

**PERCEPCIÓN DE ACTORES DEL SECTOR SALUD, FRENTE A
LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE
ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN
BOGOTÁ – COLOMBIA**

**YOHANA AMAYA PINZON
ELDER A. GARRIDO RODRIGUEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
Bogotá- 2018**

Agradecimientos

A la Universidad El Bosque por recibarnos y formarnos como profesionales con una perspectiva diferente de la realidad, a nuestro tutor y director de maestría Alejandro Gómez por su paciencia y dedicación en el desarrollo de esta investigación.

A los diferentes actores que hicieron parte de esta investigación, gracias por su tiempo e información compartida la cual dio vida a nuestra investigación.

Tabla de contenido

Introducción	4
Estado del Arte y Marco Normativo	8
1. OBJETIVO	30
1.1. Objetivos específicos	30
2. METODOLOGÍA APLICADA	31
2.1. Población y muestra	31
2.2. Método del muestreo	32
2.3. Criterios de Selección	32
2.4. Validación de los instrumentos	33
2.5. Técnicas para procesamiento de información	33
Tabla 1. Resumen de categorías y subcategorías utilizadas para las entrevistas semiestructuradas.	33
3. RESULTADOS.....	36
Tabla 2. Similitudes y diferencias por categoría y subcategoría de los sujetos de enunciación.	36
Gráfico 1. Mapa conceptual de la Percepción de los actores de salud, frente a la implementación de la atención integral a la Primera Infancia y los resultados de la aplicación de las rutas integrales para esta población.	47
4. CONCLUSIONES	58
5. RECOMENDACIONES	¡Error! Marcador no definido.
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.
ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1. Entrevistas semiestructuradas.....	¡Error! Marcador no definido.

PERCEPCIÓN DE ACTORES DEL SECTOR SALUD, FRENTE A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN BOGOTÁ – COLOMBIA.

Introducción

La primera infancia es un término que ha venido posicionándose a partir de investigaciones realizadas a nivel mundial, en donde se ha evidenciado el impacto social y económico que genera garantizar entornos protectores a los niños y niñas de una sociedad, al estar relacionados con el rompimiento del círculo de pobreza. La literatura en general, conduce a entender como el desarrollo cerebral se potencia cuando se generan condiciones óptimas desde el embarazo y se promueven ambientes adecuados, pero sobre todo cuando se logran interacciones significativas entre los cuidadores (familia, docentes, personal de salud, entre otros) y los niños y niñas durante sus primeros años de vida, lo anterior fundamentado en que el cerebro inicia su crecimiento hacia la mitad de la gestación y finaliza predominantemente hacia los dos años de vida del niño o niña (Ramírez, Zuluaga; 2004).

Según la recopilación histórica realizada en el documento Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Estrategia de Cero a siempre, la evolución de la atención de los niños y niñas en el país se presenta en tres bloques importantes a saber; a) De principios del siglo XX a 1968, b) de 1969 a 1974 período de creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y c) de 1975 a 1988 en donde se genera el crecimiento de los servicios de hogares comunitarios de bienestar en el país y se crean los centros de atención al preescolar hoy denominados Hogares Infantiles. No obstante, es a partir de la Convención sobre los derechos del niño (1990), que se empieza a fortalecer el concepto de derechos en esta población y es en 1991 con la Constitución Política de

Colombia que se reafirma dicha postura y se promulgan como impostergables los derechos de los niños y niñas y a su vez se especifica que estos están por encima de los derechos de los demás. La evolución en el concepto y en la forma de atención, va desde pasar de realizar dicha actividad como una labor basada en la bondad a través de asilos u orfanatos, para llegar a la estructuración de un servicio a cargo del Estado y en pro de los derechos.

Es así, como la primera Infancia se convierte en un área prioritaria para los Estados, cuya forma de abordarla es con el diseño e implementación de políticas sociales en favor de los derechos de esta población y por ende como una forma de abordar la pobreza. En este caso, Colombia a través del Plan Nacional de Desarrollo “Todos por un nuevo país” 2011 – 2014 crea e implementa la Estrategia de Cero a Siempre, en la que se plantea la ejecución de un conjunto de acciones articuladas que aseguran las condiciones que posibiliten el desarrollo infantil de las niñas y niños. Dicha Estrategia se retoma en el Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos” 2015 - 2018 y durante el 2016, se promulga la Ley 1804 que dicta las disposiciones para la Política Pública de Primera Infancia en el país.

Con la expedición de la Ley 1804 de 2016, denominada la política de “cero a siempre”, se manifestó que está es una política pública que representa: *“la postura y comprensión que tiene el Estado colombiano sobre la primera infancia, el conjunto de normas asociadas a esta población, los procesos, los valores, las estructuras y los roles institucionales y las acciones estratégicas lideradas por el Gobierno, que en corresponsabilidad con las familias y la sociedad, aseguran la protección integral y la garantía del goce efectivo de los derechos de la mujer en estado de embarazo y de los niños y niñas desde los cero (0) hasta los seis (6) años de edad”*.

La materialización de discurso de la Política en estudio implica un ejercicio desde la intersectorialidad y articulación de todas los servicios o acciones que requiere la población objeto, independientemente de su ubicación geográfica, raza, género, estrato socioeconómico y que de esta manera se garantice el cumplimiento de las atenciones o derechos de manera oportuna para lograr el desarrollo conforme a sus particularidades. Para lo anterior, la Política enunciada en la Ley 1804 de 2016 plantea la ruta integral de atenciones y le da un alcance el cual se transcribe a continuación: *“Es la herramienta que contribuye a ordenar la gestión de la atención integral en el territorio de manera articulada, consecuente con la situación de derechos de los niños y las niñas, con la oferta de servicios disponible y con características de las niñas y los niños en sus respectivos contextos”*.

Tal y como se menciona en el libro de Fundamentos Políticos, técnicos y de Gestión, la Ruta integral de atenciones que menciona la Ley 1804 de 2016, es el resultado de una concertación colegiada, en donde se seleccionaron las atenciones intencionadas y efectivas que están encaminadas a realizarse en los entornos en donde crecen los niños y las niñas. Dichas atenciones surgen de los derechos y realizaciones y que a su vez se organizan en estructurantes así: cuidado y crianza; salud, alimentación y nutrición; educación inicial; recreación y ejercicio de la ciudadanía y participación. La Comisión Intersectorial acordó organizar las atenciones en los siguientes momentos o grupos de edad: a) preconcepción, b) gestación, c) nacimiento a primer mes, d) primer mes a tres años y e) tres a seis años.

Ahora bien, es necesario tener presente que las mencionadas atenciones se dirigen a: “ 1) Hombres, mujeres, familias y cuidadores que acogen a la niña o al niño en el seno de una familia y 2) Las niñas o los niños de primera infancia directamente”. Los entornos en donde se prestan las atenciones son: a) entorno hogar, b) entorno salud, c) entorno educativo y d) entorno espacio público.

En el presente documento se presenta un estado del arte de las investigaciones realizadas desde el sector salud, frente a la primera infancia; seguido del marco teórico para abordar el tema de investigación, con la metodología aplicada y los resultados del trabajo de campo y análisis de la información desde un enfoque cualitativo.

Estado del Arte y Marco Normativo

La primera infancia en el país está contemplada como una etapa crucial de la vida del ser humano, que inicia en la gestación y va hasta los seis años de edad; mediante el CONPES social 109 de 2007, se puso a consideración la política pública de primera infancia y dentro de sus argumentos se expusieron los siguientes: a) relacionados con el desarrollo humano, b) científicos, c) sociales y culturales, d) legales y políticos, e) ligados al contexto institucional y programático y f) éticos.

Dentro de las razones técnicas y científicas que lo soportan, se afirma que cuanto más estimulante sea el ambiente primario, más conexiones positivas se forman en el cerebro y mejor es el progreso del niño o niña en todos los aspectos de su vida, en términos de desarrollo físico, emocional y social, así como su capacidad para expresarse y adquirir conocimientos. Es por lo anterior, que se ha instado a que la dirigencia política desempeñe su rol para garantizar el acceso universal a una gama de servicios que propicien el desarrollo de la primera infancia, dentro de los que se incluyen: asistencia para padres y cuidadores, cuidado infantil de calidad, atención primaria de salud, nutrición, educación y protección social. (Irwin, Siddii y Clyde, 2007, p. 5)

En el informe final del 2007, presentado a la Comisión sobre los Determinantes sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, se planteó que, durante los primeros años, el sistema de asistencia sanitaria cumple una función fundamental, en tanto es el primer punto de contacto y puede servir como puerta de acceso a otros servicios para la primera infancia. Para ser eficaces, los servicios deben lograr una mejor coordinación a todo nivel y converger con la familia y la

comunidad, en una forma tal que ubique al niño en la posición central. Lo anterior, fundamentado en que los cuidadores o responsables de los niños y niñas, asisten a las instalaciones del sector salud con mayor regularidad, que a otras instancias y esto se convierte en una oportunidad para lograr captar y evaluar el cumplimiento de derechos de esta población y a su vez generar las alertas y/o remisiones a otros sectores que son competentes según la prestación de servicios que realicen. Es así, como el sector salud tiene un rol clave en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas dirigidas a la primera infancia.

Raquel Bernal en 2014, (Bernal; 2014), presentó un resumen de diferentes investigaciones realizadas a nivel internacional dentro de las que muestran resultados significativos a partir de la inversión en primera infancia, destacando: a) El desarrollo cognitivo, b) desarrollo socioemocional, c) escolaridad, d) salarios y productividad y e) rentabilidad. En la publicación realizada por Bernal, se correlaciona dicha inversión con la disminución entre 2 y 3 puntos porcentuales en la probabilidad de desnutrición crónica, aumentos de 0.125 (DS) en la talla para la edad, aumentos entre el 4 y 5% en el desempeño de las pruebas cognitivas de corto plazo, entre otras, lo cual evidencia la importancia de invertir en la implementación de políticas públicas orientadas a lograr el desarrollo infantil de los niños y niñas en cualquier parte del mundo.

Si bien existe información sobre la importancia de invertir en primera infancia, las investigaciones están relacionados con los resultados en los ámbitos escolares, en donde se mencionan herramientas para la medición, tales como: Test de Vocabulario en imágenes Peabody, Escala Engle, Escala de calificación del ambiente, entre otros. En Colombia se han realizado investigaciones relacionadas con la disminución de la mortalidad materna y neonatal desde el

sector salud (Aguado, Girón, Osorio, Tovar y Ahumada; 2007), y sobre los resultados en el ámbito de la educación inicial. (Bernal; 2014).

Para seguir abordando el tema, se presenta a continuación el resumen del marco normativo e relacionado con la primera infancia desde lo Nacional y con énfasis en el sector salud:

Tabla 1.

Relación de normatividad de Primera Infancia en Colombia

Tipo de Norma	Mes y día de expedición	Año de expedición	Alcance u objeto/	Relación con Primera Infancia
Constitución Política de Colombia		1991	Carta magna del país	Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.
Resolución 412	25 – Feb	2000	Se establecen actividades, procedimientos e intervenciones 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.	Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años.

Ley 1098	8- nov	2006	Código de Infancia y Adolescencia	Artículo 17, parágrafo: El Estado desarrollará políticas públicas orientadas hacia el fortalecimiento de la primera infancia. Art 29. Derecho al desarrollo integral en la primera infancia... Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas
Conpes 109	03- Dic.	2007	Política Pública de Primera Infancia.	Promover el desarrollo integral de los niños y 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.
Ley 1295		2009	Se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.	Art. 5. El Ministerio de la Protección Social garantizará a las mujeres gestantes de los niveles 1,2 y 3 del SISBEN, tengan la atención necesaria en salud, nutrición y suplementos alimentarios. El Ministerio de Educación Nacional y el ICBF, tendrán a cargo la atención integral en nutrición, educación inicial según modelos pedagógicos flexibles y apoyo psicológico cuando sea necesario.
Ley 1450	16- Junio	2011	Adopta el Plan Nacional de Desarrollo 2011 – 2014.	Capítulo III. Igualdad de oportunidades para la prosperidad social. “definirá e implementará el esquema de financiación y ejecución” interinstitucional de la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia.
Resolución 1841	28 - Mayo	2013	Adopta el Plan decenal de Salud Pública 2012-2021	8. Dimensiones Transversales. 8.1.4.1. Desarrollo integral de las niñas niños y adolescentes.
Ley 1753		2015	Adopta el Plan Nacional de Desarrollo 2015 – 2018	Art. 82. Política de atención integral a la primera infancia, infancia y adolescencia. El Gobierno Nacional consolidará la implementación de la Política de primera infancia....en armonía con los avances técnicos y de gestión de la estrategia De Cero a Siempre.
Ley 1751		2015	Ley estatutaria de Salud. Por medio de la cual	Art 6. Literal f) prevalencia de derechos: El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a

			se regula el derecho fundamental a la salud.	niñas, niños y adolescentes.... Dichas medidas se formularan por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años.....
Resolución 429	17- feb	2016	Adopta la Política de Atención Integral en Salud.	Se define el modelo Integral de atención en Salud- MIAS que se conforma de 10 componentes, entre los que se destaca la Regulación de Rutas integrales de atención en salud – RIAS. Las RIAS integran intervenciones individuales y colectivas que realizan los integrantes del Sistema de salud, según sus competencias. Define tres tipos de rutas: a) Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, b) Rutas de grupo de Riesgo y c) Rutas de eventos específicos de atención.
Resolución 3202	25- Julio	2016	Adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en salud- RIAS.	Art 7. Se adoptan las siguientes rutas integrales de atención en salud: a) Para la promoción y mantenimiento de la salud, b) Para la población materno -perinatal, c) Para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales (Atención a la Desnutrición aguda para menores de 5 años). Art 11. Parágrafo: Las normas técnicas de la resolución 412 de 2000, serán sustituidas en la medida en que el Ministerio de Salud y Protección Social expida los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS.
Ley 1804	02-Agosto	2016	Se establece la política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones.	Título II. Art 7. La gestión intersectorial como mecanismo de implementación de la Política, se realizará conforme a los lineamientos definidos por esta política en cuanto a formulación, implementación y seguimiento de la RIA local (Ruta Integral de Atenciones). Título III. Competencias y funciones de las Entidades- Art 16. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social: a) Formular, implementar y evaluar políticas, planes, programas y proyectos para la promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública en el marco de la Política de Primera Infancia; b) Las acciones del Ministerio deberán hacer énfasis en el Esquema de los Primeros Mil Días de vida,

				que comprende desde la gestación a los primeros dos años de vida.
--	--	--	--	---

Como puede observarse en la tabla 1, existe una serie de normatividad que va desde leyes hasta resoluciones, que abordan los derechos de las niñas y niños y que a su vez manifiestan la intención y convicción de garantizar la atención integral de esta población, que finaliza en la promulgación de una Política pública para la primera infancia. Sin embargo, en esta revisión se encuentran una serie de situaciones que resultan contradictorias y que son un reflejo de la burocracia y sin fin de legislación, que resulta improductiva, puesto que no generan los resultados propuestos. Adicionalmente, para el caso del sector salud se encuentra normatividad que puede contradecirse entre sí y más aún cuando no se derogan las anteriores, pudiendo generar esto un incumplimiento por parte de quienes deben ejecutarla. En la indagación documental se encuentra que se usa el término RIA Ruta integral de atenciones, desde salud y en la Política de primera infancia (Ley 1804 /2016); lo que conlleva a indagar sobre sus diferencias, similitudes y la posible generación de inconvenientes al intentar adoptarlas en el territorio.

Al revisar la aplicación y evaluación de las orientaciones técnicas emitidas desde salud, se encuentra lo siguiente:

- La resolución 412 del 2000 contempla dos normas técnicas específicas para la primera infancia; la primera denominada Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo y la segunda Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. Posteriormente el Ministerio de la Protección Social encargó la Alianza CINETS el desarrollo de dos subguías clínicas; una para la promoción del crecimiento y desarrollo en menores de 10

años y la segunda para niños menores de 5 años. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. Guía No 24). En este sentido, se realizó la indagación de algunas investigaciones relacionados con la aplicación de las normas técnicas y de las guías específicas para la población infantil, con los siguientes resultados:

En las evaluaciones realizadas a los programas contemplados en la resolución 412 de 2000, en la EPS Compensar, Saludcoop y Coomeva, se encuentran diferencias en la cantidad de procedimientos implementados entre una y otra, generando un impacto negativo en la población, toda vez que no se garantiza el acceso y por ende con la garantía de derechos en salud. En el caso de la EPS Compensar fue la única que evidenció el cumplimiento de la totalidad de programas y aplicación de procedimientos. (Moreno; 2013, p 55 – 56).

Como resultados de la evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal en el centro de salud suroccidente de la ESE- Popayán, se tiene que existen elementos que afectan la calidad de la atención, que incluyen procesos asistenciales y administrativos. (Noguera y Dueñas; 2011, p 137 – 144).

La evaluación cualitativa realizada en el año 2002, en la ciudad de Medellín evidenció cambios en la forma de administrar y ejecutar el programa de crecimiento y desarrollo, con la entrada en vigencia de la Resolución 412 del 2000, sin embargo, se identificaron diferencias en la calidad del servicio prestado entre los regímenes subsidiado y contributivo, concluyendo que se generaba inequidad aunado a la desarticulación de los actores del Sistema de salud. Por otra parte, se resalta que “no se conoce con precisión los efectos y el impacto de los programas

sobre la situación de salud de los niños”. (Peñaranda, Bastidas, Ramírez, Lalinde, Giraldo y Echeverri; 2002, p 89-99).

- El actual Plan Decenal de Salud Pública contempla como dimensión transversal la atención a la primera infancia, y dentro de las metas propuestas se destacan las siguientes para las dos últimas vigencias:
 - 2015: En el Componente Desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes “El país contará con líneas de base del desarrollo infantil y discapacidad”.
 - 2016: “Se habrá Implementado en todo el territorio nacional la política de atención integral a primera infancia con enfoque diferencial Cero a Siempre”.

A partir de lo enunciado por el Plan Decenal de salud pública, toma importancia indagar sobre el desarrollo infantil y la forma de evaluarlo en Colombia, así como revisar resultados de investigaciones sobre el tema en otros países. En Colombia desde el sector salud, mediante el servicio de control de crecimiento y desarrollo, se realiza la aplicación de la escala abreviada del desarrollo; la mencionada Escala es un instrumento que permite realizar una valoración global y general de cuatro áreas o procesos de desarrollo, los cuales son: a) Motricidad gruesa, b) motricidad fina-adaptativa, c) audición -lenguaje y d) personal-social. Entendiendo que el desarrollo infantil es un “proceso gradual y progresivo, en el cual es posible identificar etapas o estadios de creciente nivel de complejidad. Esta progresión está determinada fundamentalmente por la interacción social y las experiencias específicas de aprendizaje”. La mencionada escala fue desarrollada por el Doctor Nelson Ortiz (1999), aplicándose a una muestra de 16.180 niños y niñas

en diferentes regiones del país y busco monitorear el desarrollo psicosocial y dar una línea base para otros estudios. (Nelson Ortiz, 1999).

Jurado-Castro, V y Rebolledo-Cobos, R. (2016), hicieron un análisis de escalas para la evaluación del desarrollo infantil usadas en América y concluyeron que, en nuestro país, los procedimientos de evaluación del desarrollo infantil realizados a través de la Escala Abreviada del Desarrollo se encuentran en desventaja, frente a la aplicación de otros instrumentos que abarcan con mayor especificidad y exhaustividad cada uno de los aspectos del desarrollo infantil.

Agustina Vericat y Alicia Orden (2010), realizaron una revisión bibliográfica general de algunos de los métodos de evaluación de los problemas del desarrollo psicomotor más frecuentemente utilizados en América Latina encontrando que en Latinoamérica, la evaluación del desarrollo suele desarrollarse en forma asistemática. Esto se atribuye en general, a recursos escasos, tanto materiales como al tiempo disponible para realizar dichas pruebas en el nivel primario de atención. Lira y Gálvez (1988), informaba que sólo el 50% de los médicos de atención primaria utilizaban la escala chilena EEDP y lo hacía sólo una vez en cada paciente. Esto se ha ido modificando con el tiempo. La creciente sobrevida de niños prematuros, de bajo peso al nacer y de pacientes con ciertas enfermedades graves, genera nuevas formas de morbilidad, donde la evaluación de los problemas del desarrollo demanda una inclusión en la práctica clínica cotidiana.

Ahora bien, con la entrada en vigencia de las resoluciones 429 y 3202 del 2016, se introduce el término de Ruta de atención integral en salud (RIA), sin embargo, para ahondar en el término de RIA desde el ámbito de salud, es necesario recapitular de manera general la estructuración de la

Política de Atención Integral en salud (PAIS). Lo primero es recordar que dicha Política está orientada a regular la intervención de los actores del sistema (sectoriales e intersectoriales), en donde se incluye la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación, orientados a lograr acceso, aceptación, continuos, oportunidad, integralidad y capacidad de resolución. La Política PAIS está planteada bajo un marco estratégico y operativo; en el primero se hace hincapié en la importancia de la atención primaria en salud, con enfoque familiar y comunitario y en el segundo denominado Modelo integral de Atención en salud (MIAS), se definen las herramientas para el logro de los objetivos.

El MIAS está conformado por diez componentes, dentro de los que se incluye la regulación de las rutas integrales de atención en salud (RIAS). Dichas rutas se contemplan como una herramienta de articulación entre los integrantes del Sector salud y orienta sobre las intervenciones individuales y colectivas que deben ejecutarse para promover el bienestar y el desarrollo de los individuos. La resolución 419/2016, contempla tres tipos de rutas generales que son adoptadas y caracterizadas mediante la resolución 3202 del mismo año y que se presentan a continuación:

- Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud
- Rutas de Grupo de Riesgo
- Rutas de eventos Específicas de Atención.

Para el caso de primera infancia, se cuenta con una ruta general incluida dentro de la RIA de promoción y mantenimiento de la salud y a su vez dos rutas específicas dentro del grupo de Riesgo, las cuales son: a) RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales y b) RIAS para población materno – perinatal.

Pues bien, al revisar la RIA general de primera infancia publicada en la página del Ministerio de Salud y Protección social, se encuentra con los siguientes componentes:

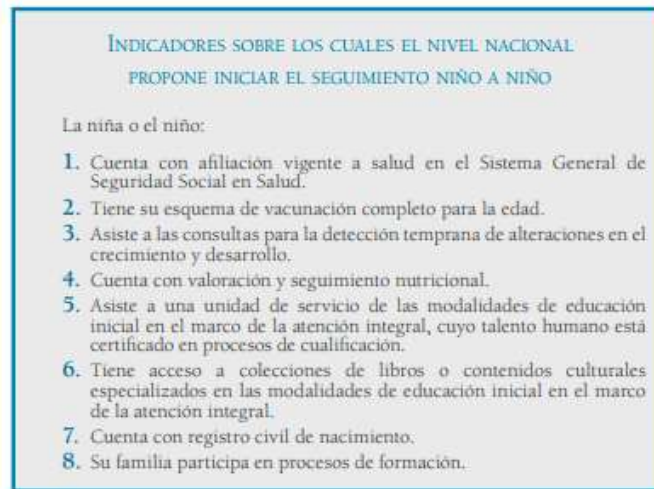
- Valoración integral para el recién nacido, con la totalidad de actividades a cargo del sector salud y de manera específica al prestador primario y complementario.
- Valoración integral para niños y niñas de 29 días a 5 años, 11 meses, 29 días, todas las actividades a cargo del sector salud.
- Educación para la salud en donde se empieza a evidenciar algunas actividades a cargo de otras entidades intersectoriales, tales como: INVIMA, educación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Caracterización ambiental.
- Sucesos vitales a cargo de salud.
- Acciones gestión de la salud pública con la participación de diferentes actores.

Las acciones a desarrollarse desde el sector salud en cada componente de la RIA general de primera infancia, están referenciadas a una serie de guías y normas técnicas que indican el paso a paso de los profesionales de salud, para dar cumplimiento a la integralidad de la atención promulgada por el modelo de atención (MIAS), dentro de las que se enuncian a modo de referencia: Guía práctica clínica del recién nacido y la guía de práctica clínica para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años, entre otros.

En coherencia con la secuencia de la normatividad planteada al inicio de este capítulo, se finalizará con la revisión de la Ruta integral de atenciones planteada por la Política pública de primera infancia promulgada mediante la Ley 1804 de 2016. Para la revisión del alcance de este instrumento, se parte de lo expuesto en el documento Fundamentos Técnicos, Políticos y de Gestión de la Estrategia de Cero a Siempre, en donde se plantea la RIA como una herramienta para garantizar que cada niña y niño se desarrollará integralmente. Dicha RIA se presentó por momentos o grupos de edad que incluían desde la preconcepción hasta los seis años de vida y definió cuatro entornos en donde se desarrollan las niñas y niños: a) Entorno hogar, b) Entorno salud, c) Entorno educativo y d) Entorno espacio público. (p. 205-206). En el documento en mención, se encuentra un conjunto de actividades o atenciones que deben surtirse según el grupo de vida y el entorno en el que se encuentra la niña o el niño.

La RIA planteada por la Estrategia de Cero a siempre y adoptada por la Ley 1804 de 2016, se presenta como un referente orientador en cada territorio, conforme a su oferta y demanda de servicios y necesidades específicas de la población. Para lo anterior, se orienta a iniciar por un diagnóstico frente a los derechos de la población objeto de la intervención y desde ahí revisar y ajustar cuando sea el caso, los programas, proyectos y servicios de cada Ente Territorial, mediante el trabajo articulado de los actores y sectores de los que dispone. Como mecanismo de seguimiento a la implementación de la RIA, establecieron siete atenciones que son medidas niño a niño y plantearon los siguientes indicadores:

Ilustración 1. Realizaciones propuestas para hacer el seguimiento niño a niño a nivel Nacional en la Atención Integral a la Primera Infancia



Fuente: (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013, pág. 247)

Las atenciones priorizadas por la RIA de la política pública se presentan como indicadores de un ejercicio transectorial. Sin embargo, tal y como se evidencia, se plantea un seguimiento desde las coberturas, que para el caso del sector salud está asociado a los primeros cuatro (4) indicadores de la gráfica anterior.

Por lo expuesto anteriormente y conforme a los intereses frente al tema, se plantea la necesidad de explorar y analizar la percepción desde los agentes del sistema de salud, frente al rol que viene desempeñando el sector salud en la implementación de la atención integral a la primera infancia, el concepto de atención integral y el esquema de seguimiento o evaluación a la implementación de las rutas de salud y como conversan con la ruta planteada por la Estrategia de Cero a Siempre; así como identificar si es la realidad de la operación desde salud, se identifican las diferencias entre las dos RIAS (salud Vs Ley 1804).

Marco Teórico

La Constitución política de Colombia de 1991, define que el país es un Estado de derecho y que dentro de sus fines están: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios derechos y deberes consagrados en la Constitución, así como facilitar la participación de todos en las decisiones que los afecten.. (República C. d., Constitución Política de Colombia, 1991). Para el cumplimiento de sus funciones, se organiza en tres grandes ramas: a) legislativa, b) ejecutiva y c) judicial. Para el tema de interés, se hace una descripción general de las dos primeras. La Legislativa es la encargada de hacer las leyes y ejercer el control político sobre el Gobierno Nacional y se conforma por el Congreso de la República y la rama ejecutiva es quien reglamenta las leyes y garantiza la ejecución de las mismas, mediante las diferentes entidades que hacen parte del Gobierno Nacional y de los Entes territoriales.

El Estado es administrado por un gobierno, quien ejerce la política y a su vez la política pública. La *politics* o política es entendida como la puja por el poder político y la política pública está ligada a esta puja de poder (Ordóñez-Matamorros, 2013). Existe cantidad de definiciones para la política pública, dentro de las que se destaca la propuesta por Dubnick y Bardes en 1983 quienes la definieron como: “Acciones gubernamentales – lo que los gobiernos dicen y lo que hacen con relación a un problema o una controversia”. No obstante, para hacer un análisis de la política pública cualquiera que sea, es necesario tener en cuenta las etapas analíticas que la conforman: origen, diseño, gestión y evaluación, sin que esto signifique que estas etapas sean secuenciales, sino que por el contrario tienen momentos diferentes según el proceso político que se surta. (Lahera, 2004). Un gobierno puede generar un sinnúmero de políticas, pero cuando éstas no se basan

o fundamentan técnica y financieramente con la rigurosidad necesaria, tienden a quedarse en un discurso inerte; de igual manera, si las políticas no se plantean con evaluaciones rigurosas para ajustes y toma de decisiones, se convierten en un riesgo de desgaste económico y pérdida de credibilidad.

Para el caso de la política pública de primera infancia y conforme a los antecedentes se identifican tres de las etapas propuestas en el párrafo anterior:

- a) Origen: se fundamentó en la necesidad de dar respuesta a la convención de los derechos del niño y a su vez en la Constitución política de Colombia y a la Ley 1098 de 2008.
- b) Diseño: Se basa en la Estrategia de cero a siempre, propuesto por el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014.
- c) Gestión: Se aterriza con la expedición de la Ley 1804 de 2016 y con las acciones transectoriales planteadas en la misma, dentro de las que se encuentran las del sector salud.

Es así como se evidencia un sinnúmero de acciones normativas creadas en el país relacionadas con la garantía de derechos de la primera infancia tal y como se expuso en el capítulo anterior, se parte del supuesto que la expendición de estas normas se ha realizado con el ánimo de intervenir el problema de la vulneración de derechos en la población objeto de este tema. Ahora bien, queda por identificar la fase de evaluación de dichas acciones para la toma de decisiones oportunas y acordes a las necesidades de la población. Una política pública es sinónimo de acción, según el concepto expuesto al inicio de este capítulo, y las acciones o actos, se pueden analizar desde la teoría de actos de habla o hechos institucionales, para lo cual se utilizará el planteamiento que realiza John R. Searle y John L. Austin.

Los humanos utilizan el lenguaje para comunicarse y una de sus formas es el habla, lo que se traduce en que la acción humana e institucional inicia por el habla. Un acto de habla se compone de tres elementos: locutivo (las palabras que se emplean), ilocutivo (fuerza o tono con el que se expresan o también conocido como la intención) y perlocutivo (efecto de lo que se enuncia o en otras palabras el resultado) (Searle, 2000). El proceso de comunicación tiene como factor clave el significado de las palabras que se pronuncian, tanto para quien las pronuncia, como para quien las recibe. Las instituciones se comunican mediante actos de habla, que expresan en los discursos de la política pública; para el caso del tema de interés se encuentra la expresión: “atención integral a la primera infancia”, sin embargo, es necesario identificar cuál es el significado de integral para la población objeto, para las familias, para las instituciones que hace parte del Estado y la forma como esto se mide o evalúa de manera coherente con el discurso.

Cuando se realiza una manifestación o acta de habla esta tiene implícita una forma de intencionalidad derivada (Searle, 2000), que utiliza el hablante, es decir este busca producir un efecto, resultado, cambio frente a la situación o problema, conocido como acto perlocutivo. En los actos de habla, existen dos caminos a saber: a) coherencia entre lo hablado y lo logrado y b) incoherencia o desconexión entre lo que se habla y se obtiene; a este último se le conoce como actos de habla desafortunados.

La intención de este trabajo es demostrar que la Política pública de primera infancia y de manera especial la articulación con la atención integral promulgada por el sector salud, se convierten en

un acto de habla desafortunado fundamentado en que el discurso que se promulga mediante documentos no cuenta con los resultados que se plantean o la intención que la generó.

- a- En el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 se propuso la implementación del modelo de atención integral a la primera infancia, definiendo la integralidad como: “Entiéndase atención integral a la primera infancia, como la prestación del servicio y atención dirigida a los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años y 11 meses, de edad, con criterios de calidad y de manera articulada, brindando intervenciones en las diferentes dimensiones del Desarrollo Infantil Temprano en salud, nutrición, educación inicial, cuidado y protección”.

Para la implementación del modelo se definieron criterios tales como:

- Entorno institucional, es decir servicios que cualificaran los hogares comunitarios de bienestar para atender niños y niñas.
- Entorno comunitario, entendido como los servicios brindado por las madres comunitarias, que no pudieran ser cualificados.
- Entorno familiar, como un modelo nuevo de atención.

De igual manera, definió los aspectos para la sostenibilidad de la estrategia y la ampliación progresiva de la cobertura.

Sin embargo, como puede evidenciarse se limitó a la prestación del servicio de cuidado y/o mejoramiento de la atención realizada en los servicios que en su momento venía prestando el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, tal y como quedó plasmado en el Plan de Desarrollo.

- b- En el Plan Nacional de Desarrollo 2015 a 2018, se estableció la implementación de la Política de Primera Infancia, la cual se expidió mediante la Ley 1804 de agosto 2016, pero que requiere reglamentación que a la fecha no se ha surtido.
- c- Desde salud y en sintonía con la expresión de la atención integral, se formula el Plan Decenal de salud y definieron dentro de sus metas:
 - ✓ Para el 2015: “El país contará con líneas de base del desarrollo infantil y discapacidad y como estrategia propuso la creación y fortalecimiento de la capacidad institucional y del talento humano, que aseguren la valoración del desarrollo y la potenciación de habilidades individuales y colectivas de niños, niñas y adolescentes; a través de la acción unificada al interior del sector salud y con otros sectores”.
 - ✓ Para el 2016; “Se habrá Implementado en todo el territorio nacional la política de atención integral a primera infancia con enfoque diferencial “Cero a Siempre

Frente al desarrollo infantil, tal y como se explicó en el estado del arte el país tiene la escala abreviada del desarrollo, no obstante, está fue actualizada durante el año 2016 y se espera su validación para la respectiva aplicación (Colombia P. d., 2013). Llama la atención que si la escala abreviada del desarrollo ha sido el instrumento que definió el sector salud hace ya varias décadas, por qué no se cuenta con resultados y análisis de su aplicación frente al desarrollo infantil. En cuanto a la implementación de la política de atención integral a la primera infancia con enfoque diferencial, se encuentran vacíos de información para la aplicación de la ruta de promoción y prevención desde el sector salud y sobre todo la dificultad de la operación y enlace con los demás actores y sectores que menciona la RIA de la política pública (Ley 1804 de 2016).

La Estrategia de cero a siempre planteó una ruta integral de atenciones -RIA, como un ideal de servicios que debe recibir cualquier gestante, niño o niña menor de 6 años en el país y que por supuesto requiere de manera implícita que quienes prestan los servicios tengan comunicación, vínculo y cooperen entre sí, en función de los derechos del sujeto en cuestión. Sin embargo, no se encuentra un punto de entrada específico para canalizar la información que permita el seguimiento y evaluación de integralidad y el logro de lo propuesto por la RIA adoptada por la Política pública mediante la Ley 1804 de 2016. Lo anterior, conlleva a que cada sector en cumplimiento de sus funciones y competencias realice sus acciones, pero con el riesgo de no encontrar un punto en común o de articulación efectivo y más aún cuando cada territorio tiene una dinámica diferente de trabajo, presupuesto y organización administrativa, terminando en un hecho desafortunado. Como fundamento de lo expresado, se presentan los resultados del informe del 2016 realizado por la Comisión Intersectorial de Primera Infancia, para los indicadores de la RIA:

Ilustración 2. Informe 2016 de resultados de las realizaciones priorizadas a nivel nacional para el seguimiento de la atención integral en primera infancia

Atención	Total	%
Niños y niñas atendidos integralmente que cuentan con Registro Civil de Nacimiento	1.028.019	100
Niños y niñas en primera infancia con afiliación vigente a salud en el SGSSS	841.980	82
Niños y niñas en primera infancia que asisten a consultas de crecimiento y desarrollo (sept 2016)	414.802	46
Niños y niñas en primera infancia que registran valoración de su estado nutricional y seguimiento al mismo	1.023.603	88
Niños y niñas en primera infancia cuya familia ha participado en procesos de formación	886.904	76
Niños y niñas en primera infancia con acceso a libros con contenidos especializados	473.288	41
Niños y niñas en primera infancia con esquema completo de vacunación para la edad	585.899	57
Niños y niñas en primera infancia atendidos por talento humano cualificado	572.027	49

Fuente: SSNN, Ministerio de Educación Nacional. Febrero 2016.

Fuente: (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2017, pág. 36)

Las cifras reportadas son de los niños y niñas canalizadas desde los servicios prestados por el ICBF, tal y como se evidencia en el mismo informe, lo que lleva a indagar sobre la oportunidad y pertinencia de la atención integral para todos los niños y niñas del país tal y como se manifestó en la Estrategia de cero a siempre, en donde se dijo: “La primera infancia comprende el periodo de vida que va desde la gestación hasta antes de los 6 años de edad. En este sentido, la Estrategia está dirigida a los 5.132.000 niños y niñas de 0 a 5 años del país”. (Colombia, 2011)

La atención integral a la primera infancia menciona la acción colectiva como pilar clave en su cumplimiento y muestra de esto es lo manifestado en el informe del 2013, en el que se resalta lo siguiente:” *La integralidad en la gestión se soporta en una convocatoria a una gran acción colectiva en favor del propósito de garantizar el desarrollo de las niñas y niños en su primera infancia, que exige que cada actor involucrado reconozca la importancia central de su papel, y ponga al servicio del proceso sus saberes, su estructura institucional, sus acciones, recursos y capacidades, así como su apertura para transformarse*” (Colombia P. d., 2013). La integralidad de la gestión requiere claridad en los puntos de entrada y articulación de los actores y sectores, por lo que, si bien el discurso es convincente, no necesariamente logra los resultados planteados tal y como se evidencia en el informe de la Estrategia.

Al revisar la ruta de atención integral a la primera infancia de salud se encuentra una serie de servicios que deben darse por el prestador primario y complementario, pero que no necesariamente conllevan a la articulación intersectorial que promulga la política, toda vez que no se logra el objetivo de lo enunciado por el Estado, terminando en una atención integral entendida desde cada sector y no desde la integralidad que requiere el niño y niña. En este punto se encuentra una

inconsistencia entre la RIA de salud y la RIA de la Política de primera infancia, teniendo en cuenta que si bien tienen atenciones que se repiten en las dos (vacunación, atención del parto, entre otras), no es claro el proceso de canalización o remisión de los niños y niñas, una vez han recibido la atención desde salud. El sector salud es un actor clave, que no puede verse solo como un prestador de servicios, sino que puede permitir la conexión entre la población objeto de la política y los demás actores, puesto que, al realizar la atención del parto, los controles del recién nacido, o de crecimiento y desarrollo se pueden y deben identificar las necesidades de otras atenciones, para canalizarlas y lograr la integralidad de la atención transectorial.

Los actos de habla se conectan con la percepción, toda vez que esta se asocia a una realidad producto del lenguaje, los significados y cómo interactúan con la mente. Tal y como lo explica Jhon Searle, una expresión o acto de habla, se convierte un hecho institucional o realidad para los que intervienen en el proceso. En este sentido, fue clave conocer los significados y las representaciones que tienen las expresiones de la política pública de primera infancia, en los actores del sector salud y como esto influye en su aplicación en el territorio. Como resultado de la investigación y elaboración del mapa conceptual de las entrevistas semiestructuradas, se resaltan:

- Interrelación vertical por parte de los actores de salud y una presunta dificultad de resolución de temas desde el nivel nacional hacia lo territorial.
- Períodos de tiempo de sensibilización, pero con vacíos manifestados en capacitación, acompañamiento y resolución de inquietudes operativas de las rutas de salud.
- Cada institución de salud entrevistada, interpreta la operatividad de las rutas de salud para la primera infancia y construye desde su conocimiento.

- El concepto de atención integral, lo perciben desde la intersectorialidad, pero que no es de fácil aplicabilidad pues no se encuentra un punto de conexión con los demás actores (diferentes a salud).

Es así que, a partir de la teoría planteada, se concluye que la acción o manifestación realizada por el gobierno frente a la atención integral a la primera infancia, así como desde el sector salud, son un ejemplo de actos desafortunados, tal y como se ha explicado en este capítulo.

El interés de trabajar desde el enfoque de cumplimiento de derechos para la primera infancia, mediante una política pública, presume generar acciones efectivas y afortunadas, necesitando de que confluyan tres elementos tales como: a) trabajo en red (al interior de las instituciones y con las demás instituciones, incluyendo todos los actores mencionados en la política), b) acción colectiva (que todos y cada uno de los que hacen parte de la red, comprendan la importancia de sus acciones y actos de habla, que deben estar en sincronía con el fin último de la política, es decir atención integral) y c) coherencia entre el discurso escrito, hablado y ejecutado por cada uno de los actores. Como resultado de lo anterior, se podría contar con una Política formulada e implementada de manera efectiva, con integración de sus actores y evaluada de manera sistemática y oportuna para la toma de decisiones y en pro del colectivo.

1. OBJETIVO

Explorar la percepción de los actores del Sistema de Salud frente a la implementación de la atención integral a la Primera Infancia y los resultados en la aplicación de la ruta propuesta por el sector salud en primera infancia y su relación con la Ruta de atenciones propuesta por la Política pública.

1.1. Objetivos específicos

- a. Identificar desde la percepción de los actores del sistema de Salud, la institucionalidad vista desde el rol y las funciones del sector salud, dentro de la operación de la política de primera infancia en Colombia.
- b. Identificar la percepción de los actores del sistema de salud, frente a los resultados de la implementación de la ruta integral de atención en salud para la primera infancia, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas.
- c. Identificar el concepto de atención integral a la primera infancia que tienen los actores del sistema de salud y su relación con el planteamiento de la Política pública de primera infancia.

Metodología aplicada

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque descriptivo-interpretativo; cuyo trabajo de campo incluyó entrevistas semiestructuradas a los actores del sector salud que tienen relación con la política pública de primera infancia. (Hernández, 2010)

Para lograr el objetivo el trabajo de campo se desarrolló en dos etapas: La primera contempló un trabajo de campo exploratorio, donde se aplicaron entrevistas no estructuradas a funcionarios que trabajan en primera infancia de países de Latinoamérica, tales como: Chile, Colombia y Ecuador, en esta fase se indagó por el concepto de primera infancia, los actores que participaban y la importancia desde salud en su implementación.

La segunda etapa contempló la aplicación de entrevistas semiestructuradas a los actores del sistema de salud en la ciudad de Bogotá- Colombia y que trabajan en el tema de primera infancia desde sus Entidades.

1.2. Población y muestra

Para la primera etapa la población fueron funcionarios de Entidades que trabajan con primera infancia en países de Latinoamérica, tales como OEI- Chile, Ministerio de Desarrollo social y de Primera Infancia de Ecuador y Asociación Afecto- Colombia. En la segunda etapa se seleccionaron actores del sistema de salud, que debían tener relación con primera infancia en procesos de formulación, implementación y seguimiento al programa específico desde las Entidades del sistema.

1.3. Método del muestreo

Se realizó muestreo no probabilístico o dirigido. Para la primera etapa 3 funcionarios que trabajan en primera infancia en Latinoamérica y en la segunda etapa un funcionario de primera infancia de: Ministerio de Protección social, Secretarías de Salud, EPS e IPS, para un total de 5 entrevistas (Anexo 1).

1.4. Criterios de Selección

- Inclusión: Funcionarios de las instituciones públicas y/o privadas del sistema de salud de Colombia que trabajen con la política de pública de primera infancia por un periodo no menor a 3 años.
- Exclusión: Funcionarios de las instituciones públicas y/o privadas de Colombia que trabajen con la política de pública de primera infancia, pero que no pertenezcan al sector salud.

Nota: El criterio de los años, se define por el año en el que se empieza a implementar la Estrategia de Cero a siempre, que para efectos de contexto se toma a partir del 2012.

1.5. Validación de los instrumentos

Se realizaron entrevistas exploratorias que permitieron generar unas categorías para la construcción de las preguntas para la entrevista semiestructurada, las cuales fueron validadas por tres expertos en el tema. Con lo anterior, se realizó un ajuste al instrumento y a partir de allí, se inició el proceso de aplicación.

1.6. Técnicas para procesamiento de información

Para el análisis de los datos cualitativos obtenidos en las cinco entrevistas aplicadas, se realizó una revisión sistémica utilizando la categorización y codificación de las unidades de información registradas, a partir de los cuales se identificaron los modelos interpretativos conceptuales.

Las entrevistas contaron con consentimiento informado para ser grabadas y a su vez fueron registradas de manera física, para realizar el proceso de análisis.

✓ Categorización:

Para realizar la categorización, se partió de los objetivos estratégicos planteados, sin embargo, durante el proceso de análisis surgieron nuevas categorías que se plasman a continuación:

Tabla 1. Resumen de categorías y subcategorías utilizadas para las entrevistas semiestructuradas.

Problema de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Categoría	Subcategoría
¿Cuál es la percepción de los actores del Sistema de Salud, frente a la implementación de la atención integral a la Primera Infancia y los resultados de la aplicación de las ruta integral para esta población ?	Explorar la percepción de los actores del Sistema de Salud frente a la implementación de la atención integral a la Primera Infancia y los resultados en la aplicación de la ruta integral para esta población.	Identificar desde la percepción de los actores del sistema de Salud, la institucionalidad que maneja el sector salud, dentro de la operación de la política de primera infancia en Colombia.	Institucionalidad y operación desde Salud	Jerarquía dentro del Sistema de Salud Roles dentro del Sistema. Sistemas de información y seguimiento de las remisiones y activación de las rutas de Primera Infancia.
		b. Identificar la percepción de los actores del Sistema de salud, frente a los resultados de la implementación de las rutas integrales de atención en salud para la primera infancia, mediante la aplicación de entrevistas semiestructuradas.	Percepción sobre los resultados en la implementación de las rutas de primera infancia en salud.	Concepto de Rutas de atención a la primera infancia Cualificación del talento humano en la aplicación de las rutas o protocolos Tiempo de implementación Procedimiento y esquema de Seguimiento

Problema de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Categoría	Subcategoría
		Identificar el concepto de atención integral a la primera infancia que tienen los actores del sistema de salud y su relación con el planteamiento de la Política pública de primera infancia.	Concepto de primera infancia y de atención integral.	Concepciones teóricas Implicaciones prácticas

2. RESULTADOS

A partir de la aplicación y análisis de cinco (5) entrevistas semiestructuradas, en las que participaron funcionarios de entidades públicas y privadas del sector salud, que laboran en el tema de primera infancia (Ministerio de la Protección social y salud, Secretaria de Salud Departamental de Cundinamarca, Secretaria Distrital de salud de Bogotá, EPS e IPS privadas), se evidenciaron las siguientes similitudes y diferencias por categorías y subcategorías de los sujetos de enunciación:

Tabla 2. Similitudes y diferencias por categoría y subcategoría de los sujetos de enunciación.

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
Institucionalidad y operación frente a salud	Jerarquía del sistema de salud	01SDS	Implementadores Gestionadores del riesgo de la población. Reportan las notificaciones tempranas y obligatorias.	“Regulador que vela por los intereses de la niñez”
		02SDSB 05EPSP 03IPSP 04MPS 04MPS		Formulador Seguimiento Evaluar la política Superintendencia de servicios de

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
				salud, vigila prestación del servicio.
	Roles en el Sistema de salud	01SDS 02SDSB 03IPSPR 05EPSP 02SDSB 04MPS	“Asegurar la atención integral” “Otorgar los mejores servicios”	Reporte de indicadores “El apoyo a las instituciones para que la implementación de las RIAS se de a cabalidad, entiendan cual es el objetivo, se entiendan cual es la importancia de articularse con otros actores de otros sectores, acompañarlos durante todo el proceso”. “Fijar línea técnica para las diferentes líneas diferentes líneas en las cuales se basan las atenciones para la implementación de la Política”
	Sistemas de información y seguimiento en la	01SDS 02SDSB	“La dimensión de epidemiología es la que tiene la	

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
	activación de las rutas de primera infancia	04MPS	responsabilidad de producir información, comunicarse con todas las fuentes de información institucionales y producir información sobre los indicadores de niñez” “Los indicadores aquí tienen el mismo problema que acabamos de hablar, parecería que andan solos” “Tenemos un sistema de notificación y todos esos se dan a través de la plataforma. puedo haber un poquito de debilidad en los procesos porque los que los hacemos somos personas y a veces estamos atrasados, a veces tenemos es que vigilar, los datos a veces no los reportan en forma adecuada”	“Tenemos un tablero de control, que de acuerdo con

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
		03IPSPR 05EPSP	“Tenemos un sistema de información de que nos permite o arroja muchos indicadores, otros indicadores son los de norma que vemos resultados de salud” “Tiene ese sistema de información cosa que yo pudiera tomar la información para indicadores de primera infancia y nos ha ayudado mucho el que haya una norma que obligue a la fuente que es la IPS a que reporte”.	las 7 atenciones que se han definido para los niños y las niñas, nosotros somos responsables de 4 prácticamente de ellas, 3 netamente responsabilidad y una compartida”.
		01SDS 02SDSB 03IPSPR 04MPS 05EPSP	Ninguna se refirió al seguimiento en las remisiones y/o activación de las rutas integrales de atención. Si bien se tienen sistemas de información desde cada Actor	

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
			entrevistado, no se cuenta con el seguimiento de cada caso o niño-niña atendido.	
Concepto de Primera Infancia y de atención integral	Concepto teórico	01SDS 03IPSPR 04MPS 05EPSP 02SLS	Intereses de la niñez Derecho a la salud Lograr un adulto sano Los derechos son la pretensión de la ruta Desde la gestante hasta los niños de 6 años	
	Implicaciones prácticas	05EPSP 02SDSB 01SDD 04MPS 03IPSPR 05EPSP	“Articulación de todos los actores de otros sectores” “Busca poner a hablar a todos los sectores, sobre los derechos de los niños” “A través de unas alianzas si identificamos un riesgo determinado nos podemos articular, pudiendo complementar lo que nosotros identificamos” “No siempre es como quisiéramos” Entonces esa intersectorialidad no está funcionando	“La política no dice como se aterriza, cómo lo hago”

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
			“¡Falta aterrizar, porque lo niños no viven aquí en presidencia, los niños viven en el territorio, o sea viven en cada municipio y en cada municipio el sector salud sigue yendo por su lado, el sector educación por su lado, ICBF por su lado, a pesar de que sean municipios de tres calles, um! Allí es donde tiene verdaderamente concertarse la intersectorialidad. “Nosotros tenemos la información, nosotros salud tenemos lo de salud, educación la de ellos, pero no hay un sistema una historia como la que pensaba sacar una vez el ministerio que yo la pudiera conocer y todos tuviéramos acceso para saber que paso con la vida de ese niño, de ese usuario, entonces hay muchas cosas por trabajar para que esa intersectorialidad funcione.”	

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
				educación, que hace ICBF, qué hace cultura, qué hace en cuántas atenciones que requieren esos niños, qué va a hacer Coldeportes en relación y en dónde nos cruzamos”
	Tiempo de Implementación de las rutas	01SDS 02SDSB 03IPSPR 05EPSP	Inicios de 2017	Llevamos tiempo como perdido porque empezamos, pero no avanzamos” “la ruta salió en julio de 2016 la política país como en el 2015 hay con unos antecedentes de la ley 1438 donde se habla de la política integral sacan todo eso, nosotros empezamos a montar este tipo de políticas de la gestión de riesgo de APS desde el 2013
	Cualificación del talento humano en la aplicación de las rutas o protocolos	01SDS 04MPS 02SDSB 05EPSP	“Falta más capacitación “Por supuesto que sí, cual es el	Entonces desde ese punto de vista, el Ministerio de salud ha tenido en la mira que, si ud quiere que las cosas

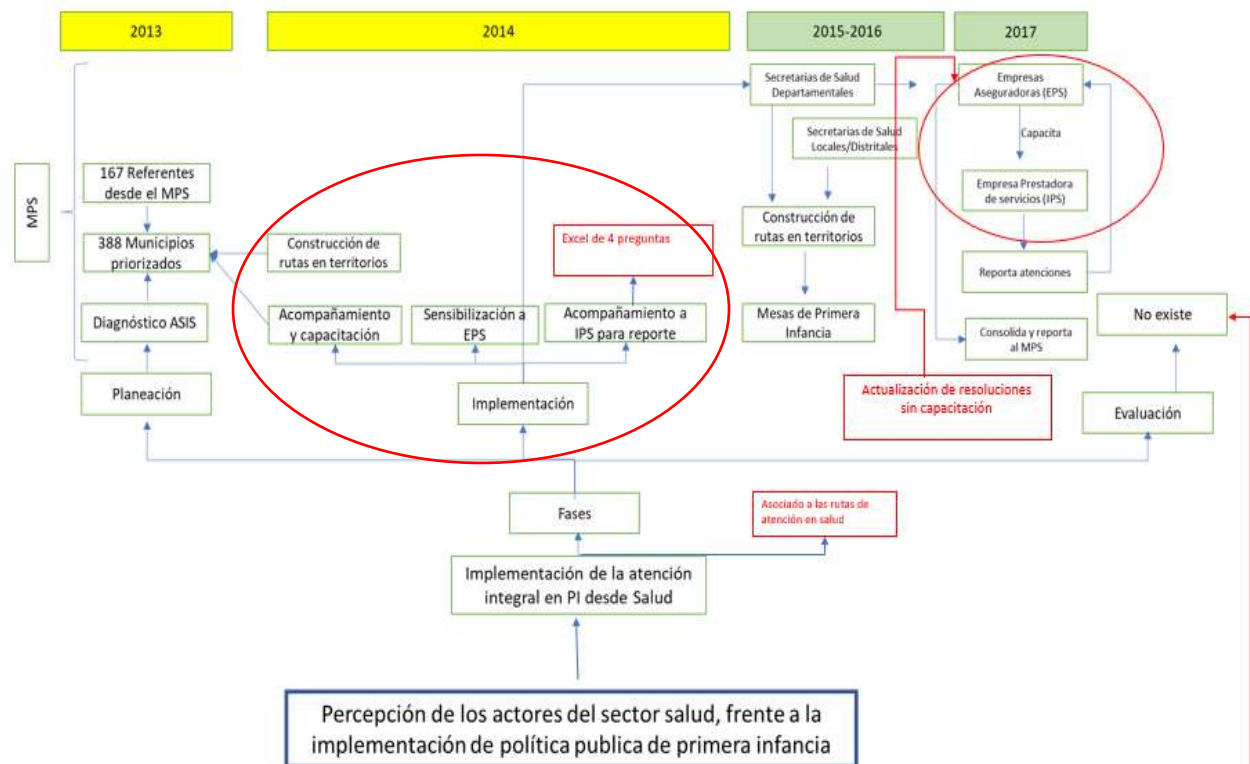
Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
			problema nuestro, por dificultades de un equipo más fuerte nsts somos promotores de la inequidad que quiere decir, que todo el mundo debería saberlo y no es así, con el tema de la rias entonces priorizamos unos municipios y dejamos otros, al final de cuentas si uno se quisiera evaluar entonces? Que estamos vendiendo, pues inequidad”. “Como asegurador empezamos a trabajar nadie nos llamó y cuando ya empezamos a mandarle tanta carta al ministerio ellos dijeron esperen un momento y que las entidades territoriales les hablen les mandaron un correo a ellos y les dijeron ustedes tienen que citar a las EPS y aclarar esa vaina allá, eso fue noviembre del año pasado	funcionen, además de hacer el despliegue con los alcaldes, con las direcciones territoriales de salud, entonces primero debe sentar a las EPS. O sea, nada sucede
	Procedimiento y esquema de Seguimiento	05EPSP 04MPS	“En este momento hay dualidad en la norma te pongo el	

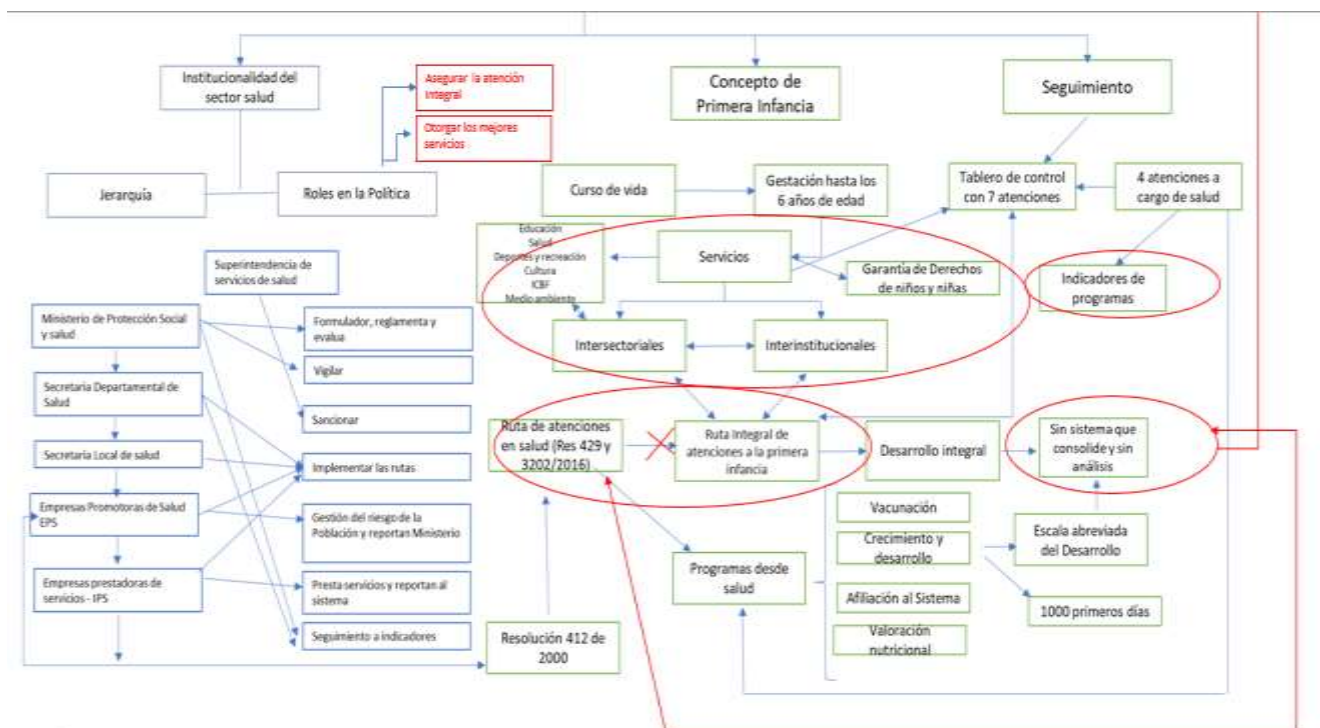
Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
		01SDS 02SDSB 03IPSPR 05EPSP	ejemplo esta la 412 a ella no la han derogado, la 3202 dice en el momento que ya se monten que el ministerio ya entregué los lineamientos la 412 se deroga, pero la 3202 está vigente y están vigentes las dos, hay cosas que entre ellas se chocan porque tienen conductas diferentes para diferentes condiciones” “No hay seguimiento a la fecha porque está en fase de implementación. el ejercicio en realidad es bastante nuevo”	“Que hizo ministerio, ellos tenían la misma cosa de saber en qué van las EPS y todo el mundo entonces diseñaron un Excel y no lo mandaron a todas las aseguradoras, por departamento como 4 preguntas se consolidaban y se enviaba”
	Dificultades percibidas	01SDS 02SDSB	“Las RIAS Yo no creo que lo dificulten el trabajo,	

Categoría	Subcategoría	Sujetos de enunciación	Similitudes	Diferencias
			lo que creo es que como siempre es un problema es que nosotros siempre tenemos que arrancar de cero y entonces así nada progresa, porque no queda capital no queda eh hh el tema no queda instalado en el municipio, porque no hay continuidad en los actores, cada actor recibe una capacitación” Las rutas yo creo que facilitan si se cumplieran a cabalidad, pero es que uno debe estar articulado con la niña que asigna citas, con la niña que jummmm es decir con toda la institución y a veces no es fácil, no todo el mundo se engrana de la misma forma.	

A continuación, se presenta el mapa conceptual de la información consolidada en las entrevistas de los sujetos de enunciación:

Gráfico 1. Mapa conceptual de la Percepción de los actores de salud, frente a la implementación de la atención integral a la Primera Infancia y los resultados de la aplicación de las rutas integrales para esta población.





Fuente: Creación propia de los autores.

___ Puntos críticos o actos de habla desafortunados.

Este mapa conceptual explica la percepción de los actores frente a implementación de la política pública de primera infancia a partir de las 5 entrevistas semiestructuradas que se realizaron, donde las categorías escogidas fueron: Institucionalidad teniendo en cuenta el rol y la jerarquía dentro del sistema de salud, percepción sobre la implementación de las rutas integrales de salud y el concepto que se tiene de primera infancia desde las concepciones teóricas y las implicaciones prácticas. En este mapa se evidencian las interacciones entre los actores, funciones y objetivos de la política de primera infancia y a su vez se resalta en color rojo los actos desafortunados que se identificaron en la investigación.

En la primera sección se diseña una línea del tiempo entre el año 2013 a la fecha reflejando los sucesos importantes en la aplicación de las rutas integrales de salud. En el año 2013 desde el

ministerio de salud se dictan unas directrices para iniciar la aplicación (Planeación, priorización de municipios y asignación de referentes). En el 2014 se evidencia la falta de capacitación, acompañamiento y sensibilización a las instituciones, donde la medida que se toma en ese momento es enviar un formato de Excel a las instituciones para saber en qué va el proceso de aplicación de las rutas. Ya en los años 2015-2016 se avanza en materia de construcción de rutas pero estas son acorde a la interpretación que cada institución le da al planteamiento de las rutas. En la actualidad se está esperando la unificación de criterios y cambio de lineamientos teniendo en cuenta las dificultades en los años anteriores.

“Llevamos tiempo como perdido porque empezamos, pero no avanzamos”

-Institucionalidad del sector salud: En esta sección se plasma la jerarquía del sistema de salud colombiano en relación con los roles que desempeña cada institución, los cuales son de conocimiento a nivel de todo el sector salud, convirtiendo este rol en un límite entre las funciones de un actor y otro entendiendo implícitamente que se necesita la acción colectiva.

“La política de primera infancia lo que pretende es unir los diferentes actores y las aseguradoras, el aseguramiento es parte fundamental de esos actores entonces esta la entidad territorial, están las IPS, están los otros ministerios porque la política lo que pretende es venga todos

Dentro de los roles de la política encontramos que hay dos que son universales: El aseguramiento de la atención integral otorgando mejores servicios a la primera infancia, donde todos los actores lo tienen claro, pero en el momento de ejecutarlo sus acciones se quedan cortas por la limitante en su campo de acción.

-Concepto de primera infancia: Dentro de la política de primera infancia, el termino intersectorialidad es uno de los conceptos más importantes en los que se hace énfasis, pero a su vez el que mayor inconveniente tiene en la aplicabilidad, este se convierte en un acto desafortunado vulnerando los derechos de los niños y niñas, los servicios alterando su curso de vida. En cuanto a las RIAS hay una malinterpretación en las que se crean desde la política vs las que se crean desde el ministerio de salud.

“Lo que hicimos fue un mix entre 412 y 3202 de las cosas que creemos pertinentes y montemos unas rutas diferentes mientras ellos definen.”

“Hay cosas que entre ellas se chocan porque tienen conductas diferentes para diferentes condiciones, y ambas están vigentes, en esa dualidad nos tienen al sistema”

-Seguimiento: No se tiene un sistema de seguimiento establecido, desde las diferentes instituciones se tiene indicadores de gestión y operación, pero esos van solos puesto que no tienen un control real.

Como resultados del proceso de la investigación, se resalta para cada categoría lo siguiente:

a. Percepción de la Institucionalidad y operación de salud:

- ✓ En cuanto al concepto de Institucionalidad y roles en el sistema, se tiene una jerarquía vertical en donde el Ministerio de Protección social emite las directrices, normatividad y demás que baja en forma de cascada, seguido por las Secretarias de Salud Departamental,

Secretarías locales de salud, EPS y en el final de la cadena está la IPS. hasta llegar a las IPS, quienes son los que tienen la prestación del servicio.

- ✓ Se encuentran roles de formuladores de política, reguladores, implementadores y evaluadores. No obstante, dentro de la operación la evaluación y seguimiento no es real o efectiva, según lo encontrado en la investigación, puesto que no existe un sistema de información que permita consolidar y analizar la ruta y la trazabilidad de las atenciones, pero sobre todo evaluar resultados.
- ✓ Se resalta que, para los entrevistados, el rol que tienen dentro de la política es el de garantizar la atención integral y por ende prestar los mejores servicios a la población objeto de ésta, pero entendida desde el accionar de salud.
- ✓ En cuanto a sistemas de información, se encuentra que cada persona entrevistada mencionó que se contaban con mecanismos o instrumentos asociados al servicio que prestan, pero no se encontró una conexión entre dichos sistemas para hacerle seguimiento al cumplimiento de las atenciones planteadas en las rutas de salud, ni mucho menos en la ruta integral de atenciones que promulga la política de Cero a siempre. Los sistemas y reportes se asocian a los equipos de epidemiología que tienen las Entidades de salud según la jerarquía y que cumplen con la notificación de casos puntuales según la norma y la consolidación de esta información para reportes generales.

b. Concepto de Primera Infancia y de atención Integral:

- ✓ En términos generales el concepto se asocia al cumplimiento de derechos de los niños y niñas y en especial al derecho a la salud. La primera infancia es una etapa de la vida que

implica servicios puntuales y oportunos y que, desde salud son ofrecidos por la EPS como responsable de la gestión del riesgo de sus afiliados y de la IPS como entidad que brinda directamente el servicio.

- ✓ La atención integral se percibe como el conjunto de servicios que deben recibir las gestantes, las niñas y niños hasta los seis años por parte del sector salud, pero con la complementariedad y articulación de otros sectores, tales como: educación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, recreación, cultura, deporte, entre otros.
- ✓ En cuanto a la intersectorialidad está se entiende como el conjunto de acciones que realizan los diferentes sectores y que deben llegar a cada niña y niño del país, sin embargo las personas entrevistadas perciben que está no funciona y que se queda en el discurso de la política, adicional que debe aterrizarse a cada territorio, teniendo en cuenta la forma como funciona y los actores que lo conforman, puesto que se queda en la atención que se brinda desde salud y no tiene conexión real con los demás sectores o actores que promueve la intersectorialidad.

c. Percepción sobre la implementación de la ruta Integral de atenciones de la Política pública de primera infancia Vs la ruta integral de atención a la primera infancia en salud.

- ✓ Lo primero que llama la atención es que no es visible el concepto de la ruta de atención integral para los entrevistados, tal como lo plantea la política desde la Ley 1804 de 2016, los entrevistados tienen el referente de la ruta de atención o servicios de salud según el curso de vida. Lo anterior, se refuerza con la situación que en ningún momento se

mencionó o se manifestó la forma como se identificaban las necesidades de atención desde otros sectores y como se articula desde salud esta gestión.

- ✓ De igual manera, se encuentra que la ruta está asociada a los servicios o programas para las gestantes, niños y niñas hasta los 6 años y que en cada Entidad se han denominado de una manera específica y se han ido adaptando a las adoptadas mediante las guías de atención establecidas por la 412 de 2000.
- ✓ Si bien el concepto de atención integral se viene trabajando desde el gobierno con la Estrategia de cero a siempre, se encuentra que para el sector salud se adopta el concepto con el Plan Decenal de salud pública, que para el 2016 tenía contemplado lograr la implementación y medición, cosa tal que no fue visible en las entrevistas y que de manera contraria se tiene la percepción que están vienen siendo adoptadas desde el 2017.
- ✓ No se evidencio un conocimiento y/o percepción de otro tipo de servicios que deben recibir los niños, niñas y gestantes según la ruta integral de atenciones planteada en la Política, lo cual puede generar mayor desconexión a la hora de remitir desde salud a otro sector y de hacer visibles los servicios que otras entidades pueden brindar.
- ✓ Existe una línea de tiempo en la implementación que es importante analizar y que depende del actor. En este caso se encuentra que a nivel nacional se percibe que se inició este proceso en el 2014, sin embargo, las personas entrevistadas y que tienen contacto con los territorios, perciben que este proceso se dio en el 2015 y 2016 y se traduce en la construcción de rutas en los territorios y activación de mesas de primera infancia. En este punto, es importante resaltar que se cuenta con territorios priorizados y acompañados por el nivel nacional y otros que aparentemente no tuvieron este proceso, lo cual puede llegar

a generar inequidad en los territorios no acompañados o sencillamente la adopción de la ruta de una manera diferente, esto genera la oportunidad de nuevas indagaciones.

- ✓ Para el caso de las rutas de salud, se generaliza como respuesta que se inició su implementación en el 2017, lo cual deja varias preguntas por hacer; ¿Qué paso desde el 2012, fecha en la cual se promulga la implementación de un esquema de atención integral en primera infancia, en donde el sector salud, juega un papel fundamental? Puede asociarse a la debilidad en el acompañamiento y capacitación que se manifiesta por parte de los actores de salud, para la apropiación e implementación de la ruta formulada por la Estrategia de Cero a siempre, teniendo en cuenta que la Estrategia inicio su implementación en el 2012 e implicó la unión de todos los actores y sectores para su construcción y socialización en los territorios. Pero a su vez, también se evidencia que tuvieron que pasar cinco años (desde el 2012 hasta el 2016), para que desde salud se adoptará el concepto y se crearan las orientaciones de la atención integral.
- ✓ Sobre los procesos de capacitación y acompañamiento para la implementación de la atención integral desde salud, se encontró una inconformidad por la calidad y la cantidad de dicho proceso. Aunada a una brecha de comunicación entre el Ministerio de salud y Protección social y las EPS como garantes de la gestión del riesgo y que en últimas son las que inciden en la garantía de la atención y servicios oportunos a la población de la Política. Al tener un funcionamiento vertical, se deja este proceso en manos de las Secretarías de salud municipales, teniendo presente que el 86% de los municipios son categoría 4, 5 o 6 lo cual implica que no tengan recursos propios y por ende pueden tener dificultades administrativas que les permitan responder a este tipo de procesos; dejando

suelto uno de los eslabones más importantes en la cadena y en la implementación de la atención.

- ✓ Como agravante de lo anterior, se evidenció que la normatividad frente a la atención en salud tiene una “dualidad”, toda vez que la resolución 412 del 2000 no ha sido derogada y según los entrevistados se contradice con la resolución 3202 de 2016, generando una desconexión entre el ideal y lo real en el momento de operar la atención o los servicios desde el sector salud.
- ✓ Se entiende que la activación de las rutas bien sea la mencionada o promulgada por la Política de Cero a siempre y a su vez por la ruta de atención en salud, que promueve el modelo MIAS deben tener un seguimiento. Éste permitiría tener la trazabilidad y las alertas oportunas de las atenciones o servicios que no ha recibido una gestante, niño o niña hasta los seis años para gestionar su atención desde la EPS – IPS y desde el sector que le corresponda, sin embargo, conforme a lo manifestado por los 5 entrevistados fue enfático en decirse que no existe un seguimiento a dicho proceso, ratificando la debilidad en una de las fases más importantes de este tipo de acciones o políticas públicas, tal como es el seguimiento y evaluación, al no contar con la claridad desde el inicio de las herramientas y los procedimientos de un sistema de información que unifique y permita tener dicha trazabilidad.

A continuación, se presenta un comparativo de los aspectos más relevantes de las dos rutas integrales de atención, que permiten identificar similitudes y diferencias, que en la operación pueden incidir significativamente en los resultados:

Tabla 2. Principales aspectos de las rutas de atención integral

Aspectos	Ruta integral de atenciones Ley 1804/2016	Ruta integral para la primera infancia en salud	Observaciones
Grupos de atención definidos	SI	SI	Se encuentran por curso de vida y por subcategorías o edades de atención.
Atenciones y/o servicios definidos	SI	SI	En ambas rutas existe una lista de chequeo para las atenciones según la edad.
Orientación sobre el Financiamiento de las atenciones	NO	SI	En salud se encuentra definido el tipo de recursos para cumplir las atenciones, mientras que en la ruta de la Ley 1804 no es claro este tema.
Asignación de responsables desde cada sector	NO	SI	En Salud existe la definición de roles en la prestación de los servicios. En la ruta de la Ley 1804, es genérica la definición de la responsabilidad, toda vez que solo se menciona el entorno en la que se debe prestar (hogar, educativo, salud, espacio público).
Entornos en los que se prestan los servicios	SI	SI	
Referente operativo para su prestación.	NO	SI	En salud, existen lineamientos, guías y procedimientos para la prestación del servicio. En la ruta de la Ley 1804 no se especifica la forma de la operación de las

			atenciones mencionadas, ni se encuentra un referenciación para su búsqueda.
Análisis de barreras	NO	SI	En Salud existe un análisis de posibles factores que afectan la prestación del servicio.
Sistema de información claro y definido	NO	NO	En ninguna de las dos rutas, se menciona con claridad el sistema, la forma de operación, la periodicidad del análisis y reportes.

Fuente: elaboración propia.

Con lo anterior, nos encontramos con un conjunto de actos de habla desafortunados de la Política pública de primera infancia, así como de las rutas de atención integral en salud aplicadas en Bogotá, en donde existe una mayor facilidad de desplazamiento, convocatoria, interacción y trabajo con los actores de la Política.

CONCLUSIONES

La percepción de la institucionalidad del sector salud en la implementación de la política pública, se traduce en la prestación de servicios para garantizar derechos. La arquitectura institucional que se pudo evidenciar es vertical y con una serie de limitantes o debilidades en los canales de comunicación entre algunos eslabones de la cadena, lo cual impide que las unidades de información se propaguen adecuadamente. En términos generales percibimos un conjunto de instituciones que hacen parte del sistema de salud, con roles dados por normatividad, pero sin trabajo en red entre estos y con los sectores que hacen parte de la política pública de primera infancia.

A partir del concepto de primera infancia el cual está asociado a la garantía de derechos desde la gestante hasta los niños y niñas de 6 años, como aprendizaje de la investigación y aporte al proceso de la atención integral a la primera infancia, consideramos que está debe repensarse y ajustarse en cada territorio, teniendo como punto de entrada el sector salud, puesto que desde allí se inicia con el derecho a la salud y a la vida. Es desde este sector que se deben articular los servicios que permitan lograr la integralidad en la atención de los niños y niñas de primera infancia. Para esto se requieren acciones claves, tales como:

- a. Confrontar el modelo de aseguramiento del país versus la ruta integral de atenciones (Ley 1804/2016) y las rutas de atención en salud, puesto que se requiere una conexión entre el responsable del aseguramiento (EPS) y quien presta los servicios (IPS), buscando que en cada territorio se mantenga la atención oportuna y pertinente en la prestación de la salud pública, desde sus diferentes líneas de acción.

- b. El seguimiento de las atenciones desde salud y de los demás sectores, debe ser acorde a las realidades territoriales. Aquí se plantean dos opciones en simultáneo:
 - Generar una carné con todos los servicios planteados en la ruta de atenciones (Ley 1804/2016), que debe ser diligenciado por cada actor y sector y que tendría un punto de control desde salud y desde el sector social de cada municipio, en donde según las diferencias territoriales se generen las alertas y las acciones efectivas y oportunas. Este mecanismo facilitaría el seguimiento en territorios que aún presentan dificultades de conectividad al internet, el suministro continuo de energía o que no cuente con los equipos informáticos y el personal para su manejo.
 - Un sistema de información transectorial que permita el seguimiento y evaluación de las rutas (Ley 1804/2016), así como la de Salud.
- c. El sistema transectorial mencionado anteriormente, debe lograr la consolidación de una manera sencilla y pertinente para evaluar las atenciones de salud, no desde la cobertura, sino desde los resultados en el desarrollo de la primera infancia, trascendiendo de los indicadores de peso y talla que solo miden una dimensión y de esta manera cruzarlos con los sistemas de medición cognitivos que plantean otras instituciones, para poder tener un sistema de medición del desarrollo integral de la primera infancia.

Lo anterior, partiendo del hecho que lo que se identifica es que el concepto de atención integral, se asocia a la prestación de servicios que tiene que ofrecer cada sector, lo cual se puede quedar en lo que se conoce como activismo sin sentido.

Si bien se ha avanzado en el país en el discurso y la importancia de la garantía de derechos, entendida desde la intersectorialidad, falta mucho camino por recorrer, para lograr que la intención de lo hablado tenga los efectos deseados y que permita trabajar por el desarrollo integral de la

primera infancia. Para esto es necesario, definir lo que se entiende por desarrollo integral y la forma de medirlo, desde la realidad y las diferencias territoriales; pero a su vez lograr trabajar en red al interior del sistema de salud y de los actores que hacen parte del proceso en estudio.

Queda mucho por aprender como país, como sociedad y como colectivo, puesto que debe entenderse lo que es una política pública en cualquiera de las áreas de interés; lograr que las Instituciones públicas y privadas que trabajan en el tema y que son administradas y operadas por individuos, logren cumplir su misión, pero sobre todo que sean coherentes en la acción que deben promover y ejecutar, para evitar terminar en actos de habla desafortunados y a su vez generar riesgos en la inversión de los recursos públicos.

Reconocer lo hecho en el pasado, identificar sus fortalezas y los aprendizajes, para realizar reingeniería, puede ser un factor clave en la creación de este tipo de programas o estrategias, que con el tiempo pueden convertirse en política pública.

Bibliografía

- Alarcón-Párraga, C. L. (2013). Estrategia de atención integral a la primera infancia. *Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Equipo Técnico de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia*, 53-69.
- Austin, J. L., & Urmson, J. O. (1990). *Cómo hacer cosas con palabras*. Paidós.
- Bedregal, P. (2008). Instrumentos de medición del desarrollo en Chile. *Revista Chilena de pediatría*, 79, 32-36.
- Bernal, R. (2014). *Diagnóstico y recomendaciones para la atención de calidad a la primera infancia en Colombia*.
- Castro, V. J., & Cobos, R. C. R. (2016). Análisis de escalas para la evaluación del desarrollo infantil usadas en américa: Una revisión de literatura. *Movimiento Científico*, 10(2), 72-82.
- De la Nación, A. G. (1991). Constitución Política de Colombia.
- Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Bogotá, 2013.
- Granados Rugeles, S. M. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. (Junio de 2014). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la promoción, crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años y la promoción del desarrollo, detección temprana y enfoque inicial de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años en Colombia*. Bogotá, Colombia.

- Grethel Tatiana Ramírez Tarazona, J. A. (2004). Nutrición y neurodesarrollo. En J. A. Gómez, *Neurodesarrollo y Estimulación*. Bogotá: Médica Panamericana, 191-213.
- Infancia, C. I. (2013). *Informe de seguimiento y evaluación de la Estrategia de atención integral a la primera infancia*. Bogotá.
- Infancia, C. I. (2017). *Informe de seguimiento y evaluación de la Estrategia de atención integral a la primera infancia*. Bogotá.
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador. *Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud [en línea]*
http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf.
- Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas* (Vol. 95). United Nations Publications.
- Matamoros, H. G. O., Tadlaoui, S., Alzate, S. P., Garcia, J. A. D., Lopez, L. H., Fajardo, L. P. M., & Calderon-Pena, G. A. (2013). *Manual de análisis y diseño de políticas públicas*. Universidad Externado de Colombia.
- Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención (2000). Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años. *Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el menor de 10 años*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención (2000). Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del Embarazo. *Norma Técnica para la detección temprana de las alteraciones del Embarazo*. Bogotá, Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables. *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá, Colombia.
- Moreno Mosquera, C. M. (2013). Análisis del cumplimiento de la resolución 412 de 2000 en las eps (Compensar, Saludcoop y Coomeva). Universidad de la Salle, Bogotá.
- Noguera, A. M., & Dueñas, M. C. (2011). Evaluación de la calidad de la atención del programa de control prenatal a partir de la atención brindada a las usuarias en el centro de salud suroccidente de la ESE Popayan Popayan. *Colombia: Universidad EAN-Universidad del Cauca*.
- Ortiz Pinilla, N. (1999). Escala Abreviada del Desarrollo. *Ministerio de Salud-UNICEF*, 5-9.
- Peñaranda, F., Bastidas, M., Ramírez, H., Lalinde, M. I., Girardo, Y., & Echeverri, S. L. (2002). El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(1), 89-99.
- Peter L. Berger, T. L. (1999). *La construcción social de la realidad*. Paraguay 1225: Amorrortu editores
- Quintero, L. F., Cruz, L. E., Mejia, A. M., Cuevas, L. M., & Castro, J. R. (2011). Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Revista Latinoamericana Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 1-36.
- República, C. d. (2 de Junio de 2011). Ley 1450. *Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014*. Bogotá, Bogotá, Colombia.
- República, C. d. (9 de Junio de 2015). Ley 1753. *Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018*. Bogotá, Bogotá, Colombia.

República, C. d. (2 de Agosto de 2016). Ley 1804 . *Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Bogotá, Colombia.

Rodriguez, S., Lira, M. I., & Montenegro, H. (1975). Programa de estimulación precoz para niños de nivel socio-económico bajo, entre 0 y 2 años. Plan piloto. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 7(2), 327-332.

Searle, J. R. (2000). *Mente, Lenguaje y Sociedad*. Madrid: Alianza Editorial.

Vericat, A., & Orden, A. B. (2013). El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10).