

**DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS
NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE
LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA**

CYNTHIA ISABEL GOMEZ CARABALI



**FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2014**

**DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS
NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE
LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA**

CYNTHIA ISABEL GOMEZ CARABALI

**Proyecto de investigación para optar al título de
Magister en Salud Pública**

**ASESOR
ABELARDO JIMENEZ CARVAJAL**

**UNIVERSIAD DEL VALLE
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Pública
Santiago de Cali
2014**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. ESTADO DEL ARTE	13
2.1.1. POLÍTICA PÚBLICA	13
2.1.2 EL EJERCICIO DEL ANALISIS DE POLITICAS PÚBLICAS	13
2.2. MARCO CONCEPTUAL	20
2.2.1 CONCEPTOS DE POLÍTICA PÚBLICA	21
2.2.2 FUNDAMENTOS DE ANALISIS DE POLITICAS PÚBLICAS	21
2.2.3 ANÁLISIS NARRATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	23
2.2.4 POLÍTICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA	30
2.3. VALORACIONES VISUALES Y AUDITIVAS EN EL MARCO JURIDICO COLOMBIANO	31
3. OBJETIVOS	
3.1. OBJETIVO GENERAL	32
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
4. METODOLOGIA	
4.1 TIPO DE ESTUDIO	33
4.2 ESTRATEGIA METODOLÓGICA	35
4.3 ÁREA DE ESTUDIO	36
4.4 POBLACIÓN	38
4.5 ESTRATEGIA DE MUESTREO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN	38
4.5.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS CASOS	40
4.6 CATEGORIAS Y VARIABLES	40
4.6.1. CATEGORÍAS DOCUMENTALES Y NARRATIVAS	40
4.6.2. VARIABLES DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO CON USUARIOS	41

4.6.3. PRUEBA PILOTO DE LA ENCUESTA	42
4.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION	42
4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
5. RESULTADOS	
5.1 ANTECEDENTES SOCIALES, POLITICOS Y ECONOMICOS A LA FORMULACIÓN DE LA POLITICA DE PRIMERA INFANCIA	43
5.2 REVISIÓN Y ANALISIS DOCUMENTAL DE LA LEGISLACIÓN SOBRE LA POLITICA DE PRIMERA INFANCIA	46
5.3 TRAYECTORIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CERO A SIEMPRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA	49
5.4 RESULTADOS DE ENCUESTA A USUARIOS SOBRE SALUD VISUAL Y AUDITIVA EN LOS NIÑOS(AS) DE PRIMERA INFANCIA	52
5.5 NARRATIVAS DE POLÍTICA PÚBLICA	59
5.5.1 NARRATIVA DEL ESTADO	59
5.5.2 NARRATIVA DE LOS ACTORES CLAVES Y OPERADORES	62
5.5.3 NARRATIVA DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO	67
5.5.4 META-NARRATIVA	68
5.6 SÍNTESIS NARRATIVA PARA EL DISEÑO DE PROPUESTA DE POLITICA PÚBLICA	70
5.6.1 CORRIENTES MULTIPLES DE KINGDON	72
5.6.1.1 CORREINTE DE LA POLITICA	73
5.6.1.2 CORRIENTE DE ELABORACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	73
5.6.1.3 ACOPLAMIENTO Y VENTANA DE OPORTUNIDAD	
5.6.2 MODELO IDEACIONAL / INSTITUCIONAL	78
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	
6.1.1 PREGUNTAS GUIA PARA LA DISCUSION	80
6.1.2 DISCUSION SOBRE LA TEORIA PRODUCIDA	
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
8. BIBLIOGRAFÍA	85
TABLAS	

TABLA 1	DIAGRAMA ME MARCOS MULTIPLZ STREM	22
TABLA 2	ABORDAJE Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA PERSPETIVA DEL GIRO ARGUMENTATIVO	24
TABLA 3	POBLACION POR GRUPOS HECTAREOS MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA 2013	37
TABLA 4	CATEGORIAS DOCUMENTALES Y NARRATIVAS	39
TABLA 5	IDEAS COGNITIVAS Y NARRATVAS	40
TABLA 6	DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDTIVAS SEGÚN TAMIZAJE. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION	52
TABLA 7	TAMIZAJE VISUAL Y AUDITIVO Y PROFESIONAL QUE REALIZA LA VALORACION	53
TABLA 8	CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DEL MENOR	54
TABLA 9	CARACTERISTICAS SOBRE CONSTITUCION DEL HOGAR DEL MENOR	54
TABLA 10	CARACTERISTICAS ECONOMICAS DE LA ATENCION QUE GÉNERO EL PROCEDIMIENTO	55
TABLA 11	EVALUACION VISUAL Y AUDITIVA DEL MENOR	57
TABLA 12	MODELO DE ATENCION EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA PARA LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA	75
TABLA 13	CRITERIO Y VENTANA DE OPORTUNIDAD.	77
TABLA 14.	RESUMEN DE PERCEPCIONES POLÉMICAS EN LAS NARRATIVAS	82

ANEXOS

Anexo 1- Variables del estudio descriptivo con usuarios

Anexo 2 – Guía de preguntas para entrevista actores claves

Anexo 3 – Formato revisión carpeta individual

Anexo 4 – Instrumento para selección de participantes

Anexo 5_ Instrumento de recolección de información

Anexo 6 _ Declaración escrita de consentimiento informado para hombres y mujeres que participen como voluntarios en el estudio

Anexo 7 – Declaración escrita de consentimiento informado para actores claves que participen como voluntarios en el estudil.

RESUMEN

Esta investigación se interesó por analizar las narrativas que definen los actores locales y el Estado sobre la “valoración visual y auditiva” en menores de 6 años, como parte de la política pública de primera infancia a partir de un caso municipal, con ello se buscó Identificar los marcos institucionales ligados al desarrollo histórico de la atención integral de los niños y niñas en primera infancia en Colombia, y la legislación sobre valoraciones visuales y auditivas dirigidas a menores de 6 años. A su vez se analizó la perspectiva de los actores (Estado, usuarios, operadores y autoridades locales) en cuanto a sus creencias, capacidades y percepciones sobre las valoraciones visuales y auditivas en niños(as) beneficiarios de la Estrategia Nacional De Cero a Siempre.

Se realizó caracterización desde la perspectiva de los usuarios/cuidadores de los resultados de las valoraciones visuales y auditivas en niños y niñas beneficiarios de la Estrategia Nacional de Cero a Siempre de dos hogares de cuidado infantil del municipio de Puerto Tejada y finalmente se realizó la formulación una propuesta de política sobre el requisito de valoraciones visuales y auditivas en niños y niñas que se integre al componente de salud de la estrategia nacional De Cero a Siempre, a partir del análisis narrativo de los actores.

PALABRAS CLAVE: valoraciones visuales y auditivas, primera infancia, política pública de primera infancia, Estrategia Nacional de Cero a Siempre, Puerto Tejada.

ABSTRACT

This research was interested in analyzing the narratives that define the local actors and the State on the "visual and auditory assessment" in children under 6 years as part of public policy on early childhood from a municipal case, thus we sought Identifying institutional frameworks linked to the historical development of comprehensive care for children in early childhood in Colombia, and legislation on visual and auditory assessments aimed at children under 6 years. Turn the perspective of the actors (state, users, operators and local authorities) are analyzed for their beliefs, skills and perceptions of sight and sound rating in children (as) beneficiaries of the National Strategy De Cero Always.

Characterization was performed from the perspective of users / carers of the results of visual and auditory valuations beneficiary children of the National Strategy for Zero to always two child care homes in the municipality of Puerto Tejada and finally the formulation was carried out a policy proposal on the requirement of visual and auditory assessments in children that integrates the health component of the Zero to Forever, from narrative analysis of the actors national strategy.

KEYWORDS: visual and auditory assessments, infancy, early childhood public policy, National Strategy for Zero to Forever, Puerto Tejada.

INTRODUCCIÓN

Las valoraciones visuales y auditivas en niños y niñas en primera infancia son elementos de diagnóstico que permiten evidenciar con frecuencia la presencia de alteraciones refractivas a nivel visual; conductivo y neurosensoriales a nivel auditivo. La detección e intervención temprana de estas alteraciones disminuye sus complicaciones de manera considerable. Desde hace varios años la detección oportuna de alteraciones visuales y auditivas ha sido un tema de interés a nivel mundial, pues la evidencia científica ha podido determinar que la edad de detección e intervención es inversamente proporcional al desarrollo cognitivo, físico y social del niño o la niña que presenta una alteración.

La atención integral de los niños y niñas en Colombia se encuentra fundamentada en la Política Pública de Primera Infancia (PPPI). La Estrategia Nacional “de Cero a Siempre” la operacionaliza, en ella diferentes acciones converge en pro de alcanzar la atención integral para niños y niñas en primera infancia.

En Colombia, Las valoraciones visuales y auditivas en la Política Pública de Primera infancia se describen en el componente de Vida y Supervivencia. La sub categoría Salud lo presenta como un requisito básico que aporta al concepto de atención integral en salud.

Luego de un seguimiento riguroso a la normatividad relacionada con el tema de Valoraciones visuales y auditivas, se logró concluir que la atención en el eje prestacional específico de detección de alteraciones tempranas visoauditivas se encuentra condicionada como lo referencia la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones de Crecimiento y Desarrollo en el Menor de Diez Años (1), la cual entró en vigencia a partir de la resolución 412 del año 2000 (2). Dicha resolución ha sido objeto de varias modificaciones, más en esencia conserva la indicación a la prestación del servicio de manera integral a los niños y niñas que presenten antecedente de consideración o en su defecto riesgo para presentar hipoacusia o ceguera. Pero, si se considera que más del 50% de los niños y niñas que desarrollaron sintomatología de hipoacusia o ceguera no manifestaron antecedentes de consideración, se establece una brecha entre la normatividad y la oportunidad en salud que amerita ser estudiada (3).

En la actualidad el requisito básico de Valoraciones Visuales y Auditivas se exige a todos los niños y niñas que desean ser beneficiarios de la Estrategia Nacional de Cero a Siempre. Este estudio se interesó por descubrir los marcos institucionales de la Política de Primera Infancia en su eje prestacional de valoraciones visuales y auditivas, donde hay una brecha de atención y un vacío de política social. Además rescata la voz de los usuarios, operadores y autoridades del municipio de Puerto Tejada, localidad desde donde se apuntala este trabajo y marco empírico de caso. Estos elementos se mezclan como parte del análisis interpretativo de la política pública

El desarrollo teórico de la presente investigación se complementa cuando se remite al uso de autores que puntualizan en sus disertaciones la importancia de la

argumentación en la configuración de disputas. Así pues, el enfoque de Emery Roe (4), padre del análisis narrativo, será acompañado de miradas como la de J. Kigdon (5) autor que desarrolla a profundidad teorías relacionadas con el posicionamiento del análisis las políticas públicas y las vetanas de oportunidades que se generan para reformular, plantear o acondicionar políticas públicas.

La clave de este tipo de análisis interpretativo está en el uso y comprensión de las narrativas como espacios de problematización entre actores para la constitución de lineamientos de política, una propuesta de Emery Roe (4). Así, la pertinencia del análisis narrativo está en su enfoque heterodoxo para fundamentar controversias y encontrar trascendencia desde los mismos focos problemáticos de una intervención, específicamente si se trata de puntos en disputa entre miradas dispares como la estatal, de autoridades y operadores. Al identificar narrativas es posible encontrar conflictos que dinamizan el proceso de construcción de políticas públicas, permitiendo al analista de política hallar las pautas de solución existentes en las argumentaciones que trascienden a dichos debates.

Cabe aclarar que las aproximaciones teóricas desde este tipo de análisis para abordar la reformulación de la política pública en Colombia no son frecuentes, puede decirse que son incluso inexistentes. Así pues, el objetivo general es analizar las narrativas que definen los actores locales y el Estado sobre la “valoración visual y auditiva” en menores de 6 años, como parte de la política pública de primera infancia, a partir de un caso municipal

La investigación está compuesta por seis apartes. El planteamiento del problema involucra el tema de valoraciones visuales y auditivas desde la política Pública de Primera Infancia, discusión que debe darse desde el Estado colombiano y la voz de los diferentes actores, posibilitando hacer mención de la situación de los niños y niñas en primera infancia. Posteriormente se dará lugar al marco teórico y estado del arte que atienden lo referente a los marcos conceptuales, teóricos y normativos. Lugar seguido se realiza una descripción del método desarrollado para abrir el apartado dedicado al análisis de las narrativas estatal y de los actores claves, autoridades y operadores. Luego de haber desarrollado las narrativas, el contraste o comparación de ambas miradas tendrá lugar en un aparte especial para lo que Roe (4) llama la metanarrativa, que determinará las principales controversias encontradas para reiterar las oportunidades que de allí emergen. Siendo claves para el desarrollo e inclusión en el tiempo de nuevos lineamientos de política de reparación. Finalmente, un espacio para conclusiones y recomendaciones

Los resultados entonces están enfocados en dos sentidos. Por un lado, presentar la dinámica de los procesos, versiones de los actores y marcos institucionales vigentes sobre la política pública y cómo ésta cobija o no el tema prestacional objeto de la investigación. Y en segundo lugar, se propone un ejercicio narrativo y propositivo para lograr que la actual política de primera infancia, integre en su

componente de salud una serie de medidas prestacionales que hagan que el derecho a la salud infantil se ejerza con fuerza de legitimidad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las Valoraciones Visuales y Auditivas se conciben en la Política Pública Integral de Desarrollo y Protección Social denominada Estrategia de Atención integral a la Primera Infancia “De Cero a Siempre” (ENCS)¹ desde las orientaciones operativas para la prestación del servicio de atención integral a la primera infancia en el eje de planeación y articulación de procesos, permite la estructuración de los objetivos, las acciones y las estrategias que deben desarrollar los prestadores del servicio (6). Los componentes del proceso de atención integral a la primera infancia se dividen en cuatro categorías: Protección, Vida y Supervivencia, Desarrollo y Educación Inicial y Participación. El componente de Vida y Supervivencia se subdivide al igual que los otros componentes en tres sub categorías Salud, Seguridad Alimentaria, y Seguridad.

La subcategoría de salud se divide en cuatro variables entre las que se encuentran el Autocuidado y Cuidado mutuo, Seguridad Social, Crecimiento y Desarrollo y la variable de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Éste último contempla unos requisitos básicos entre los que se encuentran: Niños, niñas y mujeres gestantes con esquema de vacunación completo para su edad o en su defecto promoción de acciones para el cumplimiento del mismo, *valoración y seguimiento de agudeza visual y auditiva*, valoración y seguimiento odontológico (6).

En la actualidad y luego de dos años de la implementación de la Estrategia Nacional de Cero a Siempre los requisitos básicos de las variables se exigen a los padres y/o cuidadores para el ingreso de los niños y las niñas a los programas de atención integral. Las valoraciones y seguimiento de la agudeza visual y auditiva deberían constituirse en una oportunidad de detección de alteraciones a los niños y niñas desde el momento de su nacimiento dado que estos desórdenes interfieren de manera negativa en el normal desarrollo personal, social, académico y laboral del niño(a). La oportunidad de estas valoraciones se encuentra condicionada por las políticas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que hoy no incluyen estos procesos como acciones del Plan Obligatorio de Salud (POS).

La opción de acceder a estas valoraciones se reserva a una población específica (vulnerable)²; quienes no clasifican dentro esta población se ven obligados a pagar

¹ ENCS para efectos de esta investigación. Estrategia política formulada por el gobierno del presidente Juan Manuel Santos durante el primer periodo presidencial (2010 -2014) el cual se fortaleció y extendió hasta la fecha. Busca superar la fragmentación en leyes, normas, proyectos y programas desarticulados y de limitado impacto para generar una acción colectiva e integradora, la más ambiciosa en términos de atención integral y respuesta para los niños y niñas en Primera infancia en Colombia.

² la Norma Técnica Para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años hace referencia en sus objetivos a impulsar los componentes de salud visual y auditiva, solo a los niños que presentan factores de riesgo asociado a hipoacusia y/o ceguera. Sin embargo, la Ley 982 de 2005 por la cual se establecen normas

por la realización de las valoraciones visuales y auditivas constituyéndose en una barrera económica³ para el goce del derecho a la salud infantil.

La no detección e intervención oportuna de las alteraciones visuales y auditivas por parte de los entes en salud o de las instituciones encargadas de velar por la salud de los niños y las niñas, se constituye en un problema de interés para la salud pública, dado que presenta alta prevalencia, su historia natural es conocida, existe un tratamiento eficaz disponible y la intervención oportuna cambia el curso de los eventos disminuyendo los efectos adversos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012 (7) señaló que en el mundo hay aproximadamente 314 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 45 millones son ciegas y 269 millones presentan baja visión. Uno de los grupos en riesgo lo constituye la población menor de 15 años, se estima que el número de niños con discapacidad visual asciende a 19 millones, de los cuales 12 millones la padecen debido a errores de refracción, fácilmente diagnosticables y corregibles y, 1,4 millones de menores de 15 años sufren ceguera irreversible.

A nivel de alteraciones auditivas la OMS (8) refiere que más de un 5% de la población mundial equivalente a 360 millones de personas conviven con alguna discapacidad auditiva y 32 millones de ellos son niños (9%). Con relación a la prevalencia de problemas auditivos en niños menores de 15 años, en Latinoamérica la ocurrencia es del 1.6%; en la población de 15 a 64 años esta problemática se incrementa al 8%⁴.

Se calcula que para el 2014 Colombia cuenta con 47.964.360 habitantes (9), de los cuales 1.143.992 de personas presentan algún grado de discapacidad visual; estos representan el 43,5 % del total de discapacitados del país (10). De este grupo, aproximadamente 18.952 son menores de cinco años de edad y 83.212 son niños entre los 5 y los 11 años, según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE).

La carencia de información, la falta de consulta oportuna y las dificultades económicas para acceder a un buen examen siguen siendo los tres grandes obstáculos que terminan dejando a millones de personas con problemas de visión y a miles en la ceguera absoluta.

En países de América Latina, el Caribe, España y Portugal la ejecución de programas de detección temprana de alteraciones visuales y auditivas se ha dado de manera sistemática debido a las condiciones propias de cada país favoreciendo la detección temprana de alteraciones en los niños y niñas de

tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordo ciegas en su artículo 42 establece que “todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare”.

³ Dificultad en la oportunidad para acceder a los servicios de salud condicionadas por un hecho o cuestión relevante relacionada con el bajo nivel de ingresos económicos.

⁴ Las causas congénitas de sordera que están presentes al nacimiento o aparecen poco después, están relacionadas con factores hereditarios, problemas durante el embarazo y el parto, tales como: bajo peso al nacer, hipoxia perinatal, rubéola, o sífilis de la madre durante el embarazo, o se relacionan con el uso inapropiado de medicamentos ototóxicos o por la ocurrencia de ictericia neonatal grave

primera infancia.(11) Todo ello desde el concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se formula junto con las Políticas que atienden de manera integral a los niños y niñas en primera infancia.

Históricamente Colombia ha estado relacionada con acciones tendientes a la atención integral de los niños y las niñas. La Ley 100 de 1993(12) estableció los lineamientos del Plan de Atención Básica en salud entre los que se incluyeron actividades encaminadas a la detección de alteraciones en grupos poblacionales específicos. La Ley 361 de 1.997 (13) establece mecanismos de integración social de las personas con limitación y dicta otras disposiciones, relacionados a la educación, rehabilitación, y de integración laboral, del bienestar social, accesibilidad, transporte y comunicaciones.

La Ley 982 de 2005 (14) establece normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordo-ciegas; el artículo 42 menciona que todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare y el artículo 43 establece que será obligatoria la realización de los estudios que establezcan para tal efecto las normas emanadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del primer año de vida. Además el artículo 44 de la misma ley, autoriza al Gobierno Nacional para crear el Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia en el ámbito del Ministerio de la Protección Social.

El Código de la Infancia y la adolescencia (15) tiene como objeto fundamental “Garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en la familia y la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna”.

Aunque hay un marco institucional (leyes y normas prescriptivas) y organizacional (modelo de atención integral) que le da funcionalidad a los derechos de primera infancia, y en particular al acceso a ciertas prestaciones, con frecuencia no son suficientes para explicar cómo se logra el goce efectivo de los derechos.

Justamente, los procesos de implementación de una política pública no obedecen a procesos racionales sino que con frecuencia se adhieren a discursos y potentes contiendas entre actores de políticas, de donde emergen nuevas agendas de política y decisiones que recogen la esencia de dichos discursos de poder o en conflicto. Los intereses, valores, y la configuración de ideas suelen fundamentar el rol de diferentes sectores dentro de los mismos actores, lo que conlleva a cursos de acción política novedosos y que toman en cuenta una línea ideacional específica.

Hoy se advierte en la política de primera infancia y en particular en el acceso a las valoraciones visuales y auditivas, una dispersión en las responsabilidades y

también en las interpretaciones de los diferentes actores públicos y comunidad en general, respecto a las garantías y mecanismos que faciliten el acceso universal al derecho a la salud.

En este escenario se construyen discursos e ideas desde cada uno de los actores y sectores vinculados a la prestación de los servicios así como a las responsabilidades del Estado. Todo lo cual genera puntos controversiales en los diferentes sectores, y al interior de cada uno, conformando las temáticas que manifiestan polarización, incertezas y cambios de parecer. Las valoraciones visuales y auditivas de niños y niñas de primera infancia es epicentro de conflictos y debates, dando notoriedad a ciertas nociones para hacer prevalecer ciertas percepciones respecto a la salud infantil, así como decisiones que comprometen el alcance original de la política pública de primera infancia.

En ese sentido, si bien han existido acercamientos que diagnostican la situación de derechos humanos por causa de la vulnerabilidad social e institucional entre los niños y niñas pequeños, no se han desarrollado análisis de la atención en salud infantil en el marco de una política pública que parta de la concepción de los relatos que los actores aportan en un mismo entorno de debate y definición de pautas de acción.

En este orden de ideas, esta investigación se interesó por mostrar cómo los relatos y narrativas de diferentes actores (Estado y actores locales) se constituyen en los referentes desde los cuales se puede comprender el ejercicio y praxis de la política pública. Las narrativas de política son los relatos que permiten ver a través de qué mecanismos de argumentación persuasiva, diferentes actores se alían, convencen, contravienen posiciones, e inciden en la reformulación de lineamientos de política o en la implementación de la misma.

A partir de esto, el estudio se propuso resolver la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se concibe y problematiza el componente de política pública sobre valoraciones visuales y auditivas en niños(as) menores de 6 años, según se desprende de los relatos del Estado y los actores locales en el marco de la política pública de primera infancia, en el municipio de Puerto Tejada, Colombia?

Esta investigación busca a partir de la comprensión de los relatos que los actores de las políticas públicas tienen, focalmente en el ámbito de valoraciones visuales y auditivas en niños y niñas menores de 6 años, configurar una propuesta que permita introducir ajustes a la PPPI en el componente de Salud.

A ello se debe sumar el interés de comprender la PPPI y las formas que esta toma si se le examina desde una perspectiva más interpretativa, que predictiva o positivista. El problema de investigación relaciona un eje de política pública (aspectos específicos de valoraciones visuales y auditivas) que hoy es desconocido como instrumento de política, es invisible a los ojos de los decisores y está excluido de las normas vigentes. Comprender estas corrientes de sentido – en perspectiva constructivista- no es sólo atender un asunto de lenguaje sino resolver la pregunta acerca de cómo es que se generan las “verdades” y discursos

que hacen que un asunto sea tomado en la agenda pública y en consecuencia se vuelva parte de la política pública, agenciando para ello un cambio en la o las políticas vigentes.

Finalmente, esta investigación busca aportar conocimiento para que las y los salubristas tomen en consideración que el análisis de políticas no puede cobijar exclusivamente métodos deductivos, sino especialmente –sin excluir los primeros-métodos constructivistas que alienten las capacidades y el instrumental del salubrista contemporáneo, preocupado por una comprensión abierta y amplia sobre el bienestar.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ESTADO DEL ARTE

Para la elaboración de esta de Investigación se retomaron cuatro ejes: políticas públicas, análisis de políticas públicas y enfoque narrativo de políticas públicas de las cuales se realizó un rastreo de investigaciones centradas en esas temáticas durante los últimos años tanto en Colombia como en Latinoamérica y otros países que cuentan experiencias significativas en primera infancia.

2.1.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

Para el desarrollo de este apartado se adelantó una revisión bibliográfica que buscaba establecer el concepto de política pública. Esta investigación se apoyó en lo que al respecto expone André Noël Roth Deubel en su libro “Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación” sobre: cómo y cuándo una temática entra en la agenda pública, y genera una conducta para que la misma sea analizada desde los diferentes enfoques permitiendo a partir de ello cuestionar acciones que mejoren (reformular) su función (17) .

En general los conceptos revisados definen la política pública como el Estado en acción o como una actividad del gobierno en relación a un problema. Al respecto Roth manifiesta que estas concepciones presentan al Estado como un ente reactivo frente a eventos externos a él.

Tal es el caso de Libardo Sarmiento Anzola (18) quien define la política pública como: “... el conjunto coherente de principios, objetivos, estrategias y planes de acción que identifican, comprenden y abordan las problemáticas de una sociedad (económicas, políticas, sociales, culturales o ambientales) o condiciones de un grupo poblacional o comunidad, con el fin de darles solución o mejorar las condiciones de vida a partir de la acción colectiva, en el marco de un proyecto democrático de sociedad “

Desde la perspectiva de André Noël Roth el concepto que define la política pública es el siguiente: “un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados por lo menos parcialmente por una institución u organización gubernamental, con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”. En el caso particular políticas públicas de primera infancia se hace necesario identificar qué tipo de evaluaciones y análisis se realizan de la política pública y cómo se utiliza la información obtenida en mejoramiento de las mismas.

En el particular Roth y otros abordan investigaciones referentes a La implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva (SSR) en el Eje Cafetero colombiano (19): el caso del embarazo adolescente. Desde una análisis focalizado cuantitativo y cualitativo. La investigación evidencio los procesos de implementación de la política de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes en los tres departamentos y capitales que conforman el llamado “Eje Cafetero colombiano”. Los resultados de este estudio en particular permitieron evidenciar que a través del análisis la política pública es posible visibilizar y legitimar acciones específicas para la población adolescente.

Este autor identifica tres elementos constitutivos de toda política pública (17): la implicación del gobierno, la percepción de una problemática y la definición de objetivos y procesos.

El concepto de Política Pública definido por Roth, quien enfoca la acción pública como el resultado de relaciones y redes entre el Estado y la sociedad sin parcializarse con quienes dan preponderancia a la sociedad sobre el Estado, limitando así el accionar de éste a las relaciones sociales imperantes (Marx), o con quienes piensan que el accionar público se sitúa exclusivamente en el Estado el cual se apoya en un grupo elite de decisores políticos.

Esta interacción Estado-sociedad es expuesta también por Vargas (20) cuando plantea que la re-formulación de las políticas públicas se da a partir de una necesidad, una carencia de un sector de la sociedad (problema social) o insatisfacción en el alcance de los objetivos de la misma, que se transforma en una situación social problemática. Esta transición se adelanta generalmente cuando los actores sociales y políticos inciden de diversas maneras, a través de grupos y estrategias de presión que buscan orientar las acciones del gobierno en su favor.

Este autor analiza las políticas públicas y concluye que las mismas no responden exclusivamente a una racionalidad técnica o al resultado puntual de una evaluación, sino que en ellas interviene una racionalidad política “entendiendo por ésta la que se basa en la negociación y el acuerdo entre los actores con poder” , Dado que el mismo proceso de análisis de políticas públicas puede contemplar claramente la posición de los analistas con respecto al proceso, como es

pertinente evidenciar mediante el uso y análisis de política a partir de las narrativas.

2.1.2 EL EJERCICIO DEL ANALISIS DE POLITICAS PÚBLICAS

Para el análisis de la política pública de primera infancia en Colombia, desde el contexto de esta investigación se ha propuesto una interacción entre enfoques o modelos (Emery Roe, Fischer y John Kigdon) los cuales permiten analizar y brindar aportes a la política pública de primera infancia (4, 5,21).

La perspectiva narrativa propuesta en el enfoque de Emery Roe, afirma:

El reconocimiento práctico clave de Narrative Policy Analysis es este: “Las historias comúnmente utilizadas en la descripción y análisis de policy son una fuerza en sí y deben ser considerados explícitamente en el estudio de las opciones políticas. Además, estas a menudo resisten el cambio o modificación aun en presencia de datos empíricos contradictorios, ya que subyacen y estabilizan las suposiciones en la toma de decisiones frente a la incertidumbre, complejidad y polarización” (4), La orientación de Roe también asume la teoría literaria para el análisis de la política pública, considerando que los relatos usualmente utilizados para describir y analizar las controversias de políticas públicas representan por si mismos una “fuerza” que deben ser tenidas en cuenta para los debates de una política pública. Al respecto, la introducción del multiculturalismo como matiz discursiva expresa un nuevo conjunto de sentidos y perspectivas que posibilitan responder de manera más dinámica a las necesidades de grupos vulnerables.

Además, Roe , plantea el modelo del análisis narrativo de la política a partir de la construcción de meta-narrativa y el análisis intertextual, donde se pueda identificar la controversia a partir de las diferentes historias y de las no-historias, donde se empieza a dar importancia a la voz del más débil (4). Roe, nos lleva a pensar que en un mundo cada vez más complejo y globalizado, es necesario tener respuestas a las preguntas que frecuentemente surgen, como es acerca de las relaciones de poder y los grupos de interés. Es el caso de la política pública de primera infancia en la cual en los últimos años se vienen adelantando importantes procesos de participación para los diferentes actores dado que hay un compromiso generado a partir del reconocimiento de los niños y niñas con habitantes de “gran valor” para la nación y Estado.

2.1.3 ENFOQUE NARRATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Las narrativas son un elemento esencial de la existencia humana. La investigación en neurociencias ha establecido la importancia de la red neural del cerebro responsable de las narrativas (22). El poder de las narrativas en la formación de las creencias y las acciones se apoya en una variedad de estudios académicos incluidos las comunicaciones (23,24).

Sin embargo, a pesar del aparente poder de las historias en las políticas públicas (diseño, formación, y ejecución), los estudios de políticas se han mantenido en gran medida al margen del estudio empírico de las narrativas. Aunque las historias son fundamentales para las importantes contribuciones del postpositivismo de las políticas públicas los positivistas han fracasado en general al ofrecer alternativas metodológicas en el estudio de las narrativas (21).

Después de dos décadas de la teoría del cambio de política dominada por las obras de Sabatier y Jenkins-Smith, Kingdon, y Baumgartner y Jones y a pesar de los avances que indican la importancia de la narrativa para la cognición y la comunicación humana, la investigación con narraciones y políticas públicas sigue siendo un valor atípico a pesar de las convocatorias de las nuevas orientaciones teóricas en la teoría política. (25)

El debate sobre las narrativas de políticas también pasa por la consideración de los paradigmas cuantitativo y cualitativo; pues en los años 1990 hubo un debate sobre la dicotomía entre positivismo y postpositivismo, que dio lugar a nuevas posiciones sobre la ciencia. Fischer (26) por ejemplo, al tiempo visualiza la discusión entre el postpositivismo o la investigación cualitativa, muestra un aprecio por la investigación cuantitativa, pero establece claramente que la investigación cualitativa es esencial porque los "hechos" son, más a menudo que no, construcciones sociales. Hoy se evidencia que aún los académicos positivistas han aceptado los aportes de las narrativas de políticas, aún por fuera del campo de las políticas.

Jones y McBeth (27) señalan que las narrativas siguen dos corrientes de análisis, la versión estructuralista y la postestructuralista. La primera, afirma que cada historia tiene componentes identificables y consistentes que pueden ser estructurados en una especie de esquema, desde los cuales se pueden formar las generalizaciones. La versión postestructuralista objeta las narrativas estructuralistas, al señalar que las interpretaciones humanas de las narrativas son la unidad de análisis y cada instancia de interpretación es única.

En consecuencia, los objetivos tradicionales de la generalización y predicción que se encuentran en la perspectiva estructural, se sustituyen por una agenda que busca deconstruir las narrativas para el propósito de revelar las ideologías ocultas. Esto es coherente con la crítica postpositivista al empiricismo en políticas públicas. Crítica que señala que el positivismo ignora el microcontexto en los

procesos de agregación de intereses, e ignora y excluye a grupos vulnerables que tienen poca "voz pública".

En paralelo a esta crítica, surgen métodos que en general traen productos inductivos y cualitativos con estudios de casos que dependen en gran medida de las interpretaciones. Por lo tanto, la perspectiva postestructural de las narrativas aparece como un ajuste natural a las críticas postpositivistas; logrando emigrar las narrativas de los estudios literarios a la política pública bajo el paraguas de postpositivismo. En consecuencia, las narrativas de políticas públicas se han convertido en sinónimo de los métodos postpositivistas y las orientaciones filosóficas postestructurales.

Las investigaciones narrativas han sido entonces objeto de la literatura en políticas públicas, pero muchos trabajos se encuentran en publicaciones interdisciplinarias y no en las de las ciencias políticas. Esta circunstancia se descubrió en este estudio, cuando se hizo el trabajo de búsqueda de estado del arte en el ámbito nacional y latinoamericano; lo cual se muestra por las bajas producciones de narrativas políticas en journals de primer orden (27).

Según Jones y McBeth, While Kaplan inició esta línea de investigación en los años 1980, y se pueden establecer cuatro académicos y tendencias de tradición postestructural, a saber: Maarten A. Hajer (28) Frank Fischer (29), Emery Roe (4) Estas cuatro tendencias afirman que los elementos de la realidad se construyen socialmente. Enseguida se preguntan al unísono: ¿qué significado tiene la realidad socialmente construida? Estos eruditos han respondido que las narrativas (o historias) ocupan una posición privilegiada para dar sentido al mundo socialmente construido.

Las narrativas políticas han servido para los análisis académicos tanto como para el análisis de políticas. Algunos trabajos se han centrado en cómo las narrativas definen los problemas y dan lugar a soluciones basadas en una definición del problema a veces limitado. Bridgman y Barry (30), por ejemplo, utilizan entrevistas y documentos en un estudio de caso sobre la portabilidad de los teléfonos en Nueva Zelanda. Basando su trabajo en la teoría de la metáfora, exploran cómo las diferentes metáforas definen el problema y conducen a soluciones. VanderStay emplea la metodología de Roe para examinar la falta de vivienda en Washington. Utilizando un enfoque de estudio de caso y que describe el problema de la política en términos de narrativas que compiten (31), concluye que el análisis narrativo ilumina las oportunidades en la implementación de políticas sobre vivienda.

Otros estudios están interesados en cómo las narrativas permiten una mejor comprensión de los valores. Por ejemplo, Chapman (citado por Jones y McBeth) se pregunta cómo las historias juegan en la integración de los valores en las políticas sobre los ríos en Costa Rica. Scott (32). Examina las narraciones históricas en los Estados Unidos mediante el análisis de la crisis iraní de 1979. El autor utiliza un estudio de caso y la argumentación lógica para concluir que las

narrativas históricas permiten a los medios de comunicación comunicar la política exterior para el público estadounidense a través de valores derivados históricamente.

Otros estudios están interesados en quién participa en las políticas. Hampton (33) utiliza grupos de enfoque en Australia para ver si el análisis narrativo se puede utilizar para identificar las preferencias del público en el análisis de los interesados en la participación. Del mismo modo, Hendriks (34) utiliza entrevistas, documentos secundarios, y observación para ver cómo las líneas de la historia influyen en la participación y en los procesos de deliberación en Australia.

Otros artículos tratan de cuestiones de investigación mientras siguen diseños de investigación cualitativa. Por ejemplo, Garvin (35) se pregunta si diferentes grupos (científicos, políticos, público) utilizan diferentes fuentes de conocimiento cuando se trata de entender las controversias políticas. Con el uso de estudios de casos y el razonamiento analítico, Garvin encuentra que diferentes grupos utilizan diferentes ejercicios de racionalidad para evaluar la utilidad de la información. Jacobs y Sobieraj (36) exploran cómo los miembros del Congreso utilizan narrativas que compiten para definir el sector sin fines de lucro en los Estados Unidos. Usando el análisis de contenido del registro del Congreso, los autores encuentran que los miembros del Congreso refuerzan su propia legitimidad, construyendo el sector sin fines de lucro como una historia de mascarada que presenta al congresista como un héroe.

Jones y McBeth (27) concluyen que todas estas obras comparten un entendimiento similar de la importancia de las historias en controversias políticas. En particular, se analizan historias para desenterrar los supuestos subyacentes. De este modo, esta línea de investigación reciente permite que los analistas de política puedan resolver controversias políticas difíciles, pueden responder mejor a los objetivos democráticos mediante el uso de historias para encontrar voces no escuchadas, y pueden comprender mejor el valor siempre presente del conflicto en la política. Todos estos trabajos utilizan la teoría y la metodología, para dilucidar posibles variables dependientes e independientes. Sin embargo, en el seguimiento de una orientación más postestructural, las metodologías no siempre son sistemáticas, la codificación no es llevada a cabo por codificadores independientes, y los análisis de fiabilidad no se realizan. Si bien algunas de las investigaciones tienen una teoría causal implícita, tal ordenación lineal de A causando B generalmente no es el objetivo de estas obras, y la falsificación y prueba de hipótesis no están presentes.

Enseguida se presenta alguna evidencia empírica en idioma español que estuvo disponible en las búsquedas de literatura.

Bustelo y Lombardo, realizan un análisis entre política pública, género y análisis del discurso, enlazando las relaciones entre los mismos. Tal propuesta está basada en la investigación desarrollada por el proyecto MAGEEQ (Mainstreaming

gender quality in Europe), en el que se hizo un análisis comparado de los marcos interpretativos de las políticas de igualdad de género entre la Unión Europea (UE) y seis países miembros. Este tipo de análisis buscaba identificar los marcos dominantes y aquellos que entran en controversia entre sí en el discurso, entendiendo el marco interpretativo de política como creador y representante de una realidad específica. (22)

Se realizó un análisis del discurso del ex presidente colombiano Álvaro Uribe, sobre las representaciones de la política de seguridad democrática, donde se analizan los escenarios, los actores y conceptos como seguridad democrática y estado comunitario, entre otros. Dentro de algunos resultados encontrados que hacen alusión a los escenarios, se observa que en los discursos presidenciales se hacía uso de escenarios generales como “Colombia” y “país”, con el fin de postular como un interés colectivo el actuar del Estado, por ejemplo, como estrategia de legitimación se presenta el cumplimiento de los propósitos neoliberales como una necesidad general y se expone que el crecimiento económico conlleva al desarrollo social. Se atribuye como una de las causas de la desaceleración del crecimiento económico, al terrorismo y a la violencia, punto en el cual la autora resalta el desconocimiento, por parte del discurso presidencial, de las causas de la violencia, como lo es la pobreza (37). En el análisis de actores se muestra que en el discurso de Uribe se hace una conceptualización sobre el enemigo (guerrilla y paramilitares) basada en antivalores, a los que hay que perderles el miedo, y llama a la creación de lazos afectivos con la fuerza pública, lo cual promueve razonamientos de conflicto armado dentro de la población civil, que según el expresidente, con llevará a una mayor seguridad, paz y pluralidad.

Desde el análisis de política pública se ha estudiado la Declaración mundial sobre educación para todos, la Conferencia regional sobre políticas y estrategias para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe y, para el caso colombiano, el Plan Decenal de Educación 2006-2016. En el análisis realizado encuentran que en la Declaración mundial se introduce un contexto catástrofe, que al ser contrastado con los lineamientos de política, busca que estos últimos sean considerados como las soluciones más adecuadas para tal contexto

De igual manera, Jaramillo (38) analiza la exclusión de actores en la política, al igual que Fischer (21) y Bustelo & Lombardo (22), pero a diferencia de estas últimas, quienes hallan el fenómeno mediante la pregunta ¿quién tiene voz en el planteamiento y la solución del problema?, Jaramillo lo busca, en la política de desplazamiento, identificando a quiénes se catalogan como desplazados y a quiénes no.

Estudios nacionales (39,40,41) enfatizan en la relación Estado – grupos sociales minoritarios o vulnerables. En esta relación se juegan aspectos dominantes de las políticas que son controvertidos por los actores no estatales, dejando constancia de voces calladas y silenciadas que reclaman sentido y audiencia. Se verifica en

estas investigaciones sobre narrativas el sentido e importancia que tienen los discursos así éstos no estén como eje dominante en una arena política. Estas no historias (como las llama Roe) son elementos imprescindibles del análisis político, y sirven a todos para develar interpretaciones y relatos que deben ser testeados y comprendidos a fin de formular ajustes o cambios a las políticas públicas vigentes.

Investigaciones desde el enfoque de narrativas estudian la convivencia escolar, la autoridad y la inclusión educativa para niños, niña y adolescente con el objetivo de comprender desde las narrativas de los y las jóvenes, los sentidos y prácticas que han construido sobre la paz y la convivencia en la escuela (42). A su vez otros estudios sean interesados por comprender las narrativas de los y las docentes a partir de diferentes categorías que incluyen Inclusión educativa y discapacidad en la Primera Infancia donde se visibiliza y se da forma a la voz de otros actores inmersos en el concepto de inclusión educativa para niños y niñas en condición de discapacidad. Estas investigaciones demuestran que se ha iniciado a abordar las narrativas desde el análisis políticas públicas (43), a pesar de que las principales construcciones discursivas provienen del Estado, y que por ende buscan lograr los fines esenciales del mismo desatendiendo parcialmente nuevas y emergentes voces de otros sectores que están en la sociedad reclamando en silencio o con voz su integración al debate y argumentación de las políticas públicas.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1. CONCEPTOS DE POLÍTICA PÚBLICA

La política es la actividad humana concerniente a la toma de decisiones que conducirán el accionar de toda la sociedad. El término guarda relación con “polis” que aludía a las ciudades griegas que constituían Estados. En el contexto de una sociedad democrática, la política guarda una importancia significativa, en la medida en que es la disciplina que garantiza el funcionamiento del sistema (29). No obstante, es correcto decir que la interacción entre personas con vistas al liderar al grupo a la consecución de una serie de objetivos es intrínseca a la humanidad desde sus inicios. Savater en su libro Política Para Amador se refiere a la política como el mecanismo, medio o espacio mediante el cual los seres humanos se relacionan para establecer acuerdos sobre la solución que debe dársele a los problemas, así como la organización que debe adoptarse para la solución de los mismos.

Lo público es aquello que conviene a todos (as) de la misma manera, para la dignidad de todos(as). El andén es público o el parque es público porque siempre están allí, para que todos transiten y se diviertan, sin exclusiones por razón de clase, edad, sexo, partido o religión.

Una política pública surge de un proceso de construcción permanente a través de convocatorias de actores diversos que en últimas son los que hacen posible su

implementación y ejecución. Por esto la Política pública se define como el conjunto coherente de enfoques, principios, objetivos, estrategias y planes de acción que identifican comprenden y abordan las problemáticas de una sociedad (económica, política, social, cultural o ambiental) o busca generar las condiciones adecuadas para un grupo poblacional (27).

2.2.2 FUNDAMENTOS DE ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA

El análisis de políticas públicas es una metodología usada en la formulación de problemas, que tienen como objetivo buscar el alcance de soluciones, donde generalmente se incorporan cinco procedimientos: la estructuración del problema, pronóstico, recomendación, monitoreo y la evaluación, esta última la evaluación forma parte integral del proceso de análisis. De ahí que se considere el análisis de políticas públicas como un proceso cíclico que comprende la definición del problema, la elección de políticas, el monitoreo o evaluación de los resultados de y la redefinición del problema (41).

Existe una diferencia entre la evaluación y el análisis, dado que la evaluación es indispensable para el análisis, por cuanto la evaluación suministra información de base, necesaria para el mismo. En ocasiones tiende a ser confuso el uso de estos dos términos pero la diferencia radica en que la evaluación es generalmente descriptiva y el análisis busca demostrar en síntesis que fue lo que aconteció y ello incluye una mirada retrospectiva con una visión de cambio, ello va más allá de calificar y establecer si estuvo bien o mal. Por esto, en consecuencia, cuando se analiza una política pública, además de tener en cuenta los distintos momentos que saca a flote la evaluación, es necesario, también observar cuáles son los principales y más destacados principios rectores que inciden sobre ella. (41)

Al igual que en la evaluación en el campo del análisis de políticas públicas existen diferentes clasificaciones y tipologías que a menudo, se entretajan unas con otras. Estas pueden variar en función del paradigma con que se trabajen, el campo de acción al que se dirija, en función de la perspectiva temporal, los contenidos, etc. (4,5, 41)

En el particular a continuación se exponen dos corrientes que dan líneas de la concepción para la realización de análisis de políticas públicas, la primera desde la concepción de Salazar (45) quien describe el ciclo que cumplen las políticas públicas y las fases que las componen y J. Kingdon (5) que es referente de análisis para esta investigación desde el enfoque de corrientes múltiples.

Salazar (45) sugiere que las políticas públicas cumplen un ciclo que se divide en varias fases: a) origen, creación y gestación b) formulación; c) puesta en marcha o implementación; d) evaluación; e) análisis, y f) reformulación reestructuración: esta fase particularmente será el hilo conductor que se describa en las narrativas que a continuación se presenta y la misma articulada entre los enfoques de análisis de

políticas públicas que integran elementos narrativos, discursivos y el análisis discurso el cual tiene como objetivo servir de fundamento teórico para el análisis de políticas públicas, en este caso de primera infancia aplicado a los documentos de política en los que se encuentran los lineamientos, planes, programas y proyectos, partiendo de que las políticas públicas son concebidas como construcciones discursivas, en las que se presentan dificultades relacionadas con los derechos que tienen los niños y las niñas a la salud, las valoraciones visuales y auditivas, la intervención y manejo oportuno de los mismos, el análisis cuestiona la permanencia de tales fenómenos y permite el análisis y con ello repensar la política, motivando la creación de discursos alternativos, que evalúen en todo momento los procedimientos de detección y atención temprana en salud

J. Kingdon y el enfoque de corrientes múltiples (5,26). Esta perspectiva o marco analítico alternativo conocido como enfoque de flujos o corrientes múltiples - Múltiple Streams (MS) tiene su origen en 1984 con la publicación del libro de John Kingdon *Agendas, Alternatives and Public Policies* (5). En esencia, la aportación de Kingdon descansa en la adaptación para el estudio de las políticas públicas del modelo de toma de decisiones tipo “bote de basura o papelera” (garbage can model) de Cohen, March y Olsen y en las teorías de racionalidad limitada de H. Simon y J. March aplicadas al análisis organizacional (46).

El enfoque de corrientes múltiples es un enfoque alternativo para explicar cómo ocurre la elaboración de las políticas, o cómo los asuntos arriban de la agenda y cómo logran convertirse en políticas públicas. Aunque la aplicación de esta perspectiva puede realizarse en todas las fases del proceso de las políticas, su énfasis descansa en formación de la política, es decir, en el establecimiento de la agenda y en el proceso de toma de decisiones.

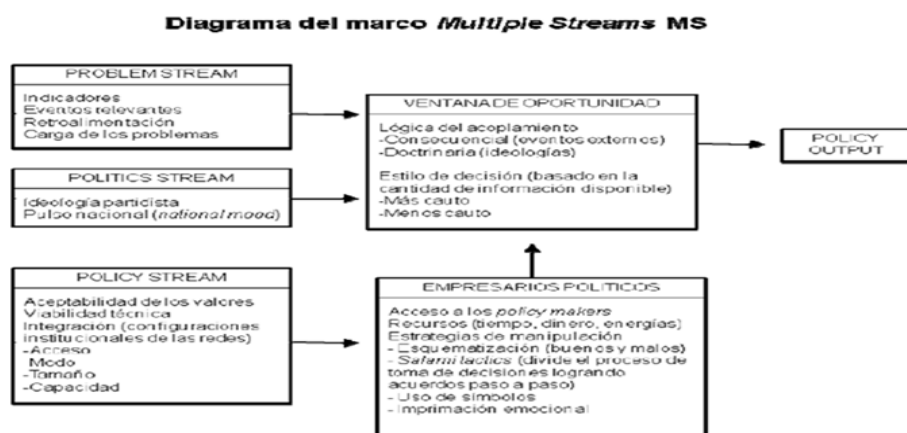
Aunque su perspectiva de las políticas públicas es sistémica (es decir, considera a las políticas públicas como outputs o productos sistémicos), su énfasis de análisis se centra en el proceso de transformación de insumos en productos (políticas), es decir, centra su enfoque en lo que ocurre dentro de la “caja negra” (5,30). Por lo tanto la unidad de análisis del corrientes múltiples bien puede ser el sistema político en su conjunto tanto como una decisión concreta en su proceso de inserción en la agenda y adopción.

El enfoque de corrientes múltiples sostiene que la elección colectiva no es simplemente el producto de esfuerzos individuales agregados en un orden concreto, sino el resultado de la combinación de fuerzas estructurales y procesos afectivos y cognitivos altamente dependientes del contexto donde soluciones y problemas fluyen dentro del sistema. El mismo intenta determinar por qué algunos puntos de la agenda logran su aceptación como problema público y por qué otros no. Se pone especial énfasis en la ambigüedad como condición persistente en el proceso de las políticas, entendida como “un estado en donde se cuenta con muchas formas de pensar acerca de la misma circunstancia o fenómeno”, que no necesariamente pueden acercarse, creando ambigüedad, confusión y estrés. (5)

Para explicar el cambio (la formación o adopción de políticas), este enfoque identifica tres corrientes o flujos - streams - (problem stream, policy stream and politics stream) que cuando convergen o coinciden en el tiempo (acoplamiento o coupling) generan “ventanas de oportunidad” que permiten a los empresarios políticos (la adecuada inserción de los asuntos que promueven o defienden en la agenda gubernamental. Algunas ventanas se abren periódicamente, mientras otras no. El papel y la habilidad de los políticos son fundamentales en la inserción de asuntos a la agenda. (5)

A continuación se presenta un diagrama que representa de manera gráfica la teoría de análisis de políticas públicas de Kingdon.

TABLA 1



Fuente: Zahariadis, 2007

2.2.3 ANÁLISIS NARRATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Las Políticas Públicas resultan de las relaciones desiguales entre distintos actores e intereses en una sociedad que definen un conjunto de elementos y procesos que, con el concurso activo o voluntariamente inactivo de alguna institución gubernamental o autoridad, se articulan entre sí en vista de lograr el mantenimiento o la modificación de algún aspecto del orden social (25).

El análisis narrativo de políticas públicas es la propuesta metodológica que se interesa por comparar los discursos, planteamiento y posiciones a partir de documentos, entrevistas, relatos, códigos, coincidencias, contradicciones, divergencias, conversaciones y posibilidades de aproximación a una temática de accionar particular. Busca identificar los contrastes, generando posibilidades de aproximación a los relatos con una dinámica diferente. (25)

La creación de las narrativas a partir de los contrastes aporta a la formulación de propuestas que se aproximan desde los diferentes actores para dar solución a la problemática en cuestión, además de suministrar sugerencias, algunas conclusiones y recomendaciones.

Emery Roe (47) plantea que las narrativas, o relatos como él señala, son historias (escenarios y argumentos) que suscriben y estabilizan los supuestos para la formulación de políticas en situaciones en las que persisten incógnitas, altos grados de interdependencia y algunos bajos grados de acuerdo (5). Según esta mirada, es necesario analizar las interacciones en los micro-niveles del proceso de formulación de la política, las intervenciones que se consideran poco relevantes, reconociendo relaciones de poder y grupos de interés que desencadenan argumentaciones específicas para dar lugar a la toma de decisiones en el macro nivel.

Con esto se plantea la importancia de generar pautas de planificación más elaboradas y profundas, que enfatizan en los segmentos poblacionales que representan la oposición y que a la vez sienten la afectación de la situación problemática, para generar espacios de incidencia más coherentes y funcionales. Allí mismo reside la metodología del análisis narrativo que busca encontrar como eje central la controversia, presente en diferentes escenarios y momentos que el analista de políticas públicas debe identificar en tanto es su objetivo desarrollar un análisis intertextual para dar lugar a una metanarrativa.

La metanarrativa, se refiere al trabajo del analista para el encuentro de las pequeñas historias, de los relatos que componen el universo del problema sin una visión homogénea del mismo, contemplando conflictos y tipos de oposición. No se trata de un consenso o acuerdo, la metanarrativa es el producto de los conflictos emergentes de una situación problemática, en la que aparecen diferentes temáticas y actores pertinentes para revisar los asuntos que no aparecen en las agendas políticas predominantes para los decisores.

En este sentido, cabe decir que la presente investigación se propuso develar las narrativas de varios actores locales y la del Estado, a fin de que se visibilizaran disparidades discursivas y normativas, y a partir de la metanarrativa encontrar espacio dialógico para proponer nuevas emergencias a tomar en cuenta en la vigente política pública de primera infancia.

Roe (4) guía la delimitación conceptual de la metanarrativa a través de experiencias específicas. Así pues, plantea una suerte de metodología que cobra sentido de acuerdo a los espacios en los que los relatos tienen lugar. El objetivo principal es la comparación de narrativas; un ejercicio que no tiene tamaños particulares, e incluye sentidos y concepciones que pareciesen fuera de lógica, percepciones de riesgo, etc., para dar lugar a recomendaciones en la toma de decisiones venideras.

De este modo, ante una iniciativa de política o ante una política en ejecución la controversia siempre tendrá lugar, y en ese contexto es fundamental iniciar conociendo una unidad común que cambia de acuerdo a las argumentaciones exteriorizadas por los actores. La temática que sirve de epicentro para elaborar un

contraste de miradas es identificable cuando se reconocen diferentes concepciones o definiciones para un mismo concepto. Logrado esto, cuando los actores acuden a dichas concepciones, lo harán con la intención de maniobrar sus propias argumentaciones señalando costos y beneficios de sus iniciativas y las de los demás, entendidos estos como factores estructurales que delimitan las percepciones y motivan decisiones.

Finalmente surgen los puntos controversiales, en donde se entrecruzan significados, imágenes, valores y demás aspectos que definen si ante una temática hay polarización, incertezas y cambios de parecer. No obstante, el proceso adquiere la relevancia que merece cuando se encuentran puntos en común o en complementariedad, situaciones que podrían resolverse, así sean pequeñas o parezcan insignificantes.

No existe, en un proceso de configuración o ejecución de política pública una opinión sin importancia, así no se vincule directamente a la decisión que prevalece o al poder que la representa. Roe (47) plantea incluso la existencia de no-historias, percepciones que se desdibujan de escenarios de lo público y que mantienen concepciones que pueden vulnerar la visión de absolutidad de la política y señalar a la vez pequeñas divergencias que pueden representar fallas y/o oportunidades en el proceso de la misma.

Desde este enfoque se sabe que los diferentes tipos de actores interactúan juntos en una red constituida por alianzas, no por consensos. Las alianzas sólo son perceptibles en los espacios de problematización, que a la luz de Callon (48), son procesos y constituyen una red en la que circulan imaginarios, objetos, símbolos, prácticas y demás elementos situados como intermediarios, de los que los actores se valen para definirse y entredefinir su percepción sobre lo dado y lo deseado para entablar espacios de reconocimiento, construcción de proyectos identitarios y posibilidades de acción.

Para efectos de la presente investigación las narrativas de política pública son consideradas como relatos relacionados con:

1. La reflexión permanente sobre el impacto o la efectividad de las políticas públicas utilizadas para la protección integral de los niños y las niñas en Colombia.
2. El abordaje e intervención en Valoraciones Visuales y Auditivas para niños y niñas en la Estrategia Nacional “De Cero a Siempre” desde la perspectiva del Estado.
3. Percepciones, creencias y aportes de las autoridades y actores claves a la atención integral de niños y niñas en primera infancia.

Para Roe metodológicamente el análisis narrativo de las Políticas Públicas no debe centrarse tanto en la historia como en la narrativa política que puede ser definida como aquellas historias – escenarios y argumentos – que son retomados por uno o más actores políticos en la elaboración de la controversia” como se

mencionó anteriormente estos hallazgos buscan generar incertidumbre, complejidad y polarización entre los escenarios que comprenden la política (4).

Algunas posiciones confieren especial énfasis al sistema de la estructura narrativa simbólica y cómo operan estas en el proceso político(50), otras posiciones asumen que este análisis proviene de diversas metodologías desarrolladas en ciencias sociales y que se usa para reconstruir las historias que los actores narran sobre los aspectos políticos(49,51,52); otros consideran que es el empleo de métodos tanto del análisis literario como de las teorías sociales, y que son usados para desarrollar consejos sobre cómo proceder en la política(53); una última orientación presentada por el autor está relacionada con el uso de los métodos para excavar dentro del proceso de construcción de la narrativa del análisis político mismo demostrando que a menudo hay presunciones de carácter político en los análisis y a la vez este tipo de trabajos invita a un mayor pluralismo y flexibilidad de los análisis políticos(54).

Dentro de una mirada relacionada estrictamente con los métodos del análisis narrativo nos referiremos a un campo de estudio relacionado con la teoría literaria conocida como la narratología, en esta dirección el análisis estaría estrictamente dirigido a definir cómo la narración de una secuencia de eventos puede definir como evento el tránsito de un proceso a otro (55).

Las entrevistas, conversatorios, discusiones, informes, reportes, la historia oral entre otras materiales son considerados como material de análisis, sin embargo el análisis siempre va orientado dentro de las pretensiones del análisis político que pueden ser resumido al comprender el proceso de las decisiones colectivas(56,57,58).

Las narrativas de políticas públicas se construyen dentro de un conjunto de ideas compartidas cuya relevancia está en dependencia al seguimiento de las fuerzas y distinciones realizadas por los diferentes actores (56).

El análisis narrativo se lleva a cabo en cuatro pasos: Primero, el analista debe identificar las historias, narrativas o relatos dominantes al interior de una controversia de política. En segundo lugar se escucharán las no historias o los relatos marginados que constituyen la contra-narrativa y generan las múltiples caras que puede tener un problema público. En este punto el analista deberá percibir cómo se comunican las narrativas, qué lenguaje se utiliza, de qué manera y en qué momento se hace, cómo se organizan los hechos y les dan un sentido lógico y secuencial. En tercer lugar, el analista construirá la meta-narrativa esta “se conforma a partir de la identificación de los argumentos que constituyen la historia y la no-historia; la puesta en debate de estos argumentos constituye la controversia en el eje central de la meta-narrativa.

Roe, en la búsqueda del diseño de la metanarrativa ha trabajado cuatro dimensiones o pasos del análisis: primero, el análisis identifica la narrativa predominante respecto a un determinado asunto. Segundo, a partir del primero es

posible identificar cuáles son los contra argumentos o las inconformidades respecto a la narrativa dominante. En tercer lugar el análisis contrasta y compara los dos conjuntos de narrativas y genera una metanarrativa basada en la comparación. En cuarto lugar y por último el análisis determina como esa metanarrativa rescata todos los elementos necesarios para poder desarrollar la deliberación de los asuntos políticos, así mismo el análisis y la construcción o reformulación de la política (47).

El fin de la perspectiva narrativa es construir una “meta-narrativa”, una especie de comprensión panorámica que resulta de la identificación de las narrativas hegemónicas y las contra-narrativas subalternas o las no-historias que los actores defienden en sus discursos. La controversia que se genera alrededor de la política pública es el hecho que el analista deberá evidenciar para dar cuenta de los conflictos, ideas, creencias, instituciones e intereses que, incluso frente a evidencia empírica, los actores no están dispuestos a dejar de lado.

Otros enfoques y medios de análisis se han interesado por visibilizar los procesos que surgen a partir de la perspectiva crítica o teoría crítica o giro argumentativo, el cual a partir del análisis cualitativo de los fenómenos sociales se interesa por entender y comprender el mundo y la complejidad de la realidad social, ampliando los límites de los métodos cuantitativos. Estas propuestas cualitativas incluyen el análisis del discurso, de las ideas y del lenguaje usado por los actores sociales, constituyen variables de significancia para teorizar y analizar casos en la práctica social. Estos desarrollos se concretan en la construcción del conocimiento frente al proceso político, y en la toma de decisiones políticas y la forma de obtener información a través de diversos métodos de investigación y argumentación que permitan resolver los problemas sociales; a continuación se realiza un despliegue amplio que conceptualiza la concepción del giro argumentativo.

EL GIRO ARGUMENTATIVO

El giro argumentativo surge en el marco de análisis narrativo de Emery Roe como una corriente crítica a la perspectiva tradicional de la actividad científica, conocida bajo el nombre de post empirismo o de giro argumentativo, el cual ha emergido también en el campo del análisis de las políticas públicas. Refuta la utilidad de pruebas empíricas para las políticas públicas y propone teorías y metodologías que consideran las políticas públicas como siendo principalmente construcciones discursivas hechas de argumentos y de elementos retóricos que se constituyen en narraciones o en relatos, aplicando así teorías literarias para el análisis de las políticas públicas. Estas teorías subrayan el papel de las ideas, de los factores cognitivos, retóricos o inclusive estéticos, y minimizan el papel de los intereses o de la racionalidad en la formación de las políticas públicas. Elementos que autores como Muller y Sabatier rescatan.

En esta perspectiva E. Roe (4), como un complemento a un análisis convencional, parte de la consideración de que los relatos usualmente utilizados para describir y analizar las controversias de políticas públicas representan por si mismos una

“fuerza”, que debe ser considerada explícitamente. De manera que esos relatos de políticas se resisten a cambiar o a modificarse incluso en presencia de datos empíricos que los contradicen, ya que continúan a subyacer y persistir en las creencias de los actores y decisores, particularmente en caso de gran incertidumbre, complejidad y polarización.

Para el autor, es justamente en estos casos, cuando faltan conocimientos y evidencias científicas, cuando intervienen muchas variables interdependientes, y cuando hay una polarización extrema entre los diferentes actores que participan en la controversia, que resulta pertinente realizar un análisis narrativo de las políticas públicas.

Otros autores han abordado la temática del giro argumentativo desde diferentes perspectivas para Fischer (29) el Giro Argumentativo se plantea como Perspectiva Narrativa “El enfoque argumentativo se concentra en el estudio de cómo el lenguaje define la forma en que el mundo adquiere sentido para las personas. Desde ésta perspectiva, en análisis de las políticas públicas implica explorar la manera en que –el discurso de las políticas públicas- llega a enmarcar los argumentos que delinear los marcos dentro de los cuales se construyen los problemas y las agendas” (46).

Sin embargo para Camacho-Celis el giro argumentativo consiste en “promover un cambio post empiricista y una construcción de teoría política que replantee el uso de los análisis empíricos como única fuente de análisis y de los modelos tecnocráticos para la investigación de política pública, a partir de la construcción discursiva de la realidad a través del lenguaje y el discurso. Es también modificar los efectos que produjo la reproducción de la tecnocracia como el olvido de los sujetos y su subjetividad en las políticas públicas, respaldado por la fortaleza de los métodos cuantitativos sobre los cualitativos”.

TABLA 2

ABORDAJE Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA PERSPETIVA DEL GIRO ARGUMENTATIVO

Auto principal	Definición	Características
Frank Fischer	La perspectiva deliberativa busca revalorar el papel que las ideas, los discursos, el	<ul style="list-style-type: none"> • Principal exponente del giro argumentativo • La base de las políticas públicas es la deliberación.

	<p>lenguaje, los símbolos y la argumentación normativa tienen a la hora de construir problemas, tomar decisiones e implementar acciones sobre determinados asuntos públicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El lenguaje y los "encuadres" que se utilizan para definir un problema configuran la forma misma de la "realidad". • El analista de política es antes que nada un facilitador de la deliberación. Que muestra la manera en que participan los ciudadanos construyendo discursivamente sus intereses en el debate público, tienen un increíble potencial democrático. Empoderamiento ciudadano. • Busca la convergencia entre al ámbito político y el ámbito técnico. En últimas, • Para Fischer el "giro argumentativo" representa una crítica a la hegemonía del paradigma positivista y su correlato tecnocrático y, a su vez, una respuesta a los constantes fracasos de la modernización matemática sobre la realidad social
<p>Gian Doménic Mojone</p>	<p>la perspectiva retórica sostiene que "las políticas están hechas de palabras" constante, por eso deben entenderse como un proceso de persuasión a través de los argumentos y en cada etapa del ciclo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalidad alternativa vrs. la racionalidad instrumental (Medio-Fin) Para la construcción de políticas no se demuestra, se argumenta. • El analista de políticas es un "artesano de argumentos" La política se entiende como un argumento que combina proposiciones fácticas, deducciones lógicas y juicios de valor. Se busca mostrar la interpretación de los datos antes que los datos en sí mismos. •

Emery Roe	La perspectiva narrativa se define como un enfoque complementario y no convencional que busca ayudar al análisis de las políticas cuando se mueven en contextos de alta incertidumbre, desbordante complejidad, fuerte polarización y están atravesadas por múltiples discursos de los actores inmersos, como se diría en el lenguaje narrativo, en una “controversia” de política.	<ul style="list-style-type: none"> • nuevo método para abordar la política pública, en el cual se propone superar premisas, como el principio de racionalidad. • Elemento constante en los enfoques de análisis de política pública tradicionales. • Las unidades de análisis para los investigadores que se adscriben a esta corriente son las historias de los relatos individuales donde lo retórico, cognitivo y subjetivo son los fenómenos por los que hay que dar cuenta, porque éstos son los que permiten llegar al nodo de la propuesta analítica de Roe. • Herramientas para el desarrollo del propósito de las Controversias: La Meta narrativa y el análisis Intertextual
-----------	--	---

Fuente: propia

2.2.4 POLÍTICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA

La Política Pública Nacional de Primera Infancia, se gestó a partir de un proceso de movilización social a favor de este grupo poblacional iniciado en el año 2003. Organismos internacionales, ONG, miembros de la sociedad civil y representantes de diferentes sectores del Estado, se unieron para propiciar el reconocimiento y la visibilización de los niños y niñas menores de seis años, y promover mecanismos para la garantía de sus derechos.

Se inició entonces un debate sobre la importancia de los primeros seis años en el desarrollo del ser humano y de la sociedad a la que pertenece. La sensibilización entorno a este grupo se convirtió en un elemento clave para incidir en la agenda pública nacional. El escenario diseñado para iniciar este debate fue el Primer Foro Internacional Primera infancia y desarrollo: El desafío de la década, el cual contó con la participación activa de actores de diversa naturaleza, expertos, agentes comunitarios y responsables de la toma de decisiones en materia de políticas públicas.

El Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 De 2006 (15) tiene como finalidad “garantizar a los niños, niñas y a adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna, establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizando el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado”.

La Ley 1098 de 2006(15) integra el concepto de Protección integral⁵ y se orienta por principios de dignidad, reconocimiento, aseguramiento de las condiciones para ejercer la ciudadanía, siendo el Estado quien promueve y provee las condiciones necesarias para el ejercicio de protección y restablecimiento de los derechos bajo los principios de universalidad e integralidad. La perspectiva de derechos y protección integral de esta población en Colombia establece el cumplimiento de objetivos que promuevan el concepto de atención integral. Algunos de ellos son:

Fortalecer y aumentar las coberturas de educación, posicionar el tema de primera infancia para sensibilizar y movilizar al país sobre la importancia crucial de los primeros años de vida en el desarrollo humano y como factor de progreso y desarrollo de la nación⁶.

Promover la salud, la nutrición y los ambientes sanos desde la gestación hasta los 6 años, prevenir y atender la enfermedad, e impulsar prácticas de vida saludable y condiciones de saneamiento básico y vivienda. Promover prácticas socioculturales y educativas, que potencien el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 6 años, garantizar la protección integral y la restitución de los derechos de los niños y niñas. Potenciar a las familias y cuidadores primarios para relacionarse con los niños y las niñas de manera más equitativa e inclusiva, e igualmente a los centros de desarrollo infantil y la comunidad, partiendo del respeto por la diversidad cultural en las pautas de crianza.

Crear y fortalecer los mecanismos necesarios para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la política de primera infancia, para que tanto el

⁵ se entiende como el reconocimiento que se le brinda a los niños y niñas como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

⁶ En este enunciado en particular la PPPI, visibiliza el hecho que la garantía del derecho a la atención en salud hace parte de las responsabilidades que el Estado, por medio de políticas y estrategias, como el programa bandera del Gobierno actual la Estrategia Nacional de Cero a Siempre que busca dar a las madres gestantes, niños y niñas menores de 6 años, una perspectiva de servicio y atención integral

Estado como la Sociedad puedan realizar análisis este objetivo en particular integra la intensión que desarrollo esta investigación.

2.3 VALORACIONES VISUALES Y AUDITIVAS EN EL MARCO JURIDICO COLOMBIANO

La normatividad vigente en Colombia contempla el desarrollo de actividades encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todo ello se constituye desde las bases mismas de la Constitución Política de Colombia (64), donde se estima asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz. La Constitución hemanan la importancia y el valor que tienen para el Estado los habitantes y el compromiso de velar por la preservación de los derechos fundamentales (artículos 1,2, 13, 44 y 4) incluido el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

Asi mismo el artículo 366 establece "El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud,..."

La Ley 100 de 1.993 (12) plantea como principio en el artículo 1" el garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.." y estima las acciones correspondientes para la conservación de la salud. Dado lo específico del tema en lo referente a la atención de las personas en situación de Discapacidad sensorial y en cumplimiento de los tratados internacionales se formulo la Ley 982 de 2005 Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordo-ciegas y se dictan otras disposiciones.

Los apartes de la anterior ley (Ley 982 de 2005), describen la importancia que todo niño recién nacido tiene derecho a que se estudie tempranamente su capacidad auditiva y visual, se le brinde tratamiento en forma oportuna si lo necesitare.

Ciertamente Colombia cuenta con algunas instancias jurídicas que apoyan la vinculación de quienes presentan algún grado de dificultad o discapacidad visual y auditiva. Pero la falencia continua presentándose debido al abordaje en el que se dio la ley que reglamenta la presentación del servicio de salud en Colombia, dado que la misma se interesa más por tratar la enfermedad que, por el desarrollo acciones dirigidas a la prevención y al tratamiento oportuno.

Siendo así las valoraciones visuales y auditivas en el marco jurídico colombiano, se encuentran determinadas como acciones aisladas, que limitan la oportunidad de diagnóstico.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las narrativas que definen los actores locales y el Estado sobre la “valoración visual y auditiva” en menores de 6 años, como parte de la política pública de primera infancia a partir de un caso municipal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los marcos institucionales ligados al desarrollo histórico de la atención integral de los niños y niñas en primera infancia en Colombia, y la legislación sobre valoraciones visuales y auditivas dirigidas a menores de 6 años.
2. Analizar la perspectiva de los actores (Estado, usuarios, operadores y autoridades locales) en cuanto a sus creencias, capacidades y percepciones sobre las valoraciones visuales y auditivas en niños(as) beneficiarios de la Estrategia Nacional De Cero a Siempre.
3. Caracterizar -desde la perspectiva de los usuarios/cuidadores- los resultados de las valoraciones visuales y auditivas en niños y niñas beneficiarios de la Estrategia Nacional de Cero a Siempre de dos hogares de cuidado infantil del municipio de Puerto Tejada.
4. Formular una propuesta de política sobre el requisito de valoraciones visuales y auditivas en niños y niñas que se integre al componente de salud de la estrategia nacional De Cero a Siempre, a partir del análisis narrativo de los actores.

4. METODOLOGÍA

Los estudios realizados con métodos cualitativos han ayudado a mostrar la riqueza de los fenómenos de políticas, que no es posible percibir en la representación o abstracción numérica (60,61) Los métodos cualitativos contribuyen a la doble dimensión de la orientación de políticas: al análisis del proceso y a la inteligencia de este proceso. (62)

Los análisis de políticas mediante métodos cualitativos abarcan los análisis discursivos (63), este tipo de estudios permite dar cuenta de la interacción social con la realización de una serie de recortes de situaciones discursivas, de los actos de habla en determinadas situaciones y papeles de los hablantes. Con ello es posible conjeturar sobre sus interacciones en determinados momentos, lugares,

por ejemplo organizaciones, instituciones o en situaciones sociales. En otras palabras, permite poner en evidencia las funciones sociales, políticas o culturales del discurso de los actores de políticas públicas. (63)

Así, desde esta perspectiva analítica, se entiende que el proceso de políticas es, a final de cuentas, un juego para ganar y ejercer poder; este proceso ocurre mediante discursos en competencia (promovidos y construidos por actores con intereses y preferencias y en respuesta a estructuras específicas), que, además, reflejan la distribución del poder en una sociedad y la capacidad de los actores de imponer significados, ideas, creencias y valores.

La metodología de análisis de este trabajo de investigación se sitúa en el contexto del así denominado “giro argumentativo” o “análisis de narrativas” de análisis político. El enfoque argumentativo se centra en el análisis del relato, la narrativa de las políticas públicas.

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se concibe como un estudio de caso con abordaje descriptivo-interpretativo (64) para el análisis de políticas públicas con enfoque constructivista (63). El estudio asimila la idea de Feyerabend (63) por la cual es indispensable insistir y defender un *pluralismo metodológico* radical, que se justifica en el principio de la proliferación. Con este principio se busca reconocer la importancia de “inventar y elaborar teorías que sean inconsistentes con el punto de vista comúnmente aceptado”.

La investigación bebe de las fuentes del análisis de políticas, en tendencia hacia un marco más comprensivo e ideacional, donde se ponen en juego las perspectivas de los actores para diseñar y producir políticas. Esta perspectiva es complementaria a otras dos, como son la que enfatiza los intereses materiales de los actores y aquella que enfatiza los factores estructurales o institucionales que dan forma a las políticas (60).

El interés por las ideas pone énfasis en la producción individual y social de significado. Este proceso subjetivo y social es asociado e identificado como las “creencias programáticas” que operan en el espacio entre las visiones del mundo y las ideas específicas sobre las políticas que tienen los actores involucrados en un asunto público; son los “núcleos de política” que proveen un conjunto de diagnósticos y prescripciones para la acción. Es el nivel profundo que finalmente estructura a las políticas y los programas. Las ideas cognitivas también son conocidas como ideas causales; proveen las fórmulas, las guías y los mapas para la acción política, y sirven para justificar las políticas y programas hablando de sus intereses basados en la lógica de lo necesario.

Esto quiere decir que si bien el interés por el tema de las alteraciones de la visión y audición en la población infantil, es un asunto que pareciera singular y prestacional, se remite en todo caso a un proceso de comprensión acerca de cómo se concibe la política de primera infancia para construirlo como un derecho humano prestacional, para lo cual habrá que entender las exclusiones e

inclusiones que toman las interpretaciones de quienes se interesan o no por convertirlas en nuevo referente de política. Allí es donde se fundan las versiones y relatos significantes de los actores y sectores claves, que hacen de la interacción de sus versiones la posibilidad para mejorar o cambiar las políticas o componentes de políticas vigentes.

En tanto el tema de estudio es un elemento técnico sin detractores ni oponentes, cabe decir que su visibilidad actual es casi nula y mucho más marginal de lo que pueden ser otros problemas de salud que hoy no hacen de la agenda política o estatal. Luego, el esfuerzo de comprensión de sus implicaciones en un marco de análisis de políticas nos pone de frente a una tarea sensible con las demandas de quienes valoran en “silencio” su importancia como parte del ejercicio del derecho a la salud.

Comprender ese contexto mediante el texto de sus representaciones seguro que tiene un alto significado para una investigación que busca algo “invisible” a los tomadores de decisiones, ilegible a las convenciones de alcanzar un objeto de investigación de tipo científico, y casi marginado por la institucionalidad que hoy da vigencia a las prestaciones sociales y sanitarias para la población infantil

4.2. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Este estudio considera dos principales estrategias para la investigación, a saber: El acercamiento a los marcos institucionales de la política pública de primera infancia en su vertiente de la salud infantil, así como los desarrollos legislativos que le dan soporte a la política, y la perspectiva de las autoridades, operadores de política y usuarios de servicios de protección social; y, Un ejercicio de análisis narrativo siguiendo la propuesta de Emery Roe (4,) que integra los relatos disponibles que permiten confrontar las opciones de solución para que el eje prestacional de diagnóstico de alteraciones visuales y auditivas sirva de instrumento para amplificar el alcance ético y político de la actual política pública de primera infancia.

El curso de estas dos estrategias es como sigue:

En primer lugar, se dejará constancia de los sesgos, ideología y campo disciplinar desde el cual actúa la investigadora de este estudio. Cuestión que por demás de ética, se constituye en una condición de fiabilidad de la investigación en tanto que asigna a la investigadora una serie de valores e ideas previas que la hacen partícipe de un proceso de interpretación que no se puede despojar del todo de esta carga simbólica e ideológica.(61)

Es bueno señalar cómo estas ideas y valores preexistentes en la investigadora dejan su rúbrica sobre el ejercicio narrativo y de diseño de propuesta de formación de política que en los resultados se presentan como parte de los productos de investigación.

En segundo lugar, se aborda la revisión y análisis documental tanto del acervo de material bibliográfico (publicado y material gris) sobre la política de primera infancia como de sus desarrollos legislativos. Estos procedimientos revelan el poder de los arreglos institucionales y la forma y efecto que toman tales disposiciones sobre el contenido e implantación de la política. Hacer esta parte del trabajo resalta la labor de configuración de las reglas institucionales iluminadas por ideas desde las que se representa una imagen - realidad acerca de cómo la política pública está sirviendo a la solución de problemas públicos. Estas ideas (siguiendo la postura de Schmidt) (64) se pueden dividir en ideas constitucionales, de acción colectiva y operativa; y con ellas se constituye.

En tercer lugar, se desarrollan las narrativas de políticas siguiendo la metodología de Emery Roe. (4, 47) Se recogen las narrativas del Estado, de los usuarios, de los operadores de programas, y de autoridades locales. El análisis narrativo procedió en cuatro etapas para cada uno de estos actores. (65) Primero se trata de identificar las principales historias o relatos en relación con la controversia de política, cada una con su particular inicio, desarrollo y final, es decir su guión. Luego, fue necesario identificar relatos alternativos a los que dominan en la controversia, son los “contra-relatos” y “no relatos”. En la tercera etapa, se trató de comparar estas dos series de relatos con el fin de generar un “meta-relato”. Finalmente, se determinó en qué medida este meta-relato permite replantear el problema de una manera coherente. Debido al grado elevado de incertidumbre y complejidad del problema en cuestión, estas herramientas no son capaces de aportar una solución consensual. Metodológicamente, la generación de los relatos se obtuvo mediante la realización de entrevistas y el análisis de los discursos de los actores activos en la controversia de la política pública. Para el caso de los usuarios de servicios se acudió a un estudio descriptivo de encuesta que permitió medir las percepciones de un universo de padres y cuidadores de dos hogares de cuidado infantil; a partir de lo cual se significaron sus principales demandas y expectativas como usuarios del sistema de atención integral a la primera infancia en el contexto local

Finalmente, la información de las narrativas se sometió a un ejercicio de “narrativa” que permitiera reformular o dar continuidad a la política de primera infancia, de modo que se dé apertura a una innovación alrededor del dominio de tamización de la agudeza visual y auditiva en menores de 6 años de edad. Se completó un ejercicio interpretativo narrativo que empleó los modelos de Kingdon (5) sobre las corrientes múltiples de políticas, junto con el modelo de ideación/institucionalización de políticas de Barbieri (66).

4.3. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio comprende la territorialidad del municipio de Puerto Tejada, y del otro lado la universalidad del Estado colombiano como comprensión universal en tanto determinante de la política pública a nivel territorial.

El estado colombiano emerge como un actor de políticas por cuanto es su principal hacedor y ejecutor, cuestión que es clave en este estudio. Por ello, sin que medie un alcance territorial aplicado a Colombia, sí se hace énfasis en que el estado colombiano es parte del área de estudio por lo que de él se deriva para el análisis y comprensión de las narrativas como objeto de estudio.

Por el otro lado, el Municipio de Puerto Tejada se encuentra ubicado en la parte sur occidental de Colombia y al Nororiente del Departamento del Cauca, su cabecera Municipal dista a 108 Km. de Popayán, capital del Departamento, y a 17 kms. De la ciudad de Cali, siendo esta ciudad un centro potencial de oportunidades para los habitantes del municipio, en educación, trabajo y desarrollo regional, con una gran influencia para el municipio de Puerto Tejada. (67)

Según las proyecciones del DANE el tamaño de la población del Municipio de Puerto Tejada proyectada para el año 2013 es de 45.395 habitantes. La densidad demográfica es de 481.8 habitantes por Km²⁷, representando esta la segunda densidad más alta del departamento del Cauca, siendo solo superada por la capital Popayán

En el municipio de Puerto Tejada, la población menor de 5 años se estima alrededor de 4.822 niños y niñas que representan el 9,4% de la población según datos proyección DANE 2013 (Tabla 3)

TABLA 3
POBLACION POR GRUPO ETAREO
MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA

EADES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	PORCENTAJE
0-4	4.020	2.052	1.968	9%
5-9	4.084	2.063	2.021	9%
10-14	4.395	2.219	2.176	10%
15-19	4.794	2.469	2.325	11%
20-24	4.344	2.154	2.190	10%
25-29	3.549	1.684	1.865	8%
30-34	3.251	1.546	1.705	7%
35-39	3.119	1.437	1.682	7%
40-44	2.924	1.340	1.584	6%
45-49	2.643	1.170	1.473	6%
50-54	2.323	1.052	1.271	5%
55-59	1.767	813	954	4%
60-64	1.319	610	709	3%
65-69	956	458	498	2%
70-74	735	347	388	2%
75-79	596	274	322	1%
80 Y MÁS	576	243	333	1%
TOTAL	45.395	21.931	23.464	100%

⁷ Para el 2008.

El municipio cuenta con dos (2) hogares infantiles en la modalidad de Centros De Atención Integral al Preescolar (CAIP), entidades sin ánimo de lucro, adscritos al Sistema nacional de Bienestar familiar (ICBF), Hogar infantil A cuenta con 138 niños y hogar infantil B con 115 niños, población incluida el presente estudio. Además el municipio cuenta con un centro múltiple que trabaja la modalidad de (Centro de Desarrollo Infantil) administrado bajo la figura de concesión a la Fundación Propal, 15 hogares FAMI, 94 hogares en la modalidad Madres Comunitarias, tres hogares agrupados.

4.4. POBLACIÓN

La población en la perspectiva del estudio de *caso global* (67), está constituida por los niños y niñas menores de 6 años, como lo delimita la ley 1098 de 2006, (15) para la población de primera infancia. Si bien esta es la población de referencia inicial, se asumió que la población de interés eran niños y niñas institucionalizados en servicios de atención para primera infancia en los hogares de bienestar familiar. Pero en cuanto conjunto de población sujeto de estudio, se complementó ésta con los sujetos denominados “casos de muestra cualitativa” que estuvo integrada por informantes claves de autoridades locales y agencias operadoras de servicios para primera infancia.

En este sentido, la “población” viene a ser el conjunto de sujetos adultos, organizaciones a las que representan, relaciones diádicas cuidador niño(a), objetos documentales de la política pública y legislativa, que se insertan en el caso global como unidades de análisis y que sirven como fuente básica instrumental para informar los objetivos de investigación.

4.5. ESTRATEGIA DE MUESTREO Y CRITERIOS DE SELECCIÓN

Este estudio de caso global asume que los casos como unidad de análisis son objetos y personas. Entre los primeros se incluye a los objetos documentales impresos o digitales, páginas web y blogs que den cuenta de información pertinente sobre marcos institucionales y legislación. Entre los segundos se cuenta con las personas que fueron sujetos de investigación, e incluyeron a los usuarios de servicios (cuidadores de niños), y los actores claves como autoridades de salud y operadores de programas de primera infancia.

La selección de la muestra propositiva de sujetos se orientó por dos principios: pertinencia y adecuación (69)

- La pertinencia tiene que ver con la identificación y logro del concurso de los participantes que pueden aportar la mayor y mejor información a la investigación, de acuerdo con los requerimientos teóricos de ésta. Se contó con un muestreo de doble alcance, a saber:

Por un lado, se contó con un muestra de todos los casos (usuarios de servicios) que incluían a los hijos o niños menores de 5 años, al cuidado de personas

cuidadoras y/o tutores de niños en los servicios de protección en dos hogares comunitarios de bienestar familiar en el municipio; y,

Por otro lado, se pudo acceder a muestreo de casos homogéneos y “políticamente importantes” siguiendo a Patton (69) para determinar los casos de los informantes claves, que incluyeron a autoridades locales de salud y operadores de servicios de primera infancia en el municipio de Puerto Tejada.

- La adecuación, significa contar con datos suficientes disponibles para desarrollar una completa y exhaustiva descripción del fenómeno, preferiblemente cuando el momento de la saturación se ha alcanzado. Para el estudio se contó con informantes claves que facilitaron datos suficientes a los propósitos de la investigación, y en cuyo proceso de entrevistas no hubo contingencias de reemplazo o eliminación. Esto significa que todos los casos sirvieron a la meta de saturación de las categorías deductivas.

4.5.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS CASOS

Se asimilan los siguientes criterios a los que en investigación cuantitativa se denominan criterios de inclusión/exclusión

- Vivir en el municipio de Puerto Tejada o en municipios vecinos del norte del Cauca (Villarica, Padilla, Guachené).
- Pertener o estar adscrito a la organización de la que se quería obtener información, esto es, cuidadores de niños(as) en servicios de protección, autoridades locales, y operadores de servicios de primera infancia.
- consentimiento informado por el participante sin restricciones de tipo funcional, médico o problema grave de salud para autoridades y operadores, no estar incurso de investigaciones administrativas o disciplinarias, o con impedimentos legales.

4.6 CATEGORÍAS Y VARIABLES

Este estudio tiene dos tipos de variables: las primeras referidas a categorías cualitativas que dan cuenta del análisis documental y narrativo; y las segundas referidas a variables descriptivas que enuncian los datos cuantitativos a través de una encuesta a usuarios. La integración de las variables y categorías se hace de modo que dichas dimensiones y datos se integren a las narrativas como conjunto de análisis de políticas que pretende agrupar y hacer emerger las categorías finales sobre las cuales concluye la investigación. Enseguida presentamos dichas categorías y variables.

4.6.1. CATEGORÍAS DOCUMENTALES Y NARRATIVAS

Las categorías se dividen en dos: documentales y narrativas. Las primeras dan cuenta de los términos del análisis de documentos técnicos y legales que se hizo con base en sendos documentos accesados y revisados por categorías temáticas globales y emergentes. Véase la tabla infra para mayores detalles.

**TABLA 4
CATEGORIAS DOCUMENTALES Y NARRATIVAS**

TIPO DE DOCUMENTO	CATEGORÍAS GLOBALES	CATEGORÍAS EMERGENTES
Políticas Públicas con orientaciones técnico normativas	Enfoque de política Objetivos de política Cobertura y problemas que aborda	Eficacia Niveles de ejecución
Normas legislativas	Prescripciones para la prestación de servicios Obligaciones de servidores	Sanciones
Documentos técnicos	Orientaciones técnicas Protección del derecho	Demandas de cumplimiento
Otros documentos de literatura "gris"	Alcance técnico científico	Demandas de cumplimiento

Fuente: elaboración propia

Las segundas categorías son las correspondientes a las narrativas o relatos de los actores locales y nacionales. Esto se traduce como un conjunto de ideas cognitivas y normativas propuestas por ellos. Las ideas cognitivas según Caldera (69) tratan de cómo (el primer nivel o de reglas operativas) las acciones ofrecen solución a los problemas, cómo (segundo nivel o de reglas de elección colectiva) las políticas y los programas definen los problemas a ser solucionados, así como quiénes participan, y cómo ambos, políticas y programas, engranan con el núcleo básico (tercer nivel o de reglas constitucionales) de principios y normas del paradigma dominante o las disciplinas científicas relevantes (70).

La tabla infra, muestra las categorías narrativas divididas en ideas cognitivas e ideas normativas, estableciendo para cada actor el conjunto de preguntas generadoras a considerar en el estudio.

**TABLA 5
IDEAS CONGNITIVAS Y NARRATIVAS**

INSTITUCIONES	IDEAS COGNITIVAS	IDEAS NORMATIVAS
REGLAS CONSTITUCIONALES	<i>Actores claves:</i> ¿Qué problema se debe solucionar frente al Dx de alteraciones VA?; ¿Cómo se define el problema en tanto referencial para la acción pública?	<i>Actores claves:</i> Cuál es el núcleo de valores, principios y normas que sustenta la política actual y la que se propone como ajuste o cambio?
REGLAS DE ELECCIÓN COLECTIVA	¿Qué estructuras y niveles de rectoría y provisión se establecen para lograr el servicio?; ¿Qué normas aprueban el servicio?	¿Estas reglas están acordes con las normas legales vigentes?

<p>REGLAS OPERATIVAS</p>	<p><i>Usuarios de servicios:</i> Se ofrece alguna solución, parcial o total frente al problema?; ¿Qué acceso y uso de servicios de diagnóstico temprano hay? Qué alcance tiene la prestación de servicios en cuanto a detección temprana de alteraciones del niño?</p>	<p><i>Usuarios de servicios:</i> Cómo se puede lograr la aspiración de que el diagnóstico de alteraciones VA se lleve a cabo con las condiciones actuales del sistema?; ¿La prestación de servicios actual cumple con objetivo de Dx de alteraciones VA para el grupo más vulnerable?</p>
--------------------------	--	---

Fuente: Caldera 2012

4.6.2 VARIABLES DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO CON USUARIOS

Las variables del estudio en la encuesta se muestran en el Anexo 1, donde quedan establecidos aquellos datos sociodemográficos, antecedentes de salud del niño y materno obstétricos, estado de salud, y las cuestiones relativas al acceso y demanda de servicios de salud. Estas variables son fuente importante del análisis narrativo, puesto que de ellas se desprendieron las demandas y expectativas de usuarios frente al cuidado y atención institucional que se les da a sus hijos(as). A pesar de que esta parte del estudio se remite a una encuesta de muestra en dos hogares infantiles de cuidado amparados por el Estado, sus datos agregados se toman como relato desde la perspectiva de los usuarios de servicios de primera infancia. La cuestión estuvo en traducir datos cuantitativos en mensajes y relatos que den cuenta de las posiciones, aspiraciones, deseos, y demandas de los usuarios sobre el cuidado y atención de las y los niños.

4.6.3 PRUEBA PILOTO DE ENCUESTA

Se realizó una prueba piloto del formato de la encuesta a padres de familia de niños de edad preescolar de una institución educativa del municipio, pues estos comparten características con los padres de familia y/o cuidadores que asisten a los hogares infantiles que participan del proyecto

La prueba piloto se realizó posterior al aval el comité de ética institucional de la Universidad del Valle, contando además una carta de aprobación del hogar infantil privado que se escogió para hacer la aplicación de la misma.

Este primer acercamiento permitió medir la intención en la pregunta, claridad y el tiempo estimado para la realización de la encuesta. Los resultados permitieron, rediseñar tres preguntas dado que los términos que se utilizaban eran muy técnicos, se eliminaron dos de las preguntas. Al final se ajustó el instrumento que se aplicó Para ello se tomó como ejemplo el modelo de formulación de pregunta que usa la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010.

4.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El análisis de los datos cualitativos se realizó siguiendo la metodología de Emery Roe (4) de narrativas discursivas. En la cual se privilegia la racionalidad argumentativa o discursiva sobre la racionalidad instrumental; el análisis argumentativo se centra en el papel crucial del lenguaje, la argumentación, la retórica y las historias en la elaboración del debate, así como en la estructuración del marco deliberativo en el que se formula la política. Se complementa el análisis con las técnicas de codificación de la metodología de teoría fundamentada de Strauss y Corbin (70).

Los datos de las entrevistas se transcribieron en formato de texto para su análisis y contrastación entre ellas, para identificar relatos similares, complementarios y contrastantes que permitieran reconstruir la fase de implementación de la Estrategia Nacional de Cero a Siempre en el municipio.

Los datos cuantitativos fueron almacenados en una base y procesados en el programa Stata, el tipo de análisis estadístico utilizado fue uní y bivariado. Se realizó un listado de variables para determinar valores extremos descartando errores en la digitación al contrastar con los registros primarios o formatos de registro de fuentes secundarios. Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y variabilidad, las variables categóricas se compilaban en frecuencias absolutas y relativas y se presentan en tablas y gráficas.

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo de investigación se realizó bajo los principios éticos establecidos en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por lo cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Referente al reclutamiento de los participantes se solicitó por parte de la investigadora con anterioridad un espacio durante una de las asambleas de padres de familia de los hogares infantiles posterior a la aprobación de proyecto por el comité de ética de la Universidad de la Valle, se informó sobre el objetivo de la investigación, los alcances y la importancia en que ellos participen de la misma, los nombres de las investigadoras principales y sus números de contacto.

A cada participante se le asignó un código para garantizar la confidencialidad de la información de tal forma que su identidad fuese manipulada y guardada únicamente por la investigadora.

En relación con el consentimiento informado, para garantizar la participación voluntaria y libre de los participantes en la realización de estudios, la investigadora realizó una lectura textual, explico y aclaro las dudas de los participantes.

El diligenciamiento del consentimiento informado por el representante legal o padre o cuidador participante se realizó con su respectivo documento de identidad en la presencia de dos testigos. Considerando que el estudio no realiza ninguna

intervención de tipo biológica, física o psicológica, que amenace la integridad o la vida de los participantes de esta investigación, se considera sin riesgo, tanto para los participantes como para los funcionarios de los hogares infantiles que participen en el estudio

5. RESULTADOS

5.1. ANTECEDENTES SOCIALES, POLÍTICOS Y ECONÓMICOS DE LA FORMULACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA.

En este apartado se analizan los acontecimientos que marcaron la dinámica social, política y económica del país y que influyeron en la creación de programas e iniciativas para los antecedentes de lo que hoy se conocen como Política de Primera Infancia.

Las situaciones socio económicas imperantes en el país, aunado al incremento poblacional de niños y niñas, direccionó al Estado a crear alternativas de atención para la niñez, entre las cuales se destacaron durante las décadas del 70 y 80, programas como los Hogares Comunitarios de ICBF, Supervivir, Unidades Móviles y Recuperación nutricional. A través de estos programas se prestaron servicios de alimentación, educación sobre hábitos higiénicos, forma de criar a los hijos y su asistencia médico - social, a través de la consulta prenatal y consulta de niño sano, complementarios a las funciones correspondientes a las familias (71)

Estos programas fueron ejecutados por el ICBF y los Ministerios de Educación y Salud los cuales se desarrollaron principalmente en la zona urbanas del territorio nacional, no así en la totalidad del territorio nacional, convirtiéndolas en alternativas focalizadas para una porción de la población infantil (71)

Es así como el ICBF se concentró en intervenir en la situación nutricional de la población menor de edad, en la situación médico sanitaria de los niños y niñas y sus respectivas madres, y en atender a aquellos en condición de abandono, situación latente a nivel nacional (71,72).

Durante la época de los noventa, el ICBF incorporo una nueva estrategia de promoción del desarrollo infantil, orientada a madres gestantes o con hijos menores de 2 años: El Programa Familia, Mujer e Infancia – (FAMI). Esta modalidad incorporo actividades educativas tanto con los niños y niñas, como con sus madres y otros familiares, muchas de las cuales se realizaron en conjunto con el sector salud

De igual manera a nivel nacional se pusieron en operación otra serie de programas, proyectos y modalidades de atención, algunas de las cuales desaparecieron en razón de cambios ligados a la llegada de nuevos personajes al gobierno nacional, regional y local. Sin embargo y como resultado de las acciones intersectoriales y el fortalecimiento del trabajo del sector salud, se establece el programa de Crecimiento y Desarrollo, el cual ha venido incorporando

concepciones de desarrollo integral, trascendiendo el énfasis en la enfermedad y promoviendo una acción más integral del bienestar del niños y niñas, a la vez que ha permitido la asimilación de propuestas con el enfoque del ciclo vital. Su evolución se ha dado de tal manera que paso de una fase inicial en la década de los sesenta en el que el énfasis era en el control de peso y talla, hacia una mirada integral de la salud y el desarrollo infantil (71,72,73)

El plan de desarrollo para el cuatrienio 2010-2014 establece en la atención integral a la primera infancia como su programa bandera¹, y con ello toma fuerza el concepto de atención integral el cual como ya se dijo anteriormente se define como es un conjunto de acciones planificada de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil de las niñas y los niños en primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición(74)

Sobre el concepto de atención integral (74) señalan que ha sido construido de manera fragmentada y puede variar según el área en la que se desempeñan los y las profesionales. Por ejemplo, se podría conceptualizar desde la categoría de salud, señalando que la atención integral a la persona enferma corresponde a tratarla comprendiéndola y entendiéndola desde su totalidad y sus múltiples dimensiones, como ser único que busca el equilibrio multidimensional, el cual, es gozar de salud.

Así, gran parte de los esfuerzos por construir el concepto de atención integral ha resultado de aproximaciones que dejan de lado la integralidad del concepto, promoviéndose un acervo teórico insuficiente para responder a la totalidad y a la complejidad del ser humano.

La atención integral en salud para los niños es un compromiso que trasciende el sector de la salud. Una nación debe resolver los problemas de la infancia si quiere ser exitosa en su lucha por alcanzar el desarrollo, respecto al particular de los servicios de salud, se reporta que a diciembre 31 de 2012, en el país hay en total 3.736.611 niñas y niños entre 0 a 5 años de edad afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de los cuales 1.590.079 pertenecen al Régimen Contributivo, 15.539 al de Excepción y 2.130.993 al Régimen Subsidiado (75).

Los niños y las niñas en Colombia han sido considerados como personas de alto valor. La constitución de 1991(59) así lo ratifica⁸. La ley 1098 del 2006 (15) expone en el Código de la Infancia y la Adolescencia, herramienta jurídica para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas públicas que permitan

⁸ El artículo 44 de la Constitución en el capítulo de derechos sociales, económicos y culturales, enuncia sus derechos fundamentales y establece el deber de asistencia, protección y garantía de los derechos de los niños en cabeza de la familia, la sociedad y el estado: así como también la prevalencia de sus derechos frente a los de las demás personas.

garantizar a los niños, niñas y adolescentes de Colombia el goce efectivo de sus derechos fundamentales.

Los cambios generados a partir de la formulación de la Estrategia Nacional de Cero a Siempre aún están por describirse considerando que los vacíos son evidentes referentes a los informes de evaluación, seguimiento intervención y control, por lo que se considera como fundamental realizar un análisis desde una perspectiva crítica que permita contemplar las mediaciones y contradicciones que se dan en torno al tema de la atención de la estrategia en todos sus componentes.

Se reconoce que si bien se quieren ciudadanos sanos, disminuir la brecha de discapacidad, o limitación, el Estado debe proporcionar espacios de atención “integral” garantizando a la población en general la obtención de un diagnóstico oportuno desde la primera infancia, sin embargo, a pesar de existir un enfoque teórico para ello esto no se cumple, las tamizaciones neonatales están determinadas según la guía de atención al menor de 10 años para los niños y niñas que presentan unas características específicas durante la gestación o el momento del nacimiento, pero dichas pruebas aun no son de carácter universal en Colombia. Los tamizajes visuales y auditivos se constituyen en un requisito de ingreso a la estrategia para que cualquier niño o niña, y la misma es una barrera de ingreso dado los altos costos que estos tienen para las familias.

Finalmente, se puede concluir que si bien la concepción de atención integral no se cumple totalmente en este periodo por medio de la Estrategia, el ICBF y el Estado (como entes encargados de la atención integral), sean logrado avances, pues además de brindarle a los beneficiarios los servicios de educación, salud, nutrición, acompañamiento psicosocial y familiar, se innova con la incorporación de un proceso educativo, que busca estimular los procesos de aprendizaje en la edad temprana, cualificar y optimizar los servicios que se espera se vayan incorporando con el paso del tiempo.

5.2 REVISIÓN Y ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LA LEGISLACIÓN SOBRE LA POLÍTICA DE PRIMERA INFANCIA

Este apartado se constituye en un esfuerzo por evidenciar las discusiones, contradicciones, avances y retrocesos emergidos en torno a la atención histórica de la primera infancia en Colombia, y a su vez profundizar en las apreciaciones que llevaron al actual gobierno a promover la formulación de una política pública de la primera infancia.

Se busca entonces realizar un análisis socio histórico de los programas, proyectos y acciones estatales relacionados con la primera infancia en el país, pues la importancia de la atención de los niños y niñas menores de seis años en Colombia no parte de un problema nuevo. La necesidad de promover el desarrollo y la calidad de vida durante los primeros años de vida y el garantizar los derechos de

los niños y las niñas, son temas que han formado parte de la agenda pública colombiana en diferentes momentos que se describen a continuación.

Como se dijo en el aparte anterior, en el año de 1968 y en respuesta a la problemática que afectaba a la sociedad Colombiana, relacionada con la falta de nutrición, la división e inestabilidad del núcleo familiar, la pérdida de valores y la niñez desvalida, se formula como política de gobierno la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), asumiendo las funciones que anteriormente cumplían la División de Menores Del Ministerio De Justicia y el Instituto Nacional De Nutrición(76); buscando integrar de manera dinámica estas dos instituciones se le asigna al ICBF funciones relacionadas con la ejecución de las políticas de gobierno en materia de fortalecimiento a la familia, protección al menor de edad, formulación, ejecución y evaluación de programas que promuevan la atención integral a la primera infancia (77).

Desde sus inicios los programas del ICBF⁹ se especificaron desde dos corrientes: una de desarrollo del niño y promoción de la familia, y otra de tratamiento de la patología social derivada del abandono del menor y la desintegración familiar (78)

En 1976 el Decreto No.088 del Ministerio de Educación Nacional, incluye la educación preescolar en el sistema formal de educación y propone dos grados no obligatorios. El nivel propuesto tuvo como objetivo “promover y estimular el desarrollo físico, afectivo y espiritual del niño, su integración social, su percepción sensible y el aprestamiento para las actividades escolares en acción coordinada con los padres y la comunidad”

Posteriormente, dentro del Plan de Integración Social 1978-1982, se diseñó la Política Nacional de Atención al Menor enfocado a la atención del menor de siete años atendiendo la situación de la salud y los procesos de socialización. El cual se desarrolló bajo la premisa de alcanzar el desarrollo económico y social para el país manifestado en la descentralización económica y la autonomía regional los cuales hicieron parte de la nueva estrategia social. Evidenciándose que la atención en salud como de la educación son temas de interés vinculados estrechamente con la niñez.

En 1979 se consagró el Sistema Nacional de Bienestar Familiar- (SNBF), a través de la Ley 7^a, que le asigna al ICBF la rectoría del mismo. Este sistema tenía como objetivo principal, proteger al menor y la familia colombiana, explicitando dos componentes fundamentales: la prevención y la protección.

Durante el periodo 1982-1986, la Política Social Nacional, identifica al niño como la primera prioridad (76).

⁹ En coherencia con la política de Infancia y Familia de la época, La Ley 27 de 1974, permite la creación de los Centros de Atención Integral al Preescolar (CAIP) y con ello los Centros Comunitarios para la Infancia- (CCI) en donde se realizaban acciones directas con el menor de 7 años y se impartía educación para la vida en Familia, brindando elementos educativos a grupos de padres de familia para manejar las relaciones familiares, la mejora de sus ingresos y la participación en el desarrollo comunitario, los cuales subsisten hasta la fecha.

Década del 80:

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF- (1986) diseño e implemento el Programa de Hogares comunitarios de Bienestar (HCB), mediante los cuales se brindaría cuidado diurno, alimentación, atención básica en salud y educación preescolar a los menores de siete años.

La firma a finales de la década de los ochenta de los tratados internacionales de los derechos del niño implicó para Colombia fortalecer los recursos y esfuerzos desde organismos nacionales e internacionales para mejorar las condiciones de vida de los niños y niñas colombianas (79)

La década de los ochenta significó para Colombia un momento histórico de transformación pues se dieron cambios a nivel político y económico (evidenciado en los diferentes tipos de violencia que por muy distintas razones presenta esta década co80) hechos que impactaron las condiciones de vida de las y los Colombianos y de esta forma la atención a la niñez se presenta como un tema de interés a nivel estatal, privado y de sociedad civil.

Con la entrada en marcha de la Constitución Política de 1991(59), el aspecto de interés e inclusión se vuelve más amplio pues los artículos 44 y 67, establecen los 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) y se establece una corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado en la asistencia y protección que les garantice al menor su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, mientras que el segundo artículo plantea que la educación será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y comprenderá como mínimo un año de preescolar; con ello se moviliza el país hacia la aplicación de un concepto aún más integral referente al cuidado y protección de los niños. Pero hasta la fecha los esfuerzos se encaminan en actividades no integradoras que se dan desde los enfoque de salud y educación de manera separada (77).

Ley 100 de1993,(12) mediante la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que priorizó la atención de las madres gestantes y lactantes, de la población infantil menor de un año y de las mujeres cabeza de familia. .

Década del 2000:

La Ley 715 de 2001, definió las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (salud y educación) y estableció el Sistema General de Participaciones (SGP), permitiendo la ampliación por cobertura en el grado obligatorio de preescolar y asigna recursos para alimentación escolar en los establecimientos educativos a niños y niñas en edad preescolar

CONPES 091 de 2005, se definen las metas y estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en especial en la erradicación de la pobreza extrema, el acceso a primaria universal, reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años y mejorar la salud sexual y reproductiva.

En noviembre 8 del 2006 se refrenda la Ley 1098 (15) “Código de la Infancia y la Adolescencia” que deroga el Código del Menor y establece en su artículo 29 el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.

En diciembre de 2006, el Congreso aprobó por primera vez en la historia de Colombia la política pública por los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años.

CONPES 109 de 2007, que presenta el documento “Colombia por la primera Infancia” en donde se fija las estrategias, las metas y los recursos al Ministerio de la Protección Social, al Ministerio de Educación y al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con el fin de garantizar la atención integral a esta población.

En conclusión del análisis documental de la legislación sobre la política pública de primera infancia se puede decir que Colombia ha tenido políticas y programas dirigidos a los niños y las niñas, con especificidad en unos campos y vacíos en otros, las primeras políticas de la niñez estuvieron focalizadas en aspectos materno – infantiles, relacionados con los planes de anticoncepción de los años sesenta dando mayor prioridad a la salud materna pre natal. (72).

Durante el periodo comprendido entre 1960 y 1980, se gestaron iniciativas para la atención de la niñez dirigida a la atención nutricional y en salud de los niños, niñas y sus madres. Acciones que permitieron disminuir el índice de mortalidad infantil (1960: 92,12; 1970: 73,03; 1980: 42,96); Hechos que surgieron no de forma esporádica sino como respuesta a los intereses de la sociedad.

A partir de la creación del ICBF, se da un respaldo institucional a los menores de edad, por medio de normas y leyes específicas (Ley 27 de 1974, Decreto n° 088 de 1976 etc) y una intervención direccionada a la responsabilidad estatal, la evolución del país en cuanto a la legislación. Concreta para la población menor de edad, permitió un avance en la atención de las necesidades poblacionales.

Durante la época de los 80 se evidencia la existencia de políticas sociales dirigidas a la niñez, que concretamente orientaron su accionar hacia la higiene, salud, nutrición y educación, siendo ello consecuente con la necesidad del contexto y de la población menor de edad

Muchas de las acciones emprendidas por el Estado dirigido a la atención de los niños y niñas, responden en su mayoría a influencias internacionales o la responsabilidad del Estado de cumplir las disposiciones de los tratados de acuerdos internacionales que ratifico como país.

5.3. TRAYECTORIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE CERO A SIEMPRE EN EL MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA

La implementación de la estrategia de Cero A Siempre en el municipio de Puerto Tejada se da como respuesta al ordenamiento nacional emitido por el Plan nacional de desarrollo que insta a todos los entes territoriales en el país a implantar la estrategia; aunque en sus inicios la estrategia no tuvo cobertura a nivel nacional si tuvo presencia en todos los departamentos de la nación (74).

Gracias a la gestión del centro zonal Norte del ICBF y debido a que los hogares infantiles en el municipio de Puerto Tejada Cauca, contaban con la dotación e infraestructura la Estrategia Nacional de Cero a siempre se implementó durante el primer semestre del año 2012 dando respuesta al Plan Nacional De Desarrollo, Prosperidad para Todos; establecido como política pública por el gobierno del presidente Juan Manuel Santos durante el cuatrienio 2010 -2014.

“...Pues nosotros somos los que lo implementamos, somos los garantes y para el Norte somos Centro Zonal Norte ICBF...” coordinadora Estrategia de Cero a siempre municipal - ICBF

El Plan De Nacional De Desarrollo, prosperidad para todos prioriza la Atención a la primera infancia y crea la estrategia de Cero a Siempre, la cual logra establecerse a nivel nacional. Durante el primer semestre del 2012 se da la fase de *transición o transito* que busco la generación de espacios para que modalidades ya existentes en ICBF como los hogares infantiles, las madres comunitarias y los FAMI se familiarizaran con los lineamientos de la nueva propuesta la cual tenía como objetivo garantizar la continuidad de la atención a los niños y niñas, mejorar la capacidad instalada en los prestadores del servicio para operar de manera oportuna bajo esta modalidad.

En sus inicios en la fase de implementación de la estrategia solo habló de la conformación de los Centros de Desarrollo Infantil CDI como actores a vincular a la misma, fue entonces cuando los hogares infantiles y demás modalidades a nivel nacional hicieron sentir su voz de protesta pues consideraban que se les excluía y /o discriminaba del participar de una estrategia de la cuales ellos eran expertos. Durante este proceso se dio la discusión que entre las modalidades del ICBF existentes los hogares infantiles debía pasar a constituirse CDI, fundamento que se desvirtuó luego de considerar que los mismos, los hogares infantiles contaban con déficit prestacional de cesantías que impedían este hecho. Siendo así fue como se reconoció la experiencia y el bagaje en la atención a la primera infancia que tenía certificada con más de treinta años esta modalidad a nivel país y se les invito hacer partícipes de la estrategia.

En el municipio de Puerto Tejada las diferentes modalidades mediante las cuales se les brinda Atención Integral a los niños y las niñas menores de 5 años eran entre otras los Hogares Infantiles de ICBF >(Amor y Alegría y Mis Amiguitos), antiguos CAIP, esta modalidad de atención tiene como objeto la generación de acciones que garanticen los derechos de los niños y niñas mediante la corresponsabilidad de los diferentes actores del Sistema Nacional de Bienestar Familiar -SNBF, creados por el artículo 1 de la Ley 21 de 1974 con el objetivo de

propiciar el desarrollo social, emocional y cognitivo, prioritariamente de niños y niñas de familias con alta vulnerabilidad socioeconómica, a través de acciones que propicien el ejercicio de sus derechos con la participación activa, organizada y responsable de la familia, la comunidad, los entes territoriales, organizaciones comunitarias, empresas privadas, Cajas de Compensación y el Estado colombiano.

La fase de transición a la estrategia Nacional de cero a Siempre permitió que se conservara la modalidad que traían como ya se ha dicho, solo que se mejora el recurso, este nuevo presupuesto permite la cualificación del personal que consiste en brindar un equipo interdisciplinario, psicosocial, profesional en salud, auxiliar administrativo y auxiliar pedagógicos este personal es según el número de niños vinculados por institución fueron las características más notorias que durante ese primer periodo transicional se efectuaron

Para el año 2013 el hogar infantil Mis amiguitos contaba con una población en 115 infantes y el hogar infantil Amor y Alegría contaban con un número de 138. La planta de personal de ambos hogares estaba conformada por 6 docentes, 2 auxiliares pedagógicos, 2 manipuladoras de alimentos, 2 de servicio general, 1 auxiliar administrativo, 1 administrativo, 1 profesional en salud y 1 profesional en psicología. Lo que permitió brindar mejor calidad en la prestación del servicio dado que se garantizó la intervención por parte de un equipo interdisciplinario.

Como se implementó la estrategia dentro del hogar infantil

“...aumento el talento humano se aumentó el talento humano en 2 dos profesionales un psicosocial y un profesional en salud así como dos auxiliares pedagógicos que vieran a reforzar un poco el trabajo pedagógico y quitar un poco la carga de la jardinera y los niños para los hogares infantiles por cada 50 niños tienen la posibilidad de nombrar a una auxiliar pedagógica...” (MM.V, 2013)

Según informa la coordinadora regional de los CDI del Centro Zonal Norte de ICBF, la razón por la que se prioriza la atención de los niños y las niñas en el municipio de Puerto Tejada está relacionada con los reportes de las condiciones de los niños en las casas así como la vulnerabilidad con la que contaban muchos de ellos. A nivel del Cauca el centro zonal Norte fue pionero en la implementación de la estrategia con la puesta en marcha de la misma desde la fase de transición en julio de 2012, Puerto Tejada se vio beneficiada con la implementación de 2 de las modalidades los hogares infantiles y el CDI.

Durante las fases de transición, implementación y puesta en marcha de la estrategia Nacional de Cero a Siempre se formuló la integración al servicio de herramientas de tipo tecnológico y administrativa que permitieron calificar las actividades descritas en la estrategia mediante el diseño, implementación,

seguimiento y evaluación del Plan Operativo de Atención Integral – POAI, estas herramientas han permitido visualizar acciones, monitorear la Estrategia y generar pasos importantes en tres campos. Por una parte, en el marco del Sistema Único de Información de la Niñez, que brinda información sobre la realización de los derechos de la niñez, ha introducido indicadores referentes a primera infancia; por otra, se ha avanzado en la armonización de sistemas y procedimientos para el registro y seguimiento de atenciones que las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar ofrecen a las niñas y los niños y, finalmente, se está estructurando un sistema de seguimiento niño a niño como uno de los ejes fundamentales para la implementación de la Estrategia.

La responsabilidad de la implementación de la Estrategia no es solo de las entidades del nivel nacional que hacen parte de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la Primera infancia, sino también de los departamentos, municipios, comunidades, organizaciones, redes y familias responsables de la primera infancia en los territorios. Durante la fase de implementación, transición y formulación de la estrategia a nivel territorial se establecieron la conformación de comité técnicos los cuales tienen un rol central en el éxito de la implementación, pues es en los territorios en donde se materializan las atenciones dirigidas a los niños, las niñas y sus familias. En consecuencia, los departamentos y municipios deben garantizar que la primera infancia esté incluida en los planes de desarrollo territorial y deberán velar por un enfoque holístico en sus políticas locales de tal forma que se pueda lograr la articulación intersectorial requerida para la atención integral de calidad de los niños y niñas en sus territorios.

El Comité Técnico Nacional conformado por representantes del Ministerio de Educación Nacional -MEN-, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, el Ministerio de la Protección Social y demás entidades partícipes, tiene como funciones el gestar y coordinar acciones para la prestación del servicio de Atención Integral a la Primera Infancia en los niveles nacional, departamental, municipal e institucional, en el marco de la Política Educativa para la Primera Infancia, así como Asesorar al Comité Departamental o Municipal (secretarías certificadas) de Primera Infancia para la implementación de la Política Educativa en los municipios son y coordinar las acciones necesarias en los diferentes niveles nacional, departamental y municipal velando por garantizar el cumplimiento de los convenios con los operadores en los términos establecidos

El Comité Departamental para la Primera Infancia Integrado por las Secretarías de Educación, Salud, Bienestar Social y Desarrollo Humano de la entidad territorial certificada, y la Dirección Regional y Centro Zonal del ICBF y la Red JUNTOS como programa nacional para combatir la pobreza y la violencia, al igual que otras dependencias territoriales responsables de la Atención Integral a la Primera Infancia. Sus funciones son: Garantizar la articulación interinstitucional e intersectorial dentro de la administración departamental o de municipios certificados, orientar la formulación del Plan de Atención Integral -PAI- y su

implementación atendiendo a la política educativa nacional y a las políticas públicas nacionales y departamentales entre otras.

A nivel municipal se establece la Mesa Municipal de Primera Infancia Integrada por representantes de la institucionalidad pública, privada y organizaciones comunitarias que atienden a la Primera Infancia en el municipio, la Red JUNTOS. Forma parte del Consejo de Política Social -CPS-. La Mesa cumple a nivel municipal con funciones relacionadas con: la Movilización y coordinación acciones para la Atención Integral de la Primera Infancia, con la participación activa de las administraciones municipales, Consejos Municipales de Política Social, hospitales, instituciones educativas, agentes educativos, organizaciones sociales y líderes comunitarios del sector urbano y rural.

5.4 RESULTADOS DE ENCUESTA A USUARIOS SOBRE SALUD VISUAL Y AUDITIVA EN LAS Y LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA

Los resultados que a continuación se presentan son producto de la encuesta que se formuló para dar respuesta al bloque de calidad de la atención. Estas variables dimensionan los preceptos de percepción, satisfacción y acceso en salud visual y auditiva desde la perspectiva del usuario referente a la prestación de los servicios de salud.

En el marco del análisis narrativo estos datos se usan para tener una evidencia empírica más clara acerca del problema del acceso y la calidad de los servicios, así como para entender la lógica de los usuarios que hablan a través de los datos. Desde la posición como investigadora se desea exponer como una narrativa del discurso, el cual se verá reflejado en el capítulo sobre análisis de las narrativas de políticas públicas.

Enseguida se presentan los hallazgos principales, y sus respectivas reseñas. Al final del capítulo se recapitula sobre la utilidad de estas percepciones para el análisis narrativo en la circunstancia de las y los usuarios y padres de familia de las y los niños de primera infancia.

TABLA 6 DIAGNÓSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS SEGÚN TAMIZAJE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Características	Descriptivas	porcentaje
Edad (meses) n	197	
Media \pm D. estándar	37 \pm 12,3	
Rango	10 – 66	
Mediana	36	
Rango intercuartil	26 - 46	
Género		
Hombre	113	57,4
Mujer	84	42,6
Institución		
A	101	51,3
B	96	48,7
Nivel		
Sala cuna	49	25
Párvulos	47	24
Jardín	51	26
Prejardín	50	25,4

La edad de la población de menores en el estudio fluctuó entre 10 y 66 meses con una media de 37 meses; un 57,4% son niños y un 42,6% son niñas, pertenecen a dos Instituciones de Bienestar Familiar y se distribuyen por niveles de atención en Sala cuna (25%), párvulos (24%), prejardín (25,4%) y Jardín (26%).

TABLA 7. TAMIZAJE VISUAL, AUDITIVO Y PROFESIONAL QUE REALIZÓ LA VALORACIÓN

Tamizaje y valoración	Descriptivas	Porcentaje
Visual n (%)	197	100,0
Ninguna alteración	167	84,8
Remisión Optometría	20	10,2
Remisión Oftalmología	9	4,6
Remisión Pediatría	1	0,5
Auditivo		
Ninguna alteración	187	91,4
Remisión Fonoaudiología	9	4,6
Remisión Otorrinolaringología	7	3,5
Remisión Pediatría	1	0,5
Profesional que realizó valoración		
Optómetra/fonoaudiología	96	48,7
Médico general	89	45,2
Otros profesionales	6	3
No reporta	6	3
Alteración visual y/o Auditiva		
No	157	79,7
Si	40	20,3
Alteración visual y/o Auditiva – Peso (gm)	Media \pm DS	
Si	2.920 \pm 738	
No	3178 \pm 529	
	Valor_p = 0,019	
Alteración visual y/o Auditiva – Talla (cm)	Media \pm DS	
Si	48,3 \pm 4,2	
No	49,7 \pm 3,4	
	Valor_p = 0,060	

Las valoraciones del tamizaje visual y auditivo reportado en las carpetas fueron realizadas en su gran mayoría por Optómetra/fonoaudiólogo (48,7%) y médico general (45,2%). La prevalencia de alteraciones visuales y/o auditivas fue de 20,3%, IC (95%):15 – 26,6. Tabla 5.

Esta prevalencia es similar a la encontrada por Rincón y Rodríguez (80), en un estudio descriptivo en la institución Aldeas Infantiles del barrio Las Cruces de Bogotá, para determinar la frecuencia de alteraciones visuales en niños entre seis meses y once años de edad, mediante la aplicación de pruebas de tamizaje para defectos visuales a 101 niños de estrato socioeconómico uno y dos reportan que el **16%** de los menores valorados presentaron alteraciones en la agudeza visual mayor o igual a 20/60; cerca del **10%** mostraron graves alteraciones en la agudeza visual, una de las principales causas de ambliopía en nuestro medio.

A nivel auditivo el estudio “Detección de hipoacusia mediante potenciales evocados auditivos tronco-encefálicos y otoemisiones acústicas transitorias en niños (as) del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Barranquilla (Colombia) 2009”. Se determina una La prevalencia de hipoacusia infantil fue de 6,3% tras la primera evaluación y 2,3% tras la segunda (81)

La prevalencia de alteraciones visuales fue de 15,3%, IC (95%):10,5 – 21,0. No se encontraron diferencias estadísticamente significantes según género del preescolar (valor_p =0,414). La prevalencia de alteraciones auditivas fue de 8,6%, IC (95%):5,1 – 13,4. No se encontraron diferencias estadísticamente significantes según género del preescolar (valor_p =0,163). Tabla 7.

TABLA 8.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS ENCARGADAS DEL MENOR

Características	Descriptivas	Descriptivas
Parentesco con el menor n (%)	40	100,0
Madre	32	80
Padre	5	12,5
Familiar	3	7,5
Edad (años cumplidos) n	40	
Media ± D. estándar	31,1 ± 9	
Rango	19 – 61	
Mediana	30	
Rango intercuartil	25 – 32,7	
Genero		
Hombre	5	12,5
Mujer	35	87,5
Último Nivel de estudios aprobado		
Técnico	19	47,5
Bachiller	15	37,5
Universidad	4	10,0
Primaria	2	5
Estrato socio económico		
1	19	50
2	16	42
3	3	8
Estado civil n (%)		
Soltera	15	37,5
Unión libre	15	37,5
Casada	7	17,5
Separada	2	5
Viuda	1	2,5

La mayoría de las personas encargadas de cuidar al menor fueron mujeres (87,5%) madres con edad (años) fluctuando entre 19 y 61, media de edad de 31 años; un 85% tienen un nivel de estudio entre técnico y Bachiller, pertenecen a estratos socioeconómicos 1 y 2, el 75% son solteras o viven en unión libre.

TABLA 9. CARACTERÍSTICAS SOBRE CONSTITUCIÓN DEL HOGAR DEL MENOR

Características	Descriptivas	porcentaje
Constitución del hogar n (%)	40	100,0
Madre/otros	15	37,5
Madre/Padre/Hermanos	11	27,5
Madre/Padre	6	15
Madre/Padre/Hermanos/Abuelos/Otros	6	15
abuelo/otros	2	5
Persona que permanece mayor tiempo con el menor		
Madre	29	72,5
Familiar	9	22,5
Padre	2	5
Edad madre o cuidador n		
Media ± D. estándar	40 38,5 ± 13,2	
Rango	19 – 66	
Mediana	36,5	
Rango intercuartil	26,2 – 50,2	
Lugar entre hermanos		
Único	17	42,5
Primero	4	10

La constitución del hogar presentó como base la madre del menor es quien permanece más tiempo con él. El 42,5% son hijos únicos.

TABLA 10. CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS DE LA ATENCIÓN QUE GENERÓ EL PROCEDIMIENTO

Características	Descriptivas
Persona que cubrió el pago de la atención n (%)	40 (100,0)
Madre	23 (57,5)
Padre	12 (30)
Familiar	3 (7,5)
Otro	2 (5)
Erogación (\$) por la atención n	36
Media ± D. estándar	29805 ± 33249 16000 – 20000
Rango	20000
Mediana	16000 – 20700
Rango intercuartil	
Hoy, cómo ve la salud visual y auditiva del menor n (%)	40 (100,0)
Mejor	10 (25)
Igual	25 (62,5)
Peor	5 (12,5)

La persona encargada de cubrir el pago de la atención fue, en su mayoría, el padre o la madre del menor (87,5%). La erogación por la atención fluctuó entre \$16.000 - \$20.000 con una media de 29805 ± 33249. En general, el 25% de los acudientes consideran que hoy en día la salud visual y auditiva del menor está mejor.

TABLA 11. EVALUACIÓN VISUAL Y AUDITIVA DEL MENOR

Características	Prevalencia (%)
Tiempo (meses) entre el nacimiento y el tamizaje visual y auditivo	36
Media ± Desviación estándar	29 ± 14
Rango	9 – 56
Mediana	16
Rango intercuartil	28 – 41
Resultado de la valoración visual n (%)	40 (100.0)
Normal	19 (47,5)
Alteración	18 (45)*
No sabe	3(7,5)
Resultado de la valoración auditiva n (%)	40 (100.0)
Normal	33 (82,5)
Alteración	6 (15)**
No sabe	1 (2,5)
Remisión a profesional de salud	25 (66,7)
Sitio de remisión n (%)	25 (100.0)
Optometra	9 (36)
Oftalmólogo	6 (24)
Otorrinolaringólogo	5 (20)
Pediatra	2 (8)
Fonoaudiólogo/Optómetra	1 (4)
Fonoaudiólogo	1 (4)
Oftalmologo/Otorrinolaringólogo	1 (4)
Información sobre procedimiento que debía seguirse con el resultado	36 (92,3)
Acciones desarrolladas después de obtener resultado versus tiempo toma de examen n (%)	
A. Asistencia consulta médico general EPS (2 -10meses), (1-11 meses)	3
B. Asistencia consulta especialista EPS (1- 6meses),(1- 8 meses), (7-10 meses), (5- 11meses)	14
D. Asistencia control con el mismo profesional que practicó la prueba inicial (1- 10 meses)	1
Profesional de salud que lo atendió n (%)	16 (100.0)
Optometra	6 (37,5)
Otorrinolaringólogo	4 (25,0)
Fonoaudiólogo	2 (12,5)
Pediatra	2 (12,5)
Otro	2 (12,5)
Motivos para no realizar seguimiento al resultado del examen n (%)	22 (100.0)
F	7 (31,8)
E	4 (18,2)
G	4 (18,2)
A	3 (13,6)
H	3 (13,6)
C	1 (4,5)
EPS a la que pertenece la menor n (%)	39 (100.0)
ASMET SALUD	19 (48,7)
SOS	10 (25,6)
NUEVA EPS	6 (15,4)
COOMEVA	2 (5,1)
SALUD COOP	2 (5,1)
Régimen n (%)	40 (100.0)
Contributivo	19 (47,5)
Subsidiado	20 (50)
No afiliado	1 (2,5)

*Prevalencia con respecto a 197 carpetas revisadas = 9,1%, IC (95%):5,5 – 14,0

** Prevalencia con respecto a 197 carpetas revisadas = 3,0%, IC (95%):1,1 – 6,0

El 20% de los usuarios reportó que antes del examen visual y auditivo consideraban que el menor presentaba alguna dificultad para ver o escuchar: 4 de ellos visual, 3 auditiva y uno ambas.

Se preguntó acerca de hace cuánto tiempo (meses) le tomaron el examen visual y auditivo: las respuestas fluctuaron entre 6 – 11 meses, se calculó el tiempo transcurrido entre los años cumplidos al momento de la encuesta y el tiempo que informaron le habían hecho el examen visual y auditivo. Este indicador mide el tiempo transcurrido (meses) entre el nacimiento del menor y el tamizaje visual y auditivo. Tabla 11

Los niños que padecen pérdida auditiva y visual durante los primeros meses de vida y no cuentan con un diagnóstico oportuno generalmente tienen un desarrollo lingüístico defectuoso. El éxito de la rehabilitación de las funciones visuales y auditivas depende directamente de su detección y tratamiento tempranos. (81)El número de niños detectados en estudio refleja la alta frecuencia de niños que tienen factores de riesgo de trastornos auditivos y visuales. Muchos de ellos podrían beneficiarse si se sometieran a estudios de detección de hipoacusia y alteraciones visuales antes de cumplir el primer año de vida.

En España se investigó sobre la necesidad e importancia de realizar una detección precoz y un diagnóstico de la hipoacusia infantil para minimizar las graves consecuencias para el desarrollo del niño de un diagnóstico tardío este estudio aportó líneas sobre la importancia de poner en marcha los primeros programas de detección y diagnóstico precoz de la hipoacusia en y cómo el uso de los implantes cocleares y el aprovechamiento del periodo crítico auditivo (7 a los 12 meses) ofrece otras posibilidades para mejorar los procesos del habla, lenguaje, la interacción y la calidad de vida de los niños sordos(11).

Para efecto de esta investigación cuando se consultó sobre el tamizaje realizado a los menores se informó que este varió entre 9 y 56 meses después de haber nacido, con una mediana de 16 meses y un promedio de 29 meses. A tres de cada cuatro menores se les hizo el tamizaje visual y auditivo después de 28 meses (2 años) de haber nacido. La prevalencia de alteraciones visuales según información de la encuesta fue de 9,1%, IC (95%):5,5 – 14,0. Disminuyó con respecto al tamizaje la cual fue de 15,3%. La prevalencia de alteraciones auditivas según información de la encuesta fue de 3,0%, IC (95%):1,1 – 6,0.La prevalencia de alteraciones visuales y/o auditivas según información de la encuesta fue de 12,2%, IC (95%):7,9 – 17,6. En el tamizaje fue de 20,3%.

Con respecto a los menores, la mitad pertenece una EPS del régimen subsidiado, 48.7% (ASMET SALUD) y el 51.2% a EPS del régimen contributivo (SOS, Coomeva, Nueva EPS, Salud Coop). Se informó que 97,5% de ellos tienen vacunación completa; además, el 90% de ellos están asistiendo actualmente a control de crecimiento y desarrollo. Dado que la afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, la vacunación y la asistencia al control de crecimiento

y desarrollo hacen parte de los lineamientos de la atención integral de la estrategia lográndose evidenciar avances significativos.

Es importante resaltar que el 97.5% de los niños y niñas tamizados cuenta con vinculación a EPS del régimen subsidiado (50%) o contributivo (47.5%), pero solo en un rango de edad entre 9 y 56 meses se realiza la valoración visual y auditiva, perdiendo un tiempo considerable estimado entre el nacimiento y los 12 meses para alcanzar un diagnóstico e intervención oportuna para alteraciones detectadas a nivel visual y auditiva como lo expresan Monsalve y Nuñez en su investigación. (11)

En síntesis, y para propósitos narrativos, las y los usuarios nos dicen que su reclamo frente a la calidad y acceso de atención es una demanda permanente que instala una relación problemática entre prestadores de servicios y usuarios, bajo el imaginario de la realización de los derechos de las y los niños pequeños. El usuario reclama mayor oportunidad y satisfacción de las premisas básicas asociadas al acceso, razón por la cual exige mayor disponibilidad de recursos profesionales y técnicos que sean coherentes con las demandas sanitarias de las y los niños pequeños.

5.5. NARRATIVAS DE POLÍTICA PÚBLICA

La reflexión permanente sobre el impacto o la efectividad de las políticas públicas para la protección integral de los niños y las niñas en Colombia debe representar un sentir que preocupe a la academia y a los diferentes colectivos que trabajan por la protección y cuidado de los niños y niñas de la primera infancia.

Las narrativas de políticas son un recurso analítico que permite la construcción de un modelo-dispositivo de las representaciones de los discursos y las deliberaciones o debates que mantienen ciertos actores frente a las implicaciones de las políticas públicas o de aspectos centrales y específicos de tales. Implica, antes de hacer proyecciones u orientaciones prescriptivas, reconocer las experiencias discursivas de los actores que no son de ellos(as) sino además producto del contexto en el que se producen, siendo ésta una forma de considerar sus alcances, limitaciones, proyecciones u orientaciones considerando la importancia de sus perspectivas.

Este capítulo presenta aquellos hallazgos que contribuyen a entender la política pública de primera infancia, es decir que generan hipótesis y marcos de referencias en torno al proceso y al contenido de esta política. El objetivo es estudiar cómo la construcción de discursos asociados a un componente clave de la política (diagnóstico de alteraciones viso-auditivas en niños pequeños) incide en las diversas etapas del proceso de políticas no sólo como una herramienta de comunicación sino como un factor que contribuye a explicar: a) por qué ciertos temas se adoptan como problemas públicos y entran en la agenda gubernamental, b) cómo el discurso vinculado con un problema define las soluciones escogidas, c) cómo se construyen discursos para convencer y para legitimar las decisiones, y d)

cómo el discurso afecta también los procesos de implementación y evaluación de políticas. (63)

El ejercicio de la narrativa que se describe a continuación sirve para compartir reflexiones acerca del quehacer de las políticas públicas de primera infancia según la perspectiva de sus actores. Desde este enfoque se busca establecer la necesidad de cambios centrados inicialmente en las prácticas internas, o maneras de hacer, asunto que conlleva a pensar en describir la manera en la que se realiza el seguimiento de las valoraciones visuales y auditivas como requisito de ingreso para acceder a los servicios de la Estrategia De Cero a Siempre .

Se hace necesario evidenciar que la atención integral es una construcción social conformada a partir de las prácticas discursivas, tal como las políticas públicas, y que deben ser cuestionadas con el propósito de conformar políticas no solamente de oportunidad, sino también transformadoras de los hábitos de protección y cuidado de la salud de los niños y las niñas colombianos, cambiando las representaciones sociales sobre la atención y cuidado de la salud, para así propender por la solución de los fenómenos de atención inequitativa, seguimiento, manejo y control de las alteraciones. Con esta reflexión también se busca dar paso a próximas investigaciones en salud pública desde el análisis crítico de la política pública.

Se presentan enseguida las narrativas del Estado, los operadores y autoridades de salud, y los usuarios; luego de ello, se continúa con la metanarrativa, y se termina con una propuesta de narrativa para la formulación de la política de primera infancia que dé apertura a los elementos que dejan las brechas en la atención a las alteraciones visuales y auditivas en niñas y niños pequeños.

5.5.1. NARRATIVA DEL ESTADO

A continuación se desarrolla la narrativa de políticas públicas que integran elementos narrativos y discursivos del Estado, lo cual tiene como objetivo servir de fundamento para el análisis de políticas públicas de Primera Infancia: El análisis está aplicado a los documentos de política en los que se encuentran los lineamientos, planes, programas y proyectos dispuestos por el Estado; partiendo de que las políticas públicas son concebidas como construcciones discursivas, en las que se presentan dificultades y contiendas relacionadas con los derechos de los niños y las niñas, específicamente en lo relativo a la detección temprana de alteraciones visuales y auditivas, su intervención y manejo oportuno.

La constitución de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades (77). Son sus requisitos: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. En septiembre de 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, reunida en Alma Ata, estableció en el artículo segundo que la salud “es un derecho humano fundamental”.

La Constitución de Colombia (59) establece en su Título II los derechos, las garantías y los deberes y en el capítulo I de dicho Título define cada uno de los Derechos Fundamentales de los ciudadanos, pero no contempla entre ellos el derecho a la salud. De esta manera la Constitución solamente considera a la salud como un derecho conexo con la vida, que si es un derecho fundamental, cuando ésta se vea amenazada. Aunque recientemente la salud ha sido reconocida como derecho fundamental, según se desprende de una ley nacional estatutaria.

En el caso de los niños éstos gozan del derecho fundamental a la salud, pero no está plasmado en donde corresponde, es decir, en el Capítulo 1 (De los Derechos Fundamentales), sino en el capítulo 2 (De los Derechos sociales, económicos y culturales, artículo 44) poniendo de presente una incongruencia. Pero lo trágico es que ese sector de la población, comprendida desde su nacimiento hasta los 17 años y 364 días, pierde el derecho fundamental a la salud al cumplir los 18 años de edad. Por lo anterior puede concluirse que en Colombia las leyes no igualan a sus habitantes y que en lugar de afianzarse con el crecimiento de las personas y su ingreso a la vida activa ese derecho se pierde.

Como parte del desarrollo jurídico de los artículos 48 y 49 de la Constitución Colombiana, que establecen las bases sobre las que se construyó el Sistema General de Seguridad Social en salud, se promulgó la Ley 100 de 1993. En ese sentido el artículo 48 define el concepto de Seguridad Social pero no el de Salud y el artículo 49 menciona el Saneamiento ambiental, restringiendo el concepto de Salud pública a éste, pero sí establece el derecho a recibir servicios de salud y la posibilidad de competencia entre el aseguramiento estatal (regulador del sistema) y el privado con ánimo de lucro, mediante el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

De acuerdo con la legislación colombiana, la primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis años de edad. Esta misma legislación reconoce a este grupo poblacional como sujeto de derechos y declara impostergable para los menores de seis años, el derecho a la atención en salud y a la nutrición, al esquema completo de vacunación, a la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

En cumplimiento de estos postulados constitucionales, se expidió la ley 100 la cual definió la creación de condiciones de acceso a los servicios de educación en salud, la información y su fomento, además, de los objetivos de prevenir la enfermedad, diagnosticarla, tratarla y rehabilitarla de conformidad con las acciones previstas en su momento por el Plan Obligatorio de Salud (POS) a cargo de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) y el Plan Nacional de Salud Pública a cargo de los Entes Territoriales

Dado que las acciones formuladas en su momento no garantizaban la mejora en la calidad de salud de los afiliados al Sistema, el Acuerdo 117 (1998) estableció el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de

protección específica, detección temprana, demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, con el fin de disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles. Cuatro años más tarde, el Ministerio de Salud mediante la Resolución 412 de 2000, estableció las normas técnicas y las guías de atención de las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento, además la secuencia en que se debían ejecutar, la frecuencia mínima anual y los profesionales de la salud responsables de su ejecución.

Los protocolos de detección temprana que fueron establecidos especialmente en el componente de salud visual y auditiva no se cumplieron a cabalidad pues no contaban con el rigor, seguimiento y control de los entes gubernamentales, dado que los actores (EPS, IPS, profesionales de la salud, beneficiarios) no tienen la capacidad resolutoria y el interés particular de abordar los preceptos de prevención sino de atención a la enfermedad (83).

En ese contexto, la ley 100/93 (12) abrió las puertas al negocio financiero de la industria y comercio de la enfermedad y el dolor ajeno, a través del aseguramiento privado con ánimo de lucro, creado para prestar servicios de salud, dando cumplimiento al criterio que convierte a la salud en una mercancía de distinto precio que se compra y se vende como oferta de servicios diferenciales según la capacidad de pago de cada quien.

Circular 018 y se definieron nuevas prioridades en salud pública para Colombia. En este Decreto, y más específicamente en la Resolución 0425 de 2008, se estableció el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), reemplazando lo que antes se conocía como Plan de Atención Básica (PAB). El PIC plantea acciones para la promoción de la salud auditiva y comunicativa, de obligatorio cumplimiento, para todos los municipios del país.

De otro lado, y bajo una mirada mucho más amplia y participativa, se expidió la Resolución 1841 de 2013, que definió el Plan Decenal de Salud Pública. Este Plan busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano de todos los colombianos mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que, por su magnitud o importancia, se deben intervenir, preservar o mejorar para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos.

Como se dijo anteriormente, en Colombia la atención a la primera infancia tiene antecedentes relevantes, pero es en el año 2003 cuando este país asume el desafío de iniciar un proceso de movilización que derivó en el diseño de una política nacional para la población menor de seis años. Se parte de entender la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo del ser humano y de la sociedad, así como de la necesidad de un trabajo conjunto de los diferentes estamentos del país para garantizar los derechos de la primera infancia.

La definición de la situación concreta como un problema social en Colombia frente a la necesidad de atender de manera integral a los niños y niñas de primera infancia motiva la formulación de la Política Pública de Primera Infancia. Este

problema capta la atención del Estado que lo valora como prioritario o socialmente relevante. La decisión que se selecciona para abordar el problema no se aborda desde un solo actor, integra la selección de lo más pertinente y costo-efectivo, basado en estudios y negociaciones con actores relevantes. Se resuelven cuestiones sobre qué hacer, para qué hacerlo, cómo y con quién. En cuanto a la implementación, se pusieron en marcha planes, programas, proyectos con los que se dio inicio a la Estrategia Nacional De Cero a Siempre; ello implicó la participación tanto de actores públicos como privados y requirió la concreción de la voluntad política y de la disponibilidad de recursos.

Un examen del papel del Estado hace posible visibilizar los problemas de salud pública que redundan en la atención de las alteraciones visuales y auditivas en niños y niñas de primera infancia, entre las que se encuentran las grandes desigualdades en el riesgo enfermar o adquirir una discapacidad sensorial si no se cuenta con una valoración oportuna o con la condición económica para acceder a la misma, faltando al derecho a la salud como consecuencia del acceso inequitativo a los programas de promoción, protección y reparación de la salud.

Todo esto se debe a la ineficacia de un Estado, al cual se le ha dificultado definir las prioridades en salud pública entre las que se deberían destacar: la protección de la salud y el bienestar individual (medicina clínica) y poblacional (salud pública), adecuada prevención y respuesta del sistema de salud a la prevención por tamizaje a niños y niñas sanos.

Es insuficiente el esfuerzo que se realiza desde la nación para la atención integral en salud de los niños y niñas en primera infancia en Colombia, dado que si el abordaje del mismo no se da de manera estructurada (modelos de atención en salud o políticas públicas) se continúa realizando programas en papel que no responden a las necesidades propias de la población. Como lo menciona Rojas Godoy (83) en su investigación sobre Evaluación del Cumplimiento de la Normatividad Vigente para la Detección Temprana de la Hipoacusia Neonatal en la ciudad de Bogotá, los procesos pueden estar escritos pero la falta de liderazgo, control, vigilancia y seguimiento hacen que se consoliden intenciones más no hechos.

5.5.2 NARRATIVA DE LOS ACTORES CLAVES Y OPERADORES

La Estrategia Nacional de Cero a Siempre posiciona a los operadores y autoridades como agentes gestores de las políticas públicas de atención integral a la primera infancia y la política pública de inclusión social, los cuales contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de los niños y las niñas. El objeto fundamental de estos actores está relacionado con la organización, planeación y ejecución de la política pública de primera infancia orientada a que niñas y niños sean conocedores y defensores de sus derechos.

Se constituyen en actores claves de la Estrategia los coordinadores de la misma a nivel departamental y municipal, los directores, administrativos, asistenciales y beneficiarios de la Estrategia en el Municipio de Puerto Tejada. Estos actores son

claves y se reconocen por ser los artífices de la planeación, implementación y ejecución de los procesos transaccionales de los modelos iniciales de la atención a la primera infancia. Ellos son quienes facilitan los procesos técnicos, físicos, administrativos y económicos entre las partes, para apoyar el diseño, implementación y sostenibilidad, en el nivel territorial. Los actores claves cumplen funciones de coordinación, administración, dirección, supervisión, seguimiento y control a partir de estrategias, entre las que se encuentran:

- El fortalecimiento de las capacidades técnicas de las instituciones
- La promoción del desarrollo de niños y niñas en primera infancia
- Fortalecer los procesos de gestión de conocimiento, movilización social y sostenibilidad, asociados a la atención integral de la primera infancia
- Sensibilización a las familias y cuidadores de niños y niñas en temas de cuidado, crianza y educación en primera infancia y gestación.
- La cualificación de agentes de la atención integral a la primera infancia en el marco político, técnico y de gestión de la estrategia de cero a siempre hace parte de las acciones que la estrategia busca ganar
- Fortalecimiento de procesos asociados a las estrategias y modalidades de atención a la primera infancia.

La práctica social que realizan los actores y operadores desde sus distintos saberes y experiencia está sustentada en la relación hogar infantil- beneficiario o en su defecto hogar infantil –ICBF- Operador. Esta relación debe responder a una necesidad planteada por la comunidad que busca servicios profesionales, que se pueden prestar gracias a los conocimientos, experiencia profesional de los hogares infantiles y las garantías que brinda la Estrategia. Tales condiciones hacen posible que la relación maestro-beneficiario- ICBF se desarrolle en un ámbito de confianza mutua: los beneficiarios confían en el compromiso y profesionalismo de los hogares infantiles y los hogares infantiles confían en el comportamiento y compromiso de los beneficiarios para aportar en la crianza y protección de los niños y las niñas en primera infancia.

Como bien lo dice una persona vinculada a un operador

“.....La estrategia lo que trata, bueno primero trata de cualificar la atención, segundo de que de verdad los programas estén orientados hacia las categorías que exige la estrategia que son la prevención, todo lo que es el componente salud y nutrición y todo lo que es el componente de educación y desarrollo y el componente de participación, si entonces que los niños sean protagonistas de su vida, de lo que vive su territorio, digámoslo así, entonces para poder que eso funcione de esa manera nosotros necesitamos caracterizar no solo a las familias que nosotros tenemos sino también caracterizar el territorio....“no vamos a tener solo la que se le llenaba a los padres en el hogar infantil sino que ahora el psicólogo está haciendo visita domiciliaria para poder verificar la situación de los niños en casa...” Directora Hogar Infantil A- MAYO DE 2014

La estrategia cualifica la calidad del servicio brindando a los hogares infantiles y Centros de Desarrollo Infantil (CDI), profesionales en el área psico-social que entran apoyar con su conocimiento y su experiencia las áreas de enfermería, nutrición y psicología. El papel que cumple el profesional en salud está relacionado con la atención preventiva, detección de alteraciones tempranas, seguimiento y control de las enfermedades prevalentes de la infancia, control de crecimiento y desarrollo, verificación de indicaciones precisas de las valoraciones visuales y auditivas. El profesional de la salud junto con el docente velan por que los indicaciones de dichas valoraciones se cumplan. Mas la dificultad se ve manifiesta cuando los acudientes no encuentran acompañamiento en las instituciones prestadoras de los servicios de salud a las necsidades de los niños y niñas. Pues vale recordar que el seguimiento y control de las alteraciones visuales y auditivas no se encuentra prescrita dentro de la estrategia.

El esquema operativo de la estrategia está diseñado en favor que todas las instituciones que hacen parte del sistema nacional de bienestar familiar para que trabajen de manera mancomunada favoreciendo en todo momento la atención y el restablecimiento de los derechos de los niños y niñas en primera infancia. Ello no siempre resulta así, dado que tanto las modalidades de la estrategia como las instituciones de salud se ven frenadas al generar espacios de seguimiento y atención a las alteraciones visuales y auditivas dado que la especificación para su valoración inicial se encuentra condicionada para la valoración visual hasta los 4 años y la valoración auditiva para quienes presentan antecedentes de consideración descritos en la Norma Técnica de Detección de Alteraciones en el Menor de 10 años.

A esto se le debe dar fuerza desde el trabajo en red, como queda reflejado en este testimonio...

“...El trabajo que nosotros desarrollamos tiene necesariamente que hacer parte de una red, una red que son las entidades del sistema nacional de bienestar familiar y como entidades del sistema nacional de bienestar familiar está el ente territorial, dentro del ente territorial está la comisaria de familia, la secretaria de salud, secretaria del deporte, secretaria de educación, fiscalía, policía. Todos los que se llamen entidades del sistema nacional de bienestar familiar tiene que estar articulados...” Directora Hogar Infantil A- MAYO DE 2014

La voz de los actores y operadores expresan la importancia que la Estrategia en el municipio en el que debe haber una coordinación intersectorial que facilite los procesos en conjunto y no deje espacios fraccionados ante la no atención y seguimiento de casos particulares, perdiendo con ello el enfoque de atención integral a la primera infancia.

“..Yo creo que lo que podría hacer falta es articular un poco más el tema que tiene ICBF y se articule mejor con el municipio las bases de datos, ese tipo de resultado lo arroja un trabajo mancomunado entre el ICBF y el municipio. Considero que está manejándose bien. Generan empleo en el mismo municipio, lo que veo es

que falta un poquito más de organización...” DIRECTOR TECNICO DE EDUCACION, MAYO - 2014

Los lineamientos referentes al componente de salud en la Estrategia deben ampliar la especificación con respecto a la toma de las valoraciones visuales y auditivas, pues las mismas que se solicitan como un requisito para el ingreso, no cuentan con las condiciones mínimas o estandarizadas para su realización dado que cuando dichas valoraciones son realizadas por médico general la indicación se delimita a clasificar como normal o anormal. Sin embargo, cuando las tamizaciones las realizan profesionales en el área de optometría o fonoaudiología las mismas incluyen valoración en agudeza visual y auditiva respectivamente.

Un argumento de los usuarios refuerza esto. La encuesta a usuarios establece que fue estadísticamente significativa la relación dada entre profesionales en salud visual y auditiva (optómetra/ fonoaudióloga) y la detección oportuna de alteraciones visoauditiva en la población objeto de estudio. Dando a entender que un esfuerzo profesional es absolutamente necesario para dar mayor eficacia a la detección, y en consecuencia a los tratamientos que se derivan de dicha conducta.

5.5.3 NARRATIVA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS

La promoción en el Sistema Integral de Seguridad Social, se define como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales de los individuos y las colectividades.

Así mismo, la Prevención se concibe como el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables.

El sentir de los usuarios de los servicios de salud está direccionado hacia la importancia de poder visibilizar las estrategias de promoción y prevención en salud, que propicien y promueva una salud visual y auditiva adecuada para la población en primera infancia, tomando como punto de partida, la obligatoriedad o exigencia desde la evaluación de la agudeza visual y auditiva a los niños y niñas en los primeros meses de vida con miras a detectar alteraciones, deficiencias, problemas y enfermedades visuales y auditivos, que afecten el normal desarrollo físico y cognoscitivo de los niños y las niñas y por ende perjudique su actividad diaria y académica.

Los usuarios son conscientes de que los servicios de atención en el campo de la salud visual y auditiva no ofrecen las condiciones para cubrir la demanda de la población en general, lo que termina propiciando la falta de tratamiento, intervención y seguimiento de las alteraciones que pueden ser detectadas y las cuales al no ser tratadas a tiempo pueden desencadenar en discapacidad

permanente y con ello todas las implicaciones personales, familiares y sociales que conllevan.

Aunque la Constitución reconoce a la salud como un derecho fundamental, en realidad éste se convierte en un servicio al que se puede acceder si se cuenta con los recursos económicos suficientes para acceder a ellos. En el caso particular de la temática abordada por esta investigación de las valoraciones visuales y auditivas las cuales no se encuentran incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud, los costos de los mimos deben ser asumidos por los acudientes, cuidadores o padres de familia de los pequeños los cuales se supone deberían contar con estos diagnósticos por derecho.

El artículo 49 de la Constitución Política establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado. Esta noción de servicio público queda desdibujada por la visión de subsidio que aparece en la parte dogmática de la Ley 100 de 1993. Sin embargo es importante que los usuarios del sistema asuman la particularidad del ejercicio ciudadano de la defensa del derecho a la salud, en relación con la responsabilidad del Estado entendida como el respeto y la garantía de los derechos humanos en todos los escenarios de la vida social y política de los ciudadanos y ciudadanas. Por ello se constituye en fundamental el hecho de no solo avanzar en el reconocimiento de la titularidad de los derechos por parte de las personas, sino en el hecho indispensable de ser sujetos a quienes se les realicen sus derechos, como una manifestación del respeto a la vida, en las relaciones sociales productivas y culturales.

Es necesario aclarar que el derecho a la salud implica más que solo servicios de atención médica como “paquete mínimo de servicios”, además debe incluir el otorgar herramientas a los individuos y comunidades para hacer valer su voz en las decisiones que definen, controlan o afectan su bienestar.

5.5.4 META-NARRATIVA

La problematización del diagnóstico de alteraciones visuales y auditivas de las y los niños menores de 6 años en el marco de los relatos de los actores consultados, contribuye a la visibilización de las acciones que favorecen o limitan el alcance adecuado del diagnóstico desde la concepción holística que incorpora la estrategia nacional De cero a siempre.

Desde el Estado se observa la baja promoción de los servicios de tamización visual y auditiva debido a la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud, entidades públicas y privadas, población, familias y colectivos incluidos los hogares de infantiles. Sólo después de la promulgación y puesta en marcha de la Estrategia Nacional De Cero a Siempre, se implementaron las tamizaciones como un servicio que califica la calidad en la atención integral en salud que las instituciones brindan a los niños y niñas que en ellas están.

La ausencia en la integralidad e interdisciplinariedad en el esquema de atención y seguimiento a las alteraciones visuales y auditivas, se constituye en una amenaza

latente al derecho a la salud de los niños y niñas en primera infancia, pues no se ha implementado un proceso articulado y armonizado entre el ICBF y el SGSSS frente al seguimiento y control de las alteraciones que en las tamizaciones se detecten. A su vez las IPS y EPS dentro del SGSSS no ofrecen servicios de promoción de la salud visual y auditiva, debido a que orientan la mayoría de sus acciones hacia la atención y tratamiento de la enfermedad.

La normatividad existente reglamenta la detección de alteraciones de la agudeza visual en grupos de edad muy específicos (4, 11, 16, 45, 55 y más) y auditiva solo en quienes tengan antecedentes de consideración como se expone en la Norma Técnica de Detección de Alteraciones en el Menor de 10 años, lo que dificulta la identificación temprana y el tratamiento oportuno de dichas alteraciones, temática relevada en esta investigación.

Por parte de los usuarios del servicio, los imaginarios y representaciones sociales de los cuidadores, padres de familia y acudientes frente a la discapacidad y salud visual y auditiva dan cuenta de la importancia sobre la oportunidad del diagnóstico al cual deben acceder los niños y niñas en primera infancia por derecho.

Las autoridades en las diferentes modalidades de atención de la Estrategia Nacional De cero a siempre están obligados a exigir a los padres de familia las valoraciones visuales y auditivas de los niños y niñas beneficiarios, al igual que a realizar la respectiva inspección y seguimiento a los controles y tratamiento que según el caso del niño o niña amerite.

La Estrategia Nacional De Cero a Siempre en el apartado de salud y nutrición establece como un ítem de calidad la realización de las valoraciones visuales y auditivas, mas no se encuentra estipulada que las valoraciones sean realizadas por profesionales expertos en el área (optometría-fonoaudiología), y con los implementos científicamente apropiados y así disminuir las brechas de diagnóstico confiable.

Los argumentos antes expuestos van a servir para la construcción de una síntesis narrativa de carácter propositivo. Los mismos se convierten en una justificación para el diseño y formulación de una política pública que integran estos elementos que han revelado, esta narrativa deberían ser tomadas en cuenta por los tomadores de decisiones del Estado que son quienes al final aprueban e implementan las políticas publicas.

En síntesis, la metanarrativa da cuenta de las brechas y disputas en los discursos en torno a un asunto prestacional en salud, como es el tamizaje visual y auditivo en niños primera infancia.

El Estado reconoce a los niños y niñas como sujetos de derechos para lo cual realiza un reconocimiento general de las responsabilidades y cuidados que al le competen, en lo específico del requisito básico de salud de la estrategia de primera infancia de las valoraciones visuales y auditivas, como procedimiento no

se asume ni por directriz nacional programa o modelo en salud, sino que por el contrario, como gasto de bolsillo a los usuarios que deben acceder a este procedimiento para vincularse en las modalidades de atención integral que cuenta la Política Pública de Primera Infancia

Los operadores visibilizan la importancia de integrar de manera sistémica toda la instancia que velan por los derechos de los niños y las niñas (EPS- IPS- autoridades- espacios de recreación) para facilitar los procesos de detección, atención y seguimiento de las enfermedades y condiciones propias de la primera infancia.

Por su parte los usuarios quienes deberían ser beneficiados de la Política Pública de Primera Infancia, pasan a verse afectados por la falta de reconocimiento del Estado en la atención “Integral” en salud que se le brinda a los niños y niñas, continúan manifestando la importancia que el poder resolutivo que debe tener el estado para la atención de todos los niños y niñas sin restricción o limitación alguna.

Como se podrá deducir de lo expuesto, las brechas en los discursos de los actores consultados dan cuenta de la desatención que da lugar a la vulneración de derechos de los niños y niñas de primera infancia. Una resolución de estos aspectos pasa por considerar la necesaria apertura de la política de primera infancia, para que se introduzcan los elementos necesarios a fin de que el tamizaje visual y auditivo esté en el centro de las prestaciones y como eje de realización de derechos. Estas cuestiones las hemos reservado para la siguiente sección.

5.6. SINTESIS NARRATIVA PARA EL DISEÑO DE PROPUESTA DE POLITICA

Esta investigación busca dar líneas a los tomadores de decisiones a nivel político para que se implemente y fortalezcan acciones en el campo de la salud de los niños y niñas en primera infancia, en particular en los neonatos. Dando cumplimiento al derecho a una vida digna, a la protección de los niños y contribuir a una mejor prestación del servicio, de acuerdo a lo que demanda la dignificación de la población infantil, y logrando de esta manera la optimización de los procesos de detección, atención y rehabilitación de alteraciones visuales y auditivas. Gestando con ello mejores resultados en salud mediante la promoción y ejecución de proyectos de tamizaje visual y auditivo neonatal que garanticen la satisfacción en la prestación de los servicios en salud. Esta propuesta busca alcanzar el mejoramiento de la competencia clínica referente a la detección de una problemática grave en salud como es que muchos de los niños menores de 6 años no puedan tener acceso a valoraciones por médicos especialistas y mucho menos a la detección y prevención temprana de la pérdida auditiva y visual.

Esta sección de resultados pretende construir una narrativa genérica del cambio significativo de la política pública, con especial énfasis en el dominio del diagnóstico de alteraciones viso-auditivas en niños y niñas pequeño. Como hemos avanzado, se trata de un procedimiento análogo a la construcción y puesta en

evidencia de hipótesis, pero con las particularidades que tiene la aproximación narrativa que hemos adoptado. Es decir, por un lado evitamos trabajar con variables definidas exclusivamente por la literatura científica que, en un sentido positivista, dirijan la producción de información y el análisis. Pero al mismo tiempo buscamos reutilizar conceptos relacionados con el ámbito teórico en el que nos insertamos. Se trata de conceptos útiles para definir los eventos de tipo trayectoria, es decir, eventos estructurados como recorrido que siguen los acontecimientos (y no tanto como un resultado o estado final al que los hechos conducen).

Para responder al propósito de esta sección, se aplicarán dos enfoques de análisis de políticas que centran su atención en responder a la pregunta: cómo se cambia o da continuidad a una política pública? En la primera vertiente, emplearemos el enfoque de corrientes múltiples de John Kingdon para dar cuenta de cómo el cambio de la política se da por la combinación de actores y procesos. (84)

La segunda vertiente busca construir una aproximación que haga compatible dos elementos. Por un lado, la centralidad que tienen en el análisis los actores (su capacidad de agencia). Y por otro, el uso de conceptos como el discurso político y el subsistema de políticas, que describen factores ligados a la acción de dichos actores y que representan los condicionamientos estructurales que experimentan.

De otro lado, se entiende que la posibilidad de generar una narrativa que busque posicionar un cambio en la política pública, debe incorporar elementos del enfoque de “marcos de política” o *policy frame* por su nombre en inglés.(85) Los marcos interpretativos de las políticas (policy frames), como bien lo señalan Muller y Sorel,(92) son prismas que actúan como mecanismos de selección que modifican la naturaleza, la audiencia y el sentido de los fenómenos percibidos, para hacerlos objeto legítimo de la acción pública. Su utilidad es hacer pasar esos filtros y formas de interpretación y los diversos perfiles de los problemas considerados relevantes por algún grupo social, con el fin de hacerlos inteligibles y aceptables como algo importante para el resto de la sociedad.

Como señala Verloo en Bustelo y Lombardo (22), un marco interpretativo de política es “un principio de organización que transforma la información fragmentaria o casual en un problema político estructurado y significativo, en el que se incluye, implícita o explícitamente, una solución”.

En consecuencia con ello, en esta sección utiliza parte de este método para explicitar y justificar una narrativa que permita hacer ajustes a la política vigente de primera infancia en su eje prestacional y en el dominio del diagnóstico de alteraciones viso-auditivas de los niños y niñas pequeños. Como se propone aquí, los “marcos de política” son parte inherente de la construcción que se deja en constancia cuando se abordan los análisis, ya sea desde la vertiente de Kingdon o la ideacional/Institucional.

Veremos en dos subsecciones el uso de las dos vertientes anunciadas: el enfoque de corrientes múltiples de Kingdon; y, el modelo ideacional/institucional. Las dos vertientes actúan como elementos complementarios que esta investigación adopta para enriquecer el proceso de narrativas antes descrito.

5.6.1 CORRIENTES MÚLTIPLES DE KINGDON

El enfoque, desarrollado fundamentalmente por John Kingdon en su libro *Agendas, alternatives and public policies*, logra captar las políticas públicas en su dinamismo. Así, el proceso de las políticas no se divide nítidamente en fases secuenciales (como sugiere el tradicional *policy cycle*), más bien se explica a partir de tres corrientes independientes que fluyen en el sistema, capaces de acoplarse al producirse una serie de circunstancias particulares, es decir, cuando se abre una ventana de oportunidad. Se trata de una visión fluida sobre la formulación de políticas, en la cual los problemas, las políticas y la política convergen y divergen, dando lugar en el momento y lugar propicio a ventanas de oportunidad, que hacen posible el surgimiento de una política concreta como respuesta a un problema.

Atendiendo al enfoque, para explicar una política pública –es decir, cómo se llega a su formulación y adopción– es importante conocer dos procesos: el proceso de diseño de la agenda (cómo ingresan y se definen los problemas) y el proceso de construcción de las alternativas de solución. Kingdon propone entender la formulación de las políticas públicas a partir de tres corrientes cuya coincidencia en el tiempo abre ventanas de oportunidad política. Las ventanas de oportunidad se abren por los cambios en el entorno político o por la presión de un problema.

Atenderemos enseguida estas tres corrientes a modo de espacios desde donde se puede aprovechar para realizar un cambio en la política pública.

5.6.1.1. CORRIENTE DEL PROBLEMA Y AGENDA POLÍTICA

En este estudio ha quedado en evidencia que la realización de los tamizajes de audiovisuales en niños de primera infancia es una tarea pendiente para la realización de derechos.

Como se ha dicho en los capítulos anteriores desde la formulación de la política pública de primera infancia en Colombia y la implementación de la Estrategia Nacional de *Cero a Siempre*, se exigió la realización de valoraciones visuales y auditivas anuales para el ingreso de los niños y las niñas a la Estrategia. Dicho requerimiento no se encuentra estipulado dentro del POS o como actividad de promoción y prevención específica en salud (las valoraciones están condicionadas para un grupo poblacional específico como lo establece la Norma Técnica de Detección de Alteraciones en el menor de 10 años). Esto trae como consecuencia la generación de barreras para el acceso y alcance oportuno del diagnóstico; dado que dicha valoración se encuentra condicionada al pago que deben realizar los cuidadores quienes deben disponer de gastos de bolsillo para obtener dicho beneficio.

Adicionalmente, esta propuesta de análisis y reformulación de política pública promueve la prevención del incremento de niños con pérdida auditiva y visual antes de los 5 años, periodo en el cual su cerebro ha desarrollado todas sus áreas motoras y perceptuales. Cabe reconocer que para todo ser humano el lenguaje y

la visión son algunos de los aspectos más importantes en su desarrollo integral, el lenguaje le permite establecer comunicación e interactuar con su medio ambiente y las personas que lo rodean.

Existen múltiples enfermedades y anomalías que deterioran la calidad de vida de las personas o los convierte en discapacitados, que pueden ser tratadas o controladas desde el momento del nacimiento; si se detectan a tiempo. Por eso es necesario desarrollar políticas públicas en salud con el objetivo de detectar alteraciones funcionales a nivel visual y auditivo para reducir los costos sociales y familiares futuros, mediante la implementación de la obligatoriedad de la realización de los tamizajes neonatales visoauditiva.

El problema de salud pública, como ha sido definido hasta ahora goza de casi completa invisibilidad, pocos actores que lo defienden, nula evidencia doméstica, y gran dispersión en el sistema institucional.

La tematización del mismo debe pasar por encontrar aliados quienes lo defiendan y posicionen con las autoridades nacionales indicadas. Lograr su inclusión en la agenda política y en la agenda decisional debe ser una meta si se quiere lograr incidir en la formulación de la política pública. Seguramente será de mayor impacto lograr que ciertas redes de actores (verbigracia asociaciones de usuarios, redes de políticas, centros académicos) puedan abogar y lograr incidencia política en la órbita nacional de modo que los ministerios de salud y educación se sintonicen con esta nueva demanda social y cívica. La comisión intersectorial de primera infancia pudiera privilegiar este tema siempre que se realice un vínculo entre evidencia y decisión de políticas.

La corriente de políticas estaría signada por la presión que se haga desde la dinámica que alcance el problema en cuestión. Si el problema alcanza densidad y visibilidad, estaríamos asistiendo a la posibilidad de que se abra la agenda política y se llegue a su debate y viabilidad como tema prioritario.

5.6.1.2 CORRIENTE DE LA POLÍTICA

Los procesos políticos necesarios para que el cambio de política se dé, están asociados al clima político, la gestión de intereses, y los cambios en la burocracia de la administración pública.

El clima político se relaciona con los cambios en la opinión pública, las movilizaciones de la población, etc. Lograr un cambio en la opinión pública pasa por encontrar los receptores y debatientes de este tipo de propuestas, a fin de facilitar su difusión y publicitación. Los representantes políticos son los llamados a valorar ese clima político en cada momento y apostar por políticas que tengan acogida social. En este caso, la comisión intersectorial de primera infancia tiene un alto nivel de incidencia y cuenta con una polifonía de voces sociales,

gubernamentales y políticas que facilitarían la comprensión del problema y la adopción de la alternativa propuesta en este estudio.

La administración del gobierno nacional actual es sensible al cambio o ajuste de la política de primera infancia si se cuenta con niveles burocráticos importantes en los ministerios de salud y educación. Hoy existen niveles técnico burocráticos en el Ministerio de Protección social y salud y en el de Educación que podrían servir de puente y diálogo para facilitar la apertura en la política de primera infancia vigente. Un cambio previsible y no por crisis se anticipa como la mejor forma de llegar al objetivo. Esto es evidente si se toma en cuenta que la genealogía de la política de primera infancia en Colombia han sido producto de acuerdos y de consenso con la sociedad civil, las agencias de cooperación y los centros de conocimiento.

5.6.1.3 CORRIENTE DE ELABORACIÓN DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

En esta sección se presenta la propuesta de diagnóstico y tamización visual y auditiva de niños y niñas menores de 6 años, como dominio innovador de la política de primera infancia. Al no existir contrapropuestas ni proposiciones que hayan sido ya evaluada,s se dispone una explicación del alcance de la solución propuesta a fin de matricular la apertura de la política de primera infancia para que se inserten estas nuevas demandas.

Según la revisión de literatura, el Tamizaje Neonatal Visual y Auditivo es un estudio detallado de la visión y la audición de la persona que ha nacido. Científicamente, el Tamizaje Neonatal es "un estudio con fines preventivos, que debe practicarse a todos los recién nacidos. Su objeto es descubrir y tratar oportunamente enfermedades graves e irreversibles"

La audición puede ser finamente examinada desde el primer día de vida del infante, permitiendo así el diagnóstico temprano de una pérdida auditiva; la importancia de esta detección temprana es enorme, ya que cuando un niño presenta trastornos auditivos, pierde algo más que la capacidad de escuchar; se compromete la adquisición normal del lenguaje y en consecuencia se afecta el desarrollo intelectual; a la vez, la adaptación social y la posterior vida escolar y laboral también sufren los efectos adversos de este trastorno.

Se habla de audiología infantil cuando se trata de niños con edades psicomotoras entre los 0 y los 5 años; el audiólogo ajusta los exámenes de la manera más objetiva posible a las respuestas subjetivas del niño; es así como utilizará las diferentes herramientas que la tecnología ha puesto hoy en sus manos para caracterizar lo más tempranamente posible el grado y tipo de pérdida auditiva¹⁰.

Está plenamente comprobado que la de privación auditiva causa la pérdida de los neurotransmisores químicos y la degeneración de las células del nervio; de ahí la

¹⁰Existen cuatro grados de pérdida auditiva: la pérdida leve, moderada, severa y profunda; se habla de una pérdida de grado profundo cuando compromete en más de 90 dB la agudeza auditiva; pero en una deficiencia auditiva profunda no solamente se ha perdido la percepción de la intensidad sino también la nitidez con que se capta el sonido

importancia de hacer un diagnóstico temprano de cualquier trastorno auditivo para instaurar precozmente el tratamiento adecuado, minimizando así sus efectos deletéreos.

Por la razón anteriormente expuesta es importante "identificar esta situación en los primeros días de vida, permite iniciar tempranamente un tratamiento que indiscutiblemente mejorará el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje, la integración social y aspectos importantes como el tono afectivo, la personalidad y el carácter. El estudio es muy completo, pues consta de Potenciales Evocados Auditivos Automatizados y de Emisiones Otoacústicas para examinar tanto la conducción del sonido a través del nervio auditivo, como el estado de las células ciliadas".

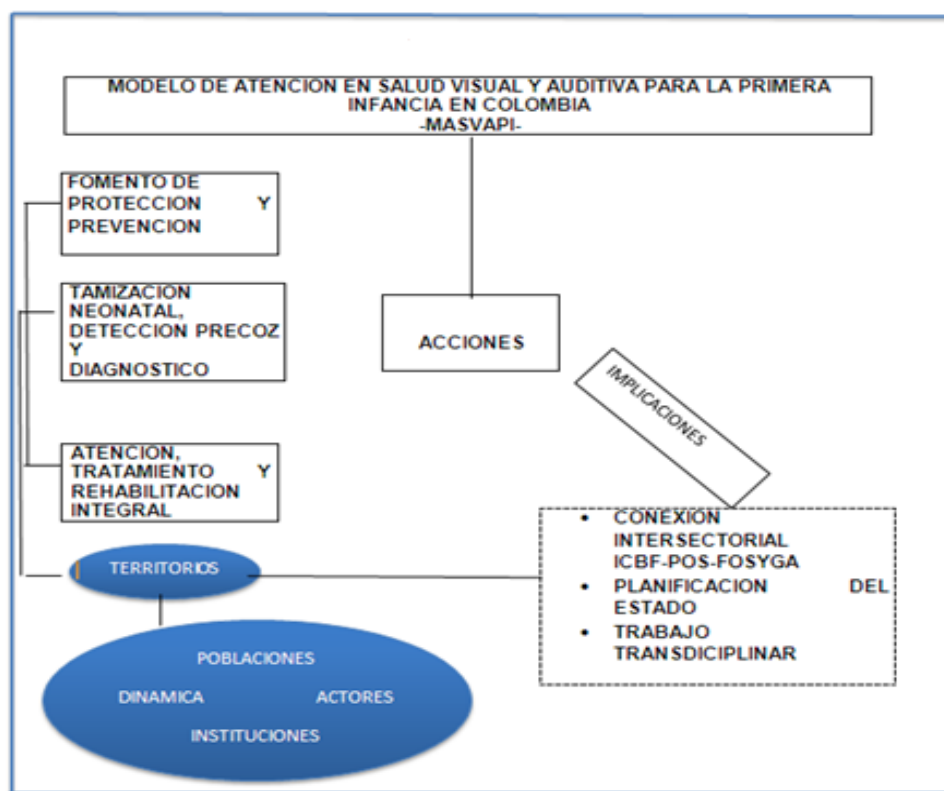
A nivel visual el examen es de suma importancia para el desarrollo del infante a través de su crecimiento, ya que "los trastornos visuales en los niños pueden pasar inadvertidos. Un examen ocular al recién nacido permite detectar problemas visuales que se pueden corregir a tiempo y prevenir fallas en el desarrollo de la visión. El examen se practica a través de un oftalmoscopio, el cual no ocasiona molestia alguna del bebé y consiste en mirar si los medios transparentes del ojo están normales. Con un retinoscopio se detectan problema de miopía, astigmatismo o hipermetropía. Además se mira el alineamiento de los ejes visuales para descartar estrabismo.

El Tamiz Neonatal proporciona tranquilidad a los padres de los bebés que resultan exentos de las enfermedades evaluadas; mejor aún, significa una oportunidad de vida para los bebés que presentan algún padecimiento, ya que con un tratamiento y seguimiento adecuado, lograrán evitar las secuelas de la enfermedad o disminuir sus consecuencia igualmente, se busca identificar en forma precoz a los niños que tengan pérdida auditiva y visual, para que sean intervenidos antes de los dieciocho meses de edad y se pueda realizar cualquier tipo de procedimiento quirúrgico que requiera el paciente de acuerdo a su patología de base. Así mismo ayudarles para que las posibilidades al futuro sean mucho mejores en cuanto a su desarrollo mediante la implementación del tamizaje universal auditivo y visual neonatal.

Con base en todo este planteamiento es latente la necesidad de visibilizar la importancia de reconocer a la comunidad como sujeto colectivo de saber y poder, abandonado la posición donde se asume como objeto de estrategias y acciones tendientes al logro de cambios comportamentales en pro de un mejoramiento de estilos de vida saludables. Esto sin dejar de ser importante, no constituye una alternativa integral a los problemas de salud en tanto se dejan de lado las condiciones de vida de los colectivos que son también un elemento sustancial para el mejoramiento de las condiciones de salud. Lo anterior es comprensible en el marco de una visión de la salud y la enfermedad que no ha podido ser superada ni por el sistema de salud, ni por las políticas sectoriales

Esta debe ser la oportunidad de reformular la política pública de primera infancia en el componente de salud y el accionar específico de las alteraciones visuales y auditivas hacia la concepción de la misma desde tres componentes básicos que incluyan: el fomento de acción de protección y prevención, tamizaje neonatal.

TABLA. 12 MODELO DE ATENCION EN SALUD VISUAL Y AUDITIVA PARA LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA



Fuente: elaboración propia

El Modelo de Atención en Salud Visual y Auditiva para la Primera Infancia – MASVAPI- esta propuesto sobre la perspectiva de derecho que fundamenta las políticas públicas destinadas a realizar atención integral a la primera infancia de los niños y las niñas en Colombia de Cero meses a 5 años 11 meses de edad, enfoque que considera los derechos consagrados en la Constitución Política de Colombia y en la Convención Internacional de los derechos humanos y derecho de los niños. Su proyección y aplicabilidad social, económica y cultural se encuentra fundamentada en los principios de equidad, autonomía, participación, solidaridad, integralidad, concertación, interdisciplinariedad, descentralización, corresponsabilidad social y transversalidad.

Como modelo de salud se propone que este se encuentre constituido por un conjunto interactivo de agentes y procesos que tiene en cuenta a la diversidad étnica, cultural, social, corporal e intelectualidad.

El Modelo de Atención en Salud Visual y Auditiva en Primera Infancia define como componentes mínimos:

- Promoción de la salud: (estrategias de comunicación con signos de alarma, detección temprana, difusión, inclusión y respeto por la diferencia).
- Prevención de la enfermedad: (programas de detección temprana, tamiz neonatal, identificación y diagnóstico)

- Interdisciplinaridad: no referida simplemente a la relación entre las disciplinas, por el contrario hace referencia a la integralidad en los procesos de atención, rehabilitación y seguimiento donde las diferentes disciplinas desde sus diversos planteamientos aportan sus saberes, preceptos metodológicos y de marco teóricos.
- La equidad en salud: motiva a que la prestación del servicio se haga en respuesta a la necesidad que tiene el usuario sin condicionar y visibilizando al usuario como un ser bio- psico – social al cual hay que atender y responder a todas sus necesidades básicas
- La gratuidad: por derechos los niños y las niñas en primera infancia en el país cuentan con el derecho a la salud el cual es impostergable y este debe formularse para su aplicación no solo desde la valoración sino también desde el apoyo y suministro de procedimiento terapéutico.
- La universalidad: todos los niños y las niñas en Colombia sin distinción alguna de género, raza, religión, credo cuentan con el derecho a la salud como impostergable.

5.6.1.3 ACOPLAMIENTO Y VENTANA DE OPORTUNIDAD

Cada corriente fluye de manera independiente, sin embargo, hay momentos donde las tres corrientes o dos de ellas se acoplan, dando origen a una “ventana de oportunidad” para que los defensores de ciertas propuestas impulsen sus soluciones o dirijan la atención hacia problemas determinados. En esta sección presentaremos la opción que se propone puede llegar a ser la que viabilice una apertura en la política de primera infancia en lo atinente a diagnóstico viso-auditivo en niños pequeños.

Para la presente propuesta, creemos que la ventana puede abrirse con previsibilidad (cambios en la administración), y no de manera repentina. Las ventanas de oportunidad pueden identificarse como ventanas de problemas y ventanas políticas; lo que aplica para el caso en cuestión, dado que la propuesta de política que se busca agenciar está orientada a constituir primero un problema sensible que pase a la *agenda setting* y enseguida se abra camino como opción de política que sea aprobada por consenso y factibilidad técnica.

Creemos que la ventana de oportunidad va a depender más de un escenario donde la corriente de problemas se potencie con la corriente de la política; pues se requiere de sensibilidad y publicitación frente al problema, así como una serie de cambios institucionales que faciliten la decisión del ejecutivo.

Desde el enfoque de corrientes múltiples de Kingdon las políticas públicas se constituyen en acciones encaminadas por los Estados para dar respuesta a los problemas de la sociedad. Los programas de carácter social que atienden el objeto de esta propuesta de atención y diagnóstico, cuando se abordan desde las EPS tienen una respuesta deficiente, pues en muchos casos los procesos en los que los usuarios requieren apoyos terapéuticos como lentes o terapias de rehabilitación no son cubiertos por el POS.

Esta omisión amerita una revisión del alcance que orienta el POS en lo referente al tema de suministros y rehabilitación posterior al diagnóstico de alteraciones visuales y auditivas, dado que el POS ignora los apoyos que son necesarios para posibilitar los procesos de atención y rehabilitación integral de los usuarios.

Siguiendo a Navarrete, (86) la narrativa de propuesta quedaría resumida de la siguiente manera:

TABLA 13
CRITERIOS Y VENTANA DE OPORTUNIDAD

CRITERIO	VENTANA DE OPORTUNIDAD
Surgimiento del problema	Abordado como tematización en escenario polifónico, sin recurrir a crisis institucional
Medio por el cual se implementa	Potestad administrativa del Estado ejecutivo, con respaldo de entes de control estatal
Dónde surge la solución	Actores dentro del gobierno, acompañados por consejeros de comisión intersectorial
Promotores	Actores dentro del gobierno
Tipo de ajuste	De gabinete

Fuente: Adaptado a partir de Navarrete 2009.

Esta tabla, basada en el modelo de Kingdon, nos otorga una nueva forma de observar el proceso de elaboración de políticas públicas, donde el ámbito en que se reconoce el problema y donde se elaboran las soluciones, viene determinado por el contexto en que éste surge. Esta propuesta abre una nueva avenida de investigación, que debe ser ratificada en posteriores análisis.

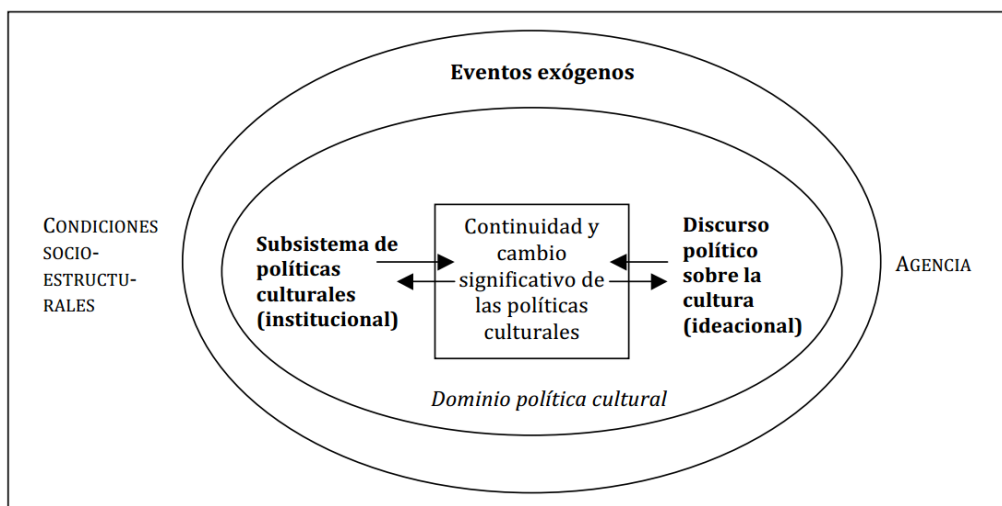
5.6.2 MODELO IDEACIONAL/INSTITUCIONAL

Barbieri, (66) propone elaborar una potencial narrativa genérica que pueda servir como herramienta para la formulación de políticas públicas, ya sea que éstas sean para la continuidad o sea que se busque su cambio y reemplazo.

En la figura infra observamos tres líneas temporales, ya que se entiende que los acontecimientos se producen de forma simultánea: los actores generan discurso político sobre la infancia y los temas técnicos que se le asocian (vgr alteraciones visuales y auditivas, discapacidad visual o auditiva), desarrollan subsistemas de políticas y toman decisiones respecto a los contenidos y formas de las políticas. Se intenta graficar los efectos tanto del desarrollo del discurso político (legitimidad

simbólica) como del desarrollo de subsistemas de políticas (legitimidad institucional) sobre los contenidos y formas de las políticas.

Figura 1. Discurso político y subsistema de políticas y su efecto sobre las políticas



Fuente: Tomado de Barbieri N, para el caso de políticas culturales (2012, p 58)

La figura da cuenta de cómo un conjunto de ideas propuestas para mejorar la salud infantil (en este caso, el acceso a la tamización visual y auditiva en la primera infancia), se constituyen en referente simbólico a partir del cual se puede abrir –siguiendo a Kingdon- una ventana de oportunidad para la continuidad o cambio de la política. Ello debe contar con una contraparte, a saber, las instituciones que dan viabilidad a las políticas. Ambas dimensiones tienen un efecto sobre el contenido y forma de las políticas públicas, siempre que se den dos condiciones: una capacidad de agencia de los actores promotores del cambio, y una serie de condiciones socioestructurales que faciliten las cosas.

Para el caso que nos ocupa, cabe decir que se necesita una apertura en la política de primera infancia, de modo que se introduzca un dominio nuevo que hasta ahora no está legitimado ni instituido por la política nacional De cero a siempre. Dicha apertura dependerá de la fuerza simbólica del discurso que se proponga, así como de la legitimidad que le quepa a las instituciones que tienen la obligación de dirigir la política y de aquellas que deben operar el cambio.

¿Cómo podemos narrar la apertura al cambio en los contenidos y formas de la política de primera infancia? Un proceso de ese tipo se da al tiempo que se combinan, al menos, dos fenómenos. Por un lado, la disminución del grado de legitimidad simbólica, que puede derivar en una crisis de carácter ideacional. En este punto el desarrollo del discurso político es un elemento central para los actores. Pero por otro lado, resulta clave también la perturbación de la legitimidad institucional de la intervención gubernamental.

Así, una perturbación al dominio de políticas puede derivar de una combinación positiva entre aumentar el poder simbólico de lo que se dice para lograr el cambio, y lograr que las reglas institucionales se adecúen a lo nuevo que se propone.

Lo que decimos es que las crisis ideacionales y la renegociación de las reglas institucionales pueden asegurar el cambio de los contenidos y las formas de la política, pero no es suficiente ni explican su dirección. Como se observa en la figura, dichos cambios vienen acompañados de un crecimiento en el grado de legitimidad tanto simbólica como institucional. En este proceso resultan clave las variaciones en el discurso político y en el subsistema de políticas.

A modo de síntesis, lo que intentamos aquí es narrar desde unas ideas propuestas cómo éstas pueden llegar a colarse en la política de primera infancia, contando con la fuerza de legitimidad de las ideas propuestas y las reglas institucionales que ayudarían a que esta propuesta se legitime como parte de la política y de su implementación. El camino que nos muestra Barbieri se muestra atractivo académicamente, pero exigente a la hora de explicar cómo se da el cambio en las políticas dejando en claro que es un asunto donde influyen el contexto y la capacidad de agencia de los actores sociales y de los promotores de políticas.

Este modelo se compagina con las corrientes de Kingdon en el sentido de que ambos están preocupados por un problema público que se define en términos de ideas y narrativas que lo pueden posicionar antes que la evidencia disponible sobre el mismo; y a su vez exige que actores intra o extragubernamentales se dispongan como agentes de cambio y promotores de políticas. No cabe duda que lograr la apertura de la política para introducir el tamizaje visual y auditivo es una tarea de mucho esfuerzo, al que se debe sumar que haya las condiciones socioestructurales para lograrlo.

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El análisis está interesado en primer lugar en dejar constancia de las preguntas que guiaron el análisis y la forma en que se resolvieron; y en segundo lugar, dejar en claro el conjunto de elementos que se asumieron para el desarrollo de la teoría que produjo este estudio como aporte a las narrativas de política pública.

6.1.1 PREGUNTAS GUÍA PARA LA DISCUSIÓN

Iremos secuencialmente en estos análisis, y por ello primero nos detendremos en las preguntas que guiaron el análisis narrativo.

Esta investigación pretendió arrojar luz sobre las siguientes cuestiones, todas ellas derivadas de un estudio similar sobre narrativas. (37)

1. ¿Cuáles son los relatos y los aspectos de éstos en disputa en torno al alteraciones viso-auditivas en menores de 6 años en la política pública de primera infancia colombiana?

En este estudio los relatos son propios y particulares a cada actor, aunque se aprecia una divergencia y una brecha entre los relatos estatales y los que dominan la percepción de los usuarios y operadores de programas de primera infancia.

Los relatos desde el Estado atribuyen un denso contenido desde lo que la ley propone para la protección integral y la garantía de los derechos para la primera infancia. Siendo este el prelude y alcance global de la ley en cuanto normatividad que afirma derechos de infancia, enseguida se advierten derechos prestacionales que quedan enfrascados en la sin salida de la obligación constitucional sin la debida apropiación de las obligaciones prestacionales, más allá de la exigencia. Esto significa que el Estado espera y exige una serie de condiciones de los cuidadores y padres/madres de familia, pero no antepone su obligación de proveer los recursos que garanticen el derecho al diagnóstico y ala consecuente atención. Este olvido político genera una brecha entre lo que dice y espera el Estado; a lo que se suma el *No Relato* de quienes al no saber sobre este tipo de derechos son incapaces de conocerlos, aprehenderlos y reclamarlos. La incapacidad de exigibilidad entre usuarios, operadores y autoridades locales, se potencia con la des-autorización de las autoridades para exigir a los operadores que incluyan una obligación que no es precisada por el mismo Estado.

Si bien la política de primera de infancia es progresista, sus relatores (Estado y otros actores del nivel local, incluyendo a la investigadora) encuentran contestaciones entre ellos; dado que reconocen en sus discursos puntos de referencia comunes en lo general demandable, pero aplicaciones específicas del derecho a los procedimientos de diagnóstico con disonancia cognitiva y discursiva.

2. ¿Qué categorías políticas (ejes temáticos) se articulan? ¿Qué procesos de disputa alrededor del sentido de estas categorías se pueden detectar?

Desde un análisis interpretativo hemos encontrado como categorías políticas las siguientes:

- *Accesibilidad a los servicios de salud*: disputa no evidente, más bien terreno con confluencias entre los relatos
- *Prestaciones de salud para diagnóstico de alteraciones VA*: disputa sobre un derecho no garantizado
- *Pertinencia y suficiencia de la atención*: disputa sobre insuficiencia en la capacidad prestacional por no vincularidad de una obligación
- *Obligaciones estatales en la atención en salud infantil*: disputa sobre mandato general que excluye obligación "contractual"

3. ¿Qué sujetos normativos son privilegiados o excluidos por las políticas?

El sujeto niño o niña de primera infancia y especialmente el neonato que es quien sobre se deben focalizar la atención preferencial para materializar el derecho, es un sujeto tácito que no habla desde sí mismo, sino desde las enunciaciones del mundo adulto que lo "representa". Esto es, que el niño de primera infancia no es un enunciador, como sí un referente de derechos y ente sobre el que éstos se realizan y disfrutan.

Si bien se privilegia a la niñez menor de 6 años, no hay materialidad que descubra a este ser como hablante propio, y en su defecto emerge la voz de los adultos que

o bien lo cuidan o bien le prestan servicios o están al tanto de las garantías institucionales para satisfacer sus derechos esenciales.

4. ¿Qué normatividad en competencia se desprende de estos relatos? ¿Con qué consecuencias?

La norma establece obligaciones específicas sobre la materialidad que toman los derechos reconocidos por la ley 1098 de 2006, el CONPES 105, y la ley 1295 de 2009. No parece haber una competencia conflictual y evidente entre estas normas, pero sí una brecha normativa por cuanto se excluyen derechos prestacionales, y una incoherencia derivada de una exigencia legal correspondiente con una obligación inexistente y lábil por cuanto no derivada en exigencia singular.

Así las cosas con el actual mecanismo de atención integral se desvirtua el concepto mismo de “integral”, pues no se reconoce la importancia de atender la demanda la atención en salud de los niños y niñas en primera infancia. Continuando con la practica de actividades aisladas que no responden con las necesidades propias de la población en esta edad.

6.1.2 DISCUSIÓN SOBRE LA TEORÍA PRODUCIDA

Este estudio ha producido una teoría sustantiva producto de los datos y las interpretaciones derivadas de los actores e interesados en la política de primera infancia, en el municipio de Puerto Tejada.

Lo producido indica que el análisis narrativo por actor es propio y singular de los intereses y capacidades de cada uno. Nos dirigimos entonces a sistematizar los hallazgos respecto a las percepciones polémicas en las narrativas, de las cuales extraeremos las conclusiones finales. Dichas “brechas” nos han llevado al mata análisis, pero se constituyen siempre en referente para describir el profundo aporte que hacen para que la política pública tome en cuenta sus rasgos y propiedades particulares.

La tabla 13 muestra dichas tendencias y expresa las contestaciones o disonancias que entre estos actores hay, muy a pesar de que sus recursos de poder sean disímiles y en consideración a que tal vez nunca se encuentren físicamente en la arena política definiendo los mejores intereses para las y los niños de primera infancia.

TABLA 14. RESUMEN DE PERCEPCIONES POLÉMICAS EN LAS NARRATIVAS

CRITERIO DE ANÁLISIS	ESTADO CENTRAL	USUARIOS	OPERADORES / AUTORIDADES LOCALES
Niño como sujeto de derechos	Reconocimiento general con las debidas responsabilidades derivadas en obligaciones y competencias y recursos	Hijos e hijas como sujetos que requieren cuidado y protección propia y del Estado, pero con <i>velo de ignorancia</i> sobre derechos excluidos de los planes de atención (incluido el POS)	Reclamación hacia el Estado para velar por los y las niños como sujetos de atención institucional
Tamización de agudeza visual y auditiva en menores y neonatos	No se reconoce explícitamente, a pesar de un requerimiento general en la ley de primera infancia y la estrategia nacional	Exigibilidad de atención y continuidad como principal indicador de sus necesidades como cuidadores y sustento legal de sus hijos(as)	Velar por el cumplimiento y seguimiento de las valoraciones visuales y auditivas en niños y niñas de primera infancia.
Responsabilidades y competencias para el cuidado de la salud visual y auditiva de las y los niños de primera infancia	Diseño de programas de tamización universal visual y auditiva para niños(as) pequeños	Deben cumplir con la exigencia de las valoraciones como requisito para el ingreso de sus hijos(as) a los hogares infantiles.	Recepción de valoraciones visuales y auditivas como requisito para el ingreso a los hogares infantiles, que discuten por insuficiencia del Estado y delegación de responsabilidad pública en la familia.
Opciones de implementación	El Estado cumple estrictamente con los planes y prestaciones individuales, y excluye derechos no asignados a competencias institucionales	Reclaman en su generalidad la obligación estatal, dejando a menester de los “especialistas” (expertos y autoridades) la decisión sobre qué es conveniente para la atención integral de las y los niños.	Consideran que hay opciones con recursos y capacidades resolutorias que deben ser soportadas por el Estado, que aún no están autorizadas

Fuente: elaboración propia

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como bien lo afirman otros estudios nacionales el análisis narrativo para políticas públicas es una herramienta cuya incursión en las ciencias sociales es novedosa, y por lo mismo, aún en construcción. La aplicación del modelo de Emery Roe (4, 30, 47) sirvió como una guía, pero no es un marco interpretativo cerrado. De ahí que la manera en que sus planteamientos se asumen para el análisis no sea uniforme y por ello representa un campo metodológico muy abierto a la incidencia del analista. Es esa la razón por la que fue posible generar una narrativa desde la “voz” de la analista-autora de esta investigación, lo que complementó su enfoque heterodoxo y lograr insumos propositivos al tiempo que controversiales. En este caso, los planteamientos de la autora del estudio han sido basales para la comprensión del tema en cuestión, por lo que sirvió mucho dar reflejo a sus intenciones y perspectivas.

La investigación buscó construir narrativas en relación con la tamización visual y auditiva en niños de primera infancia, tema por demás sensible e invisible en el país-, y su construcción se basó en el encuentro de controversias asociadas a dos temáticas: derecho prestacional y obligaciones estatales y ciudadanas. A partir de esta metanarrativa, se definió la posibilidad de formular lineamientos de política para dar apertura a la tamización viso-auditiva en la política de primera infancia, en cuya formulación aparecieron las controversias más significativas. No obstante, era necesario aplicar este procedimiento a narrativas cuyas características no son tradicionalmente notorias, y por ello la práctica del contraste de narrativas resultó un enfoque merecedor de análisis al situarse entre dos ámbitos diferenciados históricamente: la perspectiva estatal y la perspectiva de usuarios y operadores

Los actores que discuten desde la perspectiva estatal plantean una situación problemática y delimitan mecanismos de intervención guiados por una mirada coyuntural y un interés que obedece a motivaciones políticas inmediatas en la configuración de relaciones particulares de poder. Mientras tanto, los actores que hacen parte de un grupo de usuarios, operadores y autoridades locales plantean sus posiciones desde una perspectiva que siendo igualmente política, también es histórica, consistente en el tiempo y ligada a las necesidades inmediatas de atención y cuidado de los niños.

Se reconoce que si bien desde el Estado se desean ciudadanos sanos, disminuir la brecha de discapacidad, o limitación, es necesario proporcionar espacios de atención “integral” garantizando a la población en general la obtención de un diagnóstico oportuno desde la primera infancia, sin embargo, y a pesar de existir un enfoque teórico para ello esto no se cumple, las tamizaciones neonatales están determinadas según la guía de atención al menor de 10 años para los niños y niñas que presentan unas características específicas durante la gestación o el momento del nacimiento, pero dichas pruebas aun no son de carácter universal en

Colombia. Los tamizajes visuales y auditivos se constituyen en un requisito de ingreso a la estrategia para que cualquier niño o niña, y la misma es una barrera de ingreso dada los altos costos que estos tienen para las familias.

En ese sentido, el diseño y re-formulación de la Política Pública de Primera Infancia, específicamente en lo que compete a las valoraciones visuales y auditivas, deben contar con una perspectiva de incidencia real basada en la investigaciones, estudios científicos y experiencia internacional que atienda la salud visual y auditiva en su conjunto como situación problemática. La insistencia que da Roe hacia la identificación de controversias para solucionarlas es conferido a la integralidad del enfoque de salud que en la actualidad existe. Es esta la pauta que faculta y enaltece nuevos mecanismos para pensar la formulación de un modelo de salud que atienda esta necesidad. La controversia que desata la falta de atención integral a los procesos visuales y auditivos de niños y niñas en primera infancia en la narrativa estatal es la puerta de entrada a nuevas controversias como la verdadera concepción de “integralidad” que se ofrece desde la política social a los niños y niñas en Colombia.

Finalmente, se puede concluir que si bien la concepción de atención integral no se cumple en su totalidad la Estrategia, el ICBF y el Estado (como entes encargados de la atención integral), han logrado avances y mejoras, pues además de brindar a los beneficiarios los servicios de educación, salud, nutrición, acompañamiento psicosocial y familiar, se innova con la incorporación de un proceso educativo, que busca estimular los procesos de aprendizaje en la edad temprana, cualificar y optimizar los servicios que se espera se incorporen con el paso del tiempo.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo en el Menor de 10 Años. Ministerio de la Protección Social Colombiano. Disponible en:

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

2. Resolución 412/2000 de 25 de febrero. Ministerio de Salud Colombiano, (25-02-2000). Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%200412%20DE%202000.pdf>

3. Romero MC. Programa de detección precoz de la hipoacusia infantil en Castilla y León. Consejería de Sanidad, Junta

4. Roe, Emery. 1994. Narrative Policy Analysis: Theory and Practice. Durham, CT: Duke University Press), and Deborah Stone (Stone, Deborah. 2002. Policy Paradox: The Art of Political Decision Making Revised Edition, 3rd Ed. New York: W. W. Norton

5. Kingdom, John. (1995). Agendas, alternatives and public policies. New York, Harper Collins.

6. Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Informe de Seguimiento y Evaluación a la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. (2013) Bogotá

7. Informe Mundial la Discapacidad. En línea. Disponible en:

www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

8. OMS. Sordera y pérdida de la Audición. Nota descriptiva N° 300. Organización Mundial de la Salud. (2012) En línea. Disponible en

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/es/>

9. DANE. Censo Poblacional 2005. Conciliación Demográfica. 2006. Bogotá

10. Cañón, Y. La baja visión en Colombia y en el mundo. Cien. tecnol. salud. vis. ocul. / vol. 9, no. 1 / enero-junio de 2014 / pp. 117-123 / issn: 1692-8415

11. Monsalve González Asunción, Núñez Batalla Faustino. La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos: Los programas de detección precoz de la hipoacusia. Intervención Psicosocial [revista en la Internet]. 2006 [citado 2014 abril 22] ; 15(1): 7-28. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S113205592006000100002>

12. Ley 100 de 1993. Congreso de la Republica. 41.148 del 23 de Diciembre de 1993
13. Ley 361 DE 1997. Congreso de la Republica. Diario Oficial No. 42.978 De 11 de febrero de 1997
14. Ley 982 de 2005. Ministerio de la Protección Social .Colombia. (09-08-2005). [Internet]. [Consultado 18 de abril de 2014]. Disponible en: <http://web.presidencia.gov.co/leyes/2005/agosto/ley982020805.pdf>
15. Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia. Congreso de la Republica. Colombia
16. Comfama. Cuadernos de Pensamiento Social. Políticas para la Primera Infancia en Colombia. Oportunidades y Vulnerabilidades. 2010. Medellín
17. Roth Deubel, André-Noël, (2002). *Políticas Públicas. Formulación, Implementación y Evaluación*. Ediciones Aurora. Bogotá D.C.
18. Sarmiento, Anzola Libardo. Conferencia Las Políticas Públicas y el Desarrollo Local. Bogotá febrero 4 y 5 de 2005. En Plan Nacional de Intervención en Discapacidad 2005 -2007
19. Del Castillo, Roth A, I.Wartski, Ricardo Rojas, Orlando A. y otros. Salud sexual y reproductiva(SSR) en el Eje Cafetero colombiano:el caso del embarazo adolescente.Bogota.2008.Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 6(1): 217-255, <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>
20. Vargas Velázquez, Alejo. 2000. El Estado y las políticas públicas. Almudena Editores
21. Fischer, F. 2003. Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices. Oxford: Oxford University Press.
22. Bustelo M y Lombardo E (2006). “Los marcos interpretativos de las políticas de igualdad en Europa: conciliación, violencia y desigualdad de género en la política”. En Revista Española de Ciencia Política, vol.8 abril. Madrid: Asociación Española de Ciencia Política y de la Salud.
23. McComas, Katherine, and James Shanahan. 1999. “Telling Stories about Global Climate Change: Measuring the Impact of Narratives on Issue Cycles.” *Communication Research* 26 (1): 30), el mercadeo, la neurociencia, y la psicología
24. Gerrig, Richard J., and Giovanna Egidi. 2003. “Cognitive Psychological Foundations of Narrative Experiences.” In *Narrative Theory and the Cognitive Sciences*, ed. David Herman. Stanford: CSLI Publications, 33–55.

25. John, Peter. 2003. "Is There Life after Policy Streams, Advocacy Coalitions, and Punctuations: Using Evolutionary Theory to Explain Policy Change?" *Policy Studies Journal* 31 (4): 481–98.
26. Fischer, Frank. 1998. "Beyond Empiricism: Policy Inquiry in Postpositivist Perspective." *Policy Studies Journal* 26 (1): 129–46
27. Jones M, McBeth M. A narrative policy framework: Clear enough to be wrong? *The policy studies journal*, 38(2), 2010: 329-53
28. Hajer, Maarten A. 1993. "Discourse Coalitions and the Institutionalization of Practice: The Case of Acid Rain in Britain." In *The Argumentative Turn*, ed. Frank Fischer, and John Forester. Durham, NC: Duke University Press, 43–76.,
29. Fischer, Frank, and J. Forrester. 1993. *The Argumentative Turn in Policy Analysis*. Durham, NC: Duke University Press.; Fischer, F. 2003. *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*. Oxford: Oxford University Press.
30. Bridgman, Todd, and David Barry. 2002. "Regulation is Evil: An Application of Narrative Policy Analysis to Regulatory Debate in New Zealand." *Policy Sciences* 35 (2): 141–61.
31. Vander Stay, Steven L. 1994. "Stories of (Social) Distress: Applied Narrative Analysis and Public Policy for the Homeless." *Journal of Social Distress and the Homeless* 3 (4): 299–319
32. Scott, Catherine V. 2000. "Bound for Glory: The Hostage Crisis as Captivity Narrative in Iran." *International Studies Quarterly* 44 (1): 177–88.
33. Hampton, Greg. 2004. "Enhancing Public Participation through Narrative Analysis." *Policy Sciences* 37 (3/4): 261–76
34. Hendriks, Carolyn. 2005. "Participatory Storylines and Their Influence on Deliberative Forums." *Policy Sciences* 38 (1): 1–20
35. Garvin, Theresa. 2001. "Analytical Paradigms: The Epistemological Distances between Scientists, Policy Makers, and the Public." *Risk Analysis* 21 (3): 443–56.
36. Jacobs, Ronald N., and Sarah Sobieraj. 2007. "Narrative and Legitimacy: U.S. Congressional Debates about the Nonprofit Sector." *Sociological Theory* 25 (1): 1–25.
37. Pardo, N. (2010). Representaciones de la política de seguridad democrática en el discurso de Álvaro Uribe Vélez: ¿Estado comunitario? *Discurso y Sociedad*, 4 (1), 52-102.

38. Jaramillo, J. M. (2007). La política pública sobre atención a población desplazada en Colombia. Emergencia, constitución y crisis de un campo de prácticas discursivas. *Tabula Rasa*, 309-338
39. Avila, Lorena. Narrativas del Estado y del pueblo Wayúu en la formulación de lineamientos de política pública de reparación en Colombia (2002-2009). Tesis de grado en magister políticas públicas. Universidad Nacional, Bogotá, 2013: 99 p
40. Téllez, Alejandra. La complejidad de la problemática ambiental de los residuos plásticos: una aproximación al análisis narrativo de política pública en Bogotá. Tesis de grado en magister en medio ambiente y desarrollo. Universidad Nacional IDEA, Bogotá: 110 p;
41. Jolonch, Javier. Análisis de transporte masivo y movilidad en Bogotá. *Universidad y empresa* nro. 24: 15-23, 2013;
42. López P, Mosquera E y otros. Narrativas de jóvenes sobre los sentidos de convivencia pacífica en la escuela. Centro de Estudios Avanzados en Niñez Y Juventud Universidad de Manizales – CINDE Manizales 2014
43. Ávila B., María A. Martínez M, y otros. Bogotá. Narrativas de los y las docentes sobre la Inclusión de niños y niñas con discapacidad en primera Infancia en el Jardín infantil Colinas y el Instituto de Integración Cultural (IDIC Universidad Pedagógica Nacional,
44. Roth Deubel, André-Noël, (2007). “Los abordajes teóricos del análisis de políticas públicas ¿Dónde está América Latina?” Contenido en: *Políticas Públicas en Sistemas Críticos*. Universidad Nacional de Colombia. Medellín.
- 45 Salazar Vargas, Carlos (2009). *Políticas Públicas & Think Tanks*. Editorial Konrad Adenau Stiftung. Bogotá. Colombia
- ⁴⁶. Universidad Nacional de Colombia. Estudios sobre Gobierno”. En: *Análisis y Evaluación de Políticas Públicas: Debates y Experiencias en Colombia*. Facultad de Derecho Ciencias Políticas y Sociales. Editora Guadalupe S. A. Bogotá D.C.
47. Sanchez, Deisy; ballesteros, Magnolia y Martínez Alberto (2010). “La perspectiva narrativa de Emery Roe” contenido en: *Enfoque para el Análisis de Políticas Públicas*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
48. Callon, M(1996). Elementos para una sociología de la traducción. Programa Universitario de investigación en ciencia, tecnología y cultura. Bogota, Colombia: Universidad Nacional de Colombia

49. Calderón Ramanov, Victoria Alexandra (2010). "Capítulo 2. La perspectiva de H. D. Lasswell (1902-1978) para el análisis de las política públicas". En: *Enfoques para el análisis de Políticas Públicas*. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. pp. 67-96.
50. Caminal, Miquel (2010). "La Política y la Ciencia Política". En: Caminal, Miquel (Editor), *Manual de ciencia política*. Tercera Edición. Tecnos. Madrid. pp. 19-36.
51. Hernández, Gustavo (1999). "El Análisis de las Políticas Públicas: Una disciplina incipiente en Colombia". En: *Revista de Estudios Sociales No.4*. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de los Andes. Bogotá. Colombia. pp. 80-91.
52. Lasswell, Harold D. (1951). "The Policy Orientation". In: Lerner, Daniel and Lasswell, Harold (Ed.) *The Policy Sciences. Recent Developments in Scope and Method*. Stanford University Press. Stanford. California. pp. 3-15.
53. Many, Yves y Thoenig, Jean-Claude. (1992). "Introducción general", "Políticas Públicas y Teoría del Estado". En: *Las políticas públicas*. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. pp. 7-10, 43-82.
54. Muller, Pierre (2006). Políticas Públicas. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. Mediación, multimodalidad y significado. Documento en internet. Consultado el 15 de agosto de 2014:
<http://unb.revistaintercambio.net.br/24h/pessoa/temp/anexo/1/213/174.pdf>
55. Pardo, Neyla (2007). *Cómo hacer análisis Crítico del discurso*. Editorial Frasis. Santiago de Chile.
56. Rose, Richard (1998). *El gran gobierno. Un acercamiento desde los programas gubernamentales*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
57. Roth Deubel, André-Noël, (2010). "Capitulo 1. Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticos". En: *Enfoques para el análisis de Políticas Públicas*. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. pp. 17-65.
58. Roth Deubel, André-Noël, (2007). "Teorías y Marcos de Análisis para las Políticas Públicas" contenido en *Fundamentos de política pública*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
59. Constitución Política De Colombia 1991. Bogotá. Editorial Legis.

60. Thöening, Jean Claude (2004), "La actualización del conocimiento en el campo de la administración y las políticas públicas". En Pardo, María del C. [Coord.], De la Administración Pública a la Gobernanza, México, COLMEX, pp. 183-214
61. Hernández, Arturo (s/f), La metodología cualitativa y su importancia en el análisis de políticas públicas. Redpol Nro. 8, UAM, México. Disponible en <http://redpol.azc.uam.mx/>
62. Enríquez, Eugene (2002), "El relato de vida: interfaz entre intimidad y vida colectiva", en Perfiles Latinoamericanos, Revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, No. 21, Diciembre
63. Cejudo, Guillermo (2008), "Discurso y políticas públicas: enfoque constructivista", Documento de trabajo, No. 205, México, CIDE, 22 p. ESTÁ
64. Caldera AR. Las ideas y el proceso político en las estrategias para hacer frente a la crisis del agua: dos casos mexicanos. Revista de El Colegio de San Luis; 2012, nro 4: julio-diciembre
65. Röth AN. teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico?. Estudios políticos, 2008, (33): 67-91. Medellín
66. Barbieri, N.; A. Partal y E. Merino (2011): «Nuevas políticas, nuevas miradas y metodologías de evaluación. ¿Cómo evaluar el retorno social de las políticas culturales?», Papers Revista de Sociología, 96, 2: pp. 477-500.
67. Alcaldía Municipal de Puerto Tejada. Plan de desarrollo para el cuatrienio 2008-2011. Unidos por Puerto Tejada, pag. 37 – 41
68. Echevarría R. Diseño y plan de análisis de investigación cualitativa. 2011. FCE, México.
69. Quintana A. "Metodología de Investigación Científica Cualitativa". En Quintana, A. Y Montgomery, W. (2006). *Psicología: Tópicos de Actualidad*. Lima: UNMSM.
70. Strauss, Anselm y Corbn, Julieth (2002). Base de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogota. Colombia (2a. Ed.). CONTUS. Editorial Universidad de Antioquia.
71. Sandoval C. La formulación y el diseño de los procesos de investigación social cualitativa, Instituto colombiano para el fomento de la educación superior. 1996, Bogotá. p 111-128
72. Palacio H, Sáez M. Salud Infantil Colombia. Bogotá: 2001. OPS

73. Vélez, J.J. La Planeación Nacional y los planes de gobierno: una mirada al desarrollo social, económico y político de Colombia. 2009.Revista Ciencias Estratégicas, Pág. 291 -308
74. Comisión Intersectorial de Primera Infancia. De cero a Siempre.2013. [en línea][Consultado 27 de febrero de 2014] disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>
75. Grillo, M. León A, A y Rodríguez, I. Perspectivas Estrategias y Técnicas sobre la Red Nacional de Críos. 2010. San José, Costa Rica.
76. Rojas Becerra E, Reconstruyendo la historia de la atención a la familia desde el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.2001.Bogota.
77. Bernal, R. F. Evaluación del Impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar familiar.2009.ICBF. Bogotá.
78. Nuñez de Baez, Beatriz. COnceptualizacion y Politica de la Prevencion y Atencion Integral Temprana.1998.[en línea] [consultado el 18 de noviembre de 2014]<http://www.unamerida.com/archivospdf/Prevenci%C3%B3n%20e%20Intervencion%20Tem>
79. Acosta Ayerve A, Kattah. Hacia la construcción de una Política de Infancia y adolescencia.2002. Bogotá. Fundación Antonio Restrepo.
80. Rincón y Rodríguez. Tamización de salud visual en población infantil. Prevención de la ambliopía. [En línea][consultado 11 agosto de2014Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol18-04-2009/2-TAMIZACION.pdf>
81. Alonso P, Yepes R y otros (2009) Detección de hipoacusia mediante potenciales evocados auditivos tronco-encefálicos y otoemisiones acústicas transitorias en niños
82. Moro M. Detección e intervención precoz de la hipoacusia en recién nacidos. Libro de Ponencias (Zaragoza) 2009; 1-414: 54-56
83. Rojas Godoy, Andrea Lisseth (2011) Evaluación del Cumplimiento de la Normatividad Vigente para la Detección Temprana de la Hipoacusia Neonatal en la Ciudad de Bogotá en el año 2011. Maestría thesis, Universidad Nacional de ColombiSee more at:<http://www.bdigital.unal.edu.co/5767/#sthash.aAfSGUh0.dpuf>
84. Incháustegui T, Olivares E y Riquer F. Del dicho al hecho. Análisis y evaluación de la política de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia en

México (2000-2009), Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. México, 2010

85. Muller P y Surel Y (1998). El análisis de las políticas públicas. París: Montchrestien

86. Navarrete B. La reforma administrativa como reacción a una crisis política. El gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006). *Tekhne* Revista de Estudios Politécnicos 2009, Vol VII, nº

ANEXOS

Anexo 1- Variables del estudio descriptivo con usuarios

Anexo 2 – Guía de preguntas para entrevista actores claves

Anexo 3 – Formato revisión carpeta individual

Anexo 4 – Instrumento para selección de participantes

Anexo 5_ Instrumento de recolección de información

Anexo 6 _ Declaración escrita de consentimiento informado para hombres y mujeres que participen como voluntarios en el estudio

Anexo 7 – Declaración escrita de consentimiento informado para actores claves que participen como voluntarios en el estudio

ANEXO 1
VARIABLES DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO CON USUARIOS

Variable	Definición	Valores posibles	Técnica
Institución de cuidado	Hogar infantil A y B de ICBF	A y B	Revisión de carpeta
Nivel de escolaridad	Nivel preescolar en el que se encuentra el niño.	Salacuna - Párvulos -Pre jardín jardín	Revisión de carpeta
Género	Género al que pertenece	Femenino / masculino	Revisión de carpeta
Edad	Expresión en meses o años cumplidos	--- meses	Revisión de carpeta
Peso al nacer	Peso en gramos registrado como peso al nacer	cantidad en gramos	Revisión de carpeta
Talla al nacer	Reporte de talla en centímetros al momento del nacimiento	Expresión en centímetros	Revisión de carpeta
Tipo de parto	Procedimiento reportado como tipo de parto	Vaginal – cesarea – otros	Revisión de carpeta
Complicaciones en el momento del parto	Complicación manifiestas durante el proceso de parto (perinatal)	Si – No	Revisión de carpeta
Tipo de complicación	Si la respuesta a complicaciones en el momento del parto es SI. Qué tipo de complicación presente	Hipoxia - meconio – preclancia -bajo peso- diabetes- pretermino	Revisión carpeta
Hospitalizaciones	Reporte Hospitalizaciones registradas en la carpeta individual a diciembre de 2013	Si – no	Revisión de carpeta

Enfermedades	Reporte de enfermedades registradas en carpeta individual a diciembre de 2013	IRA EDA OTITIS OTRAS	Revisión de carpeta
Peso actual	Registro de peso actual reportado en la carpeta a diciembre de 2013	Expresión en kilogramos	Revisión de carpeta
Talla actual	Registro de talla actual reportado a diciembre de 2013	Expresión en centímetros	Revisión de carpeta
Alteración visual	El reporte de valoración visual expresa una alteración, recomendación y/o remisión.	Alteración Optómetra Oftalmólogo Pediatria Otro No	Revisión de carpeta
Alteración auditiva	El reporte de valoración auditiva expresa una alteración, recomendación y/o remisión	Alteración Otorrinolaringólogo Fonoaudiología Pediatria Otro No	Revisión de carpeta
Profesional	Profesión de quien firma el reporte de valoración visual y auditiva	Fonoaudiologa Optómetra Fonoaudiólogo/optómetra Médico general Otro profesional	Revisión de carpeta

Las variables que a continuación se describen pretenden dar respuesta a los objetivos del proyecto.

VARIABLE	DEFINICION	VALORES POSIBLES	TÉCNICA
Relación	Relación de parentesco que tiene el menor con la persona que responde la encuesta	Padre Madre Amigo otro	Encuesta a cuidadores(as)
Edad parentesco	Edad en años cumplidos de la persona que responde la encuesta	Expresión en años cumplidos (números naturales)	Encuesta
Genero encuesta	Genero a que pertenece quien responde la encuesta	F= femenino M=masculino	Encuesta
Estudio	Ultimo nivel de estudio aprobado	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11 Técnica o tecnológica universitario	Encuesta
Barrio	barrio donde usted y el niño viven	Barrio, vereda o corregimiento.	Encuesta
Estrato	Estrato socioeconómico al que pertenece la vivienda	1 -2 -3 No sabe No responde	Encuesta
Estado civil	Estado civil de la madre del menor	Soltera – casada – unión libre – separada – viuda- divorciada	Encuesta
Hogar	Quienes constituyen el hogar del menor	Repuesta de opción múltiple Madre/madrastra o cuidadora Padre/padrastro Abuela/abuelo Hermanos Otros familiares Otras personas	Encuesta

Permanencia en tiempo	Con quien permanece el niño la mayor parte del tiempo	Padre o madre Cuidador Familiar Vecino Otras personas	Encuesta
Años cumplidos	Años cumplidos a diciembre de 2013 del menor	Expresión en meses	Encuesta
Lugar que ocupa	Entre los hijos que lugar ocupa	Único – primero- segundo- tercero- cuarto	Encuesta
Crecimiento y desarrollo	Durante el embarazo la madre asistió a control de Crecimiento y Desarrollo	SI NO NO SABE	Encuesta
Hospitalización embarazo	La madres tuvo Hospitalizaciones durante el embarazo	SI NO NO SABE	Encuesta
Si hospitalizaciones	Si, la respuesta anterior es SI ¿Cuál fue la causa de la hospitalización?	Infección Urinaria (IU)-Sangrado (SG) – Hipertensión(HTA) - Ataques O Convulsiones (AT)- Amenaza De Aborto (AA)-Ruptura De Membrana (RM) Agresión Física (AF) Otro _____	Encuesta
Enfermedades eruptivas en piel	La madre presento alguna enfermedad eruptiva o de la piel	SI NO	Encuesta
Si enfermedades eruptivas	SI, la respuesta es positiva ¿Cuál enfermedad?	Sarampión____ Varicela __ Alergias____ Otras_____	Encuesta
Vacunas	El menor tiene las vacunas completas a diciembre de 2013	SI NO NOSABE	Encuesta

Hospitalizaciones	Hospitalizaciones que ha presentado el menor en el transcurso de la vida	Si no	Encuesta
Si hospitalizaciones	Motivo que genero la hospitalización	Ira, Eda, Fiebre Convulsion , Ataque(At) Golpes Accidentes(Acc) Intoxicacion (Itx), otros	Encuesta
Crecimiento y desarrollo actual	A diciembre de 2013 el niño asistía a control de crecimiento y desarrollo	SI NO NO SABE	Encuesta
Fecha de ingreso	Recuerda la fecha en la que el niño ingreso al jardín	Si No No sabe	Encuesta
Si fecha	Recuerda y puede informar mes y año en el que ingreso	Expresión en meses	Encuesta
Antes crecimiento y desarrollo	Antes que asistiera al jardín asistía a control de crecimiento y desarrollo	Si No	Encuesta
EPS	EPS a la que el niño se encuentra vinculado	Sos ___ Nueva Eps___ Salud Coop ___ Confenalco ___ Cooameva ___ Asmet Salud ____ Caprecom ___ Emsanar ___ Otra___	Encuesta a cuidadores(as)
Régimen	Régimen a la que pertenece la EPS donde el niño se encuentra vinculado	R. Subsidiado (RC) R. Contributivo(RS) No Afiliado(NA)	Encuesta

Examen visual y auditivo	A diciembre de 2013 cuenta con valoración visual y auditiva	Si No	Encuesta
Dificultad visual y /o auditiva	Usted consideraba que el niño presentaba dificultad para ver o escuchar?	Si No	Encuesta
Si, dificultad	Si, consideraba que presentaba dificultad para ver o escuchar. Qué dificultad presentaba?	Visual Auditivo	Encuesta
Tiempo valoración	Recuerda hace cuánto tiempo le practicaron el examen visual y auditivo	Expresión en meses 1,2,3,4,5,6,7,8,9. No sabe No recuerda	Encuesta
Resultado visual	Resultado valoración visual	Normal Alteración No sabe	Encuesta
Resultado auditivo	Resultado valoración auditiva	Normal Alteración No sabe	Encuesta
Remisión	Quien le practicó la prueba le remitió con algún especialista y/o profesional	SI NO NO SABE	Encuesta
Si, remisión	Con qué profesional se le remitió	Fonoaudiólogo – Optómetra- oftalmólogo – Otorrinolaringólogo- pediatra -otro	Encuesta

Información procedimiento	El profesional que le atendió le informó el procedimiento que debería seguir	SI NO NO SABE	Encuesta
Acciones	Acciones que desarrolló después de obtener el resultado	Asistió a consulta con médico general de su EPS (A) Asistió a consulta con especialista de su EPS (B) Asistió a nueva valoración con especialista particular(C) Asistió a control con el mismo profesional que práctico la prueba inicial(D) Nada, Solo entrego el examen a quien se lo mando (E)	Encuesta
si, acción	si, la respuesta anterior fue A,B,C O D, ¿Qué profesional le atendió?	Fonoaudiólogo - Optómetra-oftalmólogo- Otorrinolaringólogo-otro.	Encuesta
NADA	Nada, solo entregó el examen a quien se lo mandó. Motivo para no realizar seguimiento al examen.	Se asigna la letra que corresponde a. Se consideró que no se ameritaba b. Falta de recursos ____ c. Falta de tiempo ____ d. Falta de información sobre qué hacer ____ e. Negativa de la EPS ____ f. No sabe ____ g. No responde ____	Encuesta

nuevo resultado	si, obtuvo una segunda valoración cual fue el nuevo resultado,	Normal(N)Alteración (A) Procedimiento Quirúrgico (PQx) Procedimiento Terapéutico(PT) Adaptación De Lentes/Audífonos (L/A) Otro (O)	Encuesta
quien pagó	Quien cubrió el pago que generó el procedimiento	Madre Padre Familiar otro	Encuesta
dinero	Cantidad de dinero que fue necesaria gastar para la atención del menor En transporte, exámenes, consultas y otros.	Expresión en pesos	Encuesta
salud hoy	Describa cómo ve usted la salud visual y auditiva del niño/a hoy.	Igual Mejor peor	Encuesta
observaciones	Manifestaciones que aporte el participante y que sean necesarios registrar.	comentarios textuales	Encuesta

UNIVERSIDAD DEL VALLE - ESCUELA DE SALUD PUBLICA

ANEXO 2



DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA.

Fecha

Hora de inicio

Hora finalización

GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA ACTORES CLAVES

Buenos _____, Como parte del trabajo de investigación para optar al título de magister en Salud Publica, en la Escuela De Salud Pública De La Universidad Del Valle. Se está realizando una investigación acerca del diagnóstico de alteraciones visuales y auditivas de las y los niños menores de 6 años como instrumento en el discurso de la política pública de primera infancia. La información brindada en esta entrevista es de carácter confidencial, solo será utilizada para los propósitos de la investigación. Agradezco su colaboración.

INICIO

Institución: _____

Cargo : _____ Antigüedad en el cargo: _____

Funciones básicas: _____

Preguntas principales:

1. ¿Me puede contar que es la estrategia nacional de cero a siempre?
2. ¿conoce usted cuales son los componentes de la estrategia nacional de cero a siempre?
3. ¿Conoce usted que sectores intervienen en la atención de la estrategia?
4. ¿Cómo se implementado la estrategia en su institución?.
5. ¿cuenta en la actualidad la institución que usted representa con un presupuesto asignado para la Operacionalización de la estrategia?

Temas de Apoyo:

Se identifica calidad en el intercambio de información con la persona: Si _____, No _____

Se alcanzan a identificar manejo del tema tocado: Si _____, No _____

6. Por favor cuénteme ¿conoce usted como se operacionalizó la estrategia en el municipio?.
7. ¿Qué entidad está encargada de realizar coordinación y monitoreo en la implementación del municipio?.
8. Conoce usted si existe una ruta de atención y manejo para la estrategia en el municipio
9. Conoce usted si la estrategia se encuentra incluida dentro del plan de desarrollo municipal para la presente vigencia.
10. Existe un diagnostico (línea base) de la población atendida

ANEXO 3



UNIVERSIDAD DEL VALLE - ESCUELA DE SALUD PUBLICA

DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA

FORMATO DE REVISION CARPETA INDIVIDUAL

I . INFORMACION GENERAL

Institución: _____ Nivel: _____

Fecha De Revisión: _____

Numero de registro: _____

Fecha De Nacimiento: _____ Edad: _____

II.ANAMNESIS

Antecedentes Perinatales

Peso al nacer: _____ talla al nacer: _____

Tipo de parto _____ complicaciones: _____

Antecedentes postnatales

Hospitalizaciones: _____ enfermedades: _____

Peso actual: _____ talla actual: _____

III. INFORMACION DEL TAMIZAJE

Cuenta con valoración visual: SI ___ NO___

Cuenta con valoración auditivo: SI ___ NO___

La valoración visual presenta alguna alteración o recomendación : SI___ NO ___

CUAL_____

La valoración auditiva presente alguna alteración o recomendación: SI ___ NO___

QUE PROFESIONAL REALIZO LA VALORACION. _____

ANEXO 4



UNIVERSIDAD DEL VALLE - ESCUELA DE SALUD PUBLICA

DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA.

Encuesta para padres o acudientes de menores de Hogares de Bienestar familiar

Puerto Tejada, noviembre 2013

INSTRUMENTO PARA SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Lea la sección siguiente a cada posible participante:

Buenos días/tardes, me llamo _____ soy _____ (describa el cargo) _____ . Se Está realizando un estudio sobre la salud visual y auditiva de los niños preescolares de los Hogares de Bienestar Familiar en el municipio de Puerto Tejada con referencia a los avances en la estrategia nacional de cero a siempre, buscando describir como estas se implementaron y dan respuesta a la política pública de primera infancia.

Su niño/a es uno de que se eligieron para participar en el estudio. La respuesta a esta encuesta es totalmente voluntaria y el tiempo que requiere su respuesta es de aproximadamente unos 20 minutos, la información que usted facilite será totalmente confidencial y será usada solamente para los fines de este estudio.

¿Desea usted participar? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es se informara y leera el consentimiento informado, y se pedirá que lo firme ubicando dos testigos para su aval.

Si la respuesta es No, no inicie el cuestionamiento y agradezca la atención brindada y solicite cual es la razón para no participar, registrándola textualmente en el instrumento.

Anexo 5



UNIVERSIDAD DEL VALLE - ESCUELA DE SALUD PUBLICA

DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA.

Universidad del Valle - Escuela de Salud Publica

Hogar Infantil Mis Amiguitos – Hogar Infantil Amor y Alegría

Cuestionario para acudientes y/o padres de preescolares asistentes a Hogares Infantiles A y B en el municipio de Puerto Tejada 2013.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

I. DATOS GENERALES

Código _____ fecha del diligenciamiento : _____

1. QUE RELACION TIENE USTED CON EL MENOR

Padre __ madre: __ familiar: __ amigo: __ otros: __

2. CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE USTED:

Edad en años cumplidos __ __

3. EN QUÉ MES Y AÑO NACIÓ USTED: MM__ AAAA _ _ _ _

4. SEXO: __Hombre __Mujer

5. ¿CUAL FUE EL ULTIMO NIVEL DE ESTUDIOS QUE USTED APROBO?

Primaria 1 __ 2__ 3__ 4__ 5__

Secundaria 6_ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__

Técnica o tecnológica: cursando__ termino sin título__ titulado ____

Universitario: número de semestres cursados____

6. **CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE LA CASA DONDE USTED y EL NIÑO/A VIVEN regularmente:**

7. **A QUE ESTRATO SOCIOECONOMICO PERTENECE LA VIVIENDA:**

1 ___ 2 ___ 3 ___ NO SABE ___ NO RESPONDE ___

8. **EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE O CUIDADORA DEL MENOR ES:**

SOLTERA ___ CASADA ___ UNION LIBRE ___ SEPARADA ___ VIUDA ___
DIVORSIADA ___

9. **QUIENES CONSTITUYEN EL HOGAR DEL (mencione el nombre del niño/a) (marque las opciones que sean necesarias)**

Madre/ madrastra o cuidadora ___

Padre/ padrastro ___

Abuelo/ abuela ___

Hermanos ___

Otros familiares ___

Otras personas ___

10. **CON QUIEN PERMANECE EL NIÑO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:**

Padre O Madre: ___ Cuidador: ___ Familiar: ___ Vecino: ___ Con Otras
Personas: ___

11. **CUANTOS AÑOS CUMPLIDOS TIENE (mencione el nombre del niño/a) ___**

Edad cumplida años cumplidos: ___ Meses: _____

12. **(Mencione el nombre del niño/a) ENTRE LOS HIJOS, QUE LUGAR OCUPA EN EL GRUPO FAMILIAR**

Único: ___

Primero: ___ Segundo: ___ Tercero: ___ Cuarto: ___ Quinto: ___

ANTECEDENTES GESTACIONALES

13. **CUANDO (mencione el nombre de la madre) ESTABA EMBARAZADA DE (mencione el nombre del niño/a) ASISTIÓ A CONTROL PRENATAL**

SI ___ NO ___ NO SABE ___

14. **DURANTE EL EMBARAZO DE (mencione el nombre del niño) LA MADRE ESTUVO HOSPITALIZADA**

Si ___ no ___ no sabe ___, (si la respuesta es SÍ) cuestione: ¿cuál fue la causa de la hospitalización?

Infección Urinaria ___ Sangrado ___ Hipertensión ___ Ataques O Convulsiones ___
Amenaza De Aborto ___ Ruptura De Membrana ___ Agresión Física ___ Otro _____

15. **DURANTE EL EMBARAZO (mencione el nombre del niño/a) LA MADRE PRESENTO ALGUNA ENFERMEDAD ERUPTIVA O DE LA PIEL.**

SI ___ NO ___

Si la respuesta es SI cuestione sobre cuál de las siguientes opciones:

Sarampión ___ Varicela ___ Alergias ___ Otras _____

II. ANTECEDENTES DEL NIÑO

16. **(mencione el nombre del niño/a) cuenta con las vacunas completas**

Si ___ no ___ no sabe ___

17. **(mencione el nombre del niño/a) HA ESTADO HOSPITALIZADO:**

Si ___ No ____. Si la respuesta es **sí**, cuestione sobre ¿cuál ha sido motivo de la hospitalización?: (Marque las opciones que sean necesarias)

Diarrea ___ Problemas Respiratorios ___ Fiebre ___ Convulsiones O Ataques ___
Golpes o Accidentes ___ Intoxicación ___ Otros _____

18. **ACTUALMENTE (mencione el nombre del niño/a) ASISTE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

SI ___ No ___ No sabe ___

19. **RECUERDA USTED LA FECHA EN LA QUE (mencione el nombre del niño/a) COMENZÓ ASISTIR AL JARDÍN**

Sí ___ No ___ No sabe ____. Si la respuesta es **SI**, solicite que le informe el mes y año

Mes ___ año _____

20. **ANTES QUE (mencione el nombre del niño/a) ASISTIERA AL JARDIN ESTABA EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Sí ___ No ___

21. **A QUE EPS PERTENECE EL/LA NIÑO/A**

ENTIDAD:

SOS ___ NUEVA EPS ___ SALUD COOP ___ CONFENALCO ___ COOMEVA ___
ASMET SALUD ___ CAPRECOM ___ EMSSANAR ___ OTRA _____

R. Subsidiado ___ R. Contributivo ___ No Afiliado ___

22. **(MENCIONE EL NOMBRE DEL NIÑO/A) SE LE HA PRACTICADO EXAMEN VISUAL Y AUDITIVA**

Sí ___ No ___

Si la respuesta anterior es **NO** pase a la pregunta 33

23. **ANTES DEL EXAMEN VISUAL Y AUDITIVO ¿USTED CONSIDERABA QUE (mencione el nombre del niño/a) PRESENTABA ALGUNA DIFICULTAD PARA VER O ESCUCHAR?**

Sí ___ No ___

Si la respuesta es **SI**, cuestione la dificultad que usted observaba era a nivel:

Visual ___ o Auditivo ___

24. **RECUERDA USTED HACE CUÁNTO TIEMPO LE TOMARON EL EXAMEN VISUAL Y AUDITIVO AL NIÑO/A**

Entre 1 y 3 meses ___ Entre 4 y 6 meses ___ Más de 7 meses ___ No recuerda ___ No sabe ___

25. **EL RESULTADO DE LA VALORACIÓN VISUAL FUE:**

Normal ___ Con alteración ___ No sabe ___

26. **EL RESULTADO DE LA VALORACIÓN AUDITIVA FUE:**

Normal ___ Con alteración ___ No sabe ___

27. **LA PERSONA QUE LE PRACTICO EL EXAMEN VISUAL Y AUDITIVO A (mencione el nombre del niño/a) LE REMITIÓ CON ALGÚN PROFESIONAL DE LA SALUD.**

Sí ___ No ___ No sabe ___

Si la respuesta es **SI**, mencione con que profesional:

Fonoaudiólogo ___ Optómetra: ___ oftalmólogo: ___ Otorrinolaringólogo: ___ otro: ___
Cuál? _____

28. **DESPUÉS DEL EXAMEN SE LE INFORMO SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUE DEBÍA SEGUIR CON EL RESULTADO.**

Sí ___ No ___ No Sabe ___

29. **Escuche atentamente y mencione ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTE ACCIONES DESARROLLÓ DESPUES OBTENER EL RESULTADO DEL EXAMEN VISUAL Y AUDITIVO DEL NIÑO/A?**

- a. Asistió a consulta con médico general de su EPS ___
- b. Asistió a consulta con especialista de su EPS ___

-
- c. Asistió a nueva valoración con especialista particular ____
 - d. Asistió a control con el mismo profesional que práctico la prueba inicial ____
 - e. Nada, Solo entrego el examen a quien se lo mando ____

30. Sí, la respuesta anterior fue a, b, c o d responda

QUE PROFESIONAL DE LA SALUD LE ATENDIÓ

Fonoaudiólogo ____ Optómetra: ____ oftalmólogo: ____ Otorrinolaringólogo: ____ otro:

Cuál? _____

Si la respuesta es la e,

Mencione cuál de las siguientes opciones se convirtieron en un posible motivo para no realizar el seguimiento al resultado del examen

- Se consideró que no se ameritaba ____
- Falta de recursos ____
- Falta de tiempo ____
- Falta de información sobre qué hacer ____
- Negativa de la EPS ____
- No sabe ____
- No responde ____

31. **CUAL FUE EL RESULTADO DE ESTA NUEVA VALORACION**

Normal ____ Alteración ____ Procedimiento Quirúrgico ____ Procedimiento
Terapéutico ____ Adaptación De Lentes/Audífonos ____ Otro ____
Cual _____

32. **QUIEN CUBRIÓ EL PAGO DE LA ATENCIÓN QUE GENERO EL PROCEDIMIENTO**

Madre ____
Padre ____
Familiar ____
Otro ____

Que cantidad de plata fue necesaria gastar para la atención del menor para obtener un diagnostico

Transporte: _____

Exámenes: _____

Consultas: _____

Otros: _____ Cuales: _____

33. **ENTRE LAS OPCIONES QUE TIENE A CONTINUACIÓN ESCOJA UNA QUE DESCRIBA CÓMO VE usted LA SALUD VISUAL Y AUDITIVA DEL NIÑO/A HOY**
Igual ___ Mejor ___ Peor ___

34. Observaciones: incluir los comentarios del padre o acudiente textualmente con relación a la salud visual y auditiva del menor

ANEXO 6



UNIVERSIDAD DEL VALLE - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

DECLARACIÓN ESCRITA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOMBRES Y MUJERES QUE PARTICIPEN COMO VOLUNTARIOS EN EL ESTUDIO:

DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA

Lugar donde se desarrolla el estudio: MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA, CAUCA – COLOMBIA

HOGAR INFANTIL MIS AMIGUITOS HOGAR INFANTIL AMOR Y ALEGRÍA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: CYNTHIA ISABEL GOMEZ CARABALI

CODIGO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GENERO: _____

la Universidad Del Valle y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Centro Zonal Norte del Cauca están realizando una investigación para conocer el DIAGNÓSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA. La información obtenida se utilizará para la implementación y desarrollo de actividades orientadas a mejorar la salud visual y auditiva de niños y niñas en edad preescolar, por tanto la veracidad de sus respuestas es muy importante para los propósitos de este estudio.

la población que se incluirá para la investigación serán 6 actores claves conocedores de la implementación de la estrategia, los 253 niños y niñas en edad preescolar que comprende edades desde los 6 meses de edad hasta los años y 11 meses del municipio de Puerto Tejada, que asistieron a los 2 hogares infantiles A y B en el periodo 2013. Se espera que al menos en el 5 % (13 de los menores se encuentren con alteraciones visuales y auditivas en las pruebas de tamizaje que fueron realizadas antes del ingreso al hogar infantil) lo que equivaldría al número de acudientes que serán contactados para obtener información sobre los procedimientos adoptados por las familias ante el resultado del tamizaje.

Si usted acepta participar acordaremos con usted una cita y le haremos una encuesta, a su vez usted nos brindara una autorización para recolectar información de la carpeta individual de su niño o niña que se encuentra en el hogar infantil.

La participación en este estudio no tiene ningún costo y es completamente voluntaria. Como no se realizara ningún tipo de prueba usted no corre ningún riesgo para su salud. Usted se beneficiara al participar de este estudio pues se le brindara información referente a los signos de alarma de alteraciones visuales y auditivas en los niños en edad preescolar.

En caso que se registre algún tipo de alteración y/o recomendación a nivel de salud visual y auditiva para su hijo y usted no tenga claro que hacer, se le asegurara el acompañamiento pertinente para la realización del trámite o la recomendación que amerite. La información que se obtenga de este estudio será utilizada únicamente para la investigación y no se compartirá con otras personas no involucradas en el. Su nombre no se utilizara en ningún informe.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, adicionalmente después de haber iniciado el estudio usted podrá retirarse en cualquier momento y por cualquier razón. El acompañamiento y asesoría que necesite referente a la salud visual y auditivo de su niño o niña no tendrá ningún costo. La duración en la participación de la investigación está condicionada a los 20 minutos aproximadamente que dura la aplicación de la encuesta

según lo dispuesto en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud en su Artículo 11 el estudio se clasifica como una *investigación sin riesgo*, dado que el objeto de estudio es determinar la oportunidad de diagnóstico de alteraciones visuales y auditivas en preescolares en el marco de la estrategia nacional de cero a siempre alguna duda al respecto comuníquese con **CYNTHIA ISABEL GOMEZ C. AL TELEFONO 318 6910447 así como a la oficina de comité de ética institucional al teléfono: 5185677.**

con su firma usted certifica que ha leído o alguien le ha leído el consentimiento informado que ha tenido suficiente tiempo para considerar la decisión de participar en este estudio. Ha presentado todas las preguntas y han sido resueltas para su satisfacción. Se le han explicado los procedimientos así como los beneficios y riesgos de la participación en el estudio.

Entiendo que si decido retirarme del estudio, puedo hacerlo sin perder mis derechos. He recibido copia de este formato. Por el presente documento acepto participar en este estudio titulado **“DIAGNÓSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA”**

Lugar y fecha: _____

Iniciales del nombre y apellidos del participante: _____ cédula: _____

Firma: _____

Nombre del investigador: _____

Cédula: _____ Firma: _____

Nombre del primer testigo: _____

Cédula: _____ Firma: _____

Nombre del segundo testigo: _____

Cédula: _____ Firma: _____

Anexo 7



UNIVERSIDAD DEL VALLE - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

**DECLARACIÓN ESCRITA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTORES
CLAVES QUE PARTICIPEN COMO VOLUNTARIOS EN EL ESTUDIO:**

**DIAGNOSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS
NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE
LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA**

**Lugar donde se desarrolla el estudio: MUNICIPIO DE PUERTO TEJADA, CAUCA –
COLOMBIA**

INSTITUCION QUE REPRESENTA: _____

INVESTIGADOR PRINCIPAL: CYNTHIA ISABEL GOMEZ CARABALI

CODIGO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **GENERO:** _____

CARGO: _____ **ANTIGÜEDAD:** _____

la Universidad Del Valle y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Centro Zonal Norte del Cauca, están realizando una investigación para conocer la presencia de alteraciones visuales y auditivas en los niños y niñas que están en el marco de la estrategia nacional de cero a siempre en el municipio. En particular con la investigación se quiere conocer como es el acceso a los servicios de salud para obtener el diagnostico ante la identificación de una alteración visual y/o auditiva en un niño. La información obtenía se utilizara para la implementación y desarrollo de actividades orientadas a mejorar la salud visual y auditiva de niños y niñas en edad preescolar, por tanto la veracidad de sus respuestas es muy importante para los propósitos de este estudio.

la población que se incluirá para la investigación serán los 253 niños y niñas en edad preescolar que comprende edades desde los 6 meses de edad hasta los años y 11 meses del municipio de Puerto Tejada, que asistieron a los 2 hogares infantiles A y B en el periodo 2013. Se espera que al menos en el 5%(13 de los menores se encuentren con alteraciones visuales y auditivas en las pruebas de tamizaje que fueron realizadas antes

del ingreso al hogar infantil) lo que equivaldría al número de acudientes que serán contactados para obtener información sobre los procedimientos adoptados por las familias ante el resultado del tamizaje.

Si usted acepta participar acordaremos con usted una cita y le haremos una entrevista, con la cual se busca describir la implementación de la estrategia nacional de cero a siempre en el municipio.

La participación en este estudio no tiene ningún costo y es completamente voluntaria. Como no se realizara ningún tipo de prueba usted no corre ningún riesgo para su salud. Usted se beneficiara al participar de este estudio pues la investigación busca brindar bases a los entes de control y actores claves para que se implementen acciones en pro de la salud visual y auditiva de los niños y niñas en edad preescolar en el municipio.

La información que se obtenga de este estudio será utilizada únicamente para la investigación y no se compartirá con otras personas no involucradas en el. Su nombre no se utilizara en ningún informe.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, adicionalmente después de haber iniciado el estudio usted podrá retirarse en cualquier momento y por cualquier razón. La duración en la participación de la investigación está condicionada a los minutos que dura la realización de la entrevista.

según lo dispuesto en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud en su Artículo 11 el estudio se clasifica como una *investigación sin riesgo*, dado que el objeto de estudio es determinar la oportunidad de diagnóstico de alteraciones visuales y auditivas en preescolares en el marco de la estrategia nacional de cero a siempre alguna duda al respecto comuníquese con **CYNTHIA ISABEL GOMEZ C. AL TELEFONO 318 6910447 investigadora principal o con la oficina de comité de ética institucional al teléfono: 5185677.**

con su firma usted certifica que ha leído o alguien le ha leído el consentimiento informado que ha tenido suficiente tiempo para considerar la decisión de participar en este estudio. Ha presentado todas las preguntas y han sido resueltas para su satisfacción. Se le han explicado los procedimientos así como los beneficios y riesgos de la participación en el estudio.

Entiende que si decide retirarse del estudio, puede hacerlo sin perder sus derechos. He recibido copia de este formato. Con el presente documento acepta la participación en este estudio titulado **DIAGNÓSTICO DE ALTERACIONES VISUALES Y AUDITIVAS DE LAS Y LOS NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS COMO INSTRUMENTO EN EL DISCURSO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA**

Lugar y fecha: _____

Iniciales del nombre y apellidos del participante: _____ cédula: _____

Firma: _____

Nombre del investigador: _____

Cédula: _____ Firma: _____

Nombre del primer testigo: _____

Cédula: _____ Firma: _____

Nombre del segundo testigo: _____ Cédula: _____ Firma: _____