ingresos y los gastos ejecutados en ingresos y gastos en el 2011 para elaborar su presupuesto 2012	60.98
5	el CDI tomó como referencia los ingresos y los gastos ejecutados en ingresos y gastos en el 2011 y en otro año para elaborar su presupuesto 2012	3.34

1: x_p13: "El año anterior". 5: x_p13: años anteriores.
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 55:** El CDI asegura los recursos necesarios.

La gestión de los CDI se evalúa también por su capacidad de asegurar recursos que le permitan lo necesario para su funcionamiento, además de su iniciativa de obtener recursos para cumplir sus metas en la calidad del servicio. Estos ingresos los obtienen no solo aumentando los valores de matrícula y pensión en el caso de los privados, o gestionando recursos adicionales con instituciones públicas en el caso de los públicos, si no también reduciendo costos de suministros y dotación, además de otro tipo de acciones. Se le pregunta por tanto a los CDI, por las acciones que adelantan para asegurar los ingresos, y se encuentra que al menos el 84.93% está adelantando alguna acción, y que más del 29% de estos adelanta diferentes acciones como se observa en la Tabla 49.

Tabla 85. El CDI asegura los recursos necesarios

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI está realizando alguna acción para asegurar que los ingresos sean suficientes para cumplir sus objetivos y metas en la calidad de los servicios prestados.	84.93
5	El CDI está realizando más de una acción para asegurar que los ingresos sean suficientes para cumplir sus objetivos y metas en la calidad de los servicios prestados.	29.14

1: x_p12: marca al menos 1. 5: x_p12: marca al menos 2.
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 56:** El CDI lleva contabilidad.

Para los CDI que no son de carácter público los libros de contabilidad se convierten en un estándar de la calidad de su gestión, y entre privados y mixtos poco menos del 60% de los CDI tiene su balance general del año anterior y el estado de pérdidas y ganancias. Además un 55% de los CDI privados y mixtos

dejan su contabilidad a cargo de un contador con tarjeta profesional vigente para cumplir con el nivel cuatro de la medida de calidad del estándar, y casi un 20% de estos tiene un revisor fiscal, para el nivel 5 del estándar (Tabla 51).

Tabla 86. El CDI lleva contabilidad

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI está obligado por la ley a tener libros de contabilidad	72.66
2	El CDI tiene balance general del año anterior	64.05
3	El CDI tiene estado de pérdidas y ganancias del año anterior	58.53
4	La contabilidad del CDI está a cargo de un contador con tarjeta profesional vigente	54.94
5	El CDI tiene revisor fiscal	19.08

1: x_p1= Sí. 2:x_p15= Sí en "Balance General". 3:x_p15= Sí en "Estado de pérdidas y ganancias".

4:x_p16= Sí. 5:x_p17= Sí.

* Solo aplica para CDI privados o mixtos.

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 57:** El CDI garantiza la gestión documental.

El indicador de la gestión documental de los CDI se basa en el archivo de información que la institución tiene de todos sus empleados incluidos los documentos de su proceso de selección para empleados desde coordinador, hasta personal de cocina o aseo. También se observa en las carpetas con la información y documentos de los niños y niñas. En primer lugar fueron muy pocos los CDI donde no se logró verificar la existencia de una carpeta para los niños con su respectiva documentación. Por otro lado, aunque en casi todos (95.6%) de los CDI declaran que la información del proceso de selección de los empleados se encuentra archivada en algún sitio, esa información solo se verifica para diferentes tipos de empleados, en el 18% de los CDI (Tabla 52).

Tabla 87. El CDI garantiza la gestión documental

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	Se verifica que el CDI tiene carpeta para los niños con documentación de estos.	98.36
3	Existen carpetas de los empleados del CDI con documentación de su proceso de selección archivadas en algún sitio.	95.60
5	Se verifican las carpetas de empleados del CDI con documentación de su proceso de selección.	18.45

1: p1*=diferente de 8 en registro civil todas las carpetas. 2: vii_p5: si hay una carpeta archivada. 3: p16*: diferente de 8.
 *Verificación.
 Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 58:** El CDI registra información de los acudientes.

El estándar recoge la gestión de la información del CDI con respecto a los acudientes de los niños. En primer lugar se pregunta a los CDI si el registro de los niños y niñas y sus familias es una debilidad identificada entre varias opciones, y se encuentra que muy pocos CDI identifican esa debilidad. Además se verifica la existencia de un registro de acudientes o personas autorizadas para recoger a los niños donde un 68% tiene el registro y cumple la medida de calidad dispuesta para el estándar (Tabla 53).

Tabla 88. El CDI registra información de los acudientes

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI no identifica debilidad en el registro de niños y niñas, y sus familias.	92.57
5	Se verifica la existencia de un registro de acudientes o personas autorizadas para recoger a niños y niñas.	67.96

1:x_p9: marca Sí en "Registro de información de los niños y niñas y sus familias". 5: p6*=Sí.
 *Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base De Cero a Siempre

- **Estándar 59:** Proceso adecuado de sugerencia, quejas y reclamos.

Como senda en su proceso de calidad el CDI debe hacer un proceso adecuado con las sugerencias quejas y reclamos, desde su recolección, hasta su análisis y posterior evaluación, para esto es necesario que tenga un documento de registro de las mismas y protocolo para tramitarlas. Se encuentra que un 71% los CDI recolecta, analiza y evalúa las sugerencias quejas y reclamos al menos una vez al año, mientras menos del 50% lo hace con periodicidad menor a tres meses para llegar al nivel tres de la medida de calidad del estándar. Además solo se logra verificar que el 13% de los CDI tiene un documento para registrar estas sugerencias quejas y reclamos, y solo se verifica en el 2.4% algún protocolo para tramitar y analizar estas y cumplir con el nivel más alto de la medida del estándar (Tabla 73).

Tabla 89. Proceso adecuado de sugerencia, quejas y reclamos

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI Recolecta, analiza y evalúa sugerencias, quejas y reclamos al menos una vez al año	71.41
2	El CDI Recolecta, analiza y evalúa sugerencias, quejas y reclamos semestral o trimestralmente	58.58
3	El CDI Recolecta, analiza y evalúa sugerencias, quejas y reclamos bimensual o mensualmente	49.75
4	Se verifica que el CDI tiene un documento que registre las sugerencias, quejas y reclamos	12.59
5	Se verifica que el CDI tiene un protocolo (procedimiento) para tramitar y analizar sugerencias, quejas y reclamos	2.35

1:x_p7: Sí en d. 2: x_p8: semestral o trimestral. 3: x_p8: bimensual o mensualmente. 4: p3*: Sí en "documento que registre..." 5: p3*: Sí en "protocolo".

*Verificación

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Estándar 60:** Presta servicio de transporte bajo los requisitos de ley.

Finalmente se tiene un estándar para observar si el CDI presta el servicio de transporte bajo los requisitos de ley. Se pregunta al CDI si presta el servicio ya sea directamente o en convenio, donde solo el 17.7% presta el servicio. Además solo en el 4% el CDI o la empresa que presta el servicio tiene licencia para transporte escolar.

Tabla 90. Presta servicio de transporte bajo los requisitos de ley

Nivel	Requisito	Porcentaje
0	Ninguno	100.00
1	El CDI ofrece servicio de transporte directamente o en convenio	17.66
5	El CDI o la empresa que presta el servicio tienen licencia para transporte escolar	4.14

1: ii_p7=Sí. 5:ii_p8=Sí.

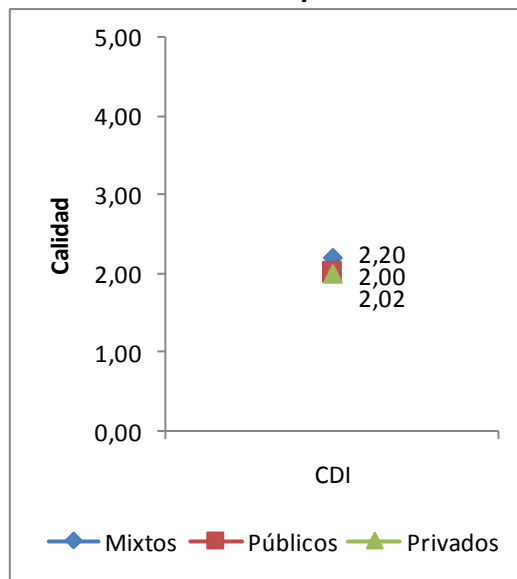
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

- **Brecha de Planeación, administración y evaluación**

Como indicador de la planeación, administración y evaluación de los CDI se mide la brecha promedio, indicando que cuanto le falta en promedio a los CDI para lograr el nivel 5 esperado de calidad en el cumplimiento de los estándares. Se encuentra que en promedio los CDI tienen 2.0 en su brecha, lo que recoge el

hecho de que en algunos de los estándares analizados muy pocos CDI cumplían con lo esperado. Adicionalmente al desagregar por tipo de CDI, aunque se encuentra que no hay diferencia muy amplia, los mixtos tienen una menor distancia (2.20) con respecto a los privados y públicos (2.0).

Gráfica 126. Brecha de Planeación, administración y evaluación



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

6. ANALISIS DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIONES

6.1. Marco de referencia

Uno de los principales objetivos de la estrategia *De cero a Siempre* es establecer una ruta unificada de atenciones para los niños y las familias que contemple todo el ciclo de primera infancia, que cuente con alertas críticas para los diferentes momentos del ciclo de vida, y que defina los contenidos y los responsables de cada una de las atenciones a los niños y niñas de primera infancia que sirva para articular y reorganizar la oferta actual de servicios.

Para cumplir con este objetivo de *Cero a Siempre* diseñó inicialmente una ruta única de atención con base en diez realizaciones y, posteriormente, en el año 2012, redefinió conceptualmente esta ruta, ahora basada en las atenciones o condiciones indispensables para que un niño o niña en primera infancia alcance su desarrollo integral.

Esta ruta única de Atención integral traza el camino de acciones estratégicas intersectoriales y su entramado de relaciones, a través de las cuales se aseguraría el logro de las realizaciones para cada niña y niño. Esta ruta de atenciones constituye el referente de orientación para la prestación de los servicios de atención integral a la primera infancia. Sus atenciones son particulares, específicas, en el marco de la diversidad, conducentes todas para lograr el desarrollo integral de cada niño o niña e incluyen las diferentes áreas de derechos.

Las atenciones que propone esta ruta única contribuyen a asegurar el conjunto de condiciones familiares, sociales y comunitarias indispensables para que cada niño o niña alcance su desarrollo integral, y al ruta señala los momentos clave del desarrollo como son la gestación, el primer mes, los 6 meses, el primer año, los 2 años, los 3 años, los 4 años y los cinco años.

Las atenciones propuestas generan condiciones que se materializan en el marco de unas realizaciones que ocurren en los diferentes entornos o escenarios en que transcurre la vida de los niños y las niñas como son la familia, los centros de desarrollo, las entidades de salud, los espacios públicos y culturales de la comunidad o municipio, etc. y la prestación de estos servicios requiere un alto nivel de coordinación interinstitucional como también de sistemas de información y de registro único que faciliten el acoplamiento y secuenciación de estas atenciones y eviten la duplicación de esfuerzos institucionales.

De Cero a Siempre ha avanzado en diseñar el marco conceptual de las condiciones y los entornos que busca afectar. Las condiciones que se propone afectar son de los entornos o escenarios, no de los servicios, que favorecen el desarrollo integral infantil (DIT).

Las atenciones de la ruta

De *Cero a Siempre* ha establecido 20 atenciones básicas que garantizan las condiciones, que se materializan en el marco de unas realizaciones, y que ocurren en los diferentes entornos donde ocurre la vida de los niños y las niñas. Estas 20 atenciones son las siguientes:

Tabla 91. Las realizaciones de la estrategia de cero a siempre

	PRECON- CEPCIÓN	GESTACIÓN AL PARTO	NCTO a 1 MES	2 A 5 MESES	6 A 11 MESES	1 AÑOS	2 AÑOS	3 A 5 AÑOS Y 11 M.
1. Crianza (Formación y acompañamiento familia)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Consulta preconcepcional	✓							
3. Control Prenatal	✓	✓						
4. Control de crecimiento y desarrollo			✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. Atención al parto y al recién nacido		✓						
6. Vacunación		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7. Consulta odontológica		✓		✓	✓	✓	✓	✓
8. Acceso a bienes culturales		✓				✓	✓	✓
9. Acceso a bibliotecas públicas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10. Oferta de actividad física y recreativa		✓		✓	✓	✓	✓	✓
11. Experiencias pedagógicas / juego			✓	✓	✓	✓	✓	✓
12. Experiencias pedagógicas / arte			✓	✓	✓	✓	✓	✓
13. Experiencias pedagógicas / literatura			✓	✓	✓	✓	✓	✓
14. Experiencias pedagógicas / Exploración del medio			✓	✓	✓	✓	✓	✓
15. Transición de la atención y cuidado de la familia a un entorno institucional				✓	✓	✓	✓	✓
16. Seguimiento descriptivo al desarrollo infantil				✓	✓	✓	✓	✓
17. Acceso y permanencia en el grado transición								✓
18. Expedición del Registro Civil de Nacimiento			✓	✓				
19. Prevención de vulnerabilidad frente a amenaza de desastres	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

20. Detección de señales de amenaza o vulneración de derechos de los niños y niñas

✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓

Fuente: *De cero a Siempre*, Ruta integral de atenciones, Ppt.

Otro elemento importante acerca de la implementación de la ruta única de atenciones es tema de la **verificación**. Si bien la prestación del servicio corresponde a una u otra de las entidades responsables involucradas, suele ocurrir que son otras las entidades que pueden verificar el niño o niña y su familia están cumpliendo con determinados requerimientos. En este caso por ejemplo, los Centros de Desarrollo infantil cumplen una **función de verificación** del estado de cumplimiento de ciertos estándares o requisitos necesarios para la prestación de un servicio específico, como por ejemplo si el niño o niña ha sido registrado, si se encuentra afiliado al Sistema de seguridad social, etc.

De otra parte, en el caso de vulneración de los derechos de algún niño o niña, dentro de esta ruta única se prevé la **exigibilidad de derechos mediante rutas específicas de protección, y rutas de acceso a servicios especiales** de acuerdo con la vulnerabilidad identificada. En el caso de este estudio se indagó por dos rutas específicas: la **Ruta de desnutrición** y la **Ruta de protección** en cuanto a los temas de violencia intrafamiliar, maltrato y vulneración psicosocial.

Así mismo, es importante subrayar que el funcionamiento o cumplimiento de esta Ruta única de atenciones sólo es posible verificarla desde el usuario (dada niño(a) – madre o cuidador) quien es quien tiene el registro o recibe los diferentes servicios y atenciones que propone la ruta, entre ellos las atenciones en salud, educación, el acceso a bienes culturales como bibliotecas, recreación y a los diferentes entornos sociales y familiares en los que transcurre la vida de los niños y las niñas de primera infancia.

6.2. Resultados obtenidos

6.2.1. Casos identificados en los CDI

En este estudio se verificó el cumplimiento de algunos requisitos que dan cuenta de la Ruta Integral de Atenciones y también se indagó por la existencia de casos especiales de niños y niñas en situación de vulnerabilidad que fueron identificados por los CDI y la forma como funcionó esta Ruta específica de protección y cómo fueron gestionados y resueltos estos casos. En total se preguntó a los CDI si en el último año identificaron casos de niños y niñas menores de 6 años:

1. Sin registro civil
2. Sin Sisben, siendo de escasos recursos
3. Sin afiliación al SGSSS

4. Sin inscripción o sin asistir regularmente al programa de Crecimiento y Desarrollo
5. Sin esquema de vacunación completo
6. Que presentan signos de desnutrición
7. Que muestran signos de alteraciones del desarrollo
8. Que viven en circunstancias de violencia intrafamiliar o maltrato
9. Víctimas de abuso sexual
10. En situación de vulnerabilidad psicosocial

Cada CDI podía marcar un máximo de 10 tipos de casos que se presentaron en el último año de los niños y niñas menores de 6 años identificados. En la muestra de 1.076 CDI, el total de este tipo de casos fue de 10.760 (1.076 CDI x 10 tipo de casos). El resultado de la encuesta arrojó que los CDI identificaron en promedio el 17,7%³⁹ de estos tipos de casos (en adelante se hará referencia simplemente a casos).

Para este total de casos identificados se analizó la forma como fueron gestionados y resueltos, diferenciando tres momentos.

El primero es **la notificación** que puede ser a los padres de los niños y niñas afectados, a las entidades del estado del Estado o a ambos. En el caso de las entidades del estado se diferencia entre notificar a las entidades del Estado competentes, según el caso identificado, o hacerlo a cualquier otra entidad. Las entidades del Estado que se incluyeron para el análisis son: Secretaría Municipal de Salud, Secretaría Municipal de Educación, los CADEL, Secretaría Municipal de Planeación, EPS, IPS, ICBF, Registraduría, Comisaría de Familia y Fiscalía.

El segundo momento es **la gestión** que tiene que ver con acciones realizadas por los CDI posteriores a la notificación. De la misma manera, estas acciones pueden ser con padres (visitas domiciliarias a la familia y/o orientación a los padres sobre la solución en el CDI), entidades del estado (gestión con las entidades del estado para facilitar la solución y/o seguir recomendaciones emitidas por las entidades), o a ambas. Se incluyó una categoría adicional que son acciones internas en los colegios (cambios en las prácticas pedagógicas).

El tercer momento es **el seguimiento**, en el que los CDI hacen seguimiento y verifican que los casos se solucionen.

La trayectoria por estos tres momentos (notificación, gestión y seguimiento) debe conducir a la solución de los casos. Así que se le pidió a los CDI que calificaran la solución de los casos, entre las siguientes opciones: todos los casos se solucionaron, la mayoría, la mitad, unos pocos o ninguno.

En la Figura 7 se muestra el proceso de atención que siguieron los CDI para solucionar los casos identificados. Del 100% de estos casos identificados se

³⁹ Al corregir por los factores de expansión esta tasa se ajusta a 16,8%.

notificaron el 97%. Entre éstos, el 46.5% fueron notificados solo a los padres, el 23,9% a las entidades del Estado y el 29.6% a ambos.

Figura 7. Proceso de atención de casos especiales que afectaron a los niños y niñas menores de 6 años en el último año



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

De los casos que fueron notificados a entidades del Estado, el 73,0% se hicieron a las instancias competentes. En la Tabla 92 se muestran las entidades que podían seleccionar los CDI y la competencia asignada para construir los indicadores.

Tabla 92. Entidades del estado competentes para

Tipo de casos	Casos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Secretaría Municipal de Salud			•	•	•	•	•			•
Secretaría Municipal de Educación										•
Secretaría Municipal de Planeación		•								
EPS			•	•	•	•	•			•
IPS				•	•	•	•			•
ICBF						•	•	•	•	•
Registraduría	•									
Comisaría de Familia								•	•	
Fiscalía								•	•	

Nota 1: (1) Sin registro civil, (2) Sin Sisben, (3) Sin afiliación al SGSSS, (4) Sin Crecimiento y desarrollo, (5) Sin esquema vacunación, (6) Signos desnutrición, (7) Signos alteraciones desarrollo, (8) Violencia intrafamiliar o maltrato, (9) Abuso sexual, (10) Vulnerabilidad psicosocial

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

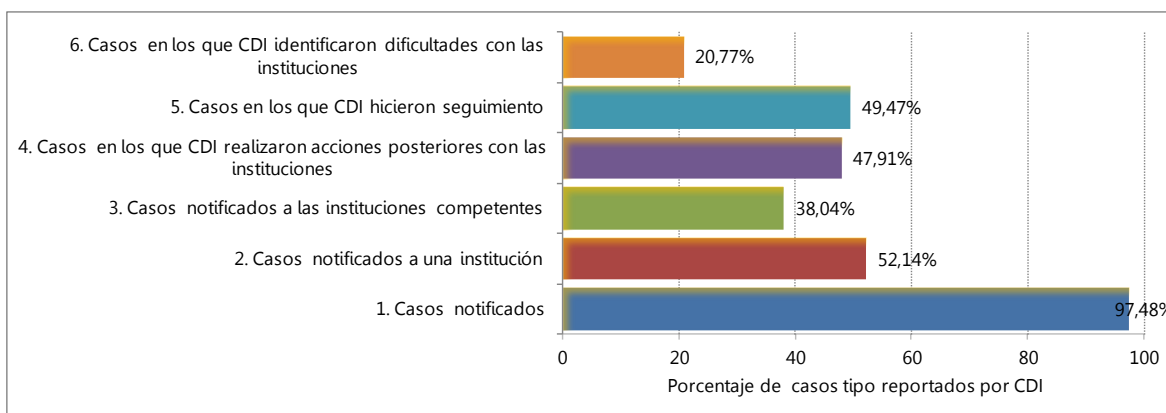
Adicional a la notificación, en el 91,0% de los casos identificados los CDI realizaron acciones adicionales. En el 46,7% de los casos identificados, las acciones se realizaron con los padres, en el 12,9% con entidades del Estado, en el 39,7% con ambos (padres e entidades del estado), y hubo un 0,8% de casos en los que solo se realizaron acciones internas en los colegios que no involucraron padres ni entidades del Estado.

En el proceso de atención sigue el seguimiento y verificación de la solución de los casos. Es en este punto final de la trayectoria es en el que se registra la mayor rezago. A este punto llega la mitad de los casos identificados por los CDI (49,0%). En este momento del proceso de atención, los CDI realizan una valoración en la que identificaron dificultades con los padres para la solución de los casos (34,4% de los casos) y con las entidades del estado (24,6%). Sin embargo, en un 41,0% de los casos los CDI no registran ninguna dificultad en el proceso que se siguió para llegar a una solución. Vale la pena destacar que en algunos de los casos propuestos, como por ejemplo niño o niña sin registro al sistema de seguridad social, quizás con la acción exclusiva de los padres o cuidadores puede ser suficiente para solucionar la situación y gestionar el registro.

Al final del proceso, los CDI que reportaron hacer seguimiento y verificación a la solución de los casos, valoraron que la mayoría de los casos tuvieron solución (84 de cada 100 aproximadamente). Para el resto de casos identificados por los CDI (los que no hicieron seguimiento y verificación) no es posible contar con una estimación confiable de cuántos casos se resolvieron satisfactoriamente.

El tema de mayor interés en el análisis de las diferentes rutas es indagar por la participación de las entidades del Estado y el trabajo intersectorial en la solución de casos que afectan los niños y las niñas menores de seis años. Con base en Figura 7 se seleccionaron algunos indicadores que dan cuenta de la participación de estas entidades (Gráfica 127).

Gráfica 127. Participación de las entidades del estado en el proceso de atención de casos especiales que afectaron a los niños y niñas menores de 6 años en el último año



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

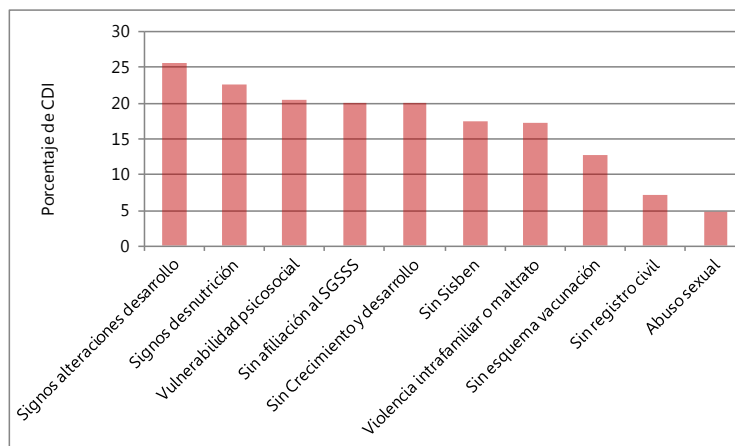
Lo primero que se observa en la Gráfica 125 es que hay casi un 50% de casos en los que no se notifica a una institución. Dados los altos niveles de notificación, la mayor gestión de los CDI es directamente con los padres de familia, pues la solución en algunos de estos casos sería de su exclusiva competencia en primera instancia. No ocurre lo mismo con casos en los que se vulnera la integridad del niño o niña como los casos de abuso o maltrato que requerirían la intervención oportuna de otras entidades estatales como las comisarías de Familia, por ejemplo.

Adicionalmente hay casi un 20% de casos que si bien notifican a alguna (s) entidad (es) del Estado, no lo hacen a las que tienen por competencia la solución de cada tipo de caso. Una vez notificadas, los CDI siguen realizando alguna gestión con estas entidades del Estado para la solución de los casos. Esto sucede en el 48% de los casos. Por último, se encontró que en un 20,7% de los casos hubo dificultades con las entidades del Estado para solucionar los casos de los niños y las niñas.

Identificación

Entre los casos estudiados los que más identificaron los CDI fueron el de signos de alteraciones del desarrollo (25,5% de CDI), signos de desnutrición (22,5%), vulneración psicosocial (20,47), niños y niñas sin afiliación al SGSSS (20,16%) y sin inscripción o asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo (20,16%). En menor proporción los CDI identificaron en el último año casos de abuso sexual y niños y niñas sin registro civil.

Gráfica 128. Identificación por tipo de caso

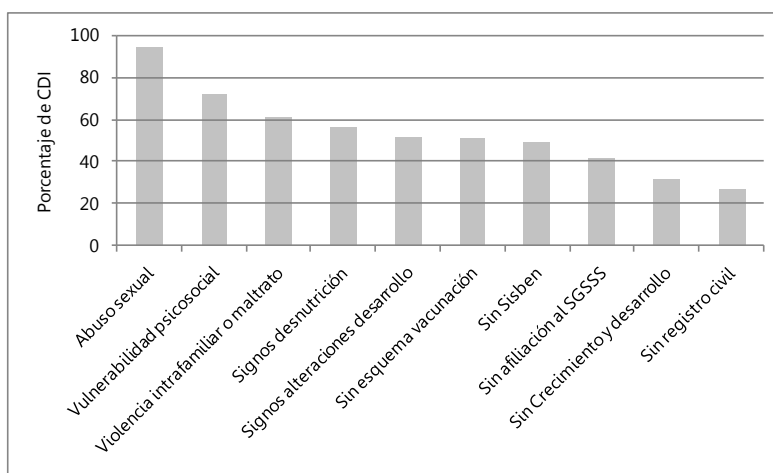


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Notificación a las entidades del estado

La notificación varía según el tipo de caso. El abuso sexual es el caso que tiene mayor notificación a entidades del Estado (94,6% de los CDI) y vulneración psicosocial (71,5%). Luego en un rango entre 40% y 60% se ubican los casos de maltrato, desnutrición, alteraciones del desarrollo, vacunación y afiliación a SGSSS y Sisben. Los casos que menos se notifican a entidades del Estado son crecimiento y desarrollo y registro civil (Gráfica 129).

Gráfica 129 Notificación a entidades del estado por tipo de caso



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al analizar por entidad, la que más recibió notificaciones para la solución de los casos identificados por los CDI fue el ICBF (35,83% de los CDI), encargado de medidas de protección a niños y niñas, las secretarías municipales de salud (26,8%) y otras entidades⁴⁰ (12,08%). Luego sigue en un rango intermedio las comisarías de familia (9,9% de los CDI) y las EPS (6,9%). Con menor notificación aparece el resto

⁴⁰ En la Encuesta a CDI no se especificaban las otras entidades.

de entidades, con el siguiente orden: secretarías de educación, IPS, Registraduría, Fiscalía y secretarías de planeación.

Tabla 93. Entidades del Estado notificadas por los CDI

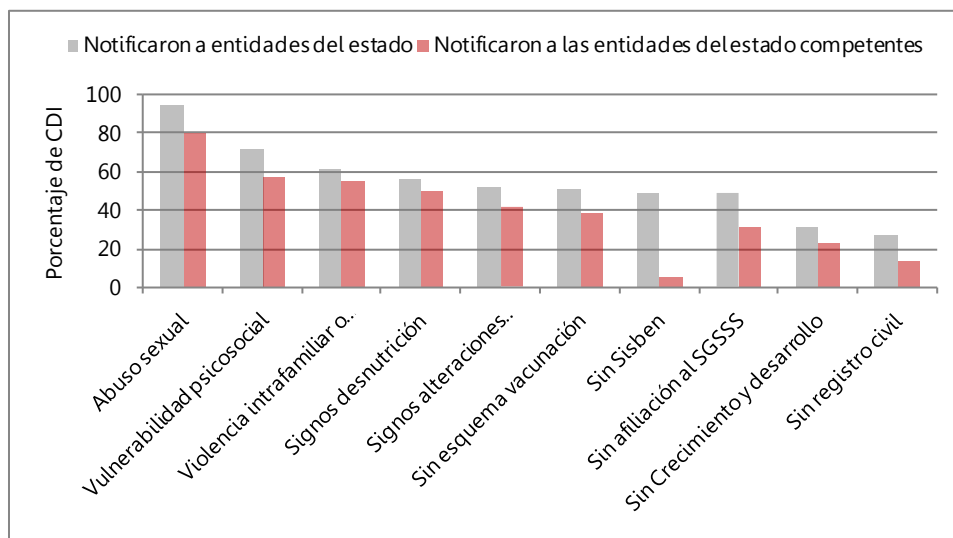
Entidades del estado	% CDI que ha notificado algún caso a:
ICBF	35,83
SM de salud	26,36
Otro entidades	12,08
Comisaría de familia	9,92
EPS	6,95
SM de educación	2,46
IPS	2,40
Registraduría	2,38
Fiscalía	2,13
SM planeación	1,99

Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Notificación a las entidades del Estado competentes

En la Gráfica 130 se muestra que existe una proporción de CDI que si bien notifican a entidades del Estado, lo hacen a entidades que no son las competentes. Esta diferencia ocurre en las 10 tipos de casos que se analizan (en la gráfica es la diferencia entre la barra gris y roja), pero es más pronunciada en los casos de niños sin Sisben, sin afiliación a SGSSS, abuso sexual y vulnerabilidad psicosocial. Es menos marcada esta diferencia en violencia intrafamiliar, signos de desnutrición y crecimiento y desarrollo.

Gráfica 130. Notificación a entidades del Estado competentes por tipo de caso

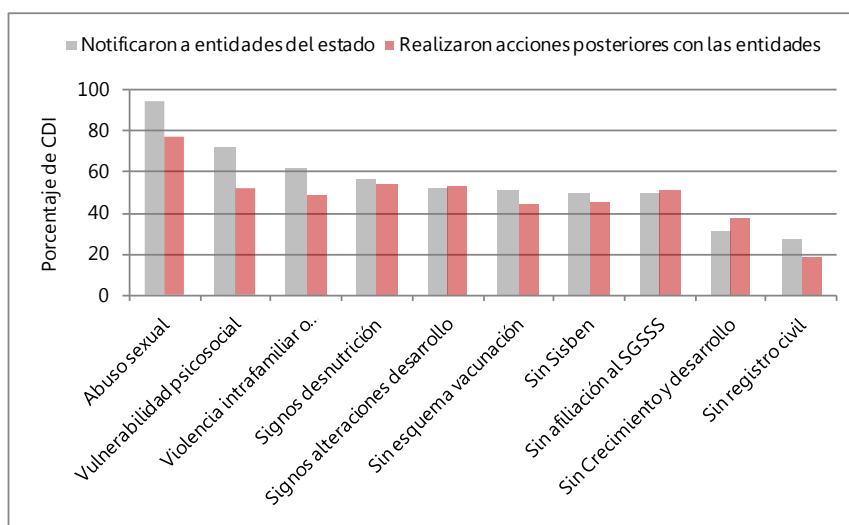


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Acciones posteriores con las entidades del Estado

En general los CDI que notifican a entidades del estado, luego realizan acciones de gestión con dichas entidades para solucionar los casos identificados. Sin embargo, en casos de abuso sexual, vulnerabilidad psicosocial y violencia intrafamiliar hay CDI que notificaron y luego no reportan haber mantenido algún contacto con las entidades para continuar trabajando en la solución de los casos. En la Gráfica 131 también se observa que en algunos casos como afiliación a SGSSS y crecimiento y desarrollo hay CDI que respondieron que no notifican, pero que si realizaron alguna gestión con entidades del estado (podría ser solicitudes de información), por esta razón la barra gris de la gráfica es mayor que la roja.

Gráfica 131. Acciones posteriores con entidades del estado por tipo de caso

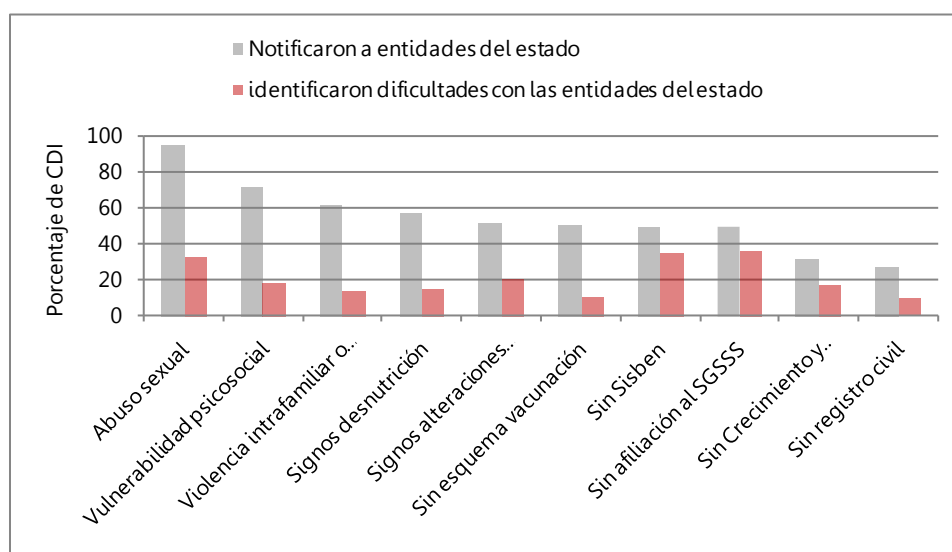


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Dificultades con las entidades del Estado

En todos los tipos de casos analizados los CDI señalaron que existen dificultades en el trabajo con las entidades del estado. Pero estas dificultades con mayores en el caso de niños y niñas de escasos recursos que no tienen Sisben, no están afiliados al SGSSS y no están afiliados o no asisten a los controles de crecimiento y desarrollo. En el resto de casos la proporción de CDI que identificaron dificultades con las entidades es menor.

Gráfica 132. Dificultades en la solución de casos con entidades del Estado



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Acerca de las dificultades, al universo de CDI que identificaron casos se les preguntó con cuales entidades ha trabajado y con cuáles ese trabajo fue efectivo. En la Tabla 94 se muestra que donde hay una mayor tasa de trabajo no efectivo es en la categoría de otras institucionales con las que han trabajado los CDI (21,2% de los CDI), seguido de las secretarías de planeación municipal (14,4%) y las EPS (12,9). Para el resto de estas entidades, el porcentaje de CDI que reportan no haber tenido un trabajo efectivo varía entre 9% y 11%.

Tabla 94. Efectividad en el trabajo con las entidades del Estado

Entidades del Estado	Porcentaje de CDI que ha realizado trabajo con:	Porcentaje de CDI que hizo trabajo efectivo con:	Diferencia (en %)
Otro entidades	50,48	29,26	21,22
SM planeación	37,82	23,35	14,47
EPS	43,98	30,99	12,99
IPS	42,54	31,57	10,97
Registraduría	25,74	14,85	10,89

Fiscalía	19,81	9,03	10,78
Comisaría de familia	47,18	37,86	9,32
SM de salud	80,39	71,37	9,02
SM de educación	69,80	60,96	8,84

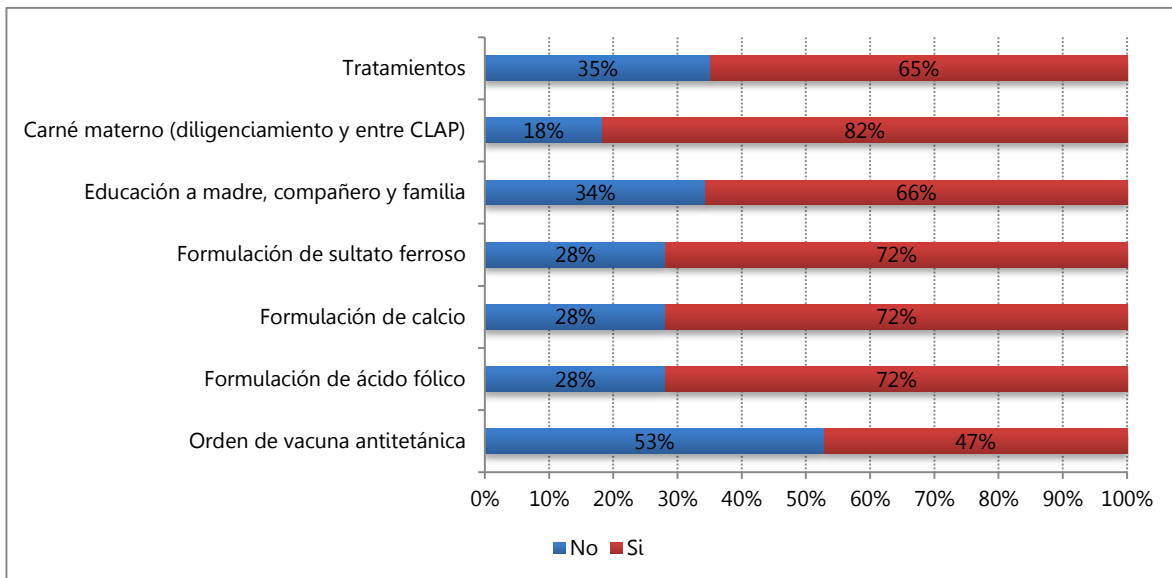
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

6.2.2. Casos identificados en las IPS

Los casos que se analizan en este apartado fueron identificados en las historias clínicas de madres y niños. Se analizan casos de mujeres que en las consultas con estado nutricional no adecuados (3.62% de las consultas). Para los niños, casos de niños que en las consultas se diagnosticaron enfermedades prevalentes de la primera infancia (4.27% de las consultas), bajo peso (4,52% de las consultas), baja talla (0,18% de las consultas), maltrato (2.55%)y abuso sexual (2.55% de las consultas). Para cada caso se examina el plan de manejo, ordenes de exámenes praclínicos, remisiones, notificaciones y seguimiento al tratamiento.

- **Mujeres con estado nutricional no adecuado**

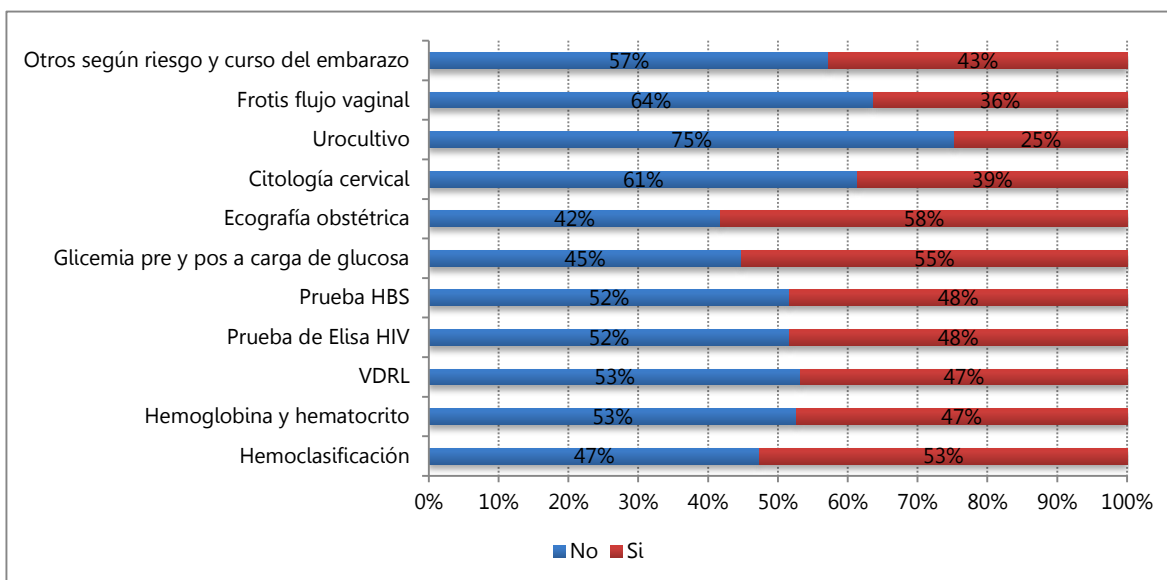
Gráfica 133. Plan de manejo de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En relación al plan de manejo de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado oscila entre el 65% y 82% de cumplimiento, sin embargo la orden de vacuna antitetánica es inferior al 50%, lo cual disminuye considerablemente el porcentaje total de cumplimiento.

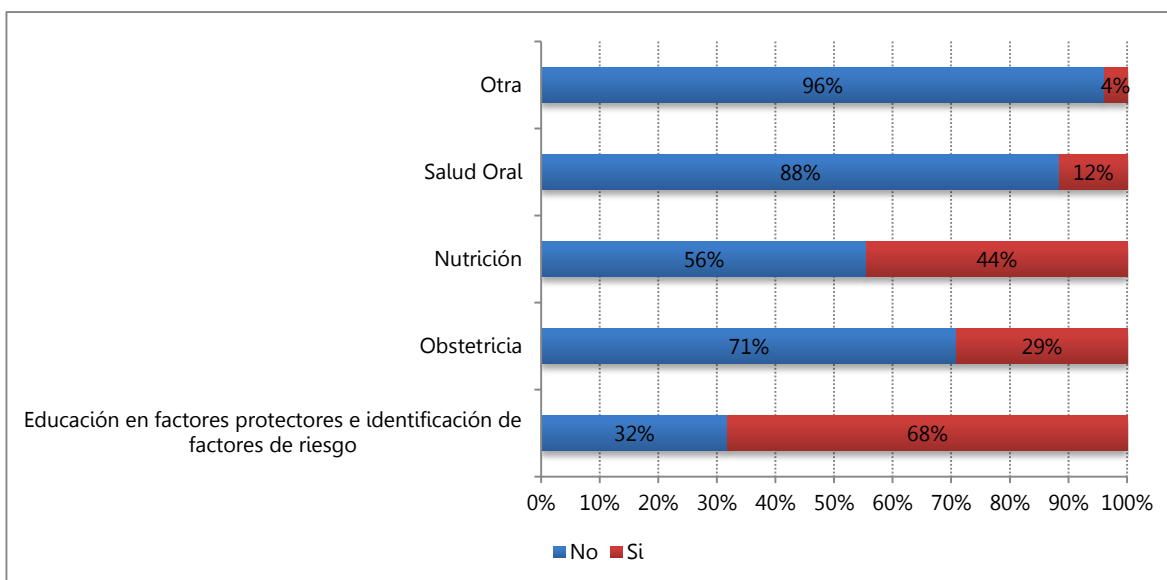
Gráfica 134. Exámenes paraclínicos de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Los exámenes paraclínicos en mujeres con estado nutricional no adecuado son inferiores al 60% de cumplimiento, evidenciando serias falencias en la toma de urocultivo (25%), frotis de flujo vaginal (36%) y citología cervical (39%), evidenciando que prácticamente una de cada dos mujeres cuenta con los exámenes completos.

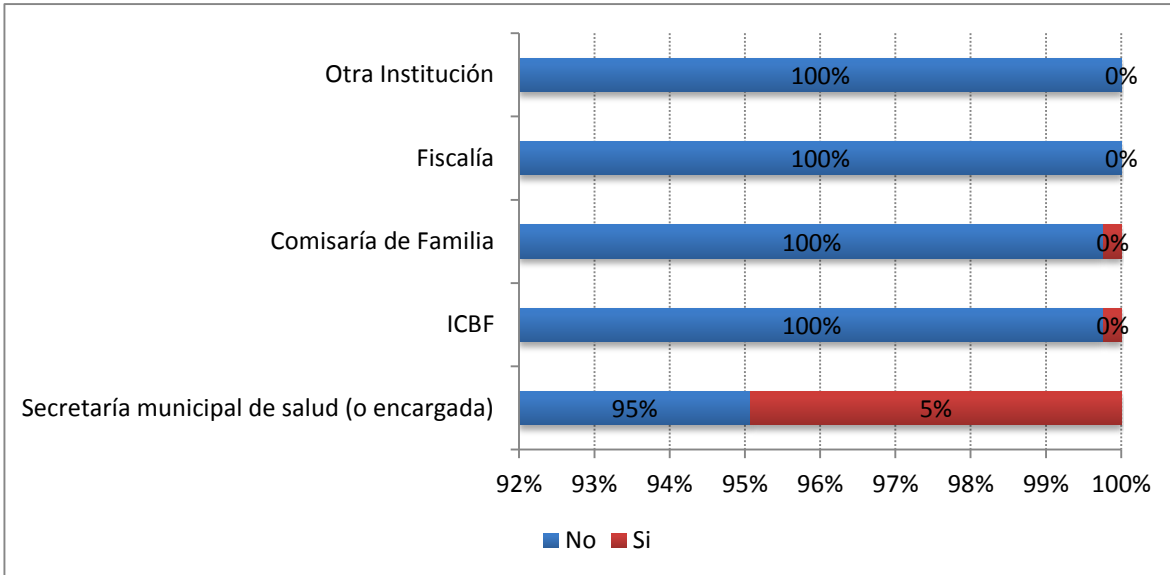
Gráfica 135. Remisiones de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a las remisiones de mujeres con estado nutricional no adecuado, la consulta de salud oral es la de menor frecuencia con tan solo un 12%, de igual manera las remisiones a Nutrición y Obstetricia en las cuales no se supera el 50%, lo cual evidencia las falencias o desconocimiento de las y los profesionales de la ruta de atención y el portafolio de servicios.

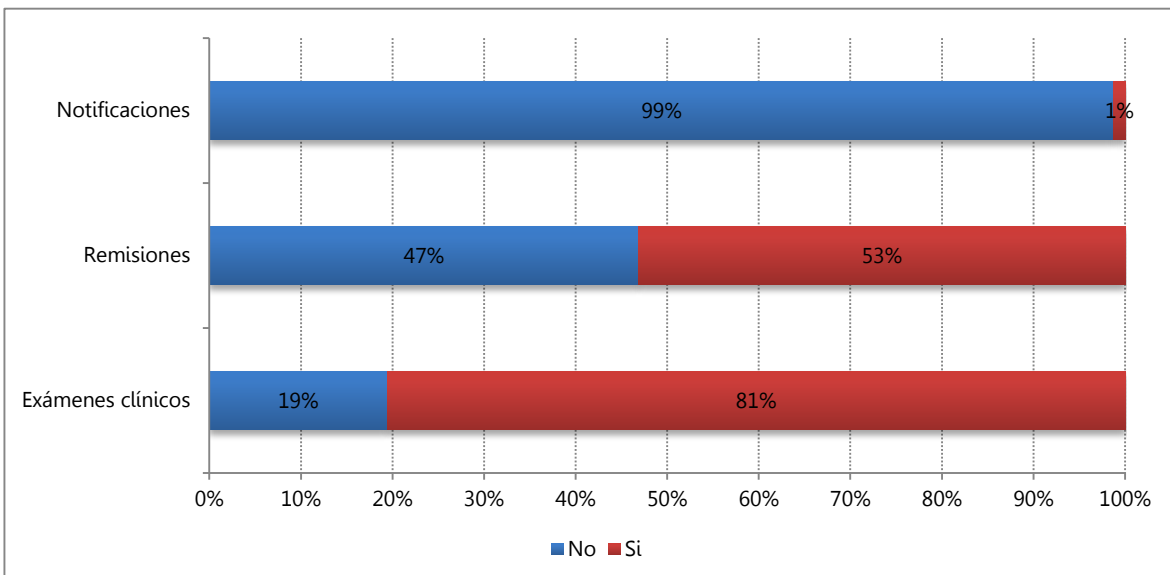
Gráfica 136. Notificaciones de consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Dada la baja articulación y trabajo inter-sectorial no se evidenciaron notificaciones a otras instituciones como la Fiscalía, Comisaría de Familia e ICBF, únicamente se reportaron un 5% de notificaciones a secretarías municipales de salud.

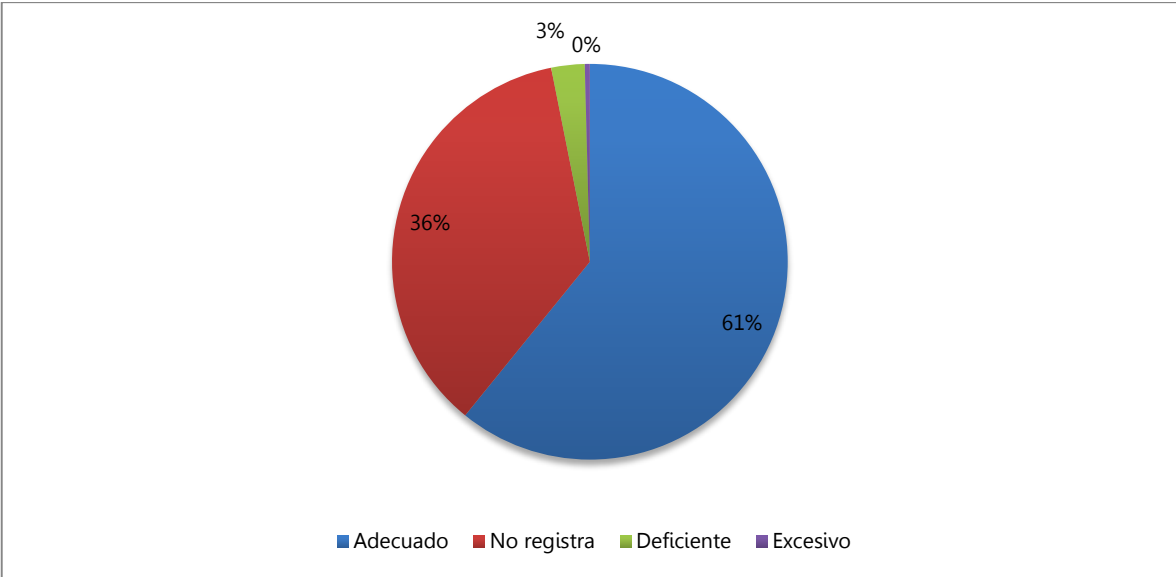
Gráfica 137. Seguimiento de las consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*
Por último, en relación al seguimiento de las consultas de mujeres con estado nutricional no adecuado, se observa que al 99% de las notificaciones realizadas no se les realizó seguimiento, situación similar a la evidenciada en los seguimientos realizados a las remisiones, en la cual básicamente a una de cada dos se reportó el seguimiento, caso contrario al porcentaje de seguimiento de los exámenes clínicos, en los cuales se logró realizar el 81% de seguimiento, ello teniendo en cuenta que son procesos internos de las IPS, a diferencia de las notificaciones en las cuales se requiere el trabajo articulado y continuo con otras instituciones diferentes del sector salud.

- **Recién nacidos con peso deficiente**

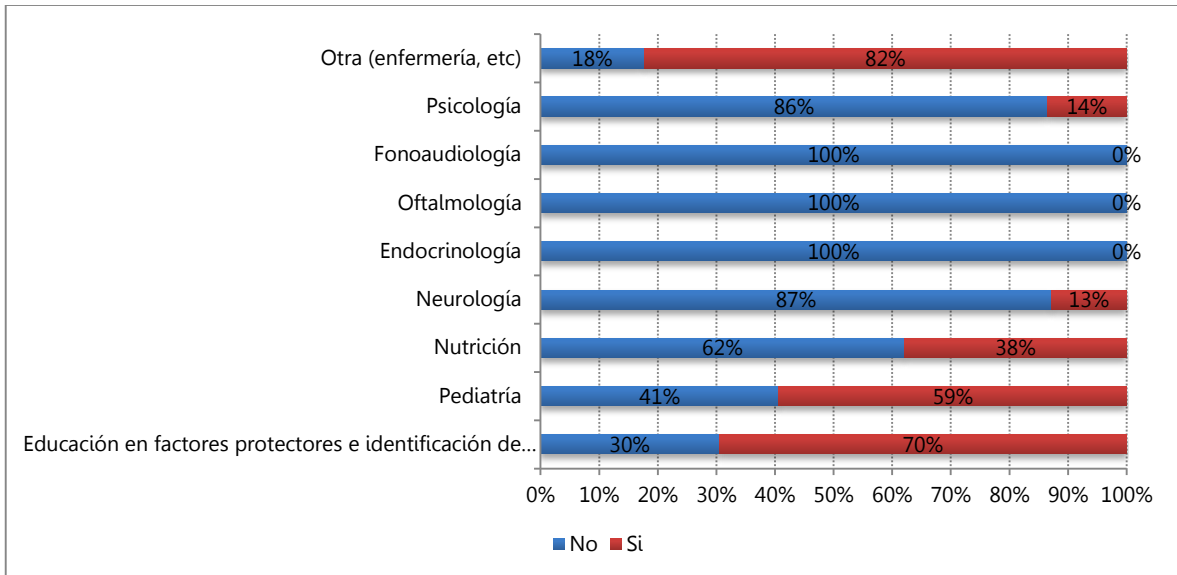
Gráfica 138. Correlación peso para la edad gestacional.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Más de una tercera parte de las historias clínicas no tienen registrado la correlación de peso para la edad gestacional. En las historias que si lo hacen se identificó una prevalencia de peso deficiente de los recién nacidos del 3% (3 de cada 100 niños). Por su parte, el 0.4% de los niños recién nacidos sufrieron de peso excesivo.

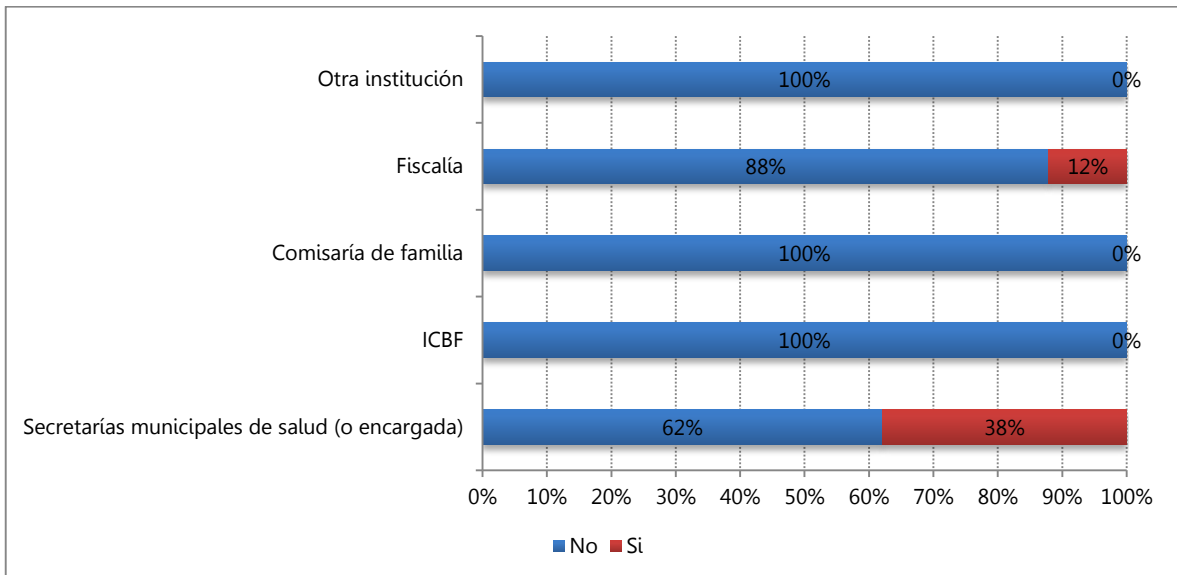
Gráfica 139. Porcentaje de historias clínicas que reportan remisiones para los recién nacidos con correlación peso para la edad gestacional deficiente.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Los niños con baso peso al nacer son remitidos a educación en factores de proyección (70% de los niños), pediatría (59%), nutrición (38%), psicología (14%) y neurología (13%). Además al 82% de los niños con peso deficiente al nacer se les remitió a otra especialidad, de la cual no se dispone de datos para desagregar.

Gráfica 140. Porcentaje de historias clínicas que reportan notificaciones para los recién nacidos con correlación peso para la edad gestacional deficiente.

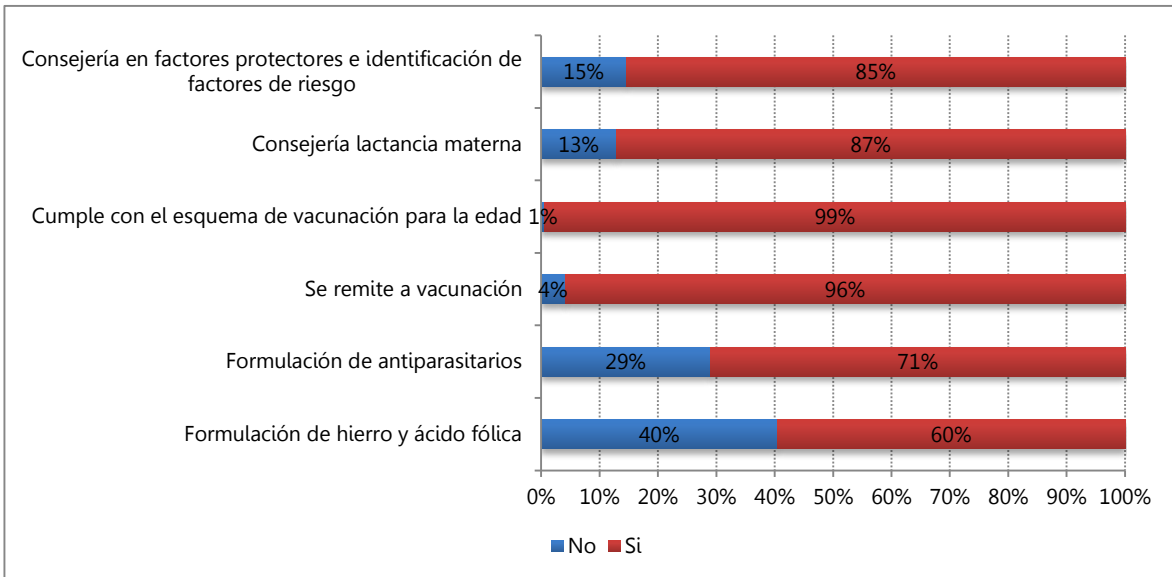


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

En cuanto a las notificaciones, el 38% de los casos de niños con peso deficiente al nacer fueron notificados a las secretarías municipales de salud y el 12% a la Fiscalía; pudo ocurrir que los profesionales de la salud identificaron situaciones de negligencia, abandono o descuido por parte de los padres.

- **Niños prevalente primera infancia**

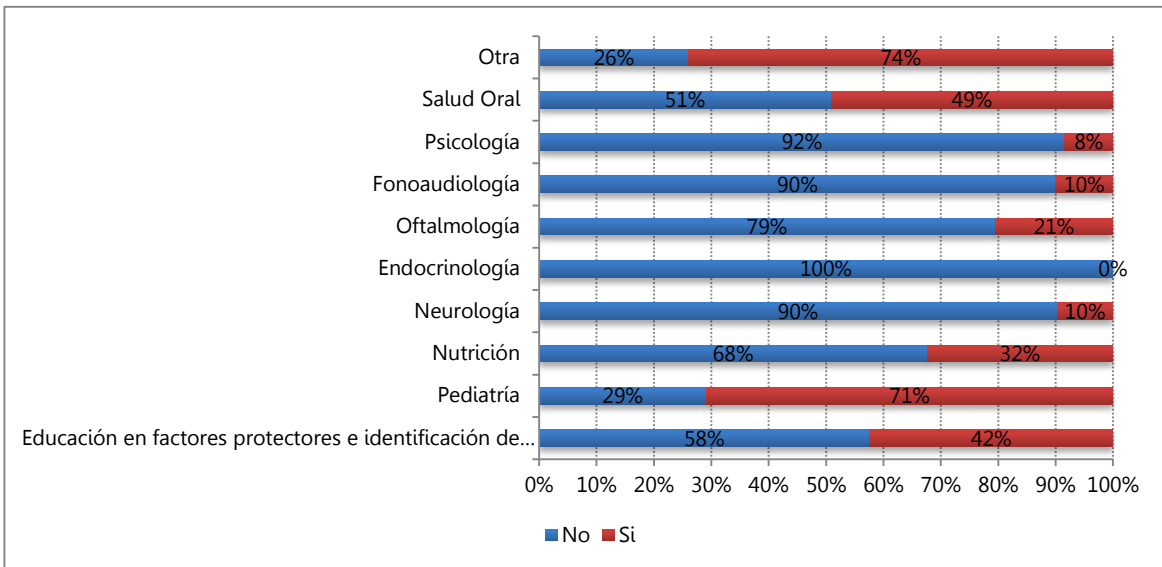
Gráfica 141. Plan de manejo para niños de prevalentes primera infancia.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El porcentaje de cumplimiento del plan de manejo es superior al 80%, siendo temas prioritarios en las consultas de crecimiento y desarrollo la vacunación, la lactancia materna y la identificación de factores de riesgo y protectores, sin embargo se evidencian falencias en la formulación de antiparasitarios, hierro y ácido fólico, en los cuales de 6 a 7 de cada 10 niños se les realiza esta formulación.

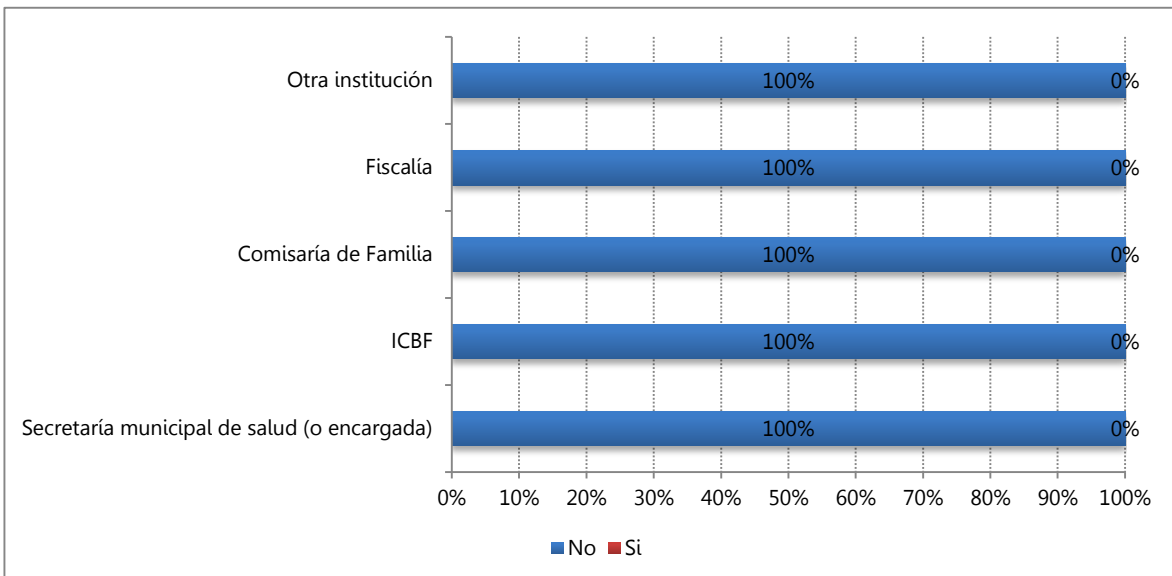
Gráfica 142. Remisiones para niños de prevalentes primera infancia.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Las mayores remisiones que se realizan durante la primera infancia son a pediatría (71%), salud oral (49%) y educación en factores protectores e identificación de riesgos (42%), para los demás servicios los porcentajes no superan el 32%, lo anterior ya sea por no necesidad de la remisión a otros servicios o por desconocimiento del portafolio de servicios y ruta de atención.

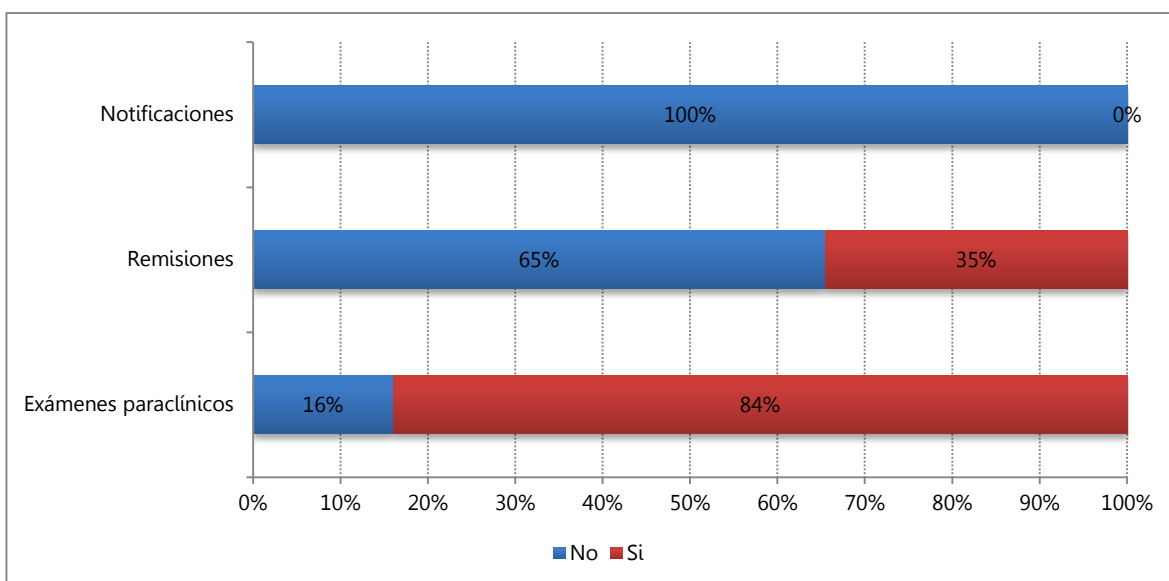
Gráfica 143. Notificaciones de niños de prevalentes primera infancia.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se identificaron notificaciones de niños a ninguna otra instancia.

Gráfica 144. Seguimiento de niños de prevalentes primera infancia.

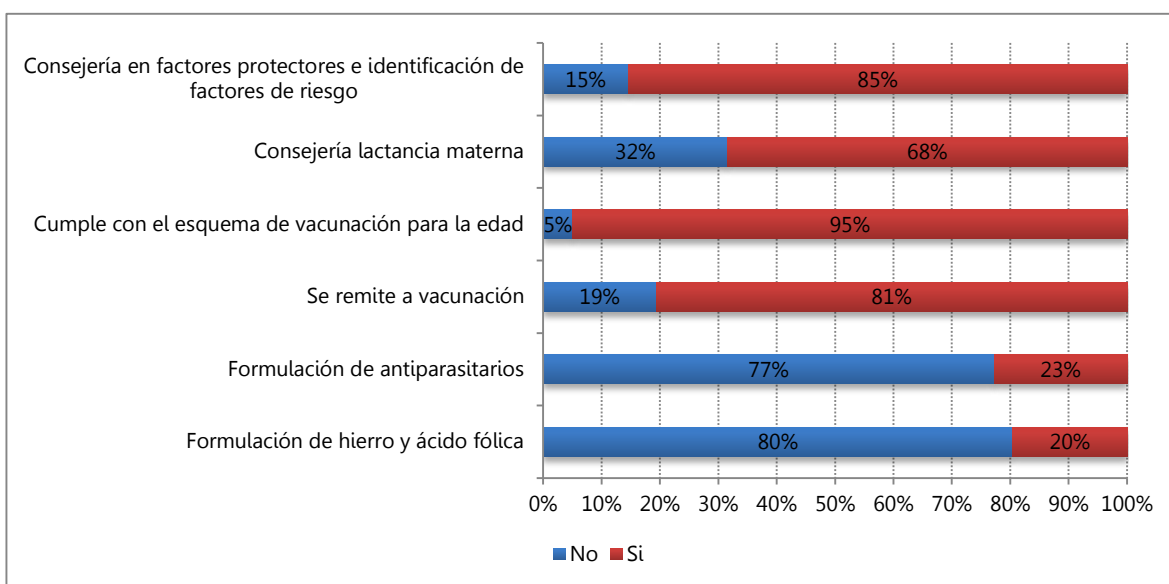


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El seguimiento a los exámenes para clínicos ha sido efectivo en un 86%, a diferencia de los seguimientos a las remisiones realizadas que representan una efectividad o cumplimiento de tan solo el 35%, evidenciando la necesidad de hacer control a las intervenciones emprendidas para el seguimiento de estas acciones.

- **Niños con alteraciones de crecimiento y desarrollo**

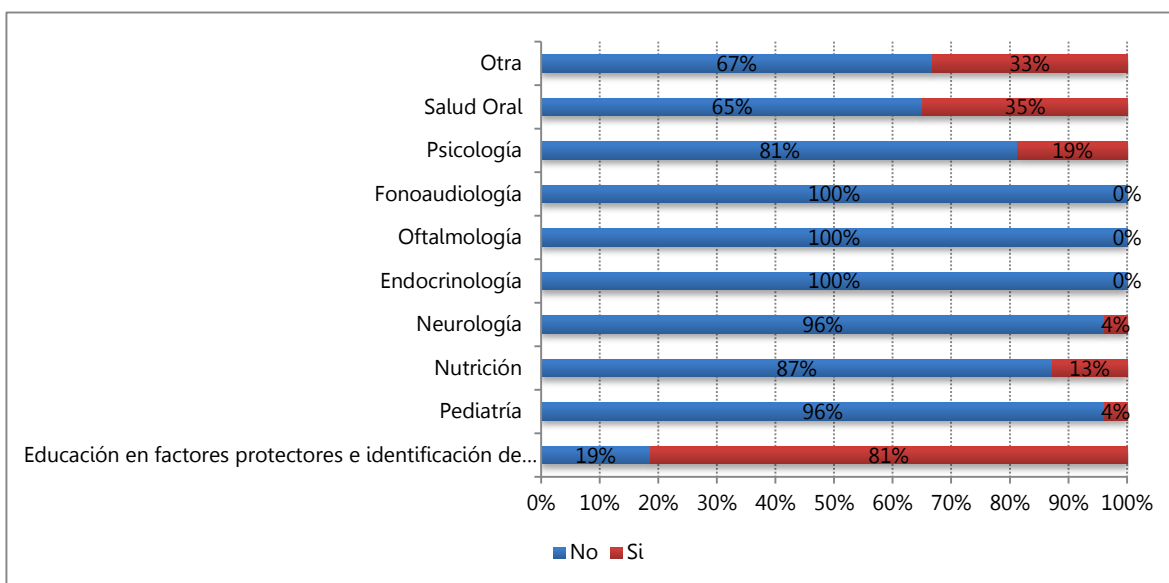
Gráfica 145. Plan de manejo a niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al desagregar los niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo se evidencia un cumplimiento en lo relacionado a vacunación, lactancia materna e identificación de factores de riesgo y protectores, sin embargo se continúa evidenciando un incumplimiento del 77% y 80% para la formulación de antiparasitarios, hierro y ácido fólico respectivamente.

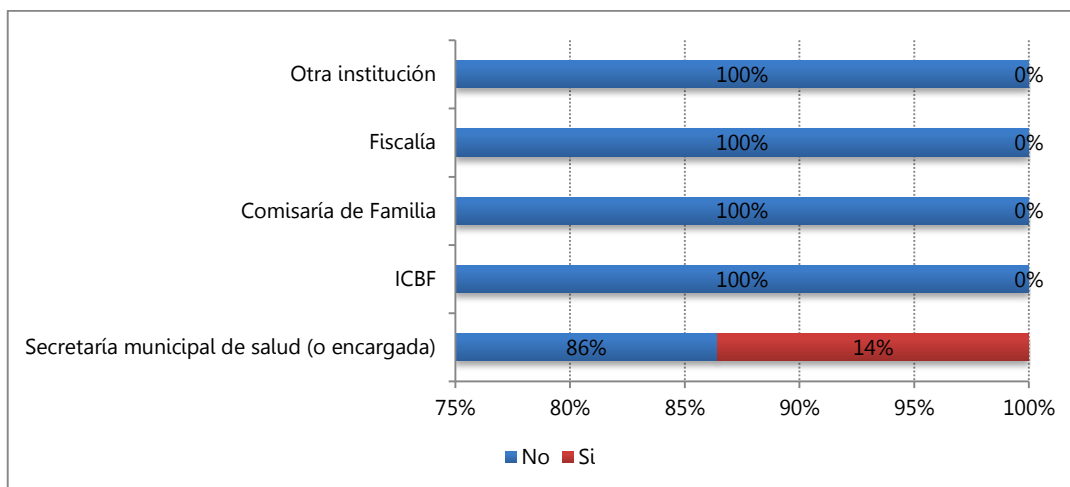
Gráfica 146. Remisiones a niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se observan variaciones significativas en las remisiones realizadas a niños con o sin alteraciones de crecimiento y desarrollo, sin embargo se aumenta el porcentaje de remisiones a nutrición y psicología en los niños identificados con alteraciones.

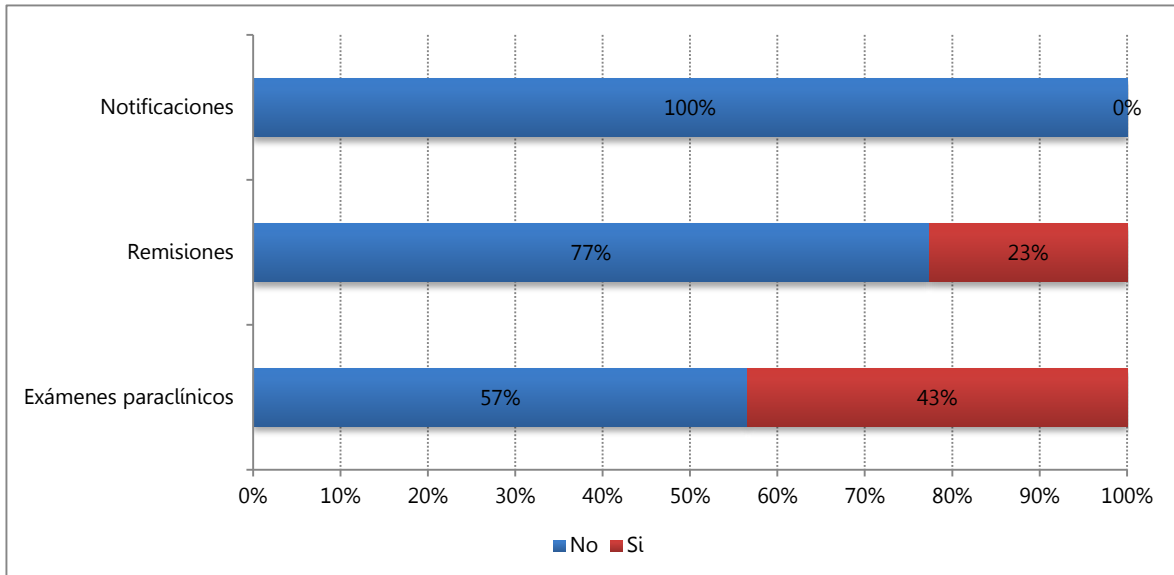
Gráfica 147. Notificaciones de niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se identificaron notificaciones a otras instancias, únicamente se reportaron un 14% de niños a las secretarías municipales de salud.

Gráfica 148. Seguimiento de niños con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

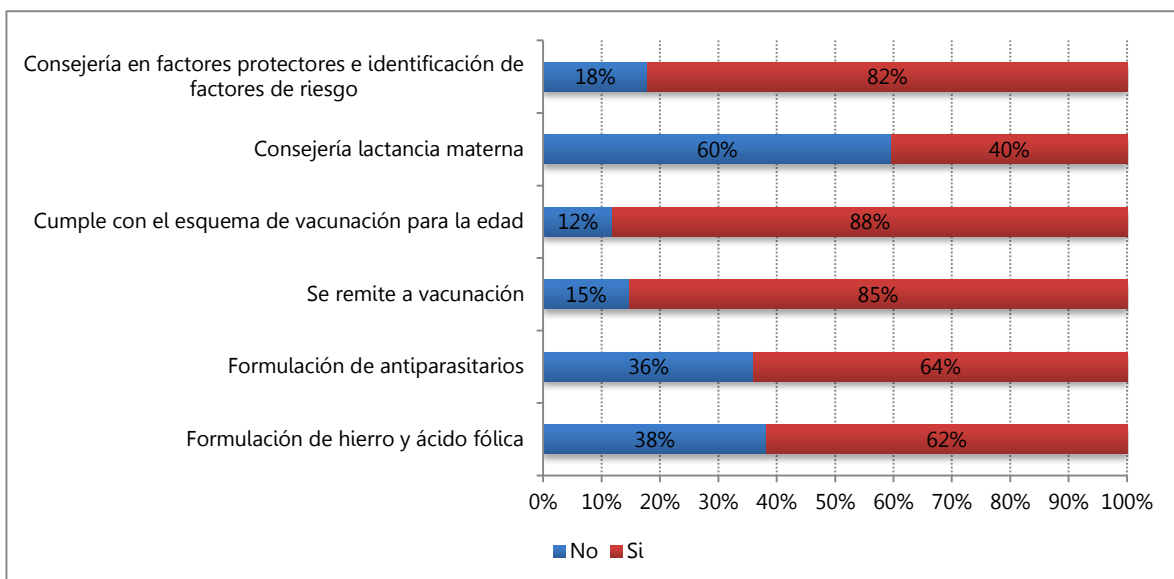


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto al seguimiento, que debería ser mayor dado que son niños identificados con algún tipo de alteración en el crecimiento y desarrollo, el comportamiento es similar a los seguimientos realizados a niños sanos, representando sólo un 43% de efectividad en exámenes para clínicos y un 23% a las remisiones realizadas.

- **Niños con bajo peso**

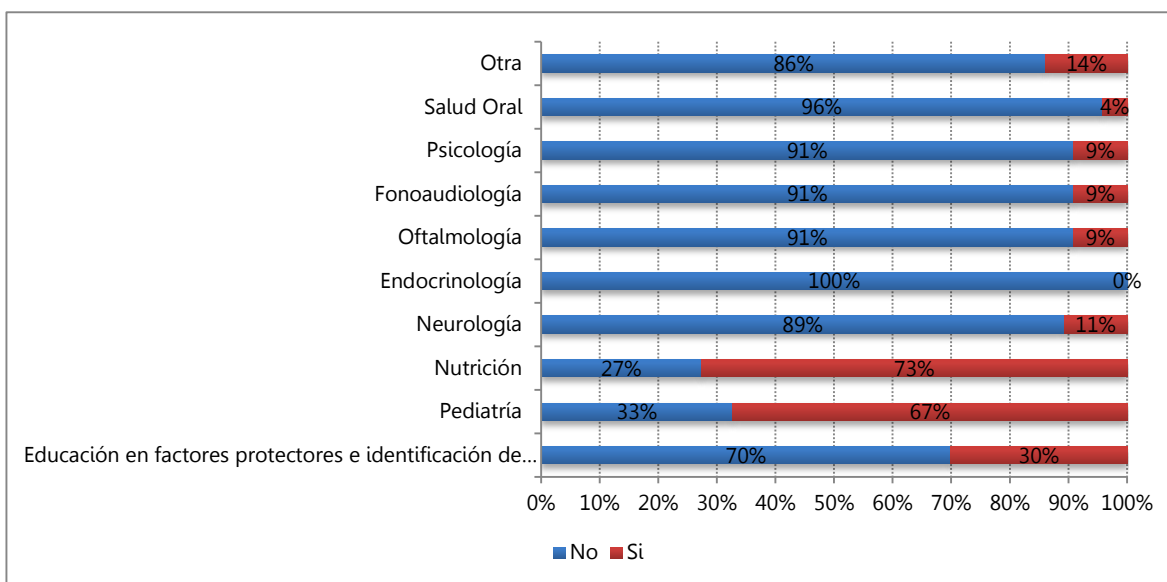
Gráfica 149. Plan de manejo a niños diagnosticados con bajo peso.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Al desagregar los niños identificados con bajo peso se observa un cumplimiento mayor al 60% en la mayoría de los ítems, evidenciando una mejora en los porcentajes de formulación de antiparasitarios, hierro y ácido fólico, en comparación a niños sanos o con alguna alteración en el crecimiento y desarrollo, sin embargo el porcentaje de cumplimiento en consejería de lactancia materna, que se esperaría también mejorara dado el diagnóstico, no se ve reflejado dado que solo 4 de cada 10 niños con bajo peso, está recibiendo esta información.

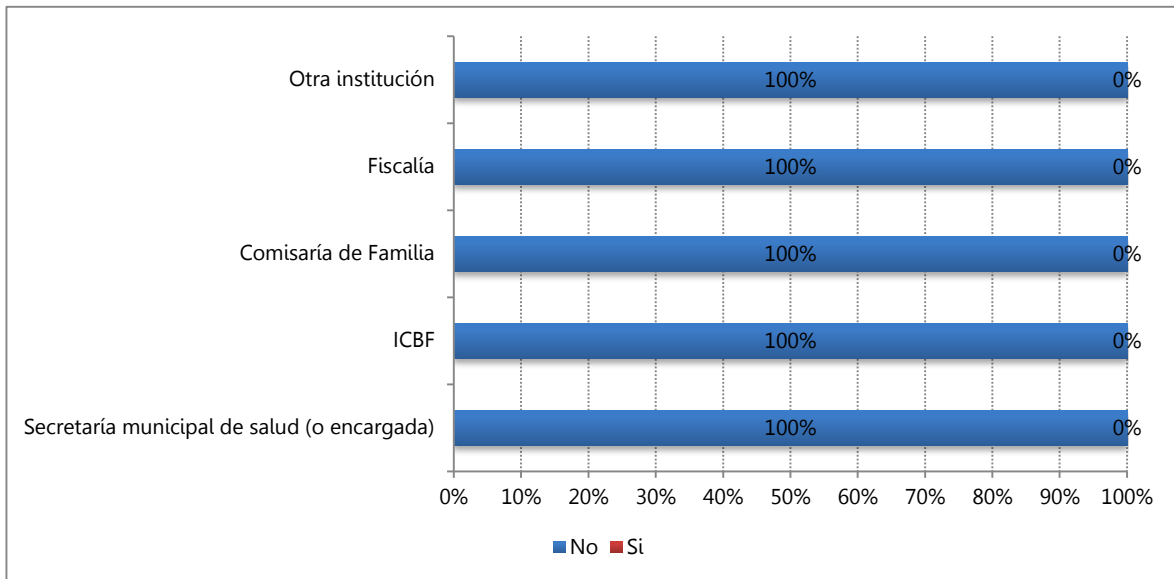
Gráfica 150. Remisiones de niños diagnosticados con bajo peso.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Como es de esperar las remisiones a Nutrición y Pediatría aumentan considerablemente para el diagnóstico de bajo peso, sin embargo no alcanzan el 80% de cumplimiento, lo cual evidencia la necesidad de fortalecer las rutas de atención, facilitando una atención oportuna que mejore las condiciones en salud de la primera infancia.

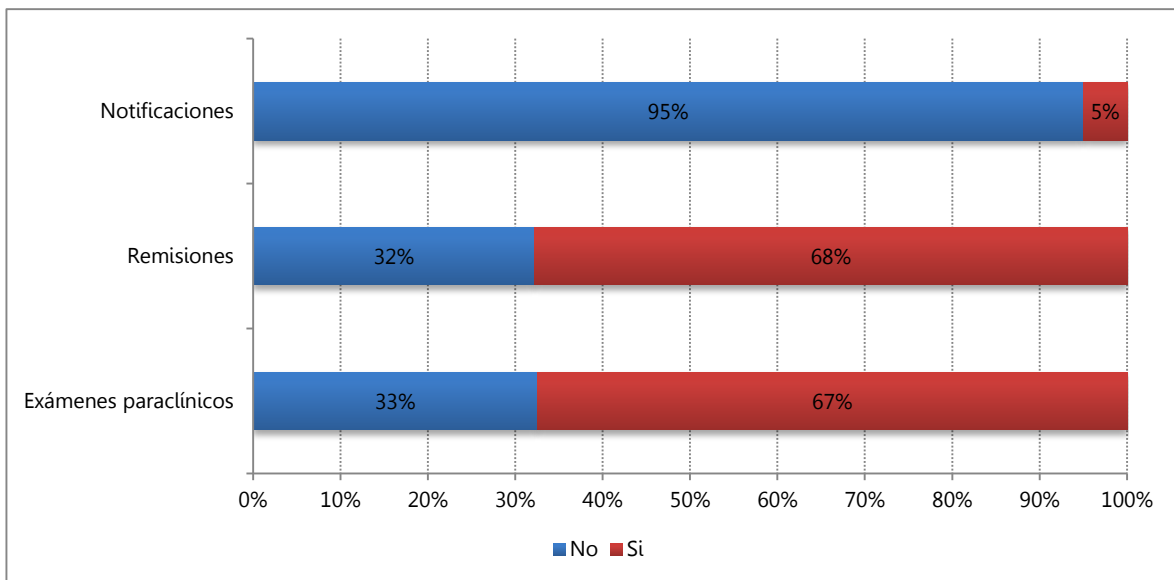
Gráfica 151. Notificaciones de niños diagnosticados con bajo peso.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se reportaron notificaciones a otras instancias, sin embargo se plantea la necesidad de vincular especialmente al ICBF en la atención de estos menores con bajo peso, teniendo en cuenta los programas de soporte nutricional brindados por esta institución.

Gráfica 152. Seguimiento a niños diagnosticados con bajo peso.



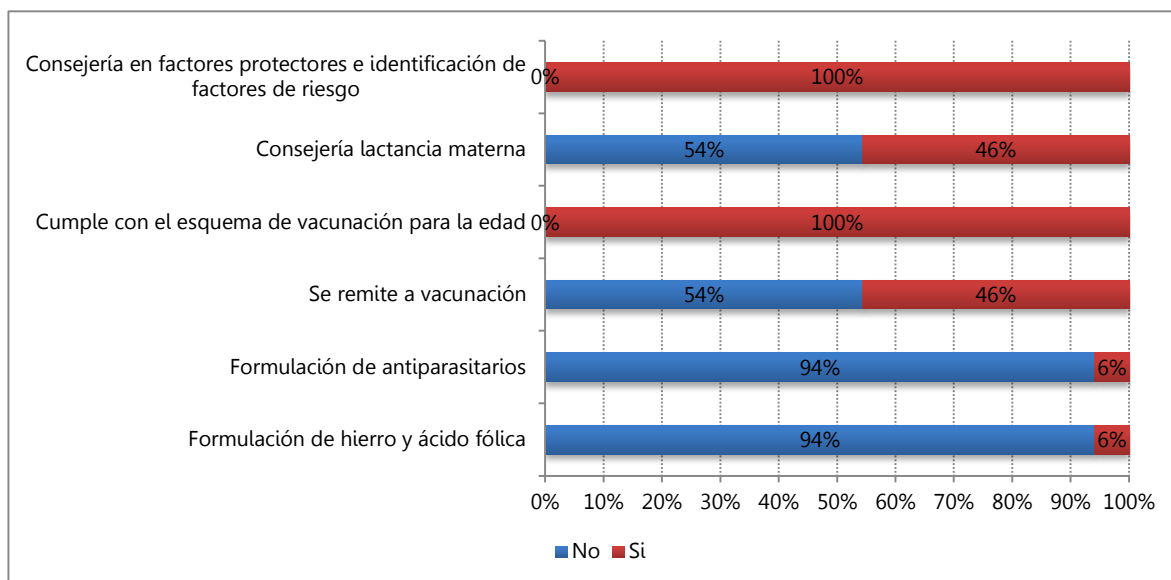
Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El seguimiento a niños diagnosticados con bajo peso es considerablemente mayor si se compara con otros diagnósticos, sin embargo estos porcentajes no superan el 70% en el seguimiento efectivo a remisiones o exámenes para clínicos, lo que

indica que de cada 10 seguimientos que se deberían hacer, únicamente se están realizando 7. Respecto a las notificaciones el porcentaje es mucho menor, representando una efectividad únicamente del 5 %.

- **Niños con baja talla**

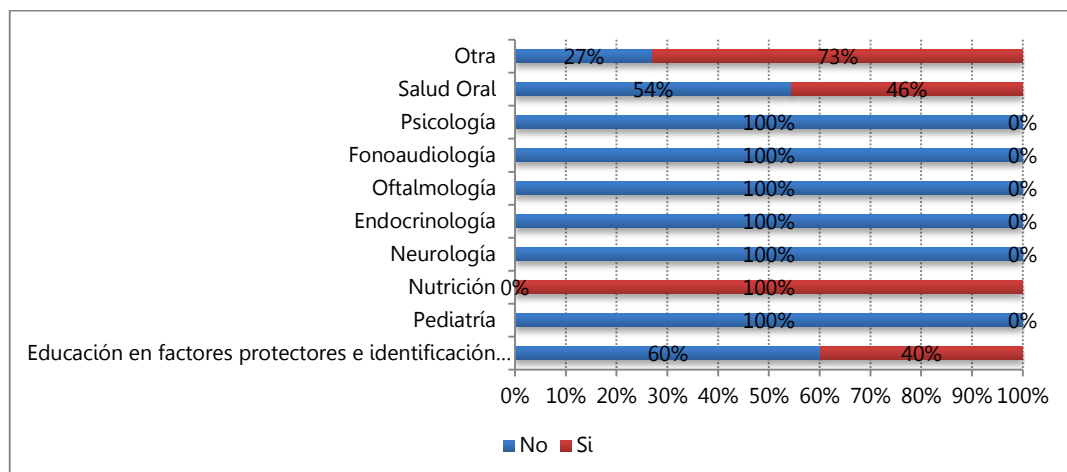
Gráfica 153. Plan de manejo a niños diagnosticados con baja talla.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

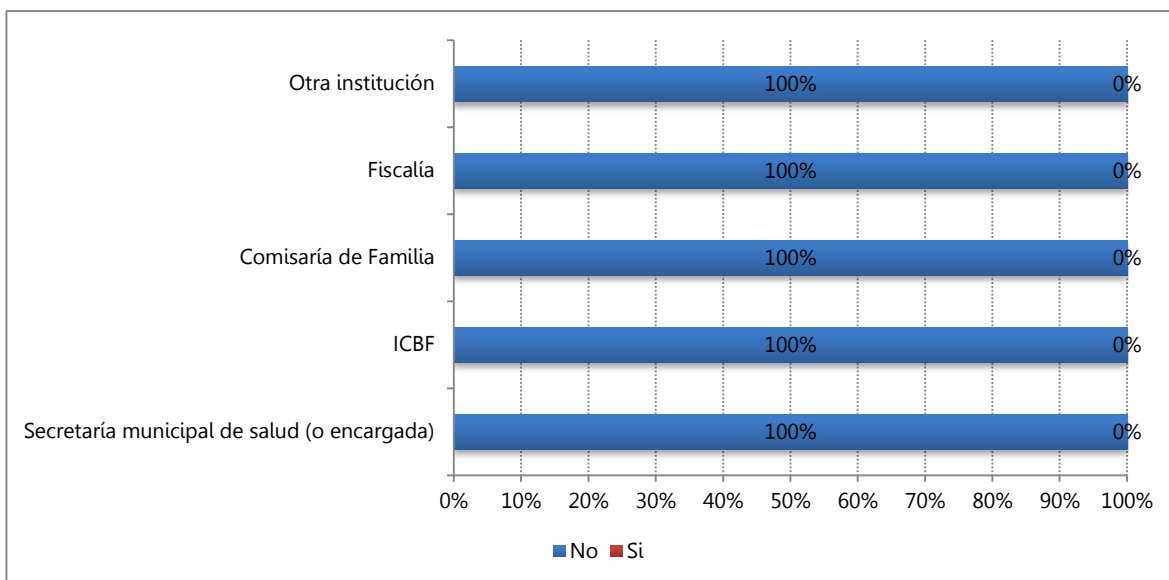
Cumplimiento del 100% en identificación de factores de riesgo y protectores y esquema de vacunación completo para la edad, sin embargo se observan falencias en la formulación de antiparasitarios, hierro y ácido fólico para niños con baja talla para la edad, de igual manera se debe fortalecer las acciones en consejería de lactancia materna, dado que a menos de la mitad de los niños se les está ofreciendo esta información.

Gráfica 154. Remisiones de niños diagnosticados con baja talla.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*
 El 100% de los niños diagnosticados con baja talla han sido canalizados a nutrición. Así como cerca de la mitad de ellos a salud oral y educación en factores protectores e identificación de riesgos, no se reportaron para este grupo de niños remisiones a otros servicios, como pediatría.

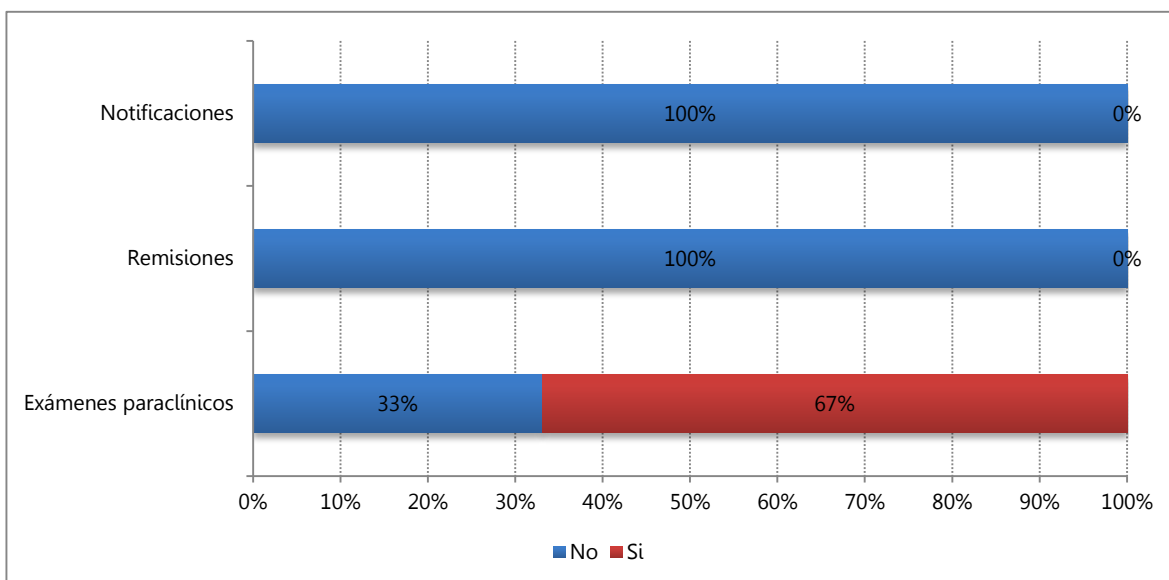
Gráfica 155. Notificaciones de niños diagnosticados con baja talla.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

No se reportaron notificaciones de niños con baja talla a otras instancias.

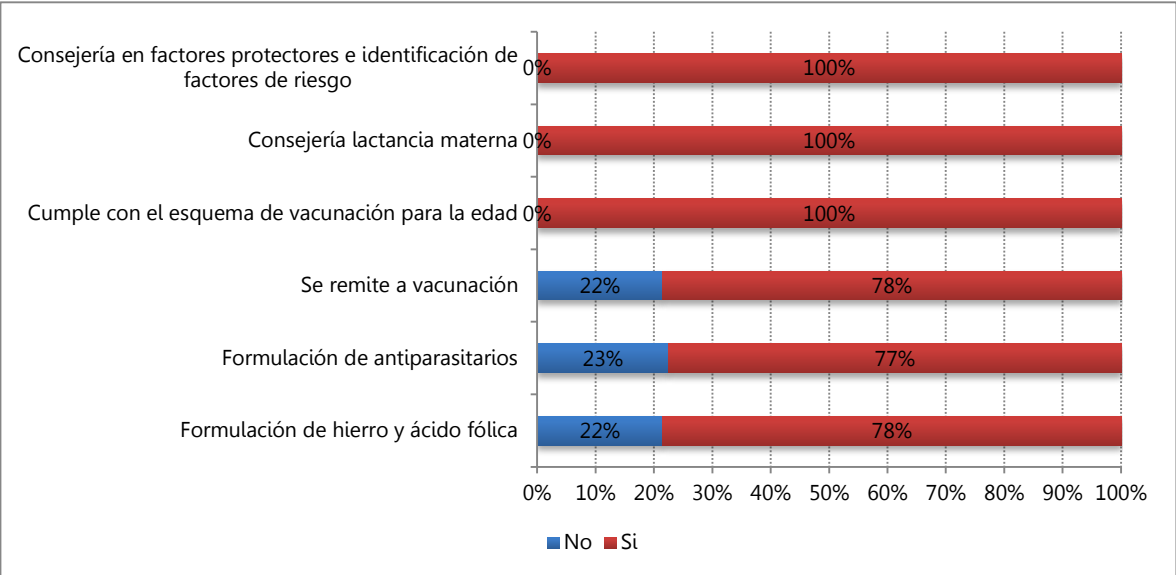
Gráfica 156. Seguimiento de niños diagnosticados con baja talla.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Incumplimiento del 100% de seguimiento a las remisiones realizadas, ello teniendo en cuenta que este grupo de niños con baja talla en su totalidad fue remitido a nutrición, sin embargo no se realizó seguimiento, respecto a los exámenes para clínicos se alcanzó un porcentaje de 67% de efectividad en los seguimientos.

Gráfica 157. Plan de manejo a niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.

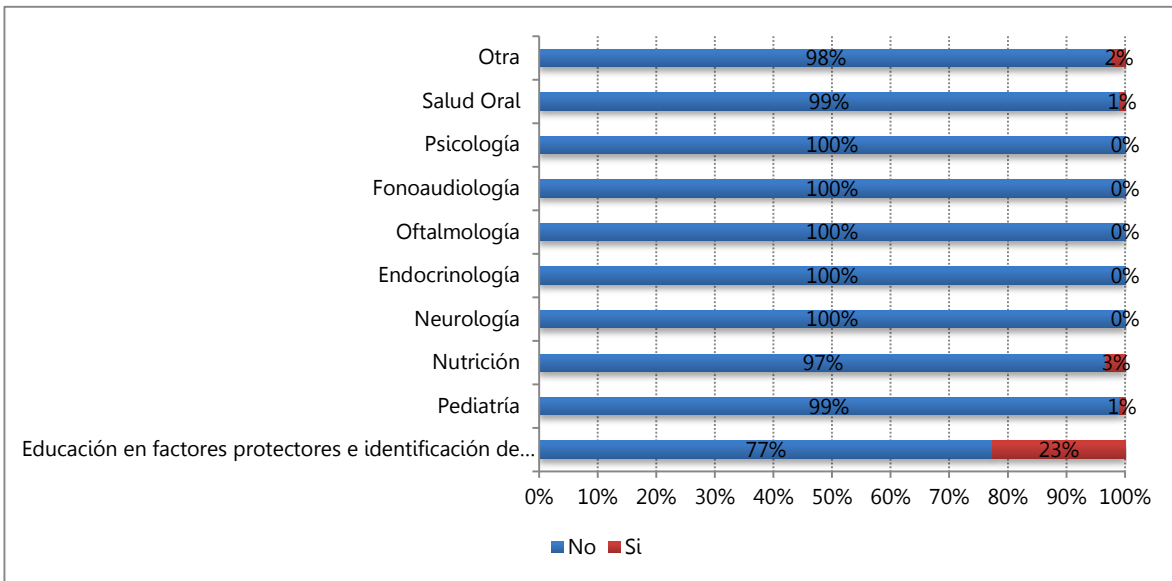


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Cumplimiento del 100% en el plan de manejo relacionado con vacunación, lactancia materna y consejería en factores de riesgo y protectores, en relación a los análisis anteriores este grupo de niños diagnosticados con baja talla, representan los porcentajes más altos en el cumplimiento para la formulación de antiparasitarios, hierro y ácido fólico, por encima del 75%, aun mayores que los niños con bajo peso.

- **Niños víctimas de maltrato**

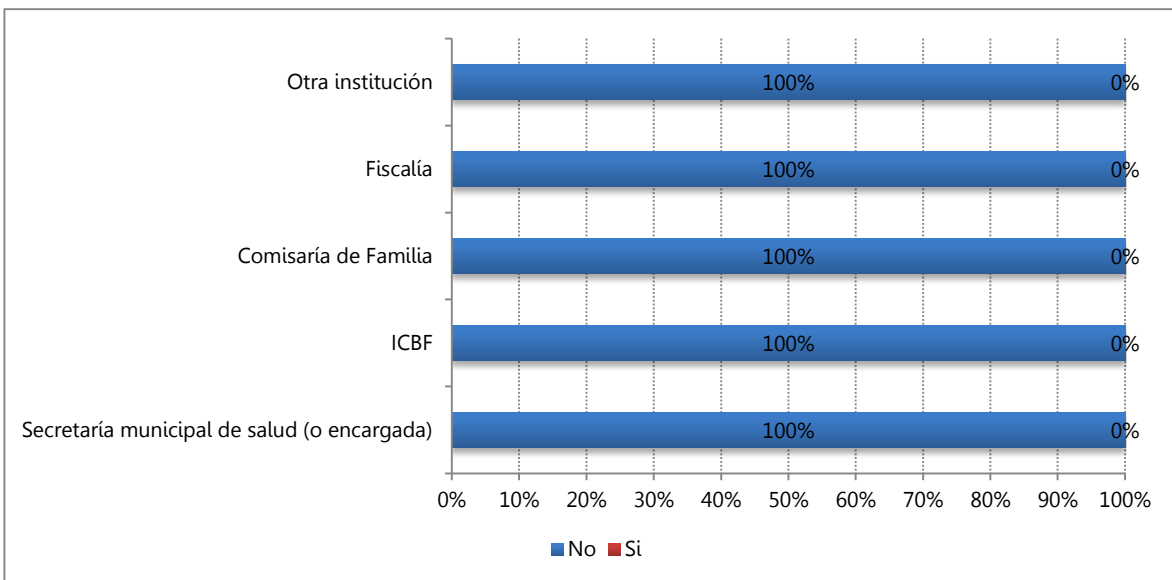
Gráfica 158. Remisiones de niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Respecto a los niños diagnosticados con maltrato, no se evidencian notificaciones a psicología, lo cual llama la atención dado el riesgo psico social del menor, solo un 23% de estos menores fue remitido a educación en factores protectores e identificación de riesgo.

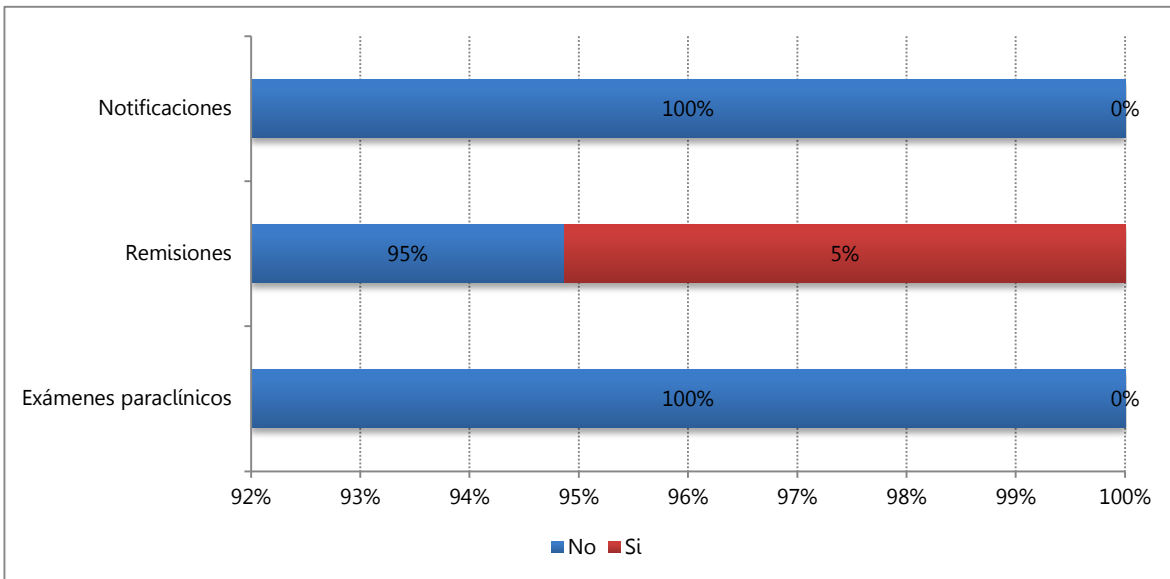
Gráfica 159. Notificación de niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

A pesar de ser un evento que involucra varios sectores, dado la complejidad del evento, no se identificaron notificaciones a otras instancias.

Gráfica 160. Seguimiento de niños con diagnóstico de riesgo de maltrato.

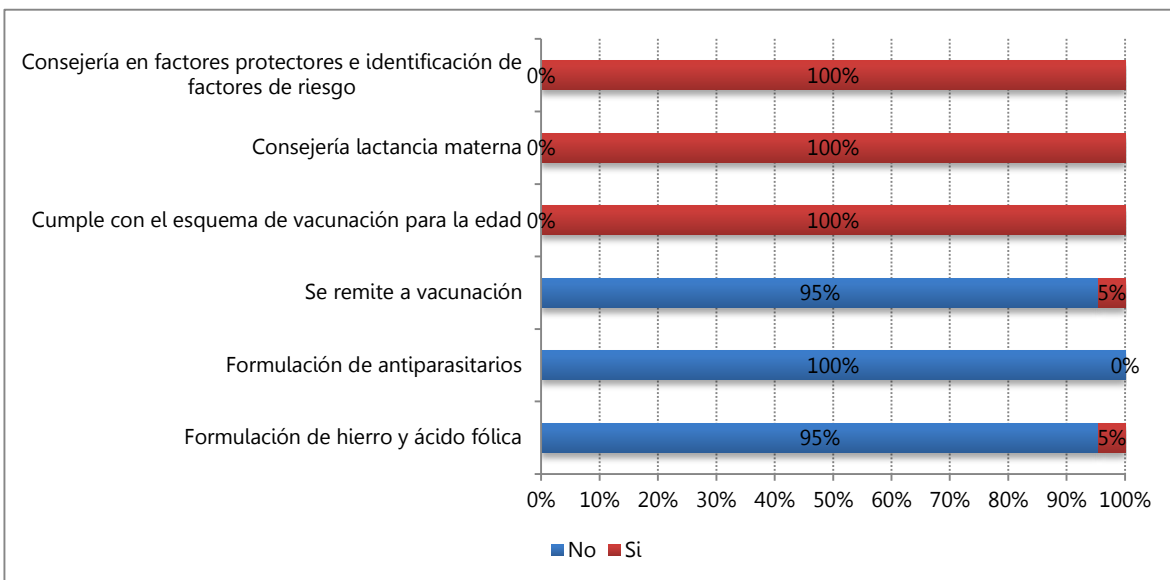


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Únicamente se realizó un 5% de seguimiento efectivo a las remisiones realizadas a niños con diagnóstico de maltrato.

- **Niños víctimas de abuso sexual**

Gráfica 161. Plan de manejo de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.

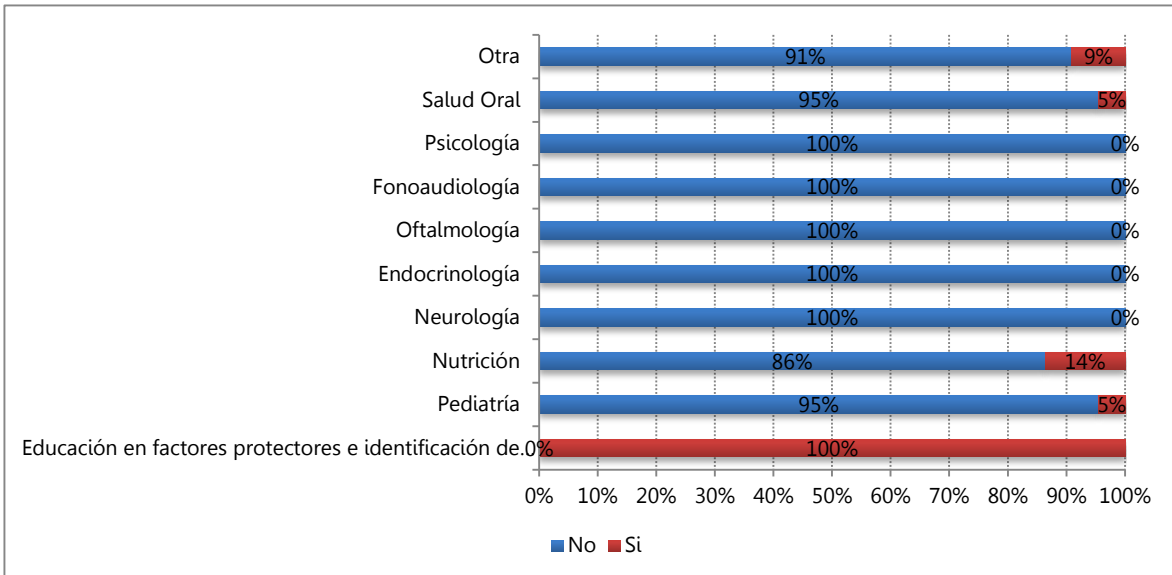


Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

El abuso sexual es considerado como un problema de gran impacto social, dado las consecuencias para el menor y el núcleo familiar, respecto al plan de manejo se evidencia cumplimiento del 100% en las consejería de factores protectores y de

riesgo, de la cual se espera sea una herramienta válida para dar respuesta a las necesidades del menor víctima de abuso sexual.

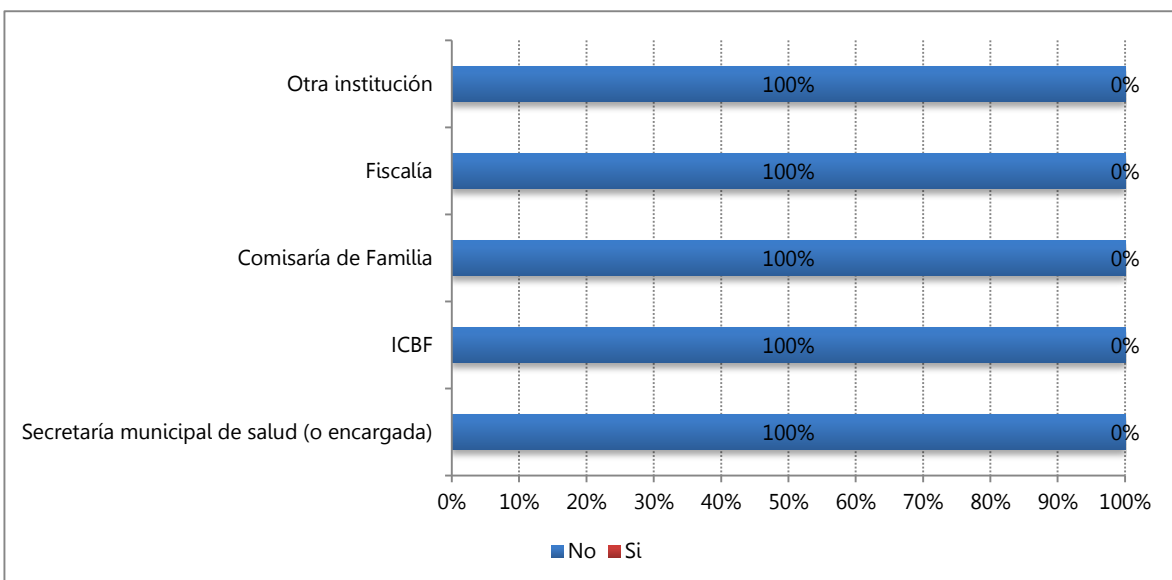
Gráfica 162. Remisión de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Dado la complejidad del evento de abuso sexual, se evidencia un cumplimiento del 100% en las remisiones realizadas a educación en factores protectores e identificación de riesgos, lo cual de alguna manera es oportuno en busca de dar respuesta a las necesidades de las y los menores víctimas de abuso, sin embargo llama la atención que ninguno de estos casos fue remitido a psicología.

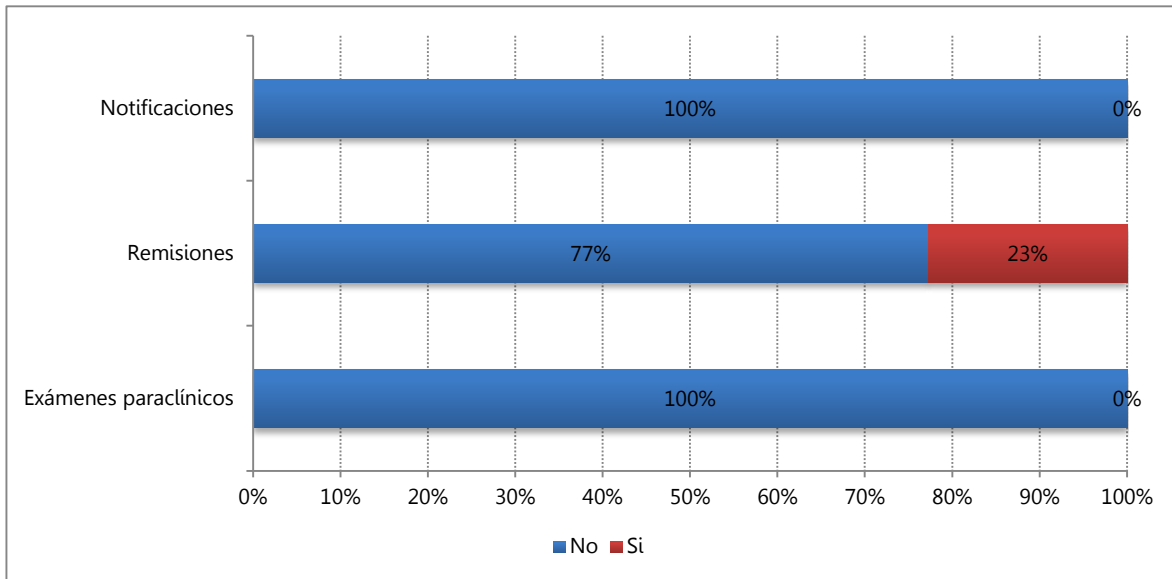
Gráfica 163. Remisión de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

A pesar de ser un evento de gran impacto social, el abuso sexual está siendo únicamente intervenido por el sector salud, dado que como se evidencia en la grafica anterior ninguno de estos casos identificados fue remitido a ninguna otra institución, evidenciando la falta de articulación y trabajo inter-sectorial.

Gráfica 164. Seguimiento de niños con diagnóstico de riesgo de abuso sexual.



Fuente: Centro Nacional de Consultoría, proyecto Línea de Base *De Cero a Siempre*

Del 100% de las remisiones realizadas, únicamente al 23% de estas, se les realizó un seguimiento efectivo, lo cual refleja la importancia de las acciones de control y vigilancia de este tipo de eventos, en el caso de los exámenes para clínicos no se identifico ningún reporte de seguimiento.

7. CAPACIDAD INSTITUCIONAL

El objetivo del componente de desarrollo institucional de esta consultoría es caracterizar la capacidad institucional con que cuentan los territorios para el desarrollo de la estrategia *De Cero a Siempre*. Esta caracterización permite tener una perspectiva general de la manera cómo se planea, se implementa y se hace seguimiento y evaluación a la Política de Primera Infancia en algunos territorios del país. En ese sentido, presenta las condiciones y las apuestas del territorio en el marco de las cuales se desarrolla la estrategia *De Cero a Siempre*.

Esta caracterización se realiza a partir de información cualitativa obtenida de una entrevista semi - estructurada aplicada a funcionarios de instituciones con competencias en Primera Infancia del orden nacional, departamental y municipal (capitales y otros municipios). El trabajo se realizó en Bogotá y en los

departamentos de Cesar y Valle del Cauca, en los municipios de Valledupar, Cali, Pradera y Aguachica.

Con esta información se hace un ejercicio en tres niveles. En el primer nivel se abordan los procesos de planeación e implementación de la Política de Primera Infancia para establecer qué aportan a esos procesos las diferentes instituciones desde sus competencias, recursos y acciones, qué productos se obtienen y cómo se coordinan las instituciones. Este análisis muestra que la Política de Primera Infancia está en la agenda de los territorios de tiempo atrás (2006), que se construye desde una metodología con diferentes niveles de consolidación de acuerdo con los territorios, en general, desde un enfoque de derechos y mediante la participación de actores relevantes. Sin embargo, se evidencian retos importantes en relación con la disponibilidad de recursos humanos y presupuestales; los procesos de coordinación, especialmente en la implementación; las bajas coberturas en algunas atenciones y la participación activa de todos los actores relevantes.

En el segundo nivel, se aborda el proceso de seguimiento y evaluación para identificar cómo se entiende en los territorios, qué instrumentos se utilizan y cómo se usa la información recogida para establecer los avances y generar información para la toma de decisiones. En general, se encuentra que hay desarrollos para el seguimiento de algunas atenciones, mas no de todas; hay iniciativas para hacer estos ejercicios de manera sistemática pero el reto es lograr un seguimiento integral de las atenciones y sobre cada uno de los niños y niñas.

En el tercer nivel se indaga sobre el conocimiento que se tiene en los territorios de la estrategia *De Cero a Siempre*, la percepción de los territorios sobre el valor agregado de la estrategia y los retos que implica su implementación. Se encuentra que en general los territorios conocen la estrategia, identifican como sus principales valores agregados el posicionamiento de la Política de Infancia en la agenda pública y la movilización social en torno a ella. El principal reto para su implementación es la coordinación para la atención integral.

Este capítulo se estructura en seis secciones. En la primera sección se hace un recuento del esquema normativo que rige *De Cero a Siempre* en tanto que es una estrategia de la Primera Infancia. En la segunda sección, se presenta la metodología del análisis a partir de cuatro elementos: preguntas y conceptos básicos que orientan la evaluación, la muestra, el trabajo de campo y el instrumento de levantamiento de información y la sistematización, procesamiento y análisis de la información. En la tercera sección se presentan los procesos de planeación e implementación en relación con la construcción de los planes de Primera Infancia; los insumos, acciones, productos; la manera como se implementa las acciones de Primera Infancia y finalmente, coordinación de las instituciones para establecer en donde están los principales aciertos y los aspectos por fortalecer. En la cuarta sección se presenta el desarrollo del proceso de seguimiento y evaluación. En la quinta sección se indaga sobre las percepciones de los funcionarios en torno a la estrategia *De Cero a Siempre* y en particular a su

implementación. El documento termina con una sección de hallazgos y recomendaciones sobre los principales aspectos que deberían ser abordados desde la estrategia, por un lado, como aprendizaje sobre las apuestas de los territorios y, por el otro, para fortalecer las capacidades de los territorios para el desarrollo de la estrategia.

7.1. Marco de referencia

La Ley 1098 de Infancia y Adolescencia del 2006, en su artículo 29 decreta el derecho al desarrollo integral de la primera infancia y establece que los gobernantes del ámbito nacional, departamental y municipal son los responsables de implementar las políticas públicas a favor de los niños, niñas y adolescentes en sus territorios. En este contexto jurídico y para dar cumplimiento a estos mandatos del Estado, la estrategia *De Cero a Siempre* impulsa la idea de **gestión integral** en la que están involucrados los diversos sectores que surgen de la estructura del Estado y también otros actores de la sociedad, y promulga que “la integralidad del desarrollo infantil cobra vida es en el territorio”.

La **gestión integral** que propone *De Cero a Siempre* propende por una planeación, implementación y evaluación coordinada intersectorialmente y también por la construcción entre el orden nacional y territorial. Así mismo, esta gestión territorial se inscribe en el marco de la Institucionalidad que ya existe en el país sobre el tema social como es el **Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF)** reglamentado por la Ley 7ª de 1979, el cual es un espacio en el que diversas organizaciones sociales, públicas y privadas unen sus esfuerzos para garantizar los derechos de la niñez y la familia. El SNBF promueve la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas de infancia y adolescencia y del cual hacen parte los Consejos Territoriales de Política Social. El decreto 1137 de junio de 1999 estableció que el ICBF es el encargado de coordinar la integración del SNBF.

En el marco de esta institucionalidad existente en el país están también los **Concejos de Política social (CPS)**, que tienen como propósito articular las acciones y esfuerzos intersectoriales e inter institucionales para optimizar la intervención social. Son una instancia de concertación, coordinación, asesoría y decisión que posibilita la identificación de procesos dirigidos tanto al diseño como al desarrollo integral y coherente de la política social. Los CPS están conformados por representantes de todos los sectores sociales: vivienda, educación, salud, ICBF, agua potable y saneamiento básico, finanzas públicas territoriales, organizaciones de la comunidad, ONG, organizaciones privadas, entidades de control, redes sociales.

Entre las funciones de los CPS están adoptar de manera coherente e integral la política social en armonía con lo nacional y con las prioridades territoriales; promover la integración de los sectores y agentes del SNBF; concertar planes, programas y proyectos sociales; evaluar y hacer seguimiento a las acciones

desarrolladas por el SNBF y la implementación de la política social; consolidar y crear servicios sociales consecuentes con las necesidades y diagnósticos de la población; velar por la calidad y oportunidad en los servicios sociales y por la garantía de los derechos de la niñez, entre otros.

En correspondencia con lo anterior, para consolidar la Política de Primera Infancia en los territorios se necesita que los planes de desarrollo en los departamentos y municipios, asuman y expliciten lineamientos básicos en relación con la Atención Integral a la Primera Infancia, respaldados por recursos económicos que den viabilidad a las acciones a emprender. Así las cosas, cada municipio debe adelantar un **Plan de Atención integral a la primera infancia (PAIPI)** y fortalecer en cada municipio la **Mesa intersectorial de primera infancia**, en cuanto instancia de participación social de las diferentes entidades públicas y privadas para adelantar las acciones municipales relacionadas con esta población y para poner en marcha las acciones de la Estrategia “De Cero a Siempre” en el municipio.

De otra parte, y dado que el país no contaba con un ente nacional rector de las políticas de primera infancia, el gobierno nacional, mediante el Decreto 4875 del 22 de diciembre de 2011 formalizó la creación de la **Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIPI)**, inspirada en la Ley 1098 de 2006, como respuesta a la necesidad de fortalecer la estructura y sinergias institucionales para el ejercicio y garantía de los derechos de los niños y niñas entre los 0 y los 5 años.

La **CIPI** tiene por objeto “coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo ésta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados”⁴¹. La Comisión intersectorial cumple su propósito a través de una intervención planificada en torno a tres bloques de acciones: a) La coordinación de la implementación de la Estrategia de manera concertada con actores públicos y privados de los diferentes niveles territoriales y la facilitación del proceso de construcción colectiva de la política pública de PI; b) la articulación y generación de sinergias entre los diferentes actores interesados (públicos y privados) y con competencia en la primera infancia, mediante mecanismos que faciliten el trabajo en red y la generación de alianzas que hagan coherente la acción institucional alrededor de los objetivos de la estrategia; c) el establecimiento de lineamientos para la priorización en la primera infancia de la inversión en el gasto público nacional y territorial y el planteamiento de esquemas de cofinanciación que permitan la implementación de la estrategia de Cero a Siempre y en el mediano plazo de la política de atención integral a la primera infancia⁴².

⁴¹De Cero a Siempre, Atención Integral: prosperidad para la primera infancia, Versión actualizada, p.24

⁴² Ídem. p. 27

Así, la Comisión Intersectorial de Primera Infancia lidera la construcción de los fundamentos y lineamientos técnicos para la atención integral a la Primera Infancia en el país y ha propuesto los **diálogos territoriales** que son escenarios de encuentro entre la CIPI y los gobiernos locales para avanzar hacia los acuerdos básicos territorio-nación. Por ello es importante que distritales y municipales mantengan contacto con la Comisión a través de la Secretaría Técnica o los delegados institucionales para recibir asistencia técnica para sus iniciativas y el desarrollo de políticas, programas y proyectos en materia de primera infancia en sus territorios.⁴³

7.2. Metodología

Esta sección presenta la metodología que rige el análisis sobre los territorios teniendo en cuenta los aspectos que se van a abordar, la manera como se define la muestra y como se aplica el instrumento para el levantamiento de información y el procesamiento de la misma.

- Preguntas y conceptos básicos para el análisis

Las preguntas que busca responder la caracterización de la capacidad institucional son:

¿Cuentan los territorios con diagnósticos y planes intersectoriales para la Primera Infancia?

Esta pregunta se desarrolla a partir de los siguientes elementos:

- Diagnóstico de la situación de la población
- Identificación y Caracterización de la población de primera infancia
- Planes intersectoriales con líneas de acción, metas, indicadores y recursos específicos
- Incorporados a los planes de desarrollo locales

¿La implementación de los planes de Primera Infancia se realiza desde una gestión intersectorial e interinstitucional?

Esta pregunta se aborda desde los siguientes aspectos:

- Los programas y proyectos que se implementan en el territorio se gestionan desde lo intersectorial e interinstitucional
- La oferta se concibe como dirigida a cada uno de los niños y las niñas para el desarrollo integral

⁴³Op. Cit. COMISIÓN, Diálogo territorial, Chocó. Diap. 27.

¿Los planes de Primera Infancia son objeto de seguimiento y evaluación?

Para responder esta pregunta se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- El seguimiento a los planes es intersectorial
- El seguimiento define indicadores, fuentes de información, responsables, periodicidad y es un proceso sistemático
- La información que resulta del sistema de seguimiento
- Los planes logran sus objetivos en términos de los niños y las niñas y sus condiciones de vida

¿La estrategia *De Cero a Siempre* es reconocida en el territorio?

Pregunta que se analiza desde las siguientes consideraciones:

- Hay conocimiento y apropiación de la estrategia por parte de los funcionarios
- Hay compromiso político de las autoridades locales para impulsar la estrategia
- Capacidad técnica, operativa y financiera para implementar la estrategia

A partir de la revisión bibliográfica sobre capacidad institucional se tomaron diferentes conceptos que serán los que rigen el análisis.

En primer lugar, tomando la GIZ (2011), la capacidad institucional se refiere a la "*capacidad para iniciar o sobrellevar un cambio que permita desarrollar nuevas capacidades*" y eso implica los instrumentos con que cuenta la institución para cumplir sus funciones, objetivos estratégicos, objetivos generales y metas y la capacidad que tiene para relacionarse con otras entidades para alcanzar los propósitos conjuntos.

En segundo lugar, se entiende de manera general en este análisis que la capacidad institucional es una condición para el desempeño y los resultados de las instituciones y tiene que ver con procesos internos de las instituciones así como las relaciones entre instituciones.

En tercer lugar, se toman como los elementos macro del análisis aquellos que tienen que ver el ciclo de planeación de una intervención: Planeación, Implementación y Seguimiento y Evaluación. También se establecen como elementos del proceso de planeación, implementación y seguimiento y evaluación i) los recursos; ii) los productos y iii) la coordinación interinstitucional y territorial.

A partir de la revisión de diferentes documentos y presentaciones de la estrategia *De Cero a Siempre*, en sus diferentes niveles de avance, se identifican como

requerimientos de los territorios para la implementación de la estrategia en los territorios los siguientes:

- Tener un diagnóstico de la situación de la población de primera infancia
- Identificar y caracterizar a la población en primera infancia
- Contar con un equipo de trabajo
- Conocer técnicamente la estrategia Cero a Siempre
- Conocer la oferta de servicios existente
- Poner en marcha la ruta de atención integral
- Definir la manera de monitorear el avance de la política

A partir de las discusiones del equipo de trabajo se definió que para establecer cómo se aborda la Política de Primera Infancia en el territorio, la fuente de información más idónea, es la proveniente de los mismos territorios y específicamente de los funcionarios vinculados a los procesos relacionados con la Política de Primera Infancia. En esa medida, se decide entrevistar a los funcionarios de las instituciones que en el territorio participan en la política de primera infancia, de manera individual considerando que se logra mayor nivel de profundización, precisión y crítica sobre los diferentes procesos. Una vez realizadas las entrevistas individuales, el trabajo del equipo consiste en consolidar la información para cada territorio visitado y a la luz de esa información realizar el análisis. Si bien es una información que se levanta a nivel institucional, se construye la situación agregada desde una mirada intersectorial, con énfasis en los aspectos de coordinación.

De la misma forma, se estableció que las preguntas se realizaran principalmente sobre la Política de Primera Infancia en general, en tanto que la estrategia *De Cero a Siempre* es muy reciente, y esa situación puede limitar las respuestas. Sin embargo, una sección del formulario abordó de manera directa la estrategia.

- Muestra

El trabajo se realizó en el nivel nacional y en dos departamentos con sus respectivas capitales y otro municipio (diferente a la capital). Para la definición de la muestra se utilizaron los siguientes criterios:

- Tres niveles de territorio: departamento, municipio capital y otro municipio.
- Al menos 3 instituciones relevantes para la política de primera infancia en cada nivel territorial
- Funcionarios con conocimiento y participación activa en el diseño y la implementación de la política de Primera Infancia

Se visitaron 18 instituciones y se entrevistaron 21 funcionarios. En el cuadro 1 se presenta la muestra identificando en cada nivel qué instituciones fueron visitadas.

Cuadro 3.1.
Muestra del componente de caracterización de la capacidad institucional

Nivel Nacional	
Coordinadora Comisión Intersectorial de Primera Infancia	Constanza Alarcón
Nivel departamental	
Valle del Cauca	Cesar
Secretaría de Educación Secretaria de Salud Regional del ICBF	Secretaria de educación Secretaria de Salud Oficina Asesora de Política Social Regional del ICBF
Capital de departamento	
Cali	Valledupar
Secretaria de Educación Secretaria de Salud Secretaria de Bienestar Social	Oficina de Gestión Social Secretaria de Educación Secretaria de Salud
Otro municipio	
Pradera	Aguachica
Secretaria de Educación	Zonal ICBF Secretaria de Gobierno Secretario Privado de la Alcaldía

Fuente: Centro Nacional de Consultoría

El análisis del componente de desarrollo institucional en torno a la Primera Infancia se basa en la información levantada a través de las entrevistas realizadas por el equipo de trabajo en los territorios visitados. Si bien los resultados que se obtienen del análisis de la información no se pueden generalizar a la totalidad de los territorios del país, si es posible identificar condiciones y características que se presentan en los territorios relevantes para el desarrollo de la estrategia *De Cero a Siempre* y que son útiles y aplicables para otros territorios.

Trabajo de campo y procesamiento de la información

- *El instrumento de levantamiento de información*

El instrumento de levantamiento de información es una entrevista semi - estructurada dirigida a los funcionarios de instituciones que en el territorio tienen responsabilidades específicas frente al diseño y la implementación de la Política de Primera Infancia. Se definió este instrumento conversacional porque permite alcanzar complejidad en el análisis, profundizar en los temas de acuerdo con el conocimiento e interés del entrevistado e identificar nuevos aspectos que inicialmente no estaban planteados pero que emergen en el desarrollo de las entrevistas. Otras técnicas como las encuestas o las entrevistas cerradas no permiten alcanzar ese nivel de profundidad.

La entrevista tiene los siguientes módulos:

- I. Identificación
- II. Descripción de la institución y su participación en la atención a la primera infancia en el municipio
- III. Planes, programas, proyectos y servicios
- IV. Estrategia de Cero a Siempre
- V. Herramientas de gestión

En el anexo 4 se presenta el instrumento de levantamiento de información.

La aplicación del instrumento

Previo a la aplicación de las entrevistas, se contactaron telefónicamente a las diferentes instituciones con competencias en Primera Infancia en los municipios de la muestra. A través de esas conversaciones, se identificó la institución que lidera la Política de Primera Infancia y aquellas que participan activamente así como los nombres y datos de contacto de los funcionarios en cada una de las instituciones. Igualmente, se solicitaba el acceso a documentos relevantes que pudieran ser revisados antes de la realización de la visita. Para la realización de estas llamadas se construyeron protocolos para contactar a las entidades territoriales.

Con base en esa información, además de definir las instituciones y los funcionarios objeto de entrevista en cada municipio, se realiza el contacto para definir las citas.

El trabajo de campo se realizó entre los meses de julio y septiembre de 2012. Se aplicaron 18 entrevistas. Cada entrevista tuvo una duración promedio de dos horas. Además de la entrevista, se identifican y recogen documentos que permitan profundizar el análisis.

- La sistematización, procesamiento y análisis de la información

Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización por parte del entrevistado, y transcritas de manera textual. La información de las transcripciones fue codificada y sistematizada siguiendo las categorías de: i) planeación; ii) implementación; iii) seguimiento y evaluación y iv) estrategia *De Cero a Siempre*. Al interior de esas categorías se ordenó de acuerdo con: i) recursos; ii) procesos; iii) productos y iv) coordinación institucional teniendo en cuenta los niveles de: individuos; organización – institución; redes y sistema político. La sistematización se hace para cada entrevista y luego se construye un solo documento con toda la información para cada ente territorial.

A partir de esa sistematización se puede describir el proceso en cada entidad territorial y luego hacer comparaciones entre entidades territoriales. La caracterización de las capacidades institucionales obtenida a través del ejercicio, se

compara con las condiciones que plantea la estrategia *De Cero a Siempre*. Con base en estos análisis se identifican los aspectos a replicar, aquellos por mejorar y finalmente, elementos para trabajar desde la estrategia con los territorios.

7.3. Resultados obtenidos

7.3.1. Procesos de Planeación e Implementación de la Política de Primera Infancia en los territorios

En esta sección se analizan los procesos de planeación e implementación de la Política de Infancia. Si bien el proceso de seguimiento y evaluación es parte constitutiva del ejercicio de planeación, dado que tiene elementos de análisis de carácter distinto se presenta en una sección independiente, sólo por consideraciones de forma.

En esta sección se hace una descripción de la manera como se abordan y desarrollan los procesos de planeación e implementación de la Política de Primera Infancia en los territorios. A partir de esa descripción se analizan cuatro aspectos. En primer lugar, la construcción de la política de Primera Infancia teniendo en cuenta las características de los diagnósticos y planes de Primera Infancia. En segundo lugar, la manera como se implementa la Política de Primera Infancia en cuanto a los planes, programas y proyectos y la manera como éstos se gestionan y cómo abordan la atención para el desarrollo integral de los niños y las niñas. En tercer lugar, los recursos, los productos y la coordinación intersectorial y territorial para la planeación y la implementación. Las descripciones y análisis se fundamentan en los contenidos de las entrevistas y para cada proceso se identifican los principales retos.

- El proceso de construcción de la política de Primera Infancia

En esta parte se aborda la manera como los territorios realizan el proceso de planeación. Para ello se responde a la pregunta:

¿Cuentan los territorios con diagnósticos y planes intersectoriales para la Primera Infancia?

Teniendo en cuenta los siguientes elementos⁴⁴:

- Diagnóstico de la situación de la población
- Identificación y caracterización de la población de primera infancia

⁴⁴ Estos elementos surgen de la revisión de diferentes documentos de la estrategia *De Cero a Siempre*.

- Planes intersectoriales con líneas de acción, metas, indicadores y recursos específicos (fuentes de financiación)
- Incorporados a los planes de desarrollo locales

Los territorios visitados cuentan con diagnósticos y planes de Primera Infancia. La mayoría de estos diagnósticos y planes tienen los elementos requeridos por la estrategia *De Cero a Siempre* pero con diferente nivel de avance y desarrollo⁴⁵. Los diagnósticos plantean la situación y la problemática de la población de primera infancia. En algunos casos, se aborda a través de los principales indicadores de las diferentes temáticas, en otros casos se realizan análisis detallados que buscan integrar y relacionar los distintos aspectos y diferenciar por grupos de edad y por poblaciones de especial atención. Se presenta también la caracterización de la población pero con limitaciones para identificar las poblaciones con requerimientos de atenciones.

Los planes, con base en el análisis de la problemática, priorizan las temáticas a abordar. Para esas temáticas se precisan estrategias de intervención, fundamentadas en la oferta de atenciones institucionales y en algunos casos además a través de intervenciones específicamente definidas por el territorio. Esos planes contienen las acciones, metas y recursos, los cuales están asociados a las funciones y planes de acción de las instituciones que participan en su construcción. En los casos de mayor avance se logra realizar una articulación entre las acciones de los diferentes sectores, en otros, las acciones corresponden a las propias de cada uno de los sectores. En la mayoría de los casos, el presupuesto asignado responde más a las prioridades sectoriales que a las definidas por la propia Política de Primera Infancia para el desarrollo integral de los niños.

En los territorios visitados se vienen desarrollando ejercicios sistemáticos para la construcción de la política dirigida a la población de la Primera Infancia. Estos ejercicios presentan diferente nivel de avance tanto en el territorio como un todo como en las diferentes instituciones de un mismo territorio. Se identifica a la Procuraduría General de la Nación como la entidad que desde el año 2006 ha promovido el desarrollo de la Política de Primera Infancia así como los lineamientos e instrumentos para ello. Esto asociado a los avances que se han dado en términos de la normatividad, las políticas y de las iniciativas de las instituciones responsables de la Primera Infancia.

La norma establece que todas las entidades territoriales (departamentos y municipios) deben contar con un plan que incluye, desde el enfoque de derechos, la situación inicial de la población de Primera Infancia para luego definir los objetivos y las metas de una política para esa población. Esto implica la construcción de un diagnóstico y una línea de base que se establece en la mayoría

⁴⁵ Los diagnósticos y planes se analizan con base en la descripción que de los mismos hacen los entrevistados. Aunque a algunos de esos documentos se tuvo acceso, éstos no fueron revisados de manera exhaustiva.

de los casos a partir de los indicadores definidos por la Procuraduría (62 indicadores).

A través de las diferentes entrevistas, se evidencia que el enfoque de derechos y la atención integral, en términos generales, están apropiados en el discurso de los funcionarios y en los diagnósticos y planes, sin embargo, como se verá más adelante, en la implementación este enfoque parece diluirse.

Secretaría de Educación de Cali, delegada de Primera Infancia del municipio

"Se trabaja un documento con la identificación de los problemas y luego se hace una propuesta teniendo en cuenta: las cuatro categorías de derecho, es decir, por el marco de la política nacional, la estrategia hechos y derechos, los objetivos del milenio, los indicadores de la Procuraduría, y nos articulamos precisamente a las políticas como tal."

Secretaría de Bienestar Social de Cali

"El diagnóstico, fue construido teniendo en cuenta los indicadores sociales de la Procuraduría,... hicimos un ejercicio de consolidar los indicadores intersectoriales frente a la intervención de la administración municipal en el tema de primera infancia, teniendo en cuenta tanto la categoría de derechos como los objetivos de las políticas,... son los indicadores recomendados a nivel internacional para el tema de derechos de los niños y adolescentes".

Centro zonal de Palmira - ICBF

"En 2010 los alcaldes rindieron un informe de gestión a la Procuraduría, ese informe de gestión estaba proyectado dentro del 2005 y el 2010, pese a que la administración era a 2008, 2011. Se hizo un comparativo de indicadores formulados por la Procuraduría: 64 indicadores sociales y 13 financieros. Cada administración rindió su informe, todos los municipios lo rindieron, del centro zonal mío. La sugerencia fue tomar ese diagnóstico, con 64 indicadores son indicadores de primera infancia, de infancia y adolescencia, en las cuatro categorías de derecho, que son las categorías de: existencia, de desarrollo, de participación y de protección; se sugiere a los alcaldes actualizar a 2011, de tal suerte que al actualizar todos los 64 indicadores, que se convirtieron en 66, porque se adicionaron dos más, que fue los niños afectados por la ola invernal y los afectados por pólvora, entonces, quedaron 66 indicadores sociales, lo que hicimos fue actualizar los indicadores a 2011."

Para la construcción del diagnóstico del territorio, cada una de las instituciones con funciones en atención a la primera infancia prepara un diagnóstico de la situación de esa población desde sus miradas misionales y sectoriales. De la misma forma se elabora la caracterización de la primera infancia, en los diferentes derechos y dimensiones del desarrollo. De la misma forma se busca identificar las condiciones

de las poblaciones de especial atención y sobre todo identificar a la población que no ha sido atendida a pesar de requerirlo. Al referirse a las instituciones que tienen responsabilidad frente a la Primera Infancia, se vinculan las entidades gubernamentales y cada vez más instituciones del sector privado y de la sociedad civil. Este tema se desarrollará más adelante en el documento.

En este diagnóstico se identifica la problemática y estrategias generales para resolverla. En algunas ocasiones son diagnósticos son documentos estructurados con un análisis profundo de la situación del sector, en otras son algunos datos e indicadores relevantes más no un documento formal.

Secretaría de Educación - Valledupar

"Te hablo desde la Secretaría de Educación, a mí me llamaron, primera infancia, yo les dije, sí, tenemos esto, es esto, es decir, las estrategias de primera infancia para lo del MEN, lo del municipio, pero todavía está así, o sea, no hay un plan de primera infancia, un plan en sí que diga el programa de primera infancia como tal"

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

"le hemos dado prioridad a nivel 1 y 2 del SISBEN dando prioridad a las familias de la Red Unidos, a las víctimas del conflicto, y a las familias que tienen algún niño con algún grado de discapacidad, afro e indígenas, esos son los primeros que van a entrar allá; tenemos la atención a las futuras madres, la atención individual y las actividades conjuntas que es como la estrategia de trabajo, entonces, llega un momento que lo que vamos a hacer es que toda la oferta que tenemos nosotros desde los diferentes sectoriales van a llegar a este nicho, ahí es donde vamos a lograr entonces esa integralidad. "Lo que estamos haciendo con este programa es aplicar la estrategia *De Cero a Siempre* que están haciendo de forma institucional, a los niños y niñas del Cesar que está por fuera de todos los programas"

Secretaría de Educación - Gobernación del Cesar

Nosotros trabajamos con Unidos también, pero hace falta más el diagnóstico de la población que no está atendida, aunque ellos están haciendo ese diagnóstico, pero está incompleto, hay mucha población sin atender, eso sí es un problema que hay aquí, Unidos está atendiendo, pero hay mucha población que no la tiene Unidos relacionada. Hay un diagnóstico, lo que pasa es que no está completo, falta relacionar, yo digo que es parcial, porque hace falta mucha población, sobre todo en la rural, dispersa.

Los diagnósticos de las diferentes instituciones del territorio se ponen en común y se genera un ejercicio de construcción de un diagnóstico conjunto mediante el cual se define la problemática del territorio, se hace una construcción y priorización de las estrategias así como de los respectivos objetivos y metas. De esta forma, el territorio define su apuesta para la Primera Infancia.

Secretaría de Bienestar Social de Cali

"El diagnóstico,... se hizo desde acá, hicimos un ejercicio liderado desde esta Secretaría de Bienestar Social, y con el acompañamiento de Planeación Municipal hicimos un ejercicio de consolidar los indicadores intersectoriales frente a la intervención de la administración municipal en el tema de primera infancia.

Si bien se realizan esfuerzos por partir de los requerimientos para el desarrollo integral de los niños y las niñas, de las coordinaciones y articulaciones que se requieren desde los diferentes sectores, a veces solo se logra poner en común las apuestas de los sectores dirigidas a la Primera Infancia más no coordinarlas y articularlas. Los objetivos, las estrategias y metas frente a la población están asociados a la oferta de atenciones institucionales y a los recursos presupuestales preestablecidos sectorialmente en los territorios. Si bien es claro que esta oferta está diseñada para atender a la población de acuerdo con sus necesidades y que es el pilar central para las atenciones, en muchas ocasiones esta oferta no está definida desde una mirada intersectorial por lo cual no se articula con otras atenciones que son necesarias, complementarias y que podrían generar sinergias importantes y sobre todo una acción integral. También, se identifican atenciones que son requeridas pero para las cuales no se tienen los medios en las regiones y en esa medida se generan brechas entre la oferta de atenciones real y la oferta "ideal" para el desarrollo integral.

Oficina Asesora de Política Social

"*Educa por Amor Siempre* es un programa que está en el marco de la política de Primera Infancia. La idea que teníamos inicialmente era colocar primera infancia y ahí incluir todas las metas y estrategias que se tuviesen dentro del plan de desarrollo, pero como usted sabe que cada uno de los ministerios y cada uno manejan programas independientes, entonces, Salud tiene su plan nacional en salud, tienen una cantidad de acciones; así mismo tiene Educación unos programas, entonces, nosotros lo que dijimos fue, hagamos una apuesta general que es de Frente contra la pobreza, y allí incluyamos un programa o unas acciones que no están incluidas dentro de Educación, ni que están incluidas dentro de Salud.

"En el programa de educación inicial nosotros sabemos que en el departamento por el ICBF y por PAIPI están alrededor de unos 79 mil niños atendidos, y nosotros tenemos en el departamento 132.412 niños, proyección DANE 2012, entonces lo que queremos hacer ahorita es con 15 mil llegaríamos a 100 mil, nos harían falta 30 mil, entonces, estamos mirando de qué forma, porque nos decían que nos falta muy poquito en comparación con lo que estamos atendiendo, entonces, de qué forma podemos esforzarnos más."

En algunos casos solo se logra incluir en un mismo "apartado" de un documento todos los objetivos que aplican a esa población pero la suma de ofertas sectoriales

no siempre logra integrarse en un objetivo común consistente con las acciones que se realizan para su logro. En términos de los entrevistados, en general los sectores tienden a planear desde lo que les compete y lograr plantear las propuestas hacia el propósito del desarrollo integral, es aún un reto. De esta forma aún algunos planes intersectoriales se construyen como la sumatoria de los sectores más no como la integración real de los mismos.

En general, cuando se elaboran los planes de desarrollo de los territorios, los planes de Primera Infancia son retomados como el contenido central para la Política de Primera Infancia del territorio. En algunos casos los planes de infancia requieren de actualizaciones para ser incorporados a los planes de desarrollo. La prioridad que tiene el tema en el Plan de Desarrollo Territorial está directamente relacionada con la prioridad que el dirigente le ha dado en la campaña y en su programa de gobierno. En las entrevistas se evidenció que el avance del tema en los territorios depende de manera fundamental con la voluntad política del dirigente y de la prioridad del tema en su agenda.

En ese sentido, aunque en el discurso parece estar apropiado el lenguaje de los derechos y de la atención integral, en la construcción de los planes es difícil aterrizar esos conceptos.

De la misma forma, si bien se busca construir los planes desde un enfoque intersectorial, y participan los actores relevantes y realizan ejercicios de construcción conjunta, la lógica sectorial que rige los procesos de planeación, dificultan diseñar la política de Primera Infancia desde la intersectorialidad.

- El proceso de implementación de la Política de Primera Infancia en el territorio

La pregunta que se desarrolla en esta sección es si

¿La implementación de los planes de Primera Infancia se realiza desde una gestión intersectorial e interinstitucional?

Esta pregunta se aborda desde los siguientes aspectos:

- Los programas y proyectos que se implementan en el territorio se gestionan desde lo intersectorial
- La oferta se concibe como dirigida a cada uno de los niños y las niñas para el desarrollo integral

La implementación de la Política de Primera Infancia en el territorio, de acuerdo con la información de las entrevistas, se lleva a cabo a través de programas nacionales y territoriales. Esta situación genera que la lógica de la implementación sea sectorial y se dificulte la gestión intersectorial para la atención de la Primera Infancia. Los territorios hacen diferentes tipos de estrategias para lograr la gestión

intersectorial pero aunque se perciben avances en ese sentido, aún no se logra una atención intersectorial. El reto frente a la atención para el desarrollo integral dirigido a cada uno de los niños y niñas de acuerdo con sus entornos y requerimientos específicos está en el discurso y las acciones de algunos de los funcionarios pero se percibe como difícil de lograr en el corto plazo.

Los programas o proyectos del orden nacional que se refiere a aquellos que se realizan desde la normativa y los lineamientos de la política nacional y que en general vienen acompañados de recursos financieros específicos para su ejecución. Entre ellos están, por ejemplo, el PAIPI inicialmente promovido, coordinado y financiado desde el Ministerio de Educación Nacional: Los planes y programas nacionales de salud pública, en particular el componente de salud infantil aunque no de manera exclusiva, coordinados y definidos desde el Ministerio de Salud y Protección Social y financiados principalmente con recursos del Sistema General de Participaciones. Los programas del ICBF dirigidos a la Primera Infancia, los cuales tienen objetivos y lineamientos técnicos y operativos definidos desde el nivel nacional y son financiados con recursos parafiscales.

Los programas y proyectos del territorio que surgen de las iniciativas de los gobiernos locales, de acuerdo con objetivos y enfoques que se definan en el territorio para atender a la población de primera infancia y con mayor o menor lineamiento frente a los programas nacionales de Primera Infancia. En general estos programas son financiados con recursos propios del territorio.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

"Aquí tengo yo cuatro proyectos para atención a la primera infancia. Con la Universidad del Norte tenemos el programa de desarrollo psicoafectivo, **Pisotón**, donde se atienden 300 cupos para la formación de los agentes educativos, madres comunitarias y docentes del PAIPI. El programa de **preescolar escolarizado y no escolarizado**, ese también es con la Universidad del Norte, formación de 12 agentes educativos, o sea, docentes del nivel preescolar, pero nada más que en tres municipios Las Aguas, Bosconia y la Loma , mientras que Pisotón sí es para todo el departamento. Tenemos el **PAIPI**, ese sí es en todos los municipios, es del Ministerio y el departamento, nosotros con los señores alcaldes y con los operadores. Y el cuarto es, uno que acaba de salir ahorita, eso te lo dicen en política social, porque tenemos que entrar nosotros también ahí, el de **Cero a Siempre**

El Cesar tiene 24 municipios, Valledupar es certificado, el Paipi atiende 8.562 niños menores de 5 años, con cinco operadores, de los cuales trabajamos con tres, los otros dos no sabemos qué pasa, ellos son de otros departamentos, ellos se comunican con nosotros, pero sí somos afectados con el incumplimiento de ellos, porque todas las quejas llegan aquí a Secretaría. Ahorita qué trabajo me toca hacer con el PAIPI, me toca reunir a los señores alcaldes y hacer una socialización de todo el programa, cada que cambian de gabinete, y seleccionar o asignarle funciones a una persona que delegue el alcalde como delegado municipal y

traerlos aquí a Valledupar para hacerles la socialización del programa con todas sus funciones, qué es lo que les corresponde a ellos del programa, allá responde un delegado”

Oficina Asesora de Política Social - Gobernación del Cesar

“Educando con Amor por Siempre, es un programa al que durante el cuatrienio pensamos llegar a 15 mil niños y niñas en los 25 municipios. Nosotros como para llevar la misma línea, porque los lineamientos todos vienen de la estrategia de Cero a Siempre”

Al comparar estos dos tipos de programas se encuentran dos diferencias principales. Por un lado, los programas nacionales son en general de largo plazo porque obedecen como se dijo anteriormente a normativas nacionales y están asociados a fuentes de recursos específicas. Así, permanecen en el tiempo independientemente de los períodos de gobierno. En el territorio por el contrario, los programas dirigidos a primera infancia en general corresponden a la voluntad de cada administración, en esa medida tiene un corto tiempo de permanencia y no cuentan con fuentes permanentes de financiación.

Por otro lado, los programas nacionales tienen esquemas de implementación definidos y operan de manera sistemática y en esa medida en el territorio hay conocimiento desde las diferentes instituciones de la manera como operan los programas. En los programas del territorio se deben diseñar e implementar en un corto periodo de tiempo y en ese sentido, pueden o no integrarse al resto de la atención de primera infancia del territorio y además tienen el riesgo de no lograr consolidar los procesos y mecanismos de implementación. En el siguiente gobierno el programa puede ser modificado o reemplazado por otro y si al mandatario no le interesa el tema de la primera infancia puede inclusive no destinar recursos propios a ese tema.

Las características de estos dos tipos de programas tienen implicaciones en la manera como se implementan en el territorio.

En primer lugar, cada programa nacional tiene su origen en un sector o en una institución. Esto implica que el programa tiene un sello sectorial y desde sus objetivos y estrategias debe contribuir a unas metas sectoriales.

En segundo lugar, cada programa nacional se implementa desde su institucionalidad y sus competencias. En ese sentido, cuenta para la implementación con las instancias, los actores, los procesos y los recursos que le son propios y sobre los cuales tiene competencia, autoridad y control.

En tercer lugar, si bien muchos de los programas nacionales establecen que en el territorio debe haber una articulación intersectorial, en general no definen la

manera como se logra esa articulación, ni tienen mecanismos de articulación desde lo nacional. Entonces los funcionarios de los territorios sienten que no cuenta con las herramientas para la articulación.

En cuarto lugar, los programas territoriales por tener una duración corta en el tiempo, presentan dificultades para articularse con los programas nacionales. Esto porque en corto tiempo es difícil establecer todos los puntos de encuentro y la manera como se debe relacionar. Para los programas nacionales establecer acuerdos por el corto tiempo de la ejecución del programa territorial genera ajustes que solo se mantienen durante un gobierno.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

Intervenciones desde el nivel nacional como el PAIPI. "Son cinco días de la semana, el docente trabaja con 45 niños, 15 vienen el lunes, 15 vienen el martes, 15 vienen el miércoles, ya el jueves están preparando ellos todo su material para eso, y el viernes tienen una capacitación, ese es el trabajo que hacen los maestros. Esos 15 niños vienen el lunes, ya el martes se quedan en su casa, no vienen; ya vienen los del martes. Son menores de 5 años, las mamás con ellos cargados, otros en coche, otros a pie. Y hay un auxiliar que los atiende mientras que los docentes están haciendo las prácticas con los padres de familia, las charlas que les está haciendo a los padres de familia, un auxiliar; ese día se les da un refrigerio tanto al profesor, como al padre de familia y a los niños, se entregan seis refrigerios que se lleven para su casa, por los seis días que no vienen los niños aquí, ellos se lo llevan a su casa; si el docente encuentra un niño que esté bajo de peso, como ellos tienen que hacer todo eso con Salud y con el ICBF, entonces, si ven que está bajo de peso, no lo puede dejar así, tiene que hacerle un seguimiento al niño, y va a Salud y le dice, a este niño hay que atenderlo, al ICBF también para que le mande suplemento alimenticio como Bienestarina o cualquier otro, y les dan también un mercado al padre de familia. Y esa atención de los niños es en la institución educativa".

Secretaría de Salud – Gobernación del Cesar

"En este momento no tengo seguridad cómo está la situación de PAIPI, lo desconozco". "A principio de año hicimos una reunión y ahí fue que canalizamos la problemática, la problemática es que todos los recursos, cada institución los maneja para algo. Lo que se quiere en la estrategia, que se una todo mundo para poder mejorar la capacidad resolutoria con el concurso de todas las instituciones y apuntar a una misma meta; pero la problemática es la intersectorialidad, que no es solamente en el programa que estamos hablando en este momento, sino en todo. Otra cosa es también generar de pronto competencia de los entes nacionales para que también verifiquen esos cumplimientos"

Las características de los programas implican que en general las metas y las poblaciones específicas a atender se establecen desde cada sector y de la misma

forma se implementan de acuerdo con la lógica de cada institución. Así, por ejemplo, los criterios de focalización son diferentes en cada institución, así las atenciones se localizan en diferentes entornos, de acuerdo con lo que cada institución busca y tiene como prioridad, y no se abordan necesariamente desde las necesidades de atención para el desarrollo integral de los niños y las niñas. En esa medida, la gestión de la atención desde la mirada intersectorial se ve limitada en la implementación.

A pesar de las condiciones que se plantean desde las características de los programas, en los territorios los funcionarios resaltan la importancia de lograr que la implementación de los programas sea intersectorial. Lo anterior, de acuerdo con los funcionarios, para lograr una atención que promueva el desarrollo integral de los niños y las niñas. En ese sentido, se busca una implementación que convoque a los diferentes sectores desde sus funciones, sus acciones y recursos.

Se evidencia desde los territorios que en la implementación de los programas hay un reconocimiento de la estructura institucional y de las funciones que deben desarrollar las diferentes instituciones en el tema de primera infancia. En esa medida, las diferentes instituciones buscan apoyo de las otras para gestionar intersectorialmente las atenciones y en ese sentido llegar con las diferentes atenciones a los niños y las niñas.

En los distintos territorios, los funcionarios explicaron de manera concreta como realizan la gestión intersectorial para la implementación de los programas con las diferentes entidades.

Una manera como se evidencia la articulación para la gestión de la implementación es que se identifican los niños y niñas de un determinado programa, por ejemplo, el PAIPI y desde la secretaria de educación se solicita a las demás entidades que estos niños sean atendidos con sus programas.

Secretaria de Educación – Gobernación del Cesar

"8.500 niños tienen educación, tienen todo lo de salud, y nutrición y lo del registrador, porque no puede ir ningún niño sin estar registrado, todos los niños tienen que estar registrados".

En cuanto a la atención de los niños "Eso tiene que quedar articulado, los niños del PAIPI, nosotros le pasamos una lista dónde son los sitios que están esos niños, por decir a Salud, entonces, Salud se desplaza al sitio donde están las experiencias significativas, ellos van allá, se da cuenta de qué niños están vacunados, las charlas a las madres de familia, a las embarazadas, a las lactantes, de aquí del sitio se mandan cartas allá, la solicitud que se les haga desde el centro, las solicitudes para que Salud vaya allá, se las damos a la Policía, nosotros vamos allá y les decimos, nosotros necesitamos que ustedes vayan allá y les hagan charlas a los padres de familia, actividades deportivas a los niños, cultura, que se vinculen con

actividades para días festivos, para los días culturales, entonces, ellos van allá a los sitios a prestar el servicio allá esos días, en el momento, ellos se quedan solo un rato, ellos organizan su cronograma y dicen, tal día puedo estar en tal parte, en tal parte” y con el ICBF “Allá hay una persona asignada para primera infancia, entonces, ella conmigo trabaja de la mano para todo, no tengo queja; ojo, necesitamos que mire cómo está la nutrición de los niños, mire que si lo que están dando es lo que se tiene que dar, cuántos gramos tiene que tener esto, ojo, no me vaya a dejar pasar eso, y trabajamos como si fuéramos hermanas, entonces, yo no tengo problemas con ICBF, ellos lo hacen muy bien.

Aunque en general se considera que la gestión intersectorial se ha desarrollado en algún grado, en todos los territorios fue evidente que hay un interés real por identificar mecanismos para efectivamente lograr la intersectorialidad. Esto es más evidente en los territorios donde la Primera Infancia es una prioridad.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

“La atención individual y las actividades conjuntas que es como la estrategia de trabajo, entonces, llega un momento que lo que vamos a hacer es que toda la oferta que tenemos nosotros desde los diferentes sectoriales van a llegar a este nicho, ahí es donde vamos a lograr entonces esa integralidad Antes se trabajaba cada sectorial independiente, entonces, en esta administración nosotros tenemos una directriz del señor gobernador, y es que le apuntemos a la integralidad, entonces, estamos trabajando todos los programas de esa forma integral”.

Se indagó en los territorios sobre la gestión intersectorial para la implementación de los programas pero además sobre la manera como se aborda la gestión para que los programas lleguen a cada uno de los niños y las niñas de acuerdo con las necesidades que cada uno de ellos tiene, y lograr una gestión para la atención para el Desarrollo Integral.

En las diferentes entrevistas se evidenció que es un tema que preocupa y que para la mayoría de los entrevistados está por resolver a pesar de que se ha tratado de abordar. Se evidencia que la intervención intersectorial se logra generalmente para eventos puntuales como, por ejemplo, el Día del Niño o el Mes del Niño. En ese tipo de actuaciones es relativamente fluida la coordinación para la implementación de acciones puntuales.

Secretaría de Salud de Valledupar

Articulación con Bienestar Social “Sobre todo, por ejemplo, para el mes del niño nos articulamos en todas las actividades que ellas direccionan ese mes, la alcaldía como tal tiene un convenio con ICBF, en este convenio ellos proveen desayunos infantiles, alcaldía e ICBF, ahí la alcaldía tiene que hacer toda la vigilancia de estas instituciones en las cuales a través del Bienestar se les provee el desayuno, pero nosotros como Salud hacemos intervenciones en salud oral, la unidad móvil, en

salud mental, van los psicólogos, cada uno hace su actuación, y eso es liderado por ellos, entonces, nos articulamos ahí”

En la implementación de atenciones más estructurales la situación es más compleja. Los nuevos gobiernos de los territorios están haciendo apuestas sobre este aspecto. Por ejemplo, se plantea un profesional que se encargue de articular que lo haga a través de una demanda de atenciones específicas para niños y niñas específicos. Este profesional sería el agente articulador que hace que las diferentes atenciones se comuniquen y actúen coordinadamente.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

Cómo gestionar las atenciones a cada uno de los niños

“Nosotros aquí tenemos unos profesionales que son los que van a estar mirando la oferta, entonces, tenemos la familia, decimos, Salud, usted tiene que salir a hacer, 22 mil vacunaciones es la meta, de esas 22 mil que tiene debe venir a vacunarnos a 2 mil que no tienen vacunación, entonces, ellos cumplen con su meta y nosotros cumplimos acá; tiene problemas nutricionales, venga y hágalos primero aquí, después vaya y cumpla su meta, y así. Son los profesionales que van a las casas quienes identifican a los niños. a través de una matriz que ya nos dejaron, en donde la matriz tiene el nombre, si está identificado, si no está identificado, el nombre de los padres.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

“Entonces, qué se está buscando ahí, articular con todas las entidades las acciones en beneficio del niño, trabajemos articulado, agarraditos de la mano, que no se nos quede ni un niño sin hacer, que el niño goce de todos los programas, se está haciendo de niño a niño, antes no se hacía así, sino que trabajan 25 niños, le toca a un maestro 45 niños, 15 diarios; entonces, ese niño gozaba de todo eso, pero no sabíamos si podían gozar en salud esos 15 niños que pasaron ese día; ahora no, ahora tiene que ser que ese niño goce de todo, para que sea cuidado integral”

Otra manera que los territorios han percibido como importante para lograr la intersectorialidad es a través de las rutas de atención. Estas rutas se han venido fortaleciendo en la gestión de la implementación de los planes y programas.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar - Cómo activar las rutas

Si se encuentra que hay un caso de maltrato infantil, él no lo puede intervenir, ahí lo tiene que intervenir es el profesional. Por eso los de la Comisión, decían que nosotros empezamos con un brazo, pero este brazo llega un momento en que se va a ramificar porque nosotros tenemos que activar la ruta de maltrato infantil, la ruta de abuso sexual, entonces, estas personas que están aquí deben empezar a

manejar todas esas rutas para poderlas activar, entonces, el enano se nos va creciendo, y llega un momento en que se cierra cuando ya el niño termina de atenderse integralmente, y termina institucionalizado, pero no lo soltamos, porque ya el niño queda dentro de la comunidad”

Secretaría de Salud – Gobernación del Cesar

Vamos directamente a los hogares comunitarios y jardines, yo tengo un dato que ellos nos suministraron sobre cuántos tienen actualmente, cuando vamos a hacer revisión de carné de vacunación en los hogares y en los jardines nos vamos directamente y nos sentamos con ellos”. ...en los hogares comunitarios “Encontramos niños y niñas que están atrasados, entonces, digo yo, si las madres comunitarias se han capacitado, a ellas las capacitamos tanto en AIEPI como en vacunación, en lectura de carnés, y digo yo, eso como que les pasó, porque es que no revisan los carnés de vacunación de los niños, porque si ellos revisaran y se dieran cuenta que les hace falta, buscan la manera cómo llamarnos o decirle a la mamá, tienes que llevarlo porque le falta tal vacuna; pero yo me he tomado la tarea de ir a mirar y llega uno y encuentra los carné atrasados, entonces, no están colaborando en ese sentido las madres comunitarias, porque deberían detectar la fecha en que les corresponde, el refuerzo de los cinco años”. En los hogares comunitarios no se encuentran niños y niñas en desnutrición pero “cuando hacemos el trabajo comunitario sí encontramos, y hacemos la remisión al ICBF, de maltrato también cuando encontramos casos los remitimos al ICBF. En su mayoría, los casos desnutridos de niños han sido tratados directamente a través del hospital, y se han recuperado, porque es un seguimiento que se le hace”.

ICBF Valledupar - Cómo opera un CDI para activar las rutas

“Dentro de los lineamientos y de los componentes de atención en la primera infancia que va desde la parte pedagógica, la parte nutricional, la parte de redes sociales, la parte de familia, el componente comunitario, la parte administrativa y lo del talento humano, en lo que contempla en el componente de familia y redes sociales y comunitarias e institucionales ahí le dan los parámetros a los coordinadores y al personal que está vinculado a los jardines sociales, de cómo debe ser el acercamiento de ellos con las instituciones que le pueden servir de una u otra forma para atender las necesidades de los niños, y que estas instituciones hacen parte de lo que es el sistema nacional de ICBF, lo que es el sistema general de seguridad social, lo que son los hospitales, las EPS, todas las instituciones que pueden apoyar en el proceso de atención de los niños, en el proceso de fortalecimiento y atención a los grupos de familia, en el proceso nutricional, en la atención de salud, lo que es la Registraduría, por ejemplo, un niño cuando llega a un CDI, lo primero que hacen las docentes y el personal que está allí es verificar si el niño tiene sus derechos garantizados; en lo que respecta a la garantía de derechos tiene un papel importante la familia, el Estado y la sociedad, entonces, una vez llegan las familias a solicitar el cupo, lo primero que

se le solicita a los niños son los documentos, lo que es el registro civil, carné de vacunación, crecimiento y desarrollo, certificado médico, certificado de salud oral, si el niño no tiene ninguno de estos documentos, la coordinadora debe hacer la explicación al padre de familia en cuanto a cuál es la obligación que él tiene con los derechos y el goce efectivo de los derechos de los niños, y se hace acercamiento con la Registraduría para organizar campañas de registro civil, de acercamiento con las EPS y con Salud para hacer campañas de vacunación, se hace acercamiento y coordinación interinstitucional con otros, por ejemplo, la Caja de Compensación Familiar que nos apoya en todo lo que es el proceso para la certificación odontológica que deben tener los niños, y todas las redes de apoyo que pueden tener alrededor de la institución o de los CDI y todas aquellas instituciones que estén dentro de la comunidad y dentro del perímetro urbano donde estén los CDI”.

Los territorios también identifican que la gestión intersectorial pasa en algunas ocasiones por la restricción de recursos. En efecto, en ocasiones aunque se busca intervenir desde una institución para complementar atenciones de otros sectores, los recursos disponibles no son suficientes, no se pueden realizar las acciones complementarias y no se logra la intersectorialidad.

También los territorios identificaron que hay niños y niñas con necesidades que no logran acceder a ningún tipo de atención. La decisión en muchos casos es priorizar cuando sea posible al menos con un tipo de atención antes que cubrir a otros niños y niñas, que ya tienen otras atenciones, y pueden requerir esa.

La apuesta de algunos territorios es identificar los niños y niñas con mayores carencias y brindarles atención integral.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

“Lo que estamos haciendo con este programa es aplicar la estrategia de Cero a Siempre que están haciendo de forma institucional, a los niños y niñas del Cesar que está por fuera de todos los programas”

A pesar de los esfuerzos e iniciativas de los territorios es claro que aún no se tienen una atención intersectorial en todos los casos y que se busca cumplir con las metas de atención de los diferentes sectores pero no se discrimina qué niño o niña recibe qué.

Secretaría de Salud de Valledupar

“AIEPI es una estrategia que llega a las comunidades y atiende a todos los hogares de las zonas focalizadas. Hace una labor importante de educación en hábitos saludables y de remisión a las atenciones. Sin embargo, en la estrategia se atienden todos los niños y niñas y no se tiene en cuenta qué atenciones están recibiendo cada uno de ellos” “De Cero a Siempre a mí me gusta, pero que opere

como realmente dice Cero a Siempre, que si Juanito Pérez está en Bienestar, Juanito Pérez de ahí pasa por Educación, Juanito Pérez pasa por Salud, y en Salud debe ser atendido por salud oral, vacunación, todos los programas de promoción y prevención, crecimiento y desarrollo, por todos, hasta que Juanito Pérez no termine, a Juanito Pérez no lo puede soltar el líder. Eso, tú lo acabas de decir, si están atendiendo al mismo niño, por eso le puse un nombre a ese niño, y te dije que pasaba por aquí y por aquí, no hay eso; si lo hubiera, chévere, a mí me encanta la iniciativa, pero no hay eso”.

De lo anterior, se evidencia que si bien hay un esfuerzo por implementar con una mirada intersectorial los planes, programas y proyectos de Primera Infancia, éstos se ejecutan de acuerdo con las metas de cada sector y de esa forma en muchos casos se materializan como una atención definida por lo que tiene la oferta de cada sector sin considerar una atención para el desarrollo integral. Por lo anterior, la intersectorialidad y la integralidad se ponen en riesgo y sobre todo se limita las posibilidades de mirar a los niños y a las niñas como sujetos de derechos y como sujetos de una atención que les posibilite su desarrollo integral.

- Los recursos para la planeación y la implementación de la Política de Primera Infancia

En las entrevistas se identificó que en muchos casos los responsables del tema de infancia al interior de las instituciones son profesionales de las áreas de educación, salud, trabajo social, psicólogas, trabajadoras sociales, etc. Estas personas, en la mayoría de los casos, no tienen cargos directivos y, por lo tanto, no tienen poder de convocatoria, de decisión ni acceso a todas las fuentes de información. En general, el tema recae sobre una sola persona, la cual además de esta tarea, tiene otras funciones misionales en la institución. Por lo cual, los funcionarios manifiestan que en ocasiones no logran cumplir con todas los requerimientos para la planeación y la implementación de la Política de Primera Infancia y que se requiere de equipos de trabajo al interior de las instituciones.

Secretaría de Educación – Valledupar

“Yo manejo lo de primera infancia, pero con una barrera, hay unos límites que, desde Gestión Social también manejan primera infancia, entonces, qué es lo que digo yo, si ellos están trabajando primera infancia, pues esta parte vaya allá a Gestión Social, por qué, yo puedo convocar a una reunión con Salud, con ICBF, pero no es igual si los convocan desde Gestión Social, porque es donde están los compromisos, entonces, cuál es la gracia y el objetivo de las mesas de trabajo intersectorial, el objetivo es que hay que hacer una brigada, porque los niños no tienen registro civil, de los 3 mil niños que estamos atendiendo a través de Paipi, vamos a encontrar que hay 40 niños que no tienen registro civil, vamos a encontrar que algunos no tienen vacunas, entonces, desde las mesas de trabajo sí se programan esas actividades, o cuando los operadores nos dicen a nosotros

que tienen una dificultad locativa, entonces, cómo lo vamos a hacer, de pronto en las oficinas de Salud hay un espacio adecuado donde pueden hacer esas actividades, pero ese diálogo es el que no se ha podido”.

Adicionalmente, los funcionarios por su formación y experiencia tienen un manejo amplio del tema, sin embargo, no son expertos ni especialistas en aspectos que son fundamentales para la gestión de la Primera Infancia. En ese sentido, algunos funcionarios requieren de apoyo para temas específicos a través de capacitaciones como, por ejemplo, en lineamientos técnicos, presupuesto, pero también el apoyo puntual de expertos u otros profesionales en la gestión de algunos temas.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

“Sí, como soy supervisora tengo otras acciones que hacer, tengo tres municipios a mi cargo, esos son aparte y aquí tengo yo cuatro proyectos para atención a la primera infancia.” “Pero ahora usted va al despacho, y allá sí hay trabajo de 0 a 5 años, mucho trabajo que se ha hecho de 0 a 5 años, y es que ahí llegan otros proyectos, pero yo no puedo coger más proyectos, qué vamos a coger nosotros más, si no aguantamos con estos”

“Pero aquí no hay una persona que se pueda decir que es especialmente para primera infancia, porque yo soy supervisora y tengo funciones tanto aquí como funciones allá. Aquí llegó un representante del MEN y dijo que ese proyecto no lo podía manejar yo, que tenía que manejarlo otra persona, porque yo estoy dejando mis funciones que me competen allá, por estar metida aquí, entonces, ando para arriba y para abajo, aquí tengo unas compañeras que son las que colaboran, también son supervisoras, a veces los trabajos se hacen en el mismo día a la misma hora, uno le toca estar en un municipio y no puede estar en los otros, porque coincide el día y la hora”

Secretaría de Educación – Valledupar

“Sí, cuál es la gran debilidad que tenemos aquí, estoy sola, qué se necesita, un equipo de primera infancia; desde aquí de Secretaría de Educación estoy yo sola, yo tengo que responder por un núcleo, si en este momento llega alguien que hay un problema en un colegio, yo debo volar”,. Yo soy delegada de primera infancia, pero voy a hacer una claridad, no sé si el señor alcalde actual firmó la nueva acta, yo tengo una del año pasado, y tú sabes que uno los cargos no los puede dejar tirados, yo le pasé por escrito al secretario donde le decía, y le mandé el formato y todo”.

En general se identificó que en las secretarías de educación la persona responsable de Primera Infancia pertenece al área de calidad, mientras que en las secretarías de salud, es un funcionario del área de salud pública y en el ICBF del área de dirección o coordinación técnica. En oficinas con mirada poblacional es el funcionario responsable de infancia y adolescencia. Estos funcionarios manifiestan en muchos

casos que están sobre cargados de trabajo y a veces solos en el tema de Primera Infancia al interior de su institución. Además de no contar con toda la información que requieren. En particular, se evidencia que el tema presupuestal no lo conocen, ni en su manejo y procedimientos ni en lo que tiene que ver con las asignaciones para la Primera Infancia. Adicionalmente, se percibe que en ocasiones esa persona es la única que responde por la Primera Infancia en la institución. En el caso específico del ICBF la situación es diferente dado que el tema de Primera Infancia es misional.

Los funcionarios responsables de la Primera Infancia en los territorios tienen que liderar y/o participar en los procesos de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación, lo cual implica una labor importante de participación en instancias de coordinación y articulación. Adicional a esto, los funcionarios de las secretarías departamentales de educación y de los centros zonales del ICBF son los encargados de brindar acompañamiento a los funcionarios municipales en la elaboración de los planes de primera infancia en el nivel municipal. Esta función recarga de manera importante las labores de los funcionarios. Se evidencia entonces que en muchos casos, el responsable de Primera Infancia tiene responsabilidades sobre el tema que no siempre es viable que las realice una sola persona, a esto se agrega, como ya se mencionó antes, que estos funcionarios a veces tienen responsabilidades adicionales.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

“A la Secretaría de Educación le corresponde organizar los medios logísticos, apoyo logístico a todos los programas emanados del MEN” y en el tema de Primera Infancia, “capacitar, asesorar y orientar a todas las entidades que manejan la primera infancia (dar cumplimiento al 1098 del 2006 donde están las funciones de cada entidad), y a mí me corresponde articular todas las acciones con todas las entidades comprometidas”.

Las entidades con las que se trabaja para la primera infancia “Secretaría de Salud, ahí hay una representante que nos reunimos para hacer todo el trabajo, ICBF, los señores alcaldes con todos sus entes: registrador, personero, policía de infancia y adolescencia, comisaría de familia, directores de núcleos de los municipios, todos los municipios están trabajando en el tema de primera infancia”.

Centro Zonal de Palmira Valle del Cauca

De conformidad a la ley 1098 del 2006, en el libro tercero, la ley lo que hace es ratificar el papel del ICBF como el ente rector, coordinador y articulador del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, esto lo ratifica la ley 1098, pero igual tiene que ver con la ley séptima del 79, ello lo que conlleva es que al ICBF le corresponde brindar asistencia técnica a los municipios para la aplicación de las políticas públicas de primera infancia, infancia y adolescencia, además de la ejecución de los programas sociales que el Instituto tiene en cada uno de los

entes territoriales. Dentro de su estructura organizativa el instituto tiene su nivel nacional, hay unas regionales, y cada regional, dependiendo del número de municipios que tenga el departamento, se organiza el centro zonal; para el caso de la regional Valle, la regional Valle tiene 14 centros zonales, uno de esos centros zonales es el centro zonal de Palmira, que es el centro zonal No. 8, y el Centro Zonal Palmira a su vez tiene dentro de su área de influencia seis municipios, entonces, nos corresponde: Ginebra, el Cerrito, Palmira, Pradera, Candelaria y Florida, o sea que esos seis municipios que son de la competencia del Centro Zonal Palmira es a los cuales yo debo brindar asistencia técnica dentro de mi rol de asesora del sistema nacional de Bienestar Familiar.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar.

Un ejemplo del proceso como el departamento acompaña y articula a los municipios.

“Lo primero fue la construcción de los planes municipales, yo pienso que a ellos les trabajaron primero el ICBF todo el tema de sensibilización, lo que quedaba incluido, después los reforzó con la Procuraduría ya con el tema de advertencia, entonces, les mandó una directiva, y la directiva decía qué era lo que tenía que incluir y todos los municipios tienen indicadores, pero no todos los indicadores, entonces, lo que hicieron los municipios fue, yo no me he revisado todos los planes de desarrollo, pero lo que hicieron los municipios fue que priorizaron la problemática que tenían más fuerte, y esa fue la que incluyeron”.

“El presidente de la república invitó primero a los señores gobernadores, eso fue en pleno, todos los señores gobernadores a hablar de primera infancia, y después los gobernadores llamaban a los señores alcaldes, y así se iba extendiendo. Todo mundo habla de primera infancia, y de la estrategia de Cero a Siempre, pero muchos no saben qué es, pero ellos hablan, el discurso lo tiene todo el mundo en el Cesar; ahora lo que vamos a hacer es aterrizarlo a la realidad”.

En cuanto a los recursos físicos, tecnológicos y materiales, las instituciones que gestionan la Política de Primera Infancia presentan limitaciones para la realización de sus funciones de acuerdo con lo expresado por los funcionarios entrevistados. Estas limitaciones están en términos de espacios para los funcionarios, acceso a computadores, a la posibilidad de reproducir materiales, etc

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

“Ayer me pidieron tres cosas y yo saqué una, no hay tiempo, no hay computador bueno, nada. Muchas funciones, pero no tenemos los recursos necesarios para poder realizar todo, no hay una hoja, hay que buscarla, faltan muchos recursos para poder trabajar aquí”. “Recursos para el transporte de las personas para ir a los otros municipios para llegar a las reuniones, aquí no hay asignación de recursos para el desplazamiento de nosotros”.

Los recursos financieros que se destinan a los programas de la Primera Infancia provienen de diferentes fuentes. Algunos provienen del Presupuesto General de la Nación a través de entidades como el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social, el ICBF principalmente, pero también hay recursos de otras entidades como el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Trabajo, etc. También se identifican recursos a través del Sistema General de Participaciones, especialmente aquellos destinados a la financiación de la salud pública. Hay otros recursos que provienen de las EPS en lo que tiene que ver con promoción y prevención.

Igualmente se identifican recursos de los territorios, aquellos que provienen de los ingresos propios que generan en su territorio y sobre los cuales pueden establecer la destinación. Finalmente, se identifican recursos de entidades de cooperación internacional, de fundaciones, de organizaciones no gubernamentales y empresas privadas.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

“Para la política de primera infancia hay recursos del ministerio de educación, y del departamento también, y de los municipios también para construir también hogares múltiples, están haciendo parques, y están dando la alimentación también, también vigilan y por decir algo los municipios donde tienen las minas, lo que es el Cerrejón, ellos aportan, hacen construcciones grandes, dotan de material deportivo, dan uniformes, dan alimentación, ellos hacen muchísimas cosas”.

Los recursos del gobierno nacional definen su uso desde la definición del presupuesto. Esto aunque le da claridad al uso de los recursos genera ciertas rigideces en la medida que no hay posibilidad de ajustes o cambios de destinación. Esta condición contribuye adicionalmente a las dificultades que encuentra el territorio para implementar una estrategia con enfoque intersectorial No es posible entonces direccionar todos los recursos financieros en un momento dado hacia lo que se considere como la prioridad o la necesidad más apremiante de la Primera Infancia.

Secretaria de Salud de Valledupar

La falta de contratación del plan de intervención de salud pública es una para la implementación de la política de primera infancia. Por ejemplo, la contratación, porque es que yo necesito tener mi gente para moverme, es que no hay para un transporte para uno desplazarse para hacer gestión, todas esas son barreras administrativas, y que uno tiene que sortearlas para poder cumplir

También en términos generales, de acuerdo con los entrevistados si bien los recursos que reciben los territorios por las diferentes fuentes, representan montos

importantes, no lo son frente a las necesidades reales de la Primera Infancia. Por su parte los territorios, en general manifiestan que no cuenta con recursos propios específicamente destinados a la Primera Infancia. Esos recursos se tienen cuando la Primera Infancia es una prioridad del mandatario y frente a lo que representan los recursos del nivel nacional, son de mucha menor cuantía.

Secretaría de Salud – Gobernación del Cesar

“En años anteriores, en este momento no tengo seguridad cómo está la situación de PAIPI, lo desconozco”. A principio de año hicimos una reunión y ahí fue que canalizamos la problemática, la problemática es que todos los recursos cada institución los maneja para algo, y eso es lo que se quiere en la estrategia, que se una todo mundo para poder mejorar la capacidad resolutive con el concurso de todas las instituciones y apuntar a una misma meta; pero la problemática es la intersectorialidad, que no es solamente en el programa que estamos hablando en este momento, sino en todo. Otra cosa es también generar de pronto competencia de los entes nacionales para que también verifiquen esos cumplimientos.

- La coordinación intersectorial y territorial para la planeación y la implementación de la Política de Primera Infancia

En esta parte del documento se identifican y se establece cómo operan las instancias de coordinación y articulación formales e informales en las cuales se desarrollan los procesos de planeación e implementación de la Política de Primera Infancia de acuerdo con lo establecido en las entrevistas con los funcionarios de los territorios.

A continuación se presentan las instancias de participación que se identificaron de las conversaciones con los funcionarios precisando para cada una de ellas cual es el propósito de la instancia, qué tipo de decisiones se toman en ellas, quienes participan y con qué frecuencia se reúnen. Estas instancias se abordan desde el nivel territorio y de la relación nación – territorio (departamento y municipio).

Cuando se indaga por la Política Primera Infancia en el territorio, uno de los aspectos que primera se destaca es el conocimiento que tienen los funcionarios de la normatividad que rige la Política de Primera Infancia y en particular de la institucionalidad que la rige. Para los funcionarios es claro el rol del ICBF como rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar y las funciones estratégicas de instituciones como los Ministerio de Educación Nacional y el de Salud y Protección Social. Conocen los planes y programas ejecutados por las diferentes entidades y sobre todo conocen y participan en las diferentes instancias de coordinación de la Política. En esa medida se puede afirmar que los territorios abordan la Política de Primera Infancia desde su institucionalidad.

De acuerdo con la organización institucional de cada territorio, se define la instancia encargada de liderar la construcción y la implementación de la Política de Primera Infancia. Esa instancia es la responsable de convocar a los diferentes actores relevantes, entendidos como las instancias u organizaciones que tienen responsabilidad frente a la población de primera infancia. En los territorios visitados la entidad responsable de liderar la convocatoria y contenidos técnicos es la Secretaría de Educación, aunque cada vez más se está posicionando en esta labor las oficinas de Política Social, o Bienestar Social o Gestión Social éstas últimas en general lideradas por las primeras damas de los departamentos y municipios.

A continuación se presentan las instancias de coordinación:

En primer lugar, el **Consejo de Política Social**, es la máxima instancia de decisión de la política social y uno de los temas más importantes en la agenda social es el de Primera Infancia en la mayoría de los territorios. En esta instancia se toman las decisiones en cuanto a definición e implementación de los planes de desarrollo en los temas sociales. Estos comités son presididos por el Gobernador o el Alcalde y participan los secretarios de gobierno de los temas sociales. En territorios donde el proceso está más consolidado participan otras entidades del sector público como cultura, recreación así como otras entidades como la policía, la defensoría, la procuraduría, e instituciones y organizaciones privadas y/o de la sociedad civil. En el nivel departamental hay representantes de los municipios. En general se reúne entre 2 y 4 veces al año, aunque en momentos como la formulación y aprobación de los planes de desarrollo puede tener una mayor periodicidad. En esta instancia se decide, por ejemplo, cuáles son las prioridades de Primera Infancia en los planes de desarrollo de acuerdo con los insumos aportados por los Planes de Acción de la Atención Integral a la Primera Infancia.

El **Comité intersectorial de Primera Infancia** o mesas de Primera Infancia: es la instancia donde se estudian y consolidan las propuestas técnicas para la política de Primera Infancia. Es donde se construyen los planes de primera infancia, donde se toman las decisiones para la implementación y en general el espacio donde se construye la intersectorialidad. En este espacio también se ponen en común los lineamientos y criterios que se establecen para la política de primera infancia en el nivel nacional.

La mesa de primera infancia tiene incidencia en política pública porque desde ahí se construye el PAIPI. Se generan intereses y vínculos y se tiene un plan de acción de la mesa con estrategias claras (movilización social, participación infantil y fortalecimiento de políticas públicas) (actividades y logros precisos). La mesa se reúne quincenalmente. Se parte de un diagnóstico de la infancia en el municipio en el cual participan todas las entidades aportando la información de la que disponen. En Cali la construcción se demoró dos años. Todos participaron y aportaron: no fue el trabajo de un grupo de técnicos aislados. Se conformaron grupos de trabajo por temáticas. Se identifican las metas y los recursos y se mira

en donde se pueden ubicar a través de los diferentes programas sectoriales. También se busca financiar a través de una alianza público –privada. Incluir El PAIPI en el plan de desarrollo de acuerdo con los objetivos del plan y sus recursos. Actualmente, la propuesta de Primera Infancia de Cali está articulada con la política nacional de Primera Infancia y en particular con Cero a Siempre. – La Mesa de Primera Infancia rompió con la lógica de que el trabajo lo hacían tres o cuatro técnicos y se volvió un proceso de construcción colectiva en el que participan todos los actores relevantes. Los productos eran consensuados y todos participaban en la construcción y definición. Se demoró dos años. Pero esto le da legitimidad y permite que sea una política válida independientemente del alcalde que haya. “el plan de desarrollo por primera vez en el municipio tiene un apartado que es el de primera infancia”.

Participan los funcionarios responsables del tema de primera infancia de las instituciones públicas relevantes, el ministerio público y representantes del sector privado, de la sociedad civil, de entidades de cooperación, de organizaciones no gubernamentales. Este comité se reúne normalmente 4 veces al año pero en muchos casos, de acuerdo con los temas que se aborden las reuniones se pueden realizar con una mayor frecuencia. Este comité en ocasiones se divide en subcomités o mesas técnicas en las cuales se preparan las propuestas técnicas para ser presentadas al comité.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

“Sí, desde la campaña, en el plan de gobierno el señor gobernador tenía claro que le iba a dar prioridad a la primera infancia, por lo de la estrategia de Cero a Siempre, él tenía en su mente que había algo relacionado con Cero a Siempre, pero una vez que ya entramos en la construcción del plan de desarrollo, yo pienso que lo que más lo motivó a él a darle esa prioridad, aparte de ser algo de ley, fue que aquí él hizo unas mesas para la construcción del plan de desarrollo, y se hicieron unas mesas con primera infancia, en esa mesa con primera infancia todo mundo pensaba que los niñitos pequeñitos no tenían mucho para decir, que no era un espacio en el que ellos iban a participar, sino que simplemente pensaban que era un espacio para que ellos jugaran; para la sorpresa del gobernador es que cuando él le pregunta a uno de los niños que qué quiere que le regalen, el niño le contesta que él lo que quiere es que su papá no le pegue, entonces, eso a él lo impactó muchísimo de ver cómo un niño de tres años estaba pidiendo, o sea, el niño estaba siendo maltratado, eso lo motivó a él a que hay que hacer programas para niños, porque están siendo maltratados, porque los niños ya están hablando, porque los niños ya están diciendo, entonces, en esa mesa se hizo sectorial, le preguntaba por la casa, que cómo soñaba la casa; eso lo fue motivando mucho”.

Quiénes participan en el comité

Participan ICBF, Policía de Infancia, Ministerio de Trabajo, Secretaría de Educación que tiene el Paipi que en este momento va a pasar a estrategia de Cero a Siempre,

Secretaria de Salud, Casa de la Cultura, Indupar (instituto de deportes y recreación) y ONGs como cuáles ONGs, la Casa de la Niña, el Hogar del Niño.

En un par de territorios se llamó la atención sobre la dificultad de coordinar con el ICBF, en la medida que como el jefe de los directores de las regionales de esa institución no son los alcaldes, en algunos casos estos funcionarios no se sienten comprometidos con los planes territoriales sino con las metas que se les establece desde el nivel central. En esa medida no participan de las instancias de coordinación, o si asisten no se comprometen de manera real con los objetivos de los territorios.

Secretaria de Salud – Cali

Hay dificultad para articular las acciones con el ICBF porque tiene lineamientos nacionales y en esa medida la articulación con las políticas locales a veces presenta dificultades. Hay dificultad para hacer control político porque el concejo cita a los funcionarios del ICBF y no asisten porque sienten autonomía frente a sus actuaciones

Además de estas dos instancias que son aquellas donde desde la lo técnico y lo político se definen los lineamientos e intervenciones de la política hay otros espacios de coordinación que aportan insumos. Entre ellos se destaca de manera estratégica el comité de salud infantil, comités de prevención del trabajo infantil, etc.

En cuanto a instancias de coordinación no formales, de acuerdo con las dinámicas específicas de los territorios se dan reuniones periódicas, sesiones de trabajo, intercambio de documentos, construcciones comunes e incluso llamadas telefónicas o correos electrónicos.

De las entrevistas con los funcionarios de las instituciones se evidencia que si bien estos espacios están en casi todos los casos formalmente constituidos y que siguen el mandato de la Ley en cuanto a su operación, se percibe que en algunos escenarios es una herramienta real de coordinación en las cuales se generan unos objetivos claros, en general formalizados a través de planes de acción en los cuales se establecen objetivos, estrategias, metas, recursos y responsables. En otros por el contrario se perciben más como requisito frente a la normatividad.

También se destaca que a medida que se consolidan esos espacios, los procesos participativos se amplían y cada vez se logra que más actores relevantes para la política de primera infancia se involucren. En donde no están consolidadas esas instancias, los actores son los funcionarios de la alcaldía o la gobernación responsables de los temas sociales. A medida que se fortalecen participan más instancias, y lo más importante, es que la construcción de la política de Primera Infancia se vuelve más participativa y en esa medida más incluyente y generadora de mayor compromiso.

En esos escenarios consolidados se logra la participación activa de otros actores como el sector privado, empresas privadas, representantes de la sociedad civil y cada vez más se está involucrando a la familia y a los niños y niñas, aunque ese proceso es todavía inexistente o incipiente en algunos casos. Estos actores aportan conocimiento, cifras, experiencias, y en muchos casos recursos en especie o en efectivo con los cuales se contribuye a mejorar las condiciones de los niños y las niñas hacia el desarrollo integral.

Otros actores : en el caso del departamento del Cesar la Alianza por la Niñez, van a venir a revisarnos y a mirar de qué forma nos pueden apoyar en el tema, porque les ha llamado la atención de cómo vamos a hacer para lograr eso, y todo el tema de la política pública, porque no queremos una política pública que sea de un papel, queremos construirla, entonces, no va a ser fácil, pero PNUD con el ICBF, nosotros hicimos un convenio con ICBF, e ICBF hizo un convenio con PNUD para que ellos nos apoyen en todo el tema de construcción de la política pública, entonces, debíamos escoger una política pública y nosotros escogimos la de primera infancia.

Uno de los aspectos más importantes de este enfoque participativo es que los planes son apropiados por todos y en esa medida se logra más compromiso y en general mejores resultados.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, antes de la conformación de la CIPI, en el nivel nacional se ejercían procesos de coordinación con el nivel departamental, y en algunos casos, municipal a través de los ministerios o entidades sectoriales. Estas entidades hacían sesiones de trabajo de coordinación con sus pares institucionales en las regiones, sin embargo, no se abordaban los temas de manera intersectorial. Por lo anterior, es importante lograr que esa instancia se consolide, pero sobre todo, que cuando llegue al nivel territorial lo haga con una mirada intersectorial. Esto no implica solamente que haya funcionarios de cada una de las instancias nacionales relevantes en el tema de primera infancia sino que efectivamente la propuesta que se haga tenga realmente un enfoque intersectorial y no solo desde lo teórico, sino desde la práctica tanto para los temas de planeación como de implementación.

Las mayores solicitudes de los territorios en este aspecto están relacionadas con que el nivel nacional, es que se continúen realizando los procesos de capacitación de los recursos humanos en los territorios con base en lineamientos nacionales porque son importantes para la atención para el desarrollo integral.

Por otra parte, los territorios hacen un llamado a que el nivel nacional incorpore las variables de contexto o entorno, de tal forma que sea claro que las apuestas no siempre se adaptan a todas las condiciones. Debe haber espacio para la adaptación y de eso se trata la coordinación.

También consideran necesario que el nivel nacional también oiga y aprenda de las experiencias de los territorios, en la medida que ellos cuentan con aprendizajes a partir de intervenciones de coordinación exitosas. En ese sentido, se valoran los diálogos que se están realizando actualmente con los territorios.

Finalmente, consideran que el nivel nacional debe efectivamente definir los lineamientos y estrategias para apoyar a los territorios en la incorporación real del enfoque de intersectorialidad tanto en la planeación como en la implementación. En algunos casos, afirman incluso, que pareciera que el nivel nacional tampoco sabe cómo se logra la intersectorialidad en el proceso de planeación. Es decir que haya una construcción del nivel nacional que se pueda llevar al territorio y que permita tanto la coordinación real con el nivel nacional como al interior de los territorios.

Secretaría de Salud de Valledupar - Qué limitación tiene la coordinación

"Si de nivel nacional viniera una buena explicación y cogieran todas las instituciones que realmente participarían en la estrategia, y este flujograma operara, fuera maravilloso. El flujo no opera. Eso pregunto yo, si Educación y el Bienestar sabe que todo niño que está aquí tiene que pasar por aquí, entonces, el líder de ese Cero a Siempre tiene que ilustrar para que ese niño recorra todo el flujo, y a dónde se rompe la cadena, quién debería liderarlo como tal, Educación, eso pienso, porque así fue que nos transmitieron a nosotros el mensaje, que fue Educación quien debe llegar a liderarlo, no sé si es así o no". "lo que no funciona es la ruta". "Articular que haya un seguimiento y una vigilancia de que esos niños que les corresponde pasar por todo, hayan pasado por todo, que no se pierdan en el camino, quién debería hacerlo".

7.3.2. Seguimiento y evaluación de la Política de Primera Infancia en los territorios

En esta sección se busca establecer si:

¿Los planes de Primera Infancia son objeto de seguimiento y evaluación?

Para responder esta pregunta se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- El seguimiento a los planes es intersectorial
- El seguimiento define indicadores, fuentes de información, responsables, periodicidad y es un proceso sistemático
- La información que resulta del sistema de seguimiento
- Los planes logran sus objetivos en términos de los niños y las niñas y sus condiciones de vida

Si bien los funcionarios de los territorios identifican claramente los objetivos y las metas de los planes de atención integral a la primera infancia, sus acciones han

estado más encaminadas a la planeación y a la implementación y aún el tema del seguimiento a los avances de los indicadores no es una tarea del día a día, ni sobre la cual se haya trabajado de manera conjunta con el mismo nivel de profundización que para la planeación, a pesar de que el proceso de construcción se basa en la definición de indicadores, los cuales se actualizan periódicamente.

En la mayoría de los territorios se hace referencia a los ejercicios de rendición de cuentas de los mandatorios como el momento en el cual se hace el balance de los planes. Sin embargo, es un ejercicio de cada individual funcionario con respecto a "sus indicadores" y en ese ejercicio no se mencionan procesos de coordinación con otras instituciones de manera sistemática. De esta forma, no se identifican definiciones en cuanto a como se recoge la información para el seguimiento, con qué periodicidad, quien la recoge. Parece que el proceso del seguimiento es incipiente en los territorios.

En muchos casos se afirma no contar con sistemas de información que permitan el seguimiento, o que existen algunos pero que no tienen acceso a los mismos. En el caso del PAIPI por ejemplo se menciona que el sistema de información no opera, mientras que en el caso de salud pública se afirma que se cuenta con sistemas como por ejemplo el de vigilancia. Sin embargo no hay un sistema que permita un seguimiento de la totalidad de las intervenciones.

Secretaría de Salud – Departamento del Cesar

Con relación a vacunación, como ente controlador impartimos directrices, vigilamos, controlamos y supervisamos que las cosas se hagan como los lineamientos nacionales, pero operativamente trabajamos también a través de la ESE municipal.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

"Nosotros cuando organizamos nuestro plan de desarrollo siempre pensamos en la rendición de cuentas de infancia, niñez y adolescencia, porque la traíamos fresquita, pero ahora que estamos participando de un concurso, me di cuenta que nosotros nos habíamos colocado un modelo de cómo hacer esa rendición de cuentas, no lo habíamos...o sea, pensamos la rendición de cuentas del gobernador había, pensando en Procuraduría que fue lo del año pasado, pero esa rendición de cuentas que nosotros debemos hacer a la ciudadanía, yo eso no lo había pensado, claro que el modelo sí tenemos unos veedores de la comunidad, pero no lo enfocamos como que tenemos que rendirle cuentas, sino que el veedor sea el que supervise el programa".

En algunos casos se menciona el seguimiento a los niños y las niñas de manera individual, pero no se tienen identificados los mecanismos que van a permitir este

ejercicio y sobre todo no cometer errores en cuanto a hacer un levantamiento de información que no se pueda mantener actualizado y que en esa medida no se pueda usar para la valoración de los avances de las condiciones de cada niño y niña.

En cuanto a los procesos de evaluación de los planes aún no se perciben como una actividad que se busque hacer en todos los casos. Si bien se busca la atención para el desarrollo integral de los niños y las niñas, los territorios están en un momento de definiciones de unas nuevas formas de actuar y a través de otros mecanismos, y en ese sentido los avances se miran más en cuanto a productos que a posibles efectos en los niños y las niñas.

7.3.3. La estrategia *De Cero a Siempre* en los territorios

La última sección de la entrevista semi estructurada indaga sobre el conocimiento y la percepción de los funcionarios sobre la estrategia *De Cero a Siempre*. En general se encuentra que todos reconocen la estrategia en cuanto a que es la apuesta del gobierno nacional para fortalecer la Política de Primera Infancia y sobre todo para posicionar el tema en la agenda pública y movilizar a la sociedad en torno a sus objetivos y acciones.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

El proceso de divulgación de la estrategia De Cero a Siempre

“El presidente de la república invitó primero a los señores gobernadores, eso fue en pleno, todos los señores gobernadores a hablar de primera infancia, y después los gobernadores llamaban a los señores alcaldes, y así se iba extendiendo. Todo mundo habla de primera infancia, y de la estrategia de Cero a Siempre, pero muchos no saben qué es, pero ellos hablan, el discurso lo tiene todo el mundo en el Cesar; ahora lo que vamos a hacer es aterrizarlo a la realidad”.

Secretaria de Educación – Gobernación del Cesar

“Esa fue la reunión que hizo Santos en Santa Martha para todos los delegados y operadores que están trabajando con los niños de 0 a 5 años, esa reunión fue en diciembre, fue una reunión con todos los delegados departamentales y operadores de los programas”

“A uno lo llaman a una reunión y le dicen, vamos a capacitarlos a ustedes sobre qué se va a trabajar ahora, como dijo Santos, vamos a trabajar con la Estrategia de Cero a Siempre, entonces, quién inició de Cero a Siempre, lo inició el ICBF, va a trabajar con los hogares, ya no se llaman hogares comunitarios, sino centros de atención infantil. Estas hojitas que tengo acá se las doy en la reunión a las personas que asisten, el comité intersectorial para la primera infancia, y aquí está la mesa municipal para la primera infancia. Santos, decía, la prosperidad para la

primera infancia de todos los niños y niñas”.

“Qué nos quedó” de esa reunión “ que aquí tenemos que trabajar unidos, y niño por niño, porque si dicen, los niños nacen en familia, se dice que a la madre se le prepara para su crianza, entonces, no puede ser solamente Salud, tiene que ser Educación. La educación integral desde su nacimiento”.

De la misma forma, se tiene claridad en cuanto a que la estrategia se inscribe en el marco de la institucionalidad de la Primera Infancia y a sus objetivos y metas generales.

ICBF Valledupar

“La meta en el país para el cuatrienio es atender 1.2 millones de niños en la estrategia. En el mes de julio de 2012 comenzaron a funcionar 34 CDI en la regional Cesar, para eso estamos atendiendo aproximadamente 5.600 niños en esa estrategia, pero tenemos otros programas como hogares múltiples, hogares agrupados, hogares de bienestar, hogares infantiles, jardines sociales, hogares agrupados, hogares de bienestar Fami. A través de un convenio de cooperación con el Sena, se da la formación técnica profesional a la madre comunitaria en atención integral a la primera infancia (1.390 horas)”

Sin embargo, en algunas entidades se presenta incertidumbre frente a las acciones que se realizan a través de la estrategia De Cero a Siempre en tanto por ejemplo no es claro cuál va a ser la continuidad e institucionalidad de la iniciativa de PAIPI, cuáles van a ser las competencias del ICBF y de sus agentes educadores..

Secretaría de Salud – Gobernación del Cesar

“En años anteriores, en este momento no tengo seguridad cómo está la situación de PAIPI, lo desconozco”.

También hay acuerdo entre los funcionarios en cuanto a que este tema no es nuevo en el nivel nacional ni en los territorios. La Política de Primera Infancia se había impulsado desde gobiernos nacionales anteriores así como desde las instituciones que tienen competencias frente al tema. Se reconocen los esfuerzos realizados de tiempo atrás por instituciones como el Ministerio de Educación, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, de la Procuraduría General de la Nación, de algunas entidades territoriales y de instituciones privadas, en particular de organizaciones no gubernamentales.

El esfuerzo de estas instituciones se evidencia, de acuerdo con los entrevistados, en sensibilizar a las instituciones en cuanto a la importancia de atender a la población de la Primera Infancia en tanto a los beneficios sociales y económicos para su desarrollo como sujetos de derecho. Igualmente se reconoce el esfuerzo por generar lineamientos técnicos para la atención integral entre los que se destacan,

como ya se mencionó la construcción de indicadores que dan cuenta de la situación de la Primera Infancia por parte de la Procuraduría, pero también los lineamientos técnicos desarrollados por el MEN y el ICBF como es por ejemplo la guía 35. Finalmente, se reconocen los avances en cuanto a la atención a esa población a través de programas nacionales como el Programa de Atención a la Primera Infancia PAIPI y diferentes programas del ICBF.

Secretaría de Educación de Valledupar

“Exacto, por eso el ministerio está cualificando a los agentes educativos, entonces, nosotros estamos allí pendientes; ahora, los operadores saben que tienen una guía, que es la guía 35 que tiene unos lineamientos, y que ellos tienen que basarse en eso”.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

“Estas hojitas que tengo acá se las doy en la reunión a las personas que asisten, el comité intersectorial para la primera infancia, y aquí está la mesa municipal para la primera infancia. es la guía 35, que nosotros les damos en los talleres la guía 35, la 10, y toda resolución y todo lo que salga de competencia”

ICBF – Valledupar

“En el grupo de asistencia técnica, de asesorar, de orientar, de apoyar los procesos de todos los programas con base a los lineamientos, parámetros, establecidos por el Bienestar Familiar, para la atención a la primera infancia, en las diferentes modalidades de atención”.

En los territorios también se destacan intervenciones específicas dirigidas a los niños y niñas menores de seis años que fueron promovidas desde el nivel nacional. Se reconocen como intervenciones que buscan la atención integral a través de componentes de cuidado, alimentación y educación inicial. La atención la realizan agentes educativos con capacitación específica para los requerimientos específicos de ese grupo de edad. Sin embargo, se llama la atención sobre la baja cobertura de esas intervenciones frente a la población objetivo, las necesidades en cuanto a infraestructura y dotación.

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

Intervenciones desde el nivel nacional como el PAIPI. “Son cinco días de la semana, el docente trabaja con 45 niños, 15 vienen el lunes, 15 vienen el martes, 15 vienen el miércoles, ya el jueves están preparando ellos todo su material para eso, y el viernes tienen una capacitación, ese es el trabajo que hacen los maestros. Esos 15 niños vienen el lunes, ya el martes se quedan en su casa, no vienen; ya vienen los del martes. Son menores de 5 años, las mamás con ellos cargados, otros en coche, otros a pie. Y hay un auxiliar que los atiende mientras que los docentes están haciendo las prácticas con los padres de familia, las charlas que les

está haciendo a los padres de familia, un auxiliar; ese día se les da un refrigerio tanto al profesor, como al padre de familia y a los niños, se entregan seis refrigerios que se lleven para su casa, por los seis días que no vienen los niños aquí, ellos se lo llevan a su casa; si el docente encuentra un niño que esté bajo de peso, como ellos tienen que hacer todo eso con Salud y con el ICBF, entonces, si ven que está bajo de peso, no lo puede dejar así, tiene que hacerle un seguimiento al niño, y va a Salud y le dice, a este niño hay que atenderlo, al ICBF también para que le mande suplemento alimenticio como Bienestarina o cualquier otro, y les dan también un mercado al padre de familia. Y esa atención de los niños es en la institución educativa”.

En cuanto al valor agregado de la estrategia, algunos territorios reconocen elementos en cuanto a los lineamientos, el esfuerzo por mejorar la calidad y ajustes a la forma como se implementa. Por otra parte, algunos funcionarios consideran que en ese aspecto la estrategia no hace nuevos aportes o que incluso pone en riesgo la calidad de los agentes educativos. En lo que si hay un reconocimiento generalizado es en la movilización en torno al tema. Se identifican por ejemplo las campañas en medios de comunicación, las imágenes distintivas de la estrategia, los logos, etc. Igualmente se destaca que desde el Presidente de la República se habla del tema y se trabaja activamente.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar

“De Cero a Siempre va a mejorar es calidad en el servicio, y va a cualificar el servicio, porque antes madres comunitarias tenían era la experiencia empírica, claro que saben más que muchas profesionales, porque tienen la experiencia, mejoraron en eso, en el servicio, en que la alimentación es mejor, en que las minutas son mejores, que ya tienen trabajadores sociales, la formación de ellos, ahí es fácil, pero el reto es incluya a todos los niños de 0 a 5 años y 11 meses. La articulación es difícil cuando no están institucionalizados ”

Secretaría de Educación – Gobernación del Cesar

“Claro que hay diferencias, en el Paipi trabaja el agente educativo, y pasa a solicitudes del ICBF para que vengan, en cambio con la estrategia de Cero a Siempre comenzó fue el ICBF a trabajar con ellos, con sus agentes educativos, las que eran madres comunitarias, entonces, aquí están trabajando son docentes en el Paipi, docentes, que son licenciados y normalistas, aquí en las madres comunitarias que están trabajando la estrategia de Cero a Siempre, también hay licenciadas, pero apenas están capacitándose, los están formando a ellos en el Sena para eso”.

Secretaría de Salud – Gobernación del Cesar

No es que tenga nada nuevo, está más estructurado y clarifica un poco más la parte de la intersectorialidad y la interdisciplinariedad, y genera mayor compromiso, pero realmente estamos hablando de lo mismo, con un poco más de enfoque hacia metas que realmente lleven a mejorar esos cuatro índices: vacunación, nutrición, disminución de mortalidad infantil y de las madres, y prevención de violencia intrafamiliar.

La crítica que en general se manifiesta es el llamado por la intersectorialidad en la planeación y la implementación en los territorios cuando desde el nivel nacional la intersectorialidad tampoco parece clara en la práctica aunque si desde el enfoque y tampoco se general lineamientos para el logro de ese propósito (este tema no se profundiza porque ya fue abordado en el apartado de la coordinación nación – territorio).

Otra de las críticas es el desconocimiento de la estrategia por las apuestas para la atención desarrolladas en los territorios. Sin embargo, en ese tema se reconoce cierto acercamiento por parte de la estrategia y una intención inicial por unir fuerzas hacia un propósito común.

Oficina Asesora de Política Social – Gobernación del Cesar El problema de la intersectorialidad en la implementación

“Lo que hay que apostarle es a la integralidad, porque es que como cada uno tiene una política, yo digo que si se articulan allá arriba es fácil articularnos acá abajo, pero como el desorden lo tienen allá, ese desorden lo bajan aquí, y estamos tratando de ordenarlo, pero llega un momento en que otra vez se nos desbarata todo. Nosotros tuvimos una reunión con la Comisión, vino una persona de Salud, vino una persona de Educación, en el comité está claro, en el comité está la articulación y motivan a los otros. Pero ya en el momento de ejecutar no hay nada que diga en Salud, todo es para primera infancia, o sea, siguen los mismos programas con el enfoque etéreo, entonces, por edades, pero tampoco te dicen, estas son específicas para primera infancia, estas son específicas para niñez, le toca a uno aquí, aunque en las matrices esté”.

7.3.3. Conclusiones

Este análisis muestra que la Política de Primera Infancia está en la agenda de los territorios. Es un tema que es abordado con profundidad por los diferentes funcionarios entrevistados. Para la construcción de los planes de acción para la atención integral a la primera infancia se cuenta con una metodología que tiene diferentes niveles de apropiación en los territorios.

En general, el enfoque de derechos, el desarrollo integral y el proceso de coordinación intersectorial son elementos conceptuales que están asimilados. Sin

embargo, estos no conceptos no son claros en la práctica en la mayoría de los casos. Labor que debería asumirse desde el nivel nacional en tanto que facilitador para encontrar entre los diferentes actores el camino más sencillo y viable para esos propósitos.

Hay limitaciones importantes en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos, físicos, materiales, tecnológicos y financieros para la planeación, la implementación y el seguimiento y la evaluación de la política de Primera Infancia. Es necesario fortalecer esas condiciones en los territorios y que la prioridad en los planes sea consistente con los recursos institucionales disponibles para el desarrollo de las acciones requeridas.

Los procesos de coordinación son particularmente complejos para la implementación. Aún es necesario vincular de manera activa a más actores relevantes de los territorios. Se requiere un mayor compromiso y apropiación de los diferentes actores frente a la Primera Infancia.

Las familias y los niños y niñas en la mayoría de los casos no se constituyen en actores activos de la política de Primera Infancia.

En general, se encuentra que hay desarrollos para el seguimiento de algunas atenciones, a través de algunos sistemas de información sectoriales, sin embargo el seguimiento "integral" y sistemático a la política, como herramienta para la toma de decisiones no se evidencia, a pesar de la existencia de indicadores.

El seguimiento niño por niño y la evaluación de la condiciones de desarrollo integral son los grandes retos.

Se encuentra que en general los territorios conocen la estrategia, identifican como sus principales valores agregados el posicionamiento de la Política de Infancia en la agenda pública y la movilización social en torno a ella.

Hay una institucionalidad en el marco de la cual se desarrolla la Política de Primera Infancia y es claro que en ella se diseña e implementa la estrategia De Cero a Siempre. En ese sentido identificar cual es el lugar de la estrategia en la institucionalidad territorial no parece ser una tarea pendiente para la planeación de la estrategia.

El principal reto es la coordinación intersectorial para todos los procesos de planeación y para la atención integral.

Los territorios consideran que es necesario el dialogo con el nivel nacional sobre las experiencias exitosas de manera que haya construcción colectiva sobre la forma de resolver diferentes retos de la Política de Atención Integral.

8. CONCLUSIONES

Las conclusiones preliminares que se presentan a continuación reflejan tanto los avances y potencialidades como las debilidades y dificultades que el programa *De cero a Siempre* enfrenta en cuanto a la caracterización de la calidad de los servicios de atención en salud y en los centros de desarrollo infantil (CDI) para la primera infancia, como en la caracterización de la capacidad institucional con la que cuentan los territorios para el desarrollo de la estrategia, a partir del análisis de la información recabada para el levantamiento de la línea de base de calidad.

- **En relación con la caracterización de la calidad de los servicios prestados en los Centros de desarrollo infantil**

En términos generales se puede afirmar que esta primera medición de estándares para los servicios de educación inicial prestados a la primera infancia a través de los CDI es una primera aproximación a la calidad de los servicios en su modalidad institucional y constituyen un avance importante para avanzar en la definición e implementación de estándares de calidad unificados para el país, teniendo en cuenta las cuatro áreas de derecho para la primera infancia, (Existencia, Desarrollo, Ciudadanía, y Protección), para a partir de estos estándares conformar el sistema de aseguramiento de la calidad de la prestación de servicios a la primera infancia, como también un insumo clave para la promoción de un mecanismo de inspección, vigilancia y control.

Sin embargo, para la tercera parte de los jardines privados visitados el tema de aplicar estándares de calidad a los servicios que ofrecen es prácticamente desconocido, mientras que la mayoría de CDI públicos y de gestión mixta están familiarizados con algún tipo de estándares para orientar y gestionar el servicio de educación inicial para niños y niñas.

Teniendo en cuenta los resultados de la medición de los 60 estándares de calidad para los CDI propuestos por la Comisión intersectorial de primera infancia presentamos estas conclusiones iniciales teniendo en cuenta las diferentes áreas de derecho y sus componentes bajo los cuales se agruparon los estándares.

ÁREA DE DERECHOS DE EXISTENCIA

Nutrición

De los seis estándares que la Comisión estableció para evaluar cómo se está favoreciendo la nutrición adecuada de los niños y las niñas en los CDI tres están relacionados con la prestación del servicio de alimentación por los CDI, dos para el caso de la prestación de este servicio por entidades externas y los otros dos estándares se relacionan con la ruta de remisión para niñas y niños detectados con signos de malnutrición e informar a las familias o personas cuidadoras sobre

riesgos de salud de su niña o niño, sobre estos dos últimos se aportarán conclusiones en el ítem de las *rutas de atención*.

Teniendo en cuenta los resultados de la medición del primero de estos estándares, se puede concluir que son los CDI los que están prestando directamente este servicio de alimentación a los niños y niñas que atiende, dado que aproximadamente en tres de cada cinco CDI ellos mismos preparan los alimentos y en los demás CDI la mayoría no ofrecen el servicio de alimentación. Es muy bajo el porcentaje de los CDI que contratan externamente este servicio (3.3%).

En el caso de los CDI que suministran alimentación a los niños, la medición de los estándares de calidad relacionados con variables como la licencia sanitaria, el manual de Buenas Prácticas de Manufactura (BPS), la minuta patrón y el ciclo de menús, entre otras, permiten afirmar que la calidad de este servicio es decreciente en la medida que se incluye la verificación de requisitos y su aplicación en las prácticas cotidianas para la preparación de los alimentos que se ofrecen a los niños. Esto hace pensar que aunque muchos CDI cuentan con el diseño de minutas patrón y con definir una serie de requerimientos importantes para la prestación del servicio, en las prácticas diarias para la elaboración de los alimentos se olvida poner en práctica muchos de estos lineamientos que más bien tienden a ignorarse u olvidarse y a convertirse en "letra muerta", por lo que el nivel 5 de calidad de este estándar solo lo alcanza aproximadamente uno de cada diez CDI.

Ambientes seguros y protegidos

Este componente se evaluó a partir de la medición de ocho estándares relacionados con la calidad de la seguridad y protección que ofrecen los CDI, teniendo en cuenta variables como: contar con la Licencia sanitaria de funcionamiento actualizada, con un Plan de emergencia en caso de que suceda un evento de riesgo, con un directorio o registro de las personas autorizadas para recoger a los niños y las niñas, con una póliza de seguro contra accidentes para cada niño o niña, con procedimientos para casos fortuitos de extravío o muerte, con formas de registro de novedades y situaciones especiales de los niños y las niñas y si en el CDI promueven campañas o prácticas de autocuidado, cuidado mutuo y cuidado del entorno.

Para este componente se puede concluir que si bien la gran mayoría de los CDI afirman que realizan campañas o prácticas de autocuidado relacionadas con higiene personal, lavado de manos y frutas, y cuidado e higiene bucal, en cuanto a las prácticas de cuidado relacionadas con el cuidado del entorno, primeros auxilios, simulacro del plan de emergencia e implementación de prácticas de manejo de residuos sólidos y líquidos, y los proyectos ambientales educativos apenas son tenidas en cuenta aproximadamente en la mitad de los CDI evaluados.

Respecto a la verificación de las condiciones sanitarias y a contar con el certificado sanitario obligatorio para el funcionamiento de los CDI, teniendo en cuenta que dos de cada cinco CDI no cuentan con este registro actualizado ni con el Plan de emergencia obligatorio, se puede afirmar que su cumplimiento es bajo dado que

muchos de estos estándares son obligatorios y su no cumplimiento puede poner en riesgo la salud, la seguridad y la vida misma de los niños ante eventos fortuitos, puesto que apenas el 1,62% de los CDI cumplen con la calidad esperada y la diferencia entre públicos, privados y mixtos es relativamente poca.

Por tanto y dado que los niños y niñas están en condiciones de fragilidad que incluyen entre otras su fragilidad inmunitaria y se encuentran y en general en dependencia casi total de los adultos, el ambiente que los rodea determina de manera mucho más contundente su estado de salud, su bienestar y en muchos casos su supervivencia misma. Los resultados en este componente pueden interpretarse como un signo de alarma ante los posibles riesgos que podrían preverse de antemano exigiendo a las instituciones que los acogen el cumplimiento estricto de normas básicas de seguridad establecidas para la protección y cuidado de niños y niñas, en particular las relacionadas con amenazas externas.

ÁREA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Los estándares de la Comisión incluyen un componente que si bien no está directamente relacionado con las áreas de derechos de infancia si constituye un elemento indispensable al momento de garantizar la calidad de los servicios institucionales de educación inicial. Este componente incluye estándares para cinco áreas Talento humano, inmueble, dotación, gestión y administración.

Recurso humano

Según el resultado de la medición de los estándares para la evaluación del recurso humano que labora actualmente en los CDI, relacionados con la gestión de un plan de formación del personal, la cantidad, el perfil y la selección de funcionarios o empleados y el cumplimiento de la legislación laboral y civil, se puede concluir que la mayoría de los CDI cuentan con un equipo de personas multidisciplinario y formado para la atención directa de los niños y niñas **lo cual puede constituir una de las principales fortalezas** para la prestación de servicios integrales de calidad, aunque el nivel de formalización de su experiencia y soportes es deficiente. En cuanto a la necesidad de capacitación continua y pertinente si bien en los CDI tiene identificadas sus necesidades y saben identifican y priorizan los temas de formación, al momento de realizar estas intenciones no es posible llevarlas a la práctica por diferentes razones, entre ellas de orden administrativo, principalmente en los CDI públicos ya que no cuentan con los recursos para ello y la contratación y capacitación del recurso humano se define en otras instancias de nivel central o municipal. Se puede concluir que esta limitación en el uso de los recursos para este y otros temas particulares de cada institución afecta negativamente la puesta en acción de las políticas de atención integral y pasa por el tema de la descentralización pública que está muy clara normativamente pero no así en la práctica de la administración y gestión de los CDI públicos o mixtos.

En cuanto a las garantías laborales con que cuentan coordinadores, docentes y auxiliares pedagógicos contratados, predomina la contratación laboral indefinida, de tiempo completo, particularmente de los docentes, lo cual constituye una garantía de continuidad y posibilidad de fortalecimiento de la calidad de la atención integral, más aún cuando muchos estudios actuales de calidad en educación inicial insisten en la importancia definitiva de la relación docente – niño o niña, por el tema de la construcción de un vínculo afectivo sólido y estable entre los dos, base del desarrollo emocional durante los primeros años de vida.

Respecto al personal que cumple las funciones de limpieza y aseo, el indicador de calidad establecido señala que por cada 35 niños debe haber un auxiliar de aseo. Apenas uno de cada siete CDI aproximadamente cumpliría con el estándar lo cual señala que un porcentaje alto de CDI tiene deficiencias importantes de personal para cumplir con este estándar lo que puede derivar en baja calidad en la limpieza y aseo de estos escenarios educativos o sobrecargas importantes de trabajo para este tipo de personas.

- **En relación con la caracterización de la calidad de los servicios de salud**

En los módulos de control prenatal, atención del parto, atención al recién nacido y crecimiento y desarrollo de la historia clínica del programa de primera infancia, se observaron los siguientes hallazgos:

- La calidad del registro en las historias clínicas y el cumplimiento de lo establecido se diligencia en mejor forma en las IPS del sector privado que en las IPS del sector público.
- En un porcentaje alto se observa que los registros de las historias clínicas no se ajustan al marco normativo de la resolución 412.
- En cuanto a los antecedentes hay mas registros en los personales que en los familiares
- Se hace más énfasis en los antecedentes relacionados con lo fisiológico que con lo psicosocial y emocional.
- No hay seguimiento a las remisiones en un alto porcentaje.
- No hay articulación con otras instituciones o trabajo en red en un porcentaje muy alto, en casos como el maltrato infantil.
- Principalmente en el programa de crecimiento y desarrollo se evidencia, muy poca adherencia a las consultas que están en el esquema de cero a 5 años.
- Para programas como Lactancia Materna y control de la desnutrición, aparece bajo porcentaje de registros en las historias clínicas que contribuyan al diagnóstico.
- El seguimiento al esquema de vacunación es uno de los registros más altos observados en las historias clínicas.

- Solamente en un 11% de las historias analizadas se encontró totalmente diligenciado el ítem de examen físico.

- **En relación con la capacidad institucional**

- El análisis muestra que la Política de Primera Infancia está en la agenda de los territorios. Es un tema que es abordado con profundidad por los diferentes funcionarios entrevistados. Para la construcción de los planes de acción para la atención integral a la primera infancia se cuenta con una metodología que tiene diferentes niveles de apropiación en los territorios.
- En general, el enfoque de derechos, el desarrollo integral y el proceso de coordinación intersectorial son elementos conceptuales que están asimilados. Sin embargo, estos no conceptos no son claros en la práctica en la mayoría de los casos. Labor que debería asumirse desde el nivel nacional en tanto que facilitador para encontrar entre los diferentes actores el camino más sencillo y viable para esos propósitos.
- Hay limitaciones importantes en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos, físicos, materiales, tecnológicos y financieros para la planeación, la implementación y el seguimiento y la evaluación de la política de Primera Infancia. Es necesario fortalecer esas condiciones en los territorios y que la prioridad en los planes sea consistente con los recursos institucionales disponibles para el desarrollo de las acciones requeridas.
- Los procesos de coordinación son particularmente complejos para la implementación. Aún es necesario vincular de manera activa a más actores relevantes de los territorios. Se requiere un mayor compromiso y apropiación de los diferentes actores frente a la Primera Infancia.
- Las familias y los niños y niñas en la mayoría de los casos no se constituyen en actores activos de la política de Primera Infancia.
- En general, se encuentra que hay desarrollos para el seguimiento de algunas atenciones, a través de algunos sistemas de información sectoriales, sin embargo el seguimiento "integral" y sistemático a la política, como herramienta para la toma de decisiones no se evidencia, a pesar de la existencia de indicadores.
- El seguimiento niño por niño y la evaluación de la condiciones de desarrollo integral son los grandes retos.
- Se encuentra que en general los territorios conocen la estrategia, identifican como sus principales valores agregados el posicionamiento de la Política de Infancia en la agenda pública y la movilización social en torno a ella.

- Hay una institucionalidad en el marco de la cual se desarrolla la Política de Primera Infancia y es claro que en ella se diseña e implementa la estrategia De Cero a Siempre. En ese sentido identificar cual es el lugar de la estrategia en la institucionalidad territorial no parece ser una tarea pendiente para la planeación de la estrategia.
 - El principal reto es la coordinación intersectorial para todos los procesos de planeación y para la atención integral.
 - Los territorios consideran que es necesario el dialogo con el nivel nacional sobre las experiencias exitosas de manera que haya construcción colectiva sobre la forma de resolver diferentes retos de la Política de Atención Integral.
- **En cuanto a la verificación de la ruta que siguen los prestadores del servicio**

Es importante reiterar que la verificación de la Ruta única de atenciones a los niños y niñas de primera infancia que garantizar su desarrollo integral, a través del continuo de atenciones durante la gestación, el primer mes, los 6 meses, el primer año, los 2 años, los 3 años, los 4 años y los cinco años es un proceso que **sólo es posible verificarla desde el usuario** (díada niño(a) – madre o cuidador) quien es quien tiene el registro de cada una de las 20 atenciones intersectoriales que propone la ruta, entre ellas las atenciones en salud, educación, el acceso a bienes culturales como bibliotecas, recreación y a los diferentes entornos sociales y familiares en los que transcurre la vida de los niños y las niñas. Esto implica un estudio complementario de la calidad de los servicios desde la demanda, para contar con este tipo de información definitiva para este tipo de evaluación.

Si bien es claro que esta ruta única de atenciones está aún en un proceso de definición conceptual y prevé la exigibilidad de derechos mediante **rutas específicas de protección**, y acceso a servicios especiales de acuerdo con las vulnerabilidades, vale la pena señalar que es necesario diseñar pero más que todo dar a conocer estos protocolos y capacitar a las personas que tienen que ver con la prestación de servicios de atención a la primera infancia.

Igualmente, estos protocolos deberían incluir no sólo a los prestadores del servicio sino los puntos de verificación de que la ruta está siendo aplicada y los servicios están siendo recibidos por el niño o niña y su familia.

En este estudio y de acuerdo con el análisis de resultados relacionados con estas rutas específicas en diez tipos de casos posibles que se hubieran identificado en el último año en el CDI y que en los 1.076 CDI que se visitaron fueron identificados un total de 10.760 casos, de lo cual podría señalarse que los docentes y el personal de los CDI están sensibilizados relativamente ante la existencia de este tipo de vulnerabilidades.

En cuanto a la forma como fueron gestionados y resueltos y los tres momentos de la trayectoria (notificación, gestión y seguimiento) que se supone debe conducir a la intervención y posible solución de los casos se puede afirmar que la notificación a las familias o cuidadores se cumple cabalmente y en la mitad de estos casos aproximadamente, además de notificar a la familia en la mitad de los caso se notificó entidades del Estado y aproximadamente en tres de cada cuatro casos esta notificación se hizo a las instancias competentes. Lo cual es un resultado importante en cuanto a que en los CDI se está prestando atención diferenciada a cierto tipo de vulneraciones de los niños y las niñas.

En nueve de cada diez casos identificados y notificados los CDI realizaron acciones adicionales, algunas veces con los padres, en la mitad de los casos, y en uno de cada diez casos aproximadamente se realizaron acciones con entidades del Estado, lo cual puede entenderse como un pequeño avance en la toma de conciencia acerca de la necesidad de acciones intersectoriales para la protección a la población de primera infancia en situación de vulnerabilidad.

Respecto al seguimiento y verificación de la solución de los casos si se observa un importante rezago pues sólo la mitad de los casos da el siguiente paso en la trayectoria de la ruta y están atentos al curso de las acciones para atender al niño o niña identificado. Aunque en cuatro de cada diez casos en los CDI no reportaron dificultades en el proceso que se siguió para llegar a una solución. Finalmente los CDI que reportaron hacer seguimiento y verificación a la solución de los casos, reportaron que lograron algún tipo de solución en 8 de cada diez casos detectados, aunque no se puede establecer si la solución fue satisfactoria, definitiva o parcial. Aunque estos resultados no permitirían hacer afirmaciones universales, podría pensarse que hay un avance importante en la comprensión de las necesidades de atención oportuna de los niños y niñas en ciertas condiciones de vulnerabilidad, posiblemente atribuible al mayor auge de información acerca de la primera infancia en el país y al enfoque de atención integral a la primera infancia.

- **Otras conclusiones derivadas del análisis cualitativo**

- El primer asunto que debe destacarse de la situación de los niños es entonces que todavía **no pueden hablar por sí mismos** en un estudio que se propone servir para evaluar la situación de su desarrollo integral. Aunque hay avances importantes en la investigación colaborativa con niños, éstos no han sido incorporados en las metodologías que reciben financiación para proponer diagnósticos, líneas de base o propuestas de políticas públicas. En este sentido ya hay una primera situación que no garantiza el ejercicio pleno de sus derechos, expresada en la forma misma del estudio.

- La situación de pobreza de los niños, que los convierte en foco de la estrategia, proyecta la pobreza de sus familias, principalmente **la pobreza de sus madres**. Cinco de los seis niños viven sin su padre: éste jamás estuvo o los abandonó. Pocos envían dinero, de manera que sus madres llevan la responsabilidad completa de la crianza y del cuidado de estos niños y de sus hermanos, de las labores domésticas y del sustento económico. No supimos de la condición emocional de las mamás ni de su vida como mujeres, pero algunas están agobiadas por la responsabilidad y tienen dificultades para garantizar la parte de los derechos de sus propios hijos que es de su competencia.
- La situación de pobreza de las madres de los niños es en algunos casos **producto de la violencia y del desplazamiento**; esto es, que tuvieron que abandonar sus lugares de origen, sus casas y sus trabajos, hecho que las empobreció. Esta pobreza "reciente" se vio agravada por la muerte o el abandono de los compañeros.
- Las madres de los niños, cinco de seis, fueron **madres adolescentes** del niño que participó en la investigación o de uno de sus hermanos. Con excepción de una niña, todos fueron abandonados totalmente por sus padres. Otra niña recibe ayuda económica ocasional de su padre. Ante la notable ausencia de los padres recae en las madres la decisión de demandar o no a los padres para que cumplan sus obligaciones. Casi ninguna lo hace; a menudo no tienen ningún contacto con ellos ni saben dónde están.
- Afirmar que los niños **nacen en familias que los desean, los planean y se preparan para su crianza no es posible**. Algunos niños han sido deseados, pero casi ninguno planeado. Menos puede afirmarse que las familias se hayan preparado para su crianza. En general, las mujeres quedan embarazadas sin una planificación y según las circunstancias consideran el embarazo como un evento positivo o negativo. Algunos niños fueron bien recibidos, otros no.
- Las madres **confían plenamente en el hogar infantil**. Para ellas es ante todo, el lugar donde se garantiza la atención que la mayoría de ellas no les puede dar a los niños. No se la pueden dar porque **no tienen tiempo**, no están en la casa para recibirlos y prepararles los alimentos, a veces no pueden llevarlos a los servicios de salud y **no tienen dinero suficiente** para pagarle a alguien que lo haga por ellas. Si no cuentan con ayuda familiar o de vecinas, **a los hijos les pueden faltar algunas garantías de sus derechos**. Facilitarles a estas mujeres una ayuda en la forma de cuidadores que, por ejemplo, llevaran a los niños a los controles de crecimiento o a las consultas médicas, las ayudarían a gestionar

las citas con especialistas, a cuidar a sus hijos cuando tienen que ser hospitalizados, o que los pudieran acompañar a lugares recreativos como parques o centros culturales, haría más amables sus vidas y alegraría la de sus hijos.

- Además del cuidado básico que tienen los niños en el hogar infantil — compañía, supervisión, alimentación, higiene y juego— las madres agradecen **el buen trato y el cariño de las maestras jardineras** y la buena influencia y educación que reciben los niños y que se traduce en **mejor comportamiento, capacidad verbal y de comunicación y en el desarrollo de habilidades que los hacen más “despiertos”**.
- **La alimentación que reciben los niños en los hogares es fundamental.** La que reciben en las casa es a veces muy deficiente. Varios niños reciben en el hogar la principal comida del día, pero eventualmente esto no garantiza su nutrición si en la casa la comida es escasa.
- Los niños asisten a los controles de crecimiento. **Algunos parecen presentar problemas de peso y talla** pero no siempre reciben un tratamiento adecuado. Esto sucede porque no resulta evidente el déficit o porque se recetan o recomiendan suplementos que no son suministrados. Así, **es incierto el resultado del control** toda vez que éste no garantiza que los niños que lo requieren, reciban los suplementos necesarios o las indicaciones de los especialistas en nutrición. Por otra parte, la percepción de las madres no siempre coincide con la del personal de salud que hace los controles de talla y peso. **El componente de control del desarrollo no se encontró** en los casos de los niños participantes en el estudio. En ninguno de ellos se reportó que se hagan pruebas sobre su desarrollo psicomotor, verbal o cognitivo.
- **No puede afirmarse que los niños tengan una garantía del derecho a la salud.** Entre los seis niños se identificaron situaciones que merecen la atención de especialistas, tratamientos y cirugías. Por diversas razones estas necesidades no han sido atendidas. El control de crecimiento y desarrollo no ha operado como instancia que sirva para identificar las necesidades de salud y remitir a los niños a los servicios correspondientes. Es claro que **todos los niños que participaron reciben un cuidado básico** en cuanto asisten a controles de crecimiento y desarrollo, pero no puede afirmarse que reciban el nivel más alto posible de salud. Por el contrario, hay casos que muestran que aparte de los controles de talla y peso, algunos asuntos básicos no reciben ninguna atención. Merece especial atención el cambio que se introdujo en los controles de talla y

peso, pues los nuevos instrumentos podrían causar que algunos niños dejen de ser remitidos a servicios de nutrición cuando parecen requerirlo. En la medida en que un estado nutricional deficiente eventualmente sólo puede ser detectado en estos controles, pues los niños no asisten a una consulta pediátrica de forma regular, podría perderse la única oportunidad que tienen de recibir una atención oportuna.

- En los hogares y jardines infantiles **conviven diferentes visiones acerca del sentido de la formación inicial que deben recibir los niños**. Estas diferencias abarcan desde la sola idea del cuidado y pueden incluir hasta la del aprestamiento escolar. No hay acuerdos entre el personal docente y las familias acerca del sentido pedagógico de la educación inicial. Las actividades que se desarrollan en el entorno formal no guardan, en general, continuidad con lo que hacen los niños en la casa. Ninguno de los niños tiene en su casa libros ni juguetes pedagógicos ni realiza actividades que puedan entenderse como refuerzo de su desarrollo cultural, literario o artístico. El componente étnico del hogar infantil en Sibundoy, especialmente en los aspectos lingüístico y cultural, no tiene continuidad en la vida hogareña la niña kamsa.
- Que **“las niñas y los niños nacen, crecen y se desarrollan en una familia que cuenta con las características y condiciones afectivas, de cuidado y protección que la configuran como su ámbito primordial de socialización” es una afirmación que admite variaciones importantes**, especialmente en el sentido de que los niños estén rodeados de una familia y de que tal familia ofrezca un entorno afectivo de cuidado y protección. Algunos niños sólo tienen a su mamá y los vínculos que ella ha establecido en su comunidad. Algunas de estas madres tienen poco tiempo para cuidar y brindarles afecto a sus hijos. Otros, efectivamente, nacen y crecen en una familia extensa donde reciben la atención de varios miembros. En vista de que es usual que los hermanos mayores cuiden a los menores, puede facilitarles esta tarea, la posibilidad de asistir a centros infantiles y juveniles donde cuidar a los menores no sea una responsabilidad exclusiva de ellos.
- Efectivamente, **los niños reciben los cuidados básicos**: sus madres los han inscrito y los llevan regularmente al hogar infantil, no muestran signos de maltrato, asisten a los controles —unos con mayor frecuencia que otros— y algunos tienen familiares con posibilidades de costearles servicios de salud adicionales. En ciertos casos se presenta una deficiencia en la atención en salud y el niño afectado no recibe la atención necesaria, bien sea porque el sistema

no reconoce la situación o porque los cuidadores no obran oportuna y adecuadamente.

- No se supo de madres que hubiesen tenido una pérdida durante el embarazo o el parto, ni que hubiesen practicado un aborto; por lo tanto, **todos los hijos de estas madres, incluso los que no fueron participantes, nacieron con vida y lo hicieron hospitalizados**. Por las características de la muestra, todos son valorados y monitoreados en su crecimiento y desarrollo, con las limitaciones y características que ya fueron señaladas.
- **No siempre puede afirmarse que la niña o el niño tienen el estado nutricional adecuado**. Aunque el trabajo realizado no permitió conocer la alimentación que reciben en la casa, parece claro que la comida del hogar infantil puede hacer la diferencia. Por las características económicas de las madres y sus familias, por las ocupaciones e ingresos, así como por las condiciones de la vivienda, puede afirmarse que el estado nutricional saludable depende para algunos niños de la alimentación que reciben en el jardín infantil.
- Las experiencias pedagógicas que tienen los niños en los lugares visitados **propician una educación inicial que sigue con bastante homogeneidad los lineamientos propuestos por el ICBF**. Se reconoce en ellas un **principio de inclusión y equidad** que se orienta especialmente a la población desplazada y más vulnerable. También se identifica el reconocimiento a la diversidad étnica y cultural en proyectos pedagógicos específicos.

9. RECOMENDACIONES

En relación con los enfoques, políticas y programas

- El país se encuentra en una etapa de transición de un enfoque asistencial e instrumental hacia un enfoque de derechos e integralidad y se cuenta con avances muy significativos en el desarrollo de marcos normativos y planes integrales a favor de la infancia, sin embargo, existen debilidades en su implementación puesto que los cambios institucionales requieren de tiempo, capacitación y mecanismos de control y exigibilidad que los hagan realidad. En particular en el país el sector de servicios de educación inicial a la primera infancia de carácter privado requiere ser incorporado y regulado de manera directa no sólo en el diseño de las políticas sino en su compromiso con la

calidad de los servicios de educación inicial que ofrecen, mediante la puesta en marcha efectiva de mecanismos de exigibilidad, vigilancia y control.

- La articulación intersectorial e interinstitucional sigue siendo uno de los grandes retos para que la política de atención integral sea efectiva, para integrar distintos sectores en el cumplimiento de responsabilidades específicas de la Ruta única de atenciones que propone De Cero a Siempre. Por tanto, fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional y entre diferentes niveles de gobierno e instancias nacionales, departamentales y municipales es tal vez el principal reto para impulsar estos avances a partir de la voluntad política del gobierno actual.
- Para la implementación de la política pública de primera infancia en los territorios, que pasa por el logro de la descentralización política del país, es importante que a los dirigentes locales, a los representantes de entidades públicas y privadas, a los delegados de los ministerios y la comunidad y demás representantes de las entidades territoriales, cuya autonomía se está limitada por las escasas posibilidades de recaudo de ingresos propios y por la centralización del manejo de planes y recursos, empoderarlos y crear mecanismos para otorgarles poder de decisión sobre las políticas y sobre los recursos, para que puedan liderar estrategias regionales efectivas y acordes con las necesidades particulares de la primera infancia en sus comunidades.

En este sentido, desde lo técnico se requieren equipos más fuertes con mayor conocimiento del tema de infancia, pero también de temas presupuestales y administrativos. Así mismo, se necesita fortalecer las instancias de coordinación del tema en las instituciones y lograr que los funcionarios responsables tengan mayor poder de decisión y convocatoria. A veces recae el tema sobre funcionarios que si bien son muy buenos técnicamente no pueden movilizar a otros funcionarios y a las comunidades porque no tienen capacidad de decisión.

Y respecto a los recursos para la administración de los programas estos no son suficientes. No hay una fuente que financie esos programas y los municipios deben recurrir a recursos propios que son escasos y en esa medida muchas veces el tema se queda en documentos que no tienen aplicabilidad ni recursos para su ejecución.

En cuanto a la estructura institucional más adecuada en los territorios para el adecuado funcionamiento de la Atención Integral a la Primera Infancia

En los territorios se recomienda consolidar las instancias de participación y decisión que ya existen fortaleciendo la coordinación inter e intrasectorial de las

diferentes instancias, tanto para la administración de recursos como para la implementación. Para adecuar los lineamientos nacionales a las necesidades particulares de las regiones, si bien requiere de asistencia técnica pertinente y oportuna, la autonomía en el manejo de algunos recursos es importante.

En relación con el fortalecimiento de la familia y la comunidad como actores fundamental en el desarrollo infantil temprano.

El entorno familiar es el principal escenario de experiencias para los niños y niñas porque establecen vínculos de afecto y protección básicos para el desarrollo, y también porque intervienen en el contacto del niño con el ambiente social más amplio. En los CDI y en los centros de salud la participación de las familias no tiene un lugar claro y tiende a ser improvisada o casual y muchas veces se limita a su función proveedora. Dado que entre los objetivos de la estrategia de Cero a Siempre está como objetivo el fortalecer esta participación se recomienda que se le dé un lugar definido a la formación y acompañamiento a las familias para el proceso de crianza y desarrollo. Es una de las grandes carencias de nuestros programas nacionales y nuestra cultura patriarcal exige transformaciones de fondeo en estos aspectos.

Así mismo, la participación de la comunidad es un componente importante en la atención integral, por esto los planes y políticas del gobierno deben involucrar de manera específica a las comunidades locales puesto que asegura que el niño o la niña cuenten con redes sociales más fuertes para crear ambientes comunitarios estimulantes y seguros para todos los niños y en particular para aquellos niños que viven en pobreza y situaciones de vulnerabilidad social en los que se requiere mayor apoyo con calidad para ellos y su familia cercana.

En relación con la atención a la población de primera infancia más vulnerable con necesidades educativas especiales o en situación de discapacidad

La realidad social para muchos niños con discapacidades o que tienen necesidades educativas especiales es muy difícil puesto que les son negadas negadas las posibilidades de la atención especializada que requieren. En este estudio ni siquiera en 1% de los CDI visitados cuenta con personal especializado para apoyar su inclusión educativa. Por tanto es necesario hacer un llamado de atención para que sus derechos sean prioritarios entre los vulnerables. Sus familias en muchos casos no reciben la ayuda necesaria para crear este ambiente favorable a su desarrollo. Los niños con discapacidades se encuentran con barreras, incluso entre sus familias y comunidades, y pocas veces cuentan con la posibilidad de un buen comienzo para sus vidas. Es necesario que sus necesidades sean visibilizadas en todos los programas, lineamientos y en la distribución de recursos para la primera infancia.

En relación con la prestación de servicios de salud

Se recomienda que los niños y niñas de primera infancia gocen de beneficios adicionales en el Plan Obligatorio de Salud, atendiendo al interés superior del niño que les otorgaría prioridades en la prestación de estos servicios y permitiría una atención más oportuna. Esto requiere de decisiones institucionales precisas para que sus necesidades de atención en salud y en los controles de crecimiento y desarrollo sean atendidas de manera oportuna, pues la oportunidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los cuellos de botella más difíciles de superar en el actual esquema.

Algunas acciones puntuales:

- Unificar y digitalizar la Historia Clínica en todo el país en sus módulos de control prenatal, atención al parto y crecimiento y desarrollo desde el período de recién nacido para facilitar su diligenciamiento, seguimiento y auditoría.
- Educar y capacitar a los usuarios del sistema digital para lograr un adecuado diligenciamiento
- Educar, capacitar y hacer re inducción a los trabajadores del sector salud en las normas y guías de la resolución 412
- Auditoría a la historia clínica de control prenatal, atención del parto y el recién nacido y crecimiento y desarrollo desde las EPS y los entes territoriales
- Repetir este estudio, después de tomar medidas de ajuste, para poder comparar los resultados y hacer seguimiento y retroalimentación
- Construir indicadores de calidad que permitan monitorizar el seguimiento de los casos clínicos

En relación con la transformación de concepciones e imaginarios sociales sobre las necesidades atención cualificada a la primera infancia

Siendo este un objetivo de la estrategia de Cero a Siempre, se hace un llamado a continuar fortaleciendo la comunicación social, la capacitación y la inclusión de lineamientos, ideas y mensajes clave que incidan en las concepciones arcaicas que aún prevalecen sobre los niños y las niñas, puesto que esto es determinante en la transformación social que el país necesita y que es la plataforma cultural indispensable para el éxito de la estrategia, especialmente las dirigidas a las comunidades rurales y de origen campesino.

10. ANEXOS

10.1. Formulario CDI y ficha de verificación

10.2. Formulario IPS

10.3. Formularios historias clínicas

10.4. Guía de entrevistas semi-estructuradas