

**CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA QUE
INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017.**

Candelaria, Valle del Cauca

ISABEL CRISTINA MONTILLA ROSERO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

FACULTAD DE SALUD

UNIVERSIDAD DEL VALLE

SANTIAGO DE CALI

2018

**CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA QUE
INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017.**

Candelaria, Valle del Cauca

ISABEL CRISTINA MONTILLA ROSERO

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

Directora:

CONSTANZA DIAZ GRAJALES, MSP

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

FACULTAD DE SALUD

UNIVERSIDAD DEL VALLE

SANTIAGO DE CALI

2018

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

Jurado

Santiago de Cali, _____

(Día / mes / año)

DEDICATORIA

*Invierte diariamente en los recursos más importantes
“la familia y la educación”
Y que ocupen su lugar*

AGRADECIMIENTOS

A las personas que han aportado a mi educación en el tema, y a las personas que me han apoyado para terminar con éxito la Maestría en Salud Pública.

A la docente Constanza Díaz, por compartir sus preciados conocimientos conmigo, sus orientaciones, su paciencia, y sus filiaciones académicas.

A mi familia y amigos por la fortaleza que me irradiaron para continuar.

A todos los participantes que amablemente me recibieron y me permitieron descubrir y entender a través de su opinión, conocimiento y experiencia el mundo de la salud pública.

CONTENIDO

RESUMEN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
2. ESTADO DEL ARTE.....	18
3. MARCO DE REFERENCIA	23
3.1. APROXIMACIÓN TEÓRICA- ENFOQUE AVEO.....	23
3.2. PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	25
4. OBJETIVOS	28
5. METODOLOGÍA	29
5.1. TIPO DE ESTUDIO Y ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	29
5.2. ÁREA DE ESTUDIO	30
5.3. SELECCIÓN DE PARTICIPANTES.....	33
5.4. OBJETIVO 1	36
5.5. OBJETIVO 2 Y 3	38
5.6. OBJETIVO 4	42
5.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS	46
5.8. RIGOR METODOLÓGICO.....	48
6. CONSIDERACIONES ETICAS.....	49
7. RESULTADOS	53
7.1. POBLACIÓN INFANTIL EN POBREZA EXTREMA QUE ASISTIÓ DE MANERA REGULAR Y NO AL PROGRAMA DE CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	54
7.2. RECURSOS DE LAS FAMILIAS EN POBREZA EXTREMA, QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA REGULAR Y NO AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	60
7.2.1 CAPITAL FÍSICO.....	60
7.2.2 CAPITAL HUMANO.....	67
7.2.3 CAPITAL SOCIAL: ACTIVO PARA LA ASISTENCIA AL PCD.....	73
7.3. ESTRATEGIAS DE MOVILIZACIÓN DE RECURSOS QUE LAS FAMILIAS APLICAN PARA ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.	76
7.3.1 ESTRATEGIA INTEGRADORA DE PLANEACIÓN	77
7.3.2 ESTRATEGIAS DE GENERACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS	77
7.3.3 ESTRATEGIAS DE RECORDACIÓN	78
7.3.4 ESTRATEGIAS DE AHORRO DE PROCESOS	78

7.3.5 ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN	80
7.3.6 ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA.....	81
7.4. ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES DISPONIBLE, LA QUE LAS FAMILIAS RECONOCEN Y LA QUE USAN PARA LOGRAR LA ASISTENCIA REGULAR AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	83
7.4.1 ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES DEL ESTADO.....	83
7.4.2 ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES DEL MERCADO	91
7.4.3 ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES DE LA SOCIEDAD	92
8. DISCUSION Y CONCLUSIONES	95
9. BIBLIOGRAFÍA.....	106
10. ANEXOS	122

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Número de controles según edad en meses	37
Tabla 2 Proceso de selección de participantes	54
Tabla 3 Participantes: familias con ANR.....	55
Tabla 4 Participantes: familias con AR	56

INDICE DE DIAGRAMAS

1 Diagrama. Relación de estructura de oportunidades y familias AR al PCD.	93
2 Diagrama. Relación de estructura de oportunidades y familias ANR al PCD.....	94

RESUMEN

Introducción: La asistencia de todos los niños al PCD-Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo es clave para la detección de alteraciones en la infancia y la educación en salud, que influyen en el resto de la vida. La pobreza trae también consigo una predominancia en el no uso de los servicios de salud, acudiendo solo en casos de riesgo alto, teniendo mayores gastos en salud, tanto para la familia como para el sistema de salud. El Estado como benefactor, brinda los servicios, asiste y subsidia a la población, pero persiste la problemática, perjudicando más a la población vulnerable.

Objetivos: Determinar la influencia de las capacidades familiares en la asistencia al PCD de niños y niñas entre seis meses y menos de tres años de población en pobreza extrema en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.

Metodología: Se hizo una investigación cualitativa de enfoque interpretativo. El marco de referencia fue el enfoque AVEO-Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades. Las técnicas de recolección de datos fueron encuestas de caracterización sociodemográfica y entrevistas semiestructuradas para identificar los recursos, activos, capacidades, estrategias y la estructura de oportunidades que tienen y reconocen las familias asistentes regulares y no regulares para acceder al PCD; y entrevistas semiestructuradas, grupo focal y revisión documental a funcionarios para diferenciar la estructura de oportunidades disponible de la reconocida y usada por las familias en pobreza extrema. Los datos se analizaron de forma sistemática y comparativa con diagramas emergentes.

Resultados: Se encontró que aunque los dos grupos de familias estaban en pobreza extrema, predomina la carencia de recursos, capacidades, estrategias, la ausencia del Estado en las familias con asistencia no regular, y prevalecen situaciones de vulnerabilidad diferenciales como lo son: etnia-afro, víctima del conflicto, migrante, jefatura femenina, educación media incompleta, situaciones que llevan consigo otras barreras institucionales para el acceso al PCD. Dentro de las capacidades que influyen en la asistencia regular al PCD se encuentran aprendizajes en salud y capital social. Adicional se evidencia que las familias que presentaban similares características a los asistentes no regulares pero se encontraban dentro del grupo de asistentes regulares contaban con una asistencia del Estado que generaba y reforzaba estas capacidades o condicionaba a la familia para la asistencia, en el caso de ausencia de las capacidades.

Discusión: Los resultados de este estudio son consecuentes y complementarios a lo reportado en la literatura sobre la población en pobreza extrema y su proceso de superación. Y aunque el Estado benefactor brinde asistencia social para la superación, hay un grupo excluido, en el que predominan estrategias de supervivencia, no acorde a los requerimientos de la estructura de oportunidades para la asistencia al PCD.

Conclusión: Las capacidades familiares que predominan para la asistencia al PCD se deben a la reproducción de prácticas familiares, y educación brindada por la estructura de oportunidades (instituciones en salud y programas sociales, y educación formal), que en un grupo más vulnerable no se cuenta con las fuentes de producción de las mismas, por condiciones propias de la familia y por las limitaciones de cobertura y efectividad del Estado, viéndose afectada la salud de los niños en pobreza extrema, acudiendo a los servicios de salud solo en casos de alto riesgo.

Palabras claves: Salud Pública, Pobreza Extrema, Enfoque AVEO, Capacidades Familiares.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La pobreza se aborda desde varios enfoques: primero, indirectos, como el indicador de ingresos, que delimita el ingreso mínimo para satisfacer las necesidades básicas de los hogares, y segundo, directos, como el indicador de necesidades básicas insatisfechas NBI y el índice multidimensional de la pobreza IMP. El NBI, identifica la condición de pobreza cuando se presenta una deficiencia relacionada con las condiciones de infraestructura de vivienda, la cobertura de servicios públicos y los niveles educativos; mientras el IMP mide la pobreza aguda, según la insatisfacción de mínimos estándares en el logro de funcionamientos básicos, como estar bien nutrido o acceder al agua potable, de manera simultánea^{1, 2}.

Al respecto, el Banco Mundial para el 2012 reportó cerca de 1.100 millones de personas en el mundo viviendo en extrema pobreza con menos de un dólar al día, el 20%, y 2.700 millones en pobreza con menos de dos dólares diarios³. Por otra parte, la Organización de Naciones Unidas, ONU, reportó para el 2014, 1.500 millones de personas en situación de pobreza multidimensional en el mundo⁴. Y con relación al enfoque para determinar que un niño se encuentra en pobreza se tienen dos maneras o más dependiendo del territorio y los indicadores al alcance, así se considera que a nivel mundial un niño es pobre ante el incumplimiento de al menos uno de sus derechos, por la presencia de una privación básica, por lo tanto, en el 2014 a nivel mundial el 20,4% de niños se encuentran en pobreza extrema según la UNICEF.

En Colombia, al 2011, según el indicador de ingresos el 34.1% de la población se encuentra en condición de pobreza, y el 10.6% en pobreza extrema, el 15,9% de niños en pobreza extrema y el 46,1% de niños en pobreza, también a través del IMP el 21,9% de la población estuvo en pobreza,

y un 14,9% de niños vivían en pobreza extrema con un 36,1% en pobreza. Sin embargo la segunda manera de considerar que un niño se encuentra en pobreza es cuando se observa que las personas que pertenecen a hogares en donde hay niños presentan niveles de incidencia de pobreza⁵, así el 73,7% de las personas que pertenecen a una familia con tres o más niños en la zona centros poblados y rural disperso del país, son pobres⁵; En el Valle del Cauca al 2014 el 22,7% de la población vive en pobreza, y el 5,2% en pobreza extrema según el Indicador de ingresos, y según el IMP al 2015 el 38,8% en pobreza, el 15,7% en pobreza extrema⁶. En el municipio de Candelaria, al 2014 el 24% según el indicador de ingresos, estaba en pobreza, y el 25,1% en pobreza extrema, y al 2015 según el IPM el 39,5% en pobreza y el 5,07% en pobreza extrema⁶.

Esta información es clave para el abordaje en la Salud Pública porque la pobreza se caracteriza por la permanencia de inequidad en la accesibilidad y uso de los servicios de salud, contribuyendo a la alta morbilidad y mortalidad de la población que se encuentra en pobreza, una evidencia es que los niños y adolescentes que viven en los hogares más pobres tienen 5 veces más la probabilidad de tener una deficiencia nutricional que los no pobres, explicado por la diferencia en el acceso a los servicios, dentro de ellos el de salud, por las disparidades socioeconómicas y la educación de la madre^{5,7}.

La evidencia en salud pública a nivel mundial, nacional y local muestra que la población en estratificación socioeconómica baja presenta una mayor morbilidad y mortalidad en las diferentes patologías, lo cual se puede ver en los informes de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)^{8,9}, justificado ello con que las necesidades de atención en salud se elevan por las restricciones económicas, organizativas, educativas, geográficas y culturales, limitando su acceso y adherencia a los programas de atención en salud (uno es el programa para la detección temprana

de la alteraciones del crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, más conocido como el programa de control del crecimiento y desarrollo de la infancia)¹⁰, teniendo mayor riesgo de enfermar y menor probabilidad de que se le ofrezca a la población en pobreza extrema la atención que necesita. Esto aumenta la probabilidad de morir, y a ello se suma el impacto en los gastos, así las tres cuartas partes de los gastos de bolsillo de esta población se atribuyen a los gastos en salud no hospitalarios, generando un círculo vicioso entre la pobreza y la salud¹¹.

La OMS en el 90 reconoció la pobreza en los países en desarrollo como la principal causa de mortalidad¹², es por ello que en el sector salud se han intensificado los estudios sobre pobreza y la relación salud/enfermedad/atención, éstos se han centrado en variables cuantitativas, áreas geográficas, patologías o colectivos. Además, se han establecido modelos que tratan de explicar el acceso y uso de los servicios de salud, en donde esta depende de la condición sentida o percibida por la población de un área ¹³, y de la capacidad o poder de conseguir la atención necesaria en su interacción con una estructura asistencial que condiciona la utilización de los servicios¹⁴. Lo anterior también es afectado por procesos sociales, barreras actitudinales, conocimientos y la perspectiva de la enfermedad en términos del sentido y significado del sufrimiento^{11, 14}.

Acercándonos a las capacidades de las familias, entendidas por el lugar que ocupa cada recurso en la cadena de relaciones causales, que se activa para el logro de una meta de bienestar en un momento y lugar determinado¹⁵, como la vivienda o la educación, estudios sobre la cobertura en aseguramiento, y la accesibilidad a los servicios de salud realizados entre los afiliados al régimen subsidiado, que está constituido por población pobre y vulnerable, evidencian insuficiente conocimiento de la población sobre sus derechos, deberes y beneficios; menos del 60% no tienen la posibilidad de elegir la administradora del régimen subsidiado y tienen poca o nula participación

en organizaciones comunitarias de tipo veedurías y asociaciones de beneficiarios, así como desconocen casi totalmente los programas de promoción y prevención¹⁶.

Reconociendo un panorama donde las necesidades básicas insatisfechas y la desigualdad social perjudica más a unos grupos poblacionales que a otros, diferentes teóricos como Amartya Sen, Martha Nussbaum, Caroline Moser y Ruben Katzman, reconocen la existencia de una pobreza dinámica, que se relaciona con vulnerabilidad, desarrollo humano, activos, estructura de oportunidades y capacidades, y se esmeran en esclarecer los activos, como recursos materiales e inmateriales que los hogares controlan; y movilizan para mantener o mejorar el bienestar y las condiciones de vida, en relación con la estructura de oportunidades del Estado, el mercado y la comunidad, a través del uso de las capacidades (activos que determinan la movilización de otros activos) y estrategias (la forma de articular los activos para alcanzar una meta)^{11, 17-23}. Cabe resaltar que, desde las investigaciones en salud Frenk y otros autores, han ahondado en la terminología de la accesibilidad a los servicios y ello se relaciona con lo expuesto por los investigadores en el tema de la pobreza, porque expresa también que el acceso y la desigualdad no depende solo de la disponibilidad de los recursos para la prestación del servicio, sino del poder de la población para traspasar obstáculos o resistencias para el acceso¹⁴, es importante anotar que esta relación no ha sido estudiada de manera específica con relación al programa de control de crecimiento y desarrollo.

Desde la salud, y el programa de control de crecimiento y desarrollo al niño menor de 10 años, los estudios han intentado clarificar los factores causales y relacionados con la inasistencia al programa donde se hablan de las barreras de acceso por el clima, la ocupación, los trámites administrativos, la atención por parte del talento humano, el seguimiento de los protocolos y

normas técnicas, el parentesco del cuidador, el nivel socioeconómico, etc, más no se ha explorado como las capacidades (activos), los pasivos, y la estructura de oportunidades determinan el uso de los servicios de salud de la infancia y su influencia en la superación de la pobreza extrema^(10, 24-27).

Teniendo en cuenta la problemática de desigualdades en salud para la infancia, desde la salud pública surgió la necesidad de aclarar las capacidades que tiene una familia en pobreza extrema para hacer frente a las necesidades y aprovechar las oportunidades presentes, en el marco de esta investigación, esencialmente las capacidades relacionadas con la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo de la infancia, reconociendo que las acciones dirigidas a mejorar el bienestar de los niños influyen en el desarrollo biológico saludable, la adquisición de habilidades en edades posteriores, un buen desempeño a lo largo de la vida, un buen rendimiento en la edad productiva, e incluso en el desarrollo territorial ²⁸.

Es así que este estudio se realizó dando respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cómo influyeron las capacidades familiares en la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas entre seis meses y menos de tres años, de población en situación de pobreza extrema en Candelaria-Valle, 2017?

¿Cuáles son los recursos de las familias en pobreza extrema que influyen en la asistencia regular y no al programa de control de crecimiento y desarrollo en Candelaria- Valle, 2017?

¿Qué estrategias de movilización de recursos las familias en pobreza extrema utilizaron para asistir al programa de control de crecimiento y desarrollo en Candelaria-Valle, en 2017?

¿Cuál es la estructura de oportunidades disponible, la que las familias reconocen y la que usan, para lograr la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017?

Haciendo un aporte al sector salud y protección social, para orientar las intervenciones en el proceso de superación de la población en pobreza extrema; y continuar con el fortalecimiento del enfoque diferencial en la atención a través de facilitar la adquisición de capacidades para la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo de la infancia.

2. ESTADO DEL ARTE

La pobreza se puede concebir en una familia cuyo ingreso por persona es menor al necesario para cubrir las necesidades de subsistencia, donde además se ven afectadas las capacidades para desenvolverse en todas las dimensiones de la vida. Esta afecta directamente la salud debido a su influencia sobre condiciones y situaciones que desencadenan procesos físicos, mentales y sociales generadores de mala salud²⁹⁻³¹. La acumulación en las familias pobres de exposiciones a riesgos para la salud en un contexto socioeconómico desfavorable que determina una baja posición social, incrementa la vulnerabilidad, siendo ésta diferencial dependiendo de los ambientes sociales, culturales y económicos, y de los acumulativos del curso de vida³². Esto las lleva a un ciclo de pobreza- mala salud - mala salud- pobreza³³⁻³⁶.

Los estudios que incluyen el tema de capacidades, son variables, en su mayoría son teóricos y metodológicos que proponen modelos para su análisis, complementados con evidencia, donde predominan las técnicas cualitativas y mixtas, en temas como la ciudadanía, educación, la vivienda, tecnología y el empleo, donde se reconocen los elementos que determinan la vulnerabilidad de las familias en su interacción con la Estructura de oportunidades y la satisfacción de sus necesidades básicas, para así vislumbrar la oportunidad de mejoras en las intervenciones del Estado dirigida a enfrentar la pobreza³⁷⁻⁵⁰.

El enfoque aplicado en estas investigaciones fue el de activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades, reconocido como AVEO. En este enfoque el concepto de capacidad se enuncia

como un tipo particular de recursos, los cuales en determinadas circunstancias operan como condiciones necesarias para la movilización eficaz y eficiente de otros recursos^{20, 50-52}.

Así, lo que se encontró con relación a la caracterización de las familias y la presencia de activos es:

La educación como una capacidad básica para hacer un uso eficiente de derechos ciudadanos o para movilizar el recurso vivienda hacia metas productivas, vía el acceso al crédito y/o adecuación de sus instalaciones para el desempeño de una actividad económica^{20, 40, 53}, también influye en la calidad y diversidad de los vínculos, en la que puede generarse círculos viciosos, donde se opera con mecanismos de sobrevivencia, o círculos virtuosos, que puede incluir una estructura de oportunidades más amplia.

El capital humano, que dependiendo de la edad, educación, y estado de salud puede generar “superávit” o “déficit” para la familia²⁰.

Por último, en lo referente a las principales fuentes de financiamiento de la vivienda, es decir, los bancos, se encontró –según deciles– una tendencia hacia un mayor acceso a planes de financiamiento en el 60% superior de la distribución del ingreso, aunque los deciles más bajos no están plenamente excluidos de los beneficios, se identifican exclusiones por falta de capacidades financieras, por ejemplo, por el tramo de ingreso del hogar, las garantías especiales y capacidad de ahorro previo, además de las variaciones en la calidad de las vivienda^{20, 54}.

Para la población en pobreza extrema que presenta necesidades en salud, un factor importante son sus capacidades, la fragilidad de estas determina que lleguen tardíamente a recibir los servicios, tanto preventivos como curativos. Por lo tanto, es frecuente que se asista tardíamente a las

instituciones, lo cual genera falta de protección específica, retraso en la detección de problemas de salud o complicaciones mayores por enfermedades no tratadas oportunamente. Lo anterior representa un incremento de costos sociales y económicos tanto para las familias como para el sistema de salud^{13, 14, 55}.

Desde la salud, y el programa de control de crecimiento y desarrollo al niño menor de 10 años, los estudios han intentado clarificar los factores causales y relacionados con la inasistencia al programa donde se hablan de las barreras de acceso por el clima, la ocupación, los trámites administrativos, la atención por parte del talento humano, el seguimiento de los protocolos y normas técnicas, el parentesco del cuidador, el nivel socioeconómico, etc, más no se ha explorado como los activos, pasivos, y la estructura de oportunidades determinan la asistencia regular a los servicios de salud de la infancia y su influencia en la superación de la pobreza extrema^{10, 24-27, 56, 57}.

Se halló solo una investigación en salud en el marco del enfoque Activos, Vulnerabilidad, y Estructura de oportunidades (AVEO), reconociendo 3 capacidades centrales para alcanzar una vida verdaderamente humana: la sociabilidad, la formación de una familia y el cuidado de la salud; salud determinada por la capacidad de elegir libremente las acciones necesarias que atañen al bienestar. El enfoque AVEO facilita un marco más amplio en investigación e intervención para promover en las poblaciones desventajadas el uso de sus propios recursos, y se aparta de las políticas asistencialistas de combate de la pobreza^{27, 58}; sus características también son útiles en el análisis de las capacidades para el uso continuo de los servicios de salud para la infancia y su influencia en la superación de la pobreza extrema.

Hasta el momento es poca la evidencia que trate sobre los activos o las capacidades de las familias en pobreza extrema para el uso de servicios de salud, por consiguiente, no hay investigación que analice la relación entre capacidad de población en pobreza extrema y asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo, lo cual constituye una carencia en salud para la superación de la pobreza extrema⁴⁷.

Desde el punto de vista teórico, estas relaciones han sido descritas por Amartya Sen y por Antonovsky, cuando el primero se refiere a la salud como una forma de vivir autónoma, solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones que se establece con la naturaleza, la sociedad y el Estado, por lo tanto, la misma comunidad es quien tiene el poder para alcanzarla y mantenerla, donde el Estado debe garantizar el conjunto de condiciones que constituyen la base social para el desarrollo de capacidades para vivir saludablemente⁵⁹; y Antonovsky manifiesta que la salutogénesis es una teoría indispensable para la orientación de la promoción de la salud porque: ofrece una visión positiva de cómo generar salud, ayuda a identificar las habilidades y competencias necesarias para que las personas gestionen y superen la cantidad de riesgos y situaciones adversas que deberán afrontar a lo largo de su vida. En segundo lugar, ya existe una base de evidencia que demuestra la relación existente entre la idea básica de “sentimiento de coherencia” y el abanico de resultados de salud relacionados con dicho sentimiento. En tercer lugar, ofrece un indicador intermedio para estimar la propensión de una persona a controlar su destino ^{60, 61}.

Cabe resaltar que de acuerdo a lo revisado, este proyecto se enfocó en determinar las capacidades del individuo y la familia para agenciar sus propios derechos, en este caso el derecho a la salud, más hay que reconocer que ello también depende de una estructura de oportunidades enmarcada

en: el Estado, que tienen el papel central en la conformación de las oportunidades a través de su impacto directo o indirecto; el mercado, como la principal estructura de oportunidades, que depende de la economía y la globalización en el país, además de a nivel micro la estabilidad laboral, los ingresos; y la sociedad, en el plano de las instituciones y de las relaciones sociales: asociabilidad, modalidades de acción colectiva, organización y peso de la comunidad, redes de interacción, etc. Estructura que determina la vulnerabilidad o no de un hogar a nivel macro, cuando los actores controlan o no los recursos, y pueden incidir o no en ella, y que por ende debe estar inmersa en las investigaciones que tratan las capacidades de los individuos u hogares por su interacción inseparable^{57, 62}, en este caso el mismo programa de control de crecimiento y desarrollo, y los programas que influyen o condicionan la asistencia al mismo como: de Cero a Siempre, Familias en Acción, y la Estrategia Nacional Red Unidos para la superación de la pobreza extrema.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1. Aproximación Teórica- Enfoque AVEO

Teniendo en cuenta la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo como un logro básico para la superación de la pobreza extrema, a través del enfoque de desarrollo humano, y de activos, se reconoce la importancia de continuar con la misma línea de trabajo, que pueda reforzar los avances hasta el momento, en materia de salud y pobreza, es por ellos que este estudio se basa inicialmente en el enfoque AVEO expuesto por Ruben Kaztman en el cual se reconocen los siguientes elementos^{20, 63}:

Los recursos, materiales e inmateriales, sobre los cuales los individuos y los hogares poseen control se denominan activos, y su movilización permite mejorar sus situaciones de bienestar, evitar el deterioro de sus condiciones de vida, o bien, disminuir su vulnerabilidad. Dentro de ellos se encuentran²⁰:

- El capital físico: consta de dos modalidades, el capital financiero; que son los recursos financieros como ahorros, rentas, acceso a créditos, acciones, de los cuales se dispone un control sobre su uso. Y el capital físico como los bienes materiales que se consideran una forma de capital más estable.
- El capital humano: se relaciona con el desarrollo humano, en la medida que depende de la salud, las calificaciones, destrezas y habilidades, motivaciones, creencias y actitudes, su uso más importante se encuentra en el acceso al empleo.
- El capital social: a nivel individual se instala en las relaciones, donde la confianza y la reciprocidad en el intercambio de bienes y servicios es clave para impulsar el desarrollo de

la familia, a nivel grupal o comunitario se reconocen las normas, instituciones, que permiten una sinergia y participación con la institucionalidad que lleva a un mejor aprovechamiento de la estructura de oportunidades.

Las barreras materiales y no materiales para la utilización de ciertos recursos del hogar se denominan pasivos, y su existencia impide el aprovechamiento de oportunidades o la acumulación de activos^{20, 39}.

Cabe aclarar que el concepto de capacidades tomado en este proyecto no se limita al capital humano³⁹, sino que se puede encontrar en otros recursos como Kaztman lo define:

“En un determinado eslabonamiento de recursos, las instalaciones de la vivienda (capital físico) pueden examinarse como capacidades para la acumulación de otros activos, por ejemplo, para proveer los espacios necesarios para que los estudiantes hagan sus deberes, facilidad ésta que se asume como parte de la contribución que hacen los hogares a la enseñanza de sus hijos, complementando los esfuerzos de la escuela en la formación de capital humano” (Kaztman, 2000, 297).

En este proyecto se tiene como meta de bienestar “la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo”, que es un logro requerido para la superación de la pobreza extrema de acuerdo al IMP⁶². Y se comprenden como capacidades todos los recursos que la familia utiliza, como condición para la movilización de otros recursos, para lograr la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo, en su relación con las características de la estructura de oportunidades que viene siendo quien ofrece el programa, el “Hospital Local de Candelaria” y otros programas sociales.

La estructura de oportunidades son las probabilidades de acceso a bienes, servicios u actividades que inciden sobre el bienestar del hogar porque le facilitan el uso de los recursos propios o le suministran recursos nuevos, útiles para la movilidad e integración social. También definidas como las rutas al bienestar vinculadas entre sí, que permiten el acceso a bienes, servicios o actividades que faciliten el acceso a otras oportunidades⁶².

Y las estrategias de movilización de recursos son las formas particulares de articulación de recursos para el logro de una meta, la que puede ser mejorar la situación de bienestar presente (estrategias de promoción) o mantenerla, evitando su deterioro cuando ésta es amenazada (estrategias de adaptación). Las estrategias se traducen en comportamientos observables de individuos y hogares, en prácticas que se definen en la acción. Algunas estrategias pueden estar precedidas por ejercicios de cálculo, en los que se evalúan los beneficios relativos de distintas combinaciones de los recursos que controlan los individuos o los hogares. Otras pueden solo traducir formas habituales de reacción o imitación²⁰.

La idea de vulnerabilidad manejada en el enfoque AVEO y como se toma en ésta investigación, se refiere a que el estado de los hogares varía en relación inversa a su capacidad para controlar las fuerzas que modelan su propio destino, o para contrarrestar sus efectos sobre el bienestar²⁰.

3.2. Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo

El enfoque del ciclo de vida aplicado desde diversos sectores del desarrollo, entre estos desde la salud pública, es útil para identificar una consecuencia con relación a la exposición a un riesgo o acumulación de la exposición al mismo en partes o en toda la trayectoria de la vida⁶⁴. El mismo, destaca a la infancia como un periodo crítico, con varios afirmantes de que las deficiencias en la

vida temprana, y la infancia subyacen el desarrollo de desigualdades en salud que afectan la morbimortalidad, el capital humano de los países y por ende la riqueza de las naciones ⁶⁵.

El desarrollo es un proceso dinámico regulado por múltiples factores, genéticos, ambientales, nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psico emocionales, sociales, culturales y políticos, por ello es necesario identificar, estimular y garantizar los factores protectores y detectar, evitar y controlar los riesgos que amenacen las metas de desarrollo infantil, entre ellas: autoestima, autonomía, creatividad, solidaridad, felicidad, salud y resiliencia; las cuales son la máxima expresión del potencial individual que se reconstruye permanentemente apoyado en la crianza humanizada⁶⁶.

Para ello, en Colombia, el Ministerio de Salud a través de la Resolución 0412 del 2000, establece diferentes acciones en Salud Pública, una de ellas es la protección específica para los diferentes grupos poblacionales con alguna condición que genere vulnerabilidad en salud⁶⁶, así que para la infancia se ofrece el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo, intervención que se especifica en el anexo técnico tomo 1-2000, y el cual presenta las pautas para la atención integral con calidad para el niño menor de 10 años en todo el territorio nacional, por parte de los administradores de planes de beneficio y los prestadores de servicios de salud a través de las siguientes actividades:

- Consulta prenatal
- Inscripción
- Valoración integral
- Visita domiciliaria
- Controles del niño sano según la edad

- Actividades de educación en puericultura
- Consejería en lactancia materna
- Valoración visual
- Valoración auditiva
- Búsqueda activa en caso de no volver a consulta
- Suplementación con hierro
- Actividades de prevención y promoción en la salud oral
- Suministro antiparasitario

Para este estudio se tomó como **Asistencia regular** el cumplir con la asistencia a cada una de las citas del programa de control de crecimiento y desarrollo según la periodicidad de las consultas establecida en el anexo técnico 1-2000⁶⁵, que son las siguientes:

- Primera consulta con médico general.

Consultas de seguimiento con enfermera:

- Primer año, cada 3 meses; 4 consultas en el año.
- De 1 a 2 años, cada 4 meses; 3 consultas en el año.
- De 2 a 3 años, cada 6 meses; 2 consultas en el año.
- De 3 años en adelante, cada año, 1 consulta en el año.

4. OBJETIVOS

4.1. General

Determinar la influencia de las capacidades familiares en la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas entre seis meses y menos de tres años de población en pobreza extrema en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.

4.2. Específicos

1. Identificar la población infantil en pobreza extrema que asistió de manera regular y no al programa de control del crecimiento y desarrollo en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.
2. Precisar los recursos de las familias en pobreza extrema, que influyen en la asistencia regular y no al programa de control de crecimiento y desarrollo en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.
3. Describir las estrategias de movilización de recursos que las familias aplican para asistir al programa de control de crecimiento y desarrollo en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.
4. Diferenciar la estructura de oportunidades disponible, la que las familias reconocen y la que usan, para lograr la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de estudio y estrategia de investigación

Esta investigación es de tipo cualitativo, de enfoque interpretativo⁶⁷, porque implica la recolección y análisis de la información desde el mundo social e integra y discute la información para lograr un mayor entendimiento, en este caso de las capacidades familiares a través del análisis de los recursos, las estrategias y la estructura de oportunidades presentes en el alcance de la asistencia regular al Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo en el municipio de Candelaria, en el 2017⁶⁸.

La pobreza es un fenómeno complejo, diverso y dinámico que actualmente se viene analizando desde el enfoque de capacidades, tradicionalmente se han venido realizando estudios de forma cuantitativa que muestran limitaciones en la medida que se necesitan historias de vida, estudios longitudinales⁶⁹ y comprensión del fenómeno desde la perspectiva de los participantes, por lo tanto a través del diseño cualitativo se busca obtener una perspectiva más amplia y diversa del tema.

También en el campo de la salud pública y la pobreza los estudios cualitativos son de suma importancia, porque su adjetivo de pública, le asigna un nivel específico de análisis “el poblacional”, y adopta una perspectiva basada en grupos de personas o poblaciones, que en el marco de esta investigación son las familias en pobreza extrema con niños entre seis meses y menos de tres años, en su interacción con servicios sanitarios como lo es el programa de control de crecimiento y desarrollo, donde se reconoce a los padres o acudientes del niño o niña como sujeto dotado de conciencia, voluntad y lenguaje; sujetos activos de las actuaciones sociales y

sanitarias, lo que servirá como motor del control de la salud a través de mejorar la respuesta familiar como social ^{70, 71}.

Así las pretensiones básicas al utilizar el enfoque de investigación cualitativo son:

- El desarrollo: describir información y desarrollar los temas.
- La expansión: comprender a los participantes y sus contextos.

Se realizó la caracterización sociodemográfica, la identificación de los activos, los pasivos, las estrategias familiares, la estructura de oportunidades para finalmente analizar la interacción de lo anterior con las capacidades familiares y determinar la influencia de las mismas en la asistencia regular al programa de control del crecimiento y desarrollo. Cabe resaltar que en el análisis, todos los objetivos convergen para dar respuesta al objetivo general.

5.2. Área de estudio

Candelaria es agrícola, de producción industrial del azúcar y la panela, lo que influye en la generación de empleo y el desarrollo, tradicionalmente religioso, cuenta según la proyección al 2016 del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas) con una población aproximada de 82.908 habitantes, para el año 2006 el 49% es afro colombiana, y al 2013, el 1,8% tiene algún tipo de discapacidad⁷². 20.548 habitantes del municipio están clasificados por el SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales) al 2014 como población en pobreza extrema⁶, y de ellos 2.709 familias son beneficiarios de la Estrategia Nacional Red Unidos, distribuidos de forma indiscriminada en el municipio, con una mayor proporción o concentración en centros poblados (zona rural). Según la división político-administrativa, Candelaria se divide en once (11) corregimientos que son: Madre Vieja,

Villagorgona, el Carmelo, Juanchito, El Tiple, Buchitolo, San Joaquín, el Cabuyal, la Regina, el Lauro, el Arenal.

En salud el municipio muestra el siguiente panorama:

En aseguramiento en Candelaria a octubre del 2015, contaba con 38% de habitantes cubiertos por el régimen subsidiado, y 48% por el régimen contributivo, alcanzando una cobertura total de 86% habitantes. En prestación de servicios de salud a Noviembre de 2015 cuenta con 12 Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS) del régimen subsidiado, y 19 del régimen contributivo, para un total de 31 IPS ⁷⁴.

Para 2014, el municipio reportó una cobertura de vacunación de antituberculosa (BCG) en menores de 1 año de 97,4%, en pentavalente (DPT, HiB, HB) en menores de 1 año de 91,29%, y de triple viral (sarampión, rubeola y paperas-SRP) en niños de 1 año de 102,13%. La tasa de mortalidad en menores de 1 año ha disminuido de 12,96 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 2011 a 11,67 en 2013. La tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años de edad) ha tenido una disminución de 17,42 muertes por 1000 nacidos vivos en 2011 a 9,70 muertes por 1000 nacidos vivos en 2012 y luego una elevación a 14,10 muertes por 1000 nacidos vivos en 2014. Adicionalmente, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer ha disminuido de 9,22% en 2011 a 7,49% en 2013 ⁷⁴. La mortalidad de la infancia se relaciona con el programa de forma directa, porque el programa de control de crecimiento y desarrollo permite detectar los riesgos presentes que lleven al niño a una alteración en su desarrollo, o hasta la muerte, y es competencia clave del padre, madre o acudiente, integrantes del hogar, realizar las respectivas diligencias para que los niños menores de 10 años reciban los servicios de las IPS y sigan las recomendaciones de cuidado establecidas por los agentes de salud.

Las IPS ofrecen el Programa de Crecimiento y Desarrollo, siguiendo la norma técnica T1-2000 de la Resolución 412 del 2000, y para su cumplimiento en relación con las inasistencias de las familias al programa, se cuenta con una estrategia de búsqueda de casos, donde se llaman y visitan a las madres para verificar la causa de inasistencia y reprogramar la cita. Sin embargo en la revisión de los datos de caracterización del municipio de Candelaria al 2015, el 17% de los niños beneficiarios de la Estrategia Nacional Red Unidos, estrategia para la superación de la pobreza extrema, no alcanzaban el logro de asistencia al programa de crecimiento y desarrollo ⁶.

Con el panorama anterior, se refleja que el municipio tienen tanto fortalezas como debilidades en salud, especialmente en el programa de control de crecimiento y desarrollo, porque presenta altibajos en los indicadores, y que como el resto del país, tiene necesidades y problemáticas sociales que siguiendo el direccionamiento de nivel nacional y aplicando estrategias locales puede disminuir los riesgos en lo que compete a la población en pobreza extrema y más, en este caso para la población infantil.

Ajustes de la investigación

Dada la flexibilidad de los estudios cualitativos en su desarrollo, esta investigación tuvo las siguientes modificaciones:

- En el diseño del estudio, la investigadora definió como participante a las familias con niños que tenían las citas programadas en los carnés de seguimiento al control de crecimiento y desarrollo, en Candelaria en el 2017, sin embargo por las frecuentes inconsistencias halladas en los carnés, se procedió a tomar como referencia lo expresado por la madre del

niño, y se corroboró dicha información con el carné, y con los RIPS- Registro Individual de Prestación de Servicios.

- Inicialmente se tenía como criterio de inclusión haber sido beneficiario de la Estrategia Nacional Red Unidos, pero debido al poco número de familias localizadas en campo incluidas en la estrategia, se optó por omitirlo.
- Un criterio de inclusión para la participación de funcionarios tanto de la entidad territorial como de la Empresa Social del Estado en los grupos focales, fue haber laborado con el programa directa o indirectamente en el 2017. Sin embargo, por la alta rotación del personal, ya no se tenía el contacto del personal que laboró en el 2017, por lo tanto se trabajó con los profesionales disponibles.

5.3. Selección de participantes

Los participantes en este estudio fueron familias en extrema pobreza con niños y niñas¹ usuarios del PCD-Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo y funcionarios relacionados directa e indirectamente con el programa.

Familias

Sujetos integrantes de un hogar en condición de pobreza, del municipio de Candelaria en el 2017, de todas las edades, de ambos sexos, sin distinción étnica, ni de estado de salud.

¹ La investigadora declara reconocer tanto a los niños como a las niñas en el estudio, además de sus diferencias biológicas por las culturales, para efectos de este documento, denominará a los niños y a las niñas como niños.

Aunque las familias participantes poseen el mismo perfil o características relacionados con su condición de pobreza extrema, se utilizó una muestra homogénea, por conveniencia, de orientación hacia la investigación cualitativa ⁶⁸, con el fin de localizar las diferencias y coincidencias, patrones y particularidades sobre las estrategias y capacidades que desarrollan y utilizan en la movilización de recursos para la salud. Se incluyeron 12 familias aplicando el criterio de saturación de la información con el fin de contar con suficiente información para dar cuenta de los objetivos del estudio, porque los datos se convierten en algo “repetitivo” o redundante y los nuevos análisis confirman lo que hemos fundamentado⁶⁸.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en el estudio familias con por lo menos 1 integrante entre las edades de 6 meses de nacido hasta 2 años y 11 meses (menor de 3 años), inscritos en el PCD del Hospital Local de Candelaria a diciembre de 2017.

Adicionalmente las familias que se incluyeron cumplieron con los siguientes criterios:

- Familias con puntaje en la encuesta del SISBEN entre 0 y 32.20 en zona urbana y 26,12 en zona rural. ²

² La población de referencia está constituida por familias residentes en Candelaria que, por tener un puntaje entre 0 – 32.20 de acuerdo con el Sistema de Información para Beneficiarios de Programas Sociales SISBEN - metodología III, son potenciales beneficiarias de la estrategia nacional para la superación de la pobreza extrema Red Unidos, y por ende se encuentran en pobreza extrema. El puntaje es definido por el Departamento Nacional de Planeación y Departamento Nacional de la Prosperidad Social.

Criterio de exclusión:

- No contar con un informante idóneo (persona adulta, mayor de 18 años, madre, padre o acudiente, quien conozca la situación familiar y pueda informar sobre el cuidado del menor).

Nota: Dada la complejidad en la elección de los participantes, el proceso de selección se describirá para cada objetivo.

Funcionarios que tienen relación directa e indirecta con el PCD.

Funcionarios de salud: Se seleccionaron entre los actores pertinentes en el suministro y prestación de las ofertas y servicios en salud a la población en pobreza extrema, aquellos agentes de salud del HLC-Hospital Local de Candelaria y la Secretaría de salud (personal encargado de: prestar el servicio del PCD, de difundir la oferta, de hacer seguimiento a los casos inasistentes, de hacer análisis estadísticos del programa, etc).

Criterios de inclusión: Se incluyó el personal que tenía relación directa con el PCD en alguna de las funciones como prestar el servicio, realizar seguimiento, hacer análisis, efectuar la difusión del programa de manera formal.

Criterios de exclusión: Que la persona refiera desconocer el PCD.

La identificación de los actores claves del programa se hizo a través de solicitud a la gerencia, subgerencia del Hospital y al jefe de enfermería encargado del PCD y del espacio con los profesionales y técnicos que durante 2017 estuvieron vinculados al programa. En el caso de la

Secretaría de Salud Municipal, se indagó por los actores claves en la coordinación de salud pública que tenían relación con el PCD.

Funcionarios de los programas sociales: Son actores institucionales de los programas sociales como la Estrategia Nacional Red Unidos, el ICBF, Familias en Acción, Mesa Técnica de Infancia y Adolescencia, mayores de 18 años, bachiller, técnico o profesional de las diferentes disciplinas, con experiencia de más de 1 año en trabajo comunitario.

Criterios de inclusión: tener una relación directa o indirecta con el PCD.

Se solicitó a la Secretaría de Desarrollo Social y Programas Especiales el contacto de las personas que hacen parte de la mesa técnica de 1ra infancia, infancia y adolescencia, donde convergen los diferentes programas.

La estrategia de reclutamiento constituyó un proceso personalizado para que cada persona sienta que fue seleccionada para compartir la información exclusiva, la invitación se realizó repetitivamente ⁶⁸.

Para la recolección de la información se utilizaron diferentes métodos entre ellos, entrevistas semiestructuradas, que con base en una guía de temas y preguntas, se tuvo la libertad de adicionar preguntas para precisar conceptos u obtener más información pertinente al tema⁶⁸.

A continuación, se presenta la metodología del estudio desagregada por objetivos.

5.4. Objetivo 1

Identificar la población infantil en pobreza extrema que asistió de manera regular y no al programa de control del crecimiento y desarrollo.

El proceso de identificación de la población infantil en pobreza extrema que asistió de manera regular y no al PCD, se realizó teniendo en cuenta que:

- La **asistencia regular-AR** se considera cuando el niño ha recibido todos los servicios de salud en el año, de acuerdo con el número de controles estipulado por el anexo técnico 1-2000, de la Resolución 0412 del 2000.
- La **asistencia no regular-ANR** se considera cuando el niño no ha recibido uno y más de los servicios de salud en el año, de acuerdo con el número de controles estipulados por el anexo técnico 1-2000, de la Resolución 0412 del 2000.

En la siguiente tabla se especifica el número de controles según la edad en meses, como guía para el estudio, donde la 1ra fila muestra la edad del niño en meses, y la 2da fila muestra el número de controles al año que un niño a esa edad debe tener:

Tabla 1 Número de controles según edad en meses

EDAD EN MES	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
CONTROLES	3	3	3	4	4	4	5	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2

Fuente: Elaboración propia a partir de Resolución 0412 de 2000

- La **pobreza extrema** se consideró para aquellos individuos con puntaje por debajo de 32,20 en Portal del SISBEN; se aplicó el límite establecido por el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Nacional para la Prosperidad Social (Resolución 2717 de 2016).

El procedimiento de identificación se realizó de la siguiente manera:

Se consultó la base de datos del RIPS del HLC, donde se extrajo el listado de servicios brindados a los menores en el PCD del año 2017, con edades comprendidas entre 6 meses y 2 años 11 meses, con 2101 servicios brindados en el 2017.

Se procedió a consultar en el Portal del SISBEN el puntaje de cada menor que aparecía en la base RIPS, para determinar el número de niños con registros en la base SISBEN, se descartaron los que no contaban con el registro, y entre los identificados se seleccionaron los que tenían puntaje por debajo de 32.20.

Para cada uno de los niños se revisó el número de asistencias y se comparó con la regularidad de asistencia de acuerdo con la edad, según el anexo técnico 1-2000, de la Resolución 0412 del 2000.

De la base de datos RIPS se extrajo para los niños y niñas seleccionados de acuerdo con los criterios inclusión los datos de contacto, dirección y teléfono necesarios para cumplir el segundo objetivo del estudio.

Los datos obtenidos se consolidaron en una base de datos en Excel dividida en dos grupos, niños en pobreza extrema con asistencia regular y con asistencia no regular.

5.5. Objetivo 2 y 3

Objetivo N. 2. Determinar los recursos de las familias en pobreza extrema, que influyen en la asistencia regular y no al programa de control de crecimiento y desarrollo

Objetivo N. 3. Describir las estrategias de movilización de recursos que las familias aplican para asistir al programa de control de crecimiento y desarrollo.

Selección y ubicación de las familias

La primera actividad de este objetivo fue la selección de las familias a partir de la base de datos lograda en el primer objetivo del estudio, la cual contiene el listado de familias con niño integrante asistente asistencia regular y no regular al PCD.

Se ordenó la base de acuerdo con el puntaje del SISBEN, de menor a mayor, para proceder con la selección de las familias. Esto permitió garantizar que los participantes cumplieran con la condición de pobreza extrema.

La segunda actividad fue la ubicación de las familias. Un barrido con más de 200 llamadas telefónicas permitió localizar las primeras 10 familias. Se hizo un primer contacto telefónico respetando el orden establecido, donde se rectificó y actualizó el lugar de residencia, se concertó por parte de la familia su participación en el proyecto de investigación -después de una presentación de los objetivos de este-, y se programó una primera visita a la familia en su residencia, definiendo el día y la hora.

Con el listado de direcciones de familias en extrema pobreza con los puntajes más bajos, asistentes regulares y no regulares al PCD, se realizó la búsqueda de familias en campo y se completó la selección con 6 familias más.

Terminada la selección se inició el proceso de recolección de información, las técnicas aplicadas fueron la encuesta y la entrevista abierta, los instrumentos un cuestionario y una guía de entrevista.

Instrumentos, técnicas y prueba piloto

Para el logro de los objetivos 2 y 3 se aplicaron dos técnicas: encuesta y entrevistas, los instrumentos fueron un cuestionario de caracterización sociodemográfica de las familias y una guía de tópicos para la entrevista. Las preguntas en la entrevista fueron dirigidas a la indagación retrospectiva. Los instrumentos incluyeron la exploración para el 2017, de recursos, activos, pasivos, y estrategias de movilización. Además, una sesión del instrumento se dirigió a explorar la estructura de oportunidades que las familias reconocen, dando insumos parciales al desarrollo del objetivo cuatro de este estudio.

La encuesta caracterizó socio-demográficamente las familias e incluyó variables indagando los recursos, activos, pasivos y la estructurada de oportunidades que las familias reconocen y usan. Dentro de las variables se encuentran las siguientes: tipo de vivienda, servicios públicos, servicio del teléfono, afectación de la vivienda, hacinamiento, tenencia de la vivienda, tiempo de residencia, Ahorro, cantidad de hogares por familia, cantidad de personas por familia, cantidad de personas por hogar, ingreso per cápita, edad del niño, edad de la madre, edad de integrantes de la familia, dependencia, población en edad de trabajar, población ocupada, lugar de trabajo, sexo, tenencia de documento de identidad, estado civil, etnia, discapacidad, razón de no uso de los servicios en salud, permanencia del menor en semana, capacidad para cuidar al niño, horas de dedicación al niño, leer y escribir, nivel educativo, pensión.(Anexo 2. Instrumento de caracterización sociodemográfica)

Los tópicos de la entrevista fueron: la asistencia al control, recursos: valoración del PCD, disponibilidad de tiempo, medios y costos de transporte, red de apoyo para suplir el cuidado de otras personas a cargo, red de apoyo para sustituir a la madre o padre en la tarea de llevar al niño

al PCD; relaciones familiares, otros recursos, capital social, estructura de oportunidades: el Estado, el mercado y mercadeo social, y la sociedad.

El procedimiento aplicado en la entrevista para alcance del objetivo 3 da un giro a la forma de indagar los temas enmarcados en las mismas categorías definidas en el objetivo anterior, porque consta de descubrir a través del diálogo, ¿cómo se logró el alcance de la meta de bienestar? ¿Qué se hizo de manera determinante para cumplir el logro? ¿Qué hacen los hogares que no asisten regularmente? Para así explorar las estrategias de movilización de recursos que las familias aplican para asistir al PCD. Inicialmente se predefinieron unas categorías, sin embargo, las estrategias de movilización de recursos implican la combinación sinérgica de varios tipos de recursos, por lo cual se siguieron los parámetros de codificación abierta y axial, con la referencia inicial de estrategias de supervivencia y adaptativas. (Anexo 3. Guía de entrevista semiestructurada para familias)

Se aplicaron dos pruebas piloto a familias con puntajes cercanos al corte para pobreza extrema; estas fueron revisadas por la investigadora y su directora simultáneamente, lo que permitió ajustar la encuesta y la guía de entrevista y mejorar técnicas de aplicación.

Recolección de la información

La información se recogió en visita domiciliaria, en cada visita se aplicó encuesta y entrevista. Durante la visita se les hizo la presentación del proyecto, la invitación a participar en el estudio, la lectura, aprobación y firma del consentimiento informado por parte del informante calificado y de 2 testigos (Anexo 1. Consentimiento informado de la familia participante), se entregó una copia del consentimiento a la familia, y se dio inicio a la recolección de información, con la aplicación de encuestas de caracterización sociodemográfica, y entrevistas semiestructuradas.

Los participantes se dividieron en dos grupos, inicialmente se proyectó incluir un número máximo de 12 participantes con AR y 12 participantes con ANR, sin embargo, al aplicar el criterio de saturación se detuvo la recolección de la información al alcanzar 1 grupo de 6 familias que cumplía con el criterio de AR y uno de 10 familias que cumplía con el criterio de ANR al PCD del Hospital Local de Candelaria.

Durante la aplicación de la encuesta y las entrevistas se encontraron incoherencias entre los registros RIPS, los registros en carné y los relatos de las familias sobre la asistencia al PCD. Mientras tres familias con asistencia no regular en RIPS y en carné afirmaron haber asistido a todos los controles programados, otras tres con asistencia regular en RIPS afirmaron no haber asistido a los controles programados. Una familia fue excluida porque sus condiciones de vida materiales y sociales observadas por la investigadora distan de la extrema pobreza. Lo anterior obligó a reclasificar las familias y también implicó no incluir algunas en el análisis de ANR. Por esto el número de participantes se redujo a 12, divididos en dos grupos, seis asistentes regulares y seis no regulares.

Los participantes autorizaron la grabación en audio de las entrevistas. Ambas técnicas fueron aplicadas por la investigadora principal. La duración promedio de aplicación de encuesta y entrevista fue de una hora 15 minutos.

5.6. Objetivo 4

Diferenciar la estructura de oportunidades disponible, la que las familias reconocen y la que usan para lograr la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo.

Selección de los participantes

Para alcanzar este objetivo se abordaron tres unidades de observación:

1. Los funcionarios con relación directa e indirecta con el programa de control de control de crecimiento y desarrollo.
2. Los documentos que dieron cuenta de la estructura de oportunidades establecida por el Estado, el mercado y la sociedad civil, que facilitó la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo.
3. Las familias asistentes regulares y no regulares.

Se proyectó en el diseño del estudio llegar a doce funcionarios con relación directa e indirecta con el PCD, de diferentes dependencias, para su identificación se solicitó y recibió autorización, apoyo y suministro de información de entidades como el Hospital Local de Candelaria, las Secretaría de Salud, y Secretaría de Desarrollo Social y Programas Especiales. Finalmente, se logró seleccionar a 12 profesionales.

En el caso de los documentos, se tomaron como fuente secundaria 20 documentos, que corresponden a los institucionales de la oferta o los servicios, de salud y de programas sociales, relacionados con el PCD. Todos los documentos son de acceso público, algunos de referencia del personal institucional de las ESE, de personal de la entidad territorial, de la Estrategia Nacional Red Unidos, y de las familias. Ello con el fin de identificar las ofertas estatales que posibilitan de manera directa la asistencia al PCD.

En el caso de la unidad de observación familias, se tomaron las mismas 12 familias incluidas para el desarrollo de los objetivos 2 y 3 del estudio.

Instrumento, técnicas y prueba piloto

Inicialmente se diseñó una guía para el grupo focal con funcionarios (Anexo 5. Guía de grupo focal para ejecutores de la ESE, secretaría y otros programas), sin embargo, al tratar de concretar la programación de campo para la recolección de la información, varios funcionarios expresaron no tener disponibilidad de tiempo para asistir en la fecha y hora de programación del grupo focal, en consecuencia, se optó por aplicar también entrevistas individuales. Por lo anterior, se diseñó adicionalmente a la guía del grupo focal, otra guía de entrevista para funcionarios ejecutores del PCD (Anexo 6. Guía de grupo focal para ejecutores de la ESE).

Los tópicos del grupo focal y las entrevistas fueron: - conocimiento del PCD, - monitoreo y seguimiento del PCD, - articulación con otros servicios, programas y ofertas, - condiciones del servicio del PCD, - uso de los servicios del PCD por parte de las familias, - documentos institucionales relacionados con el PCD.

Los instrumentos para funcionarios tuvieron una prueba de contenido a través de la revisión de pares investigadores y de la directora del trabajo de investigación.

Los instrumentos fueron examinados usando una matriz de revisión documental, que contenía documentos normativos, técnicos, y de divulgación; teniendo como categorías: la estructura de oportunidad del Estado, del mercado y de la sociedad.

Los instrumentos y las técnicas para la exploración con las familias fueron presentados en el desarrollo metodológico de los objetivos 2 y 3. Sobre la Estructura de Oportunidades, en la encuesta de caracterización socio-demográfica se incluyeron variables como: EPS, tipo de afiliación, servicios de salud, uso de servicios de salud, atención integral a la 1ra infancia,

programas sociales, subsidio de alimentación, subsidio familiar, asistencia a una institución educativa, pertenencia a organizaciones comunitarias; y en la entrevista semiestructurada categorías como: estructura de oportunidades del Estado, el mercado y la sociedad.

Recolección de la información

Se aplicaron las entrevistas y el grupo focal con el fin de explorar, reconstruir y validar la estructura de oportunidades con que la familia en pobreza extrema contaba en ese periodo de tiempo, para la asistencia regular al PCD. La información de los funcionarios se obtuvo de la siguiente manera:

- Dos entrevistas a profesionales que ejecutaban el PCD
- Dos entrevistas a profesionales que ejecutaron programas sociales relacionados con el PCD
- Un grupo focal con ocho profesionales: tres de la entidad territorial municipal en salud regulador a cargo de programas que se relacionan con el PCD, tres de la entidad territorial municipal en desarrollo social en programas relacionados con la atención integral a la 1ra infancia, y dos de la institución prestadora de servicios con un rol de relación directa con el programa.

Tanto las entrevistas como el grupo focal fueron aplicadas por la investigadora principal; en el caso del grupo focal se contó con un observador profesional con experiencia en el manejo de grupos. En ambos casos se presentó el objetivo del estudio, se realizó la lectura y firma del consentimiento informado por parte del participante (Anexo 4. Consentimiento informado de funcionarios) y dos testigos. Las entrevistas se aplicaron en las oficinas de los funcionarios y el grupo focal en el auditorio del HLC⁷⁵.

Los documentos seleccionados fueron los normativos, técnicos y de divulgación, relacionados con el programa de control de crecimiento y desarrollo que se encontraron en la página del Ministerio de salud de Colombia, y documentos referidos por los funcionarios participantes relacionados con el PCD.

La recolección de información de las familias para este objetivo se hizo simultáneamente a la de los objetivos 2 y 3.

5.7. Procesamiento y análisis

Las entrevistas se grabaron simultáneamente en dos aparatos y luego se transcribieron cumpliendo criterios como:

- Confidencialidad
- Transcribiendo todas las palabras, sonidos y elementos paralingüísticos: interjecciones (tales como ¡oh!, ¡mmm!, ¡eh! y demás),
- Indicando pausas (pausa) o silencios (silencio); expresiones significativas (llanto), (risas), (golpe en la mesa); sonidos ambientales (timbró el teléfono móvil); (se azotó la puerta); hechos que se deduzcan (entró alguien); cuando no se escucha (inaudible), etc. ⁶⁸

La información de las encuestas de caracterización socio demográfica se marcaron en físico en un instrumento por cada hogar y luego se consolidó en la aplicación de Microsoft Excel. Las entrevistas y la información de los grupos focales se grabaron en audio, previo consentimiento informado de los participantes, se transcribieron y procesaron en el programa Atlas ti versión 8, con licencia de estudiante de la investigadora principal.

El análisis siguió el diseño sistemático planteado por Strauss y Corbin (1990 y 1998) según el cual después de la recolección de la información se procede a realizar tres tipos de codificaciones secuencialmente: abierta, axial y selectiva para finalmente generar diagramas o esquemas emergentes, proposiciones e historias narrativas⁷⁶.

La primera parte del análisis estableció las diferencias en las relaciones entre los recursos que logran o no movilizar las familias para asistir al PCD en Candelaria, en el 2017. Para lo cual se rastrearon en las encuestas y narraciones las relaciones e interacciones entre los activos y los pasivos de las familias estableciendo comparaciones entre las familias que asistieron regularmente al PCD y las que no. Este análisis en su primera parte examinó los segmentos del material de las entrevistas identificando categorías y subcategorías iniciales de significado. Posteriormente, permitió relacionar categorías estableciendo relaciones causales, acciones e interacciones, consecuencias, estrategias, condiciones contextuales que facilitaron comprender como se juegan las capacidades familiares en la decisión y la acción de asistir al PCD.

En la revisión documental se siguió un proceso similar, de revisión, selección y análisis de los documentos, encontrados en papel o en medio electrónico, incluyendo documentos escritos, visuales, como actas, leyes, folletos, propagandas, donde se identificaron categorías y subcategorías de significado. Posteriormente se asociaron con la estructura de oportunidades disponible.

La segunda parte del análisis examinó la conexión de la estructura de oportunidades que tiene relación directa con la asistencia al programa, tanto reconocida por las familias como la descrita por los funcionarios, y relacionó la estructura con alcanzar y no alcanzar el logro esperado de

asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo, aun con el uso adecuado de capacidades por las familias.

Se hizo triangulación de contenidos de revisión documental, de la codificación axial de encuestas y entrevistas a las familias, y de la codificación axial de las narraciones de los funcionarios en las entrevistas y grupos focales que exploraron la estructura de oportunidades.

5.8. Rigor metodológico

Para este estudio se tuvo en cuenta el criterio de la credibilidad desde la cual se refleja el valor de la verdad, en este sentido se utilizaron las transcripciones de las entrevistas de manera textual para amparar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados, además se realizaron interpretaciones a partir de las entrevistas las cuales se discutieron con otros estudios relacionados^{67, 77}.

Otro de los criterios que se tuvo en cuenta es la audibilidad o confirmabilidad, el cual permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones similares a las del investigador original si se tienen perspectivas similares, este criterio se logra cumplir en tanto se utilizaron las grabaciones de las entrevistas, se describió el proceso de selección de los participantes y las características de los mismos, además se analizó que las transcripciones fueran fieles a lo dicho por los informantes.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo con los principios establecidos en las pautas de CIOMS y la Resolución 8430 del 93, del Ministerio Nacional de Salud:

Debido a que esta investigación se realizó con seres humanos y no tuvo exposición del entrevistado o participante a intervenciones de ningún tipo, protegiendo la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requerían y este lo hubo autorizado, se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, de acuerdo al artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 93, y en cumplimiento de los aspectos mencionados con el artículo 6 de la misma, prevaleciendo la seguridad de los participantes, a quienes se expresó claramente los riesgos, y para su ejecución se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal⁷⁸.

También se contó con el permiso de uso de la información para la localización de la población que está inscrita al PCD en el HLC que asiste y no de manera regular al programa.

Con el fin de conservar la confidencialidad de la información, se hizo enmascaramiento de nombres propios de las personas.

La información obtenida se utilizó y utilizará exclusivamente para fines académicos. El documento consentimiento informado certifica por escrito con firma del entrevistado y del participante de los grupos focales querer ser parte en la investigación como fuente de información, incluye su autorización para que la información que aportó se pueda utilizar, con las debidas reservas de

confidencialidad y anonimato en la presente investigación y en otras derivadas de la presente, en actividades académicas distintas a aquella en la que se inscribe la realización de esta investigación.

Las grabaciones de audio y la transcripción de las mismas, fueron codificadas y guardadas con precauciones para ofrecer las mejores medidas de seguridad, la información se guardó en la nube, y en un computador destinado para hacer el procesamiento de los datos del investigador, en archivos con diferentes formatos y así se garantizó la no pérdida, ni daño de la información, con clave de acceso para que solo el investigador principal accediera a la información. También la información acopiada de las fuentes secundarias fue utilizada exclusivamente para fines académicos.

Las encuestas y entrevistas semi-estructuradas se realizaron a sujetos mujeres y hombres reconocidos como integrantes de una familia en pobreza extrema que asiste regularmente y no al programa de control de crecimiento y desarrollo del menor de 3 años y mayor de 6 meses, del municipio de Candelaria en el 2017.

La metodología describió detalladamente el complejo proceso de selección y aplicación de las técnicas de recolección de información. Las entrevistas se realizaron en espacios de vivienda de la familia concertados con él o la informante calificada, sin que las condiciones de seguridad del sector amenazaran la integridad del investigador. Y los grupos focales se realizaron en espacios institucionales. Tanto para entrevistas, como para los grupos focales se aplicaron consentimientos informados. (Ver Anexos 1 y 4 de consentimientos informados). Se respetó a los participantes a través de la escucha, y se les agradeció la participación y opiniones. El proceso fue sistemático y es verificable.

Todos los participantes a quienes se les aplicaron las técnicas de recolección de información fueron informados acerca de los objetivos de la investigación, de los beneficios que de esta se obtengan, se dejó claro según la resolución 8430 del Ministerio de Salud de 1993 que ésta investigación no generó riesgo para los entrevistados, ni para la comunidad en general participante y que se cuidó la confidencialidad de la información proporcionada, así mismo ninguna dirección fue incluida en los registros a procesar y publicar.

Sin embargo, cabe mencionar la existencia de riesgos potenciales psicológicos y sociales durante las entrevistas, tales como malestar o incomodidad, adjuntos a la socialización de situaciones difíciles como presencia de violencia intrafamiliar, muerte de algún integrante del hogar, etc, para lo cual se procuró realizar las encuestas y entrevistas en un lugar privado, sin posibilidad de intromisión de otras personas, dándoles la opción de realizar la entrevista en un entorno de su elección fuera del hogar. Y en caso potencial de presentarse estrés emocional mayor se canalizaría la persona entrevistada a la atención psicológica en el servicio de salud y se haría seguimiento⁷⁹.

Se mencionó que los participantes tenían derecho a no contestar preguntas cuando así lo veían conveniente y esto no tendría repercusiones para la persona y para la familia, se nombró siempre al investigador principal, y la directora del proyecto, la universidad procedente, al director de ética que aprobó la investigación, así como los datos de contacto de todos ellos. Se informó sobre la forma como se divulgarían los resultados de la investigación ante la comunidad científica y la comunidad general.

La confidencialidad se garantizó bajo las siguientes consideraciones: en primer lugar, a través de la custodia y el manejo discreto de la información o anotaciones del diario de campo producto de

las entrevistas y grupos focales y en segundo lugar con la no inclusión en los registros de la investigación de nombres o direcciones.

Los riesgos para los y las participantes fueron menores con respecto a los beneficios colectivos debido a que los resultados de esta investigación pueden ser usados para pensar nuevas estrategias que mejoren la adherencia al PCD de los cuidadores y de los niños y niñas, garantizando así la oportunidad en el control y seguimiento al crecimiento y desarrollo, y en la detección temprana de alteraciones de los niños y niñas.

El proyecto solo tuvo inicio una vez el comité de ética de la Universidad del Valle dió su aprobación.

7. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del proceso de selección de los participantes, la caracterización sociodemográfica de las familias entrevistadas y los relatos de estas, desarrollados por objetivos. El marco de referencia para el análisis fue el enfoque AVEO, de Activos, Vulnerabilidad y Estructura de Oportunidades definido por Kaztman²⁰.

Se seleccionó la población participante y se hizo su caracterización socio-demográfica en el objetivo 1, se reconocieron los activos como recursos que poseen las familias y fueron movilizados en el objetivo 2, las capacidades como activos que movilizaron otros activos, objeto de la discusión final, y las estrategias como las formas en que se articularon y movilizaron los diferentes activos según modos de pensar (lograr la meta, economizar, intentar), objetivo 3, todos ellos clasificados en tres categorías de recursos: - Capital físico, que contiene las subcategorías de vivienda, transporte, medios de comunicación y capital financiero, - Capital humano, que incluye en sus subcategorías la salud y la educación, - Capital social, a nivel individual y a nivel grupal. Los pasivos, como recursos que no se movilizaron y se convirtieron en una limitante se analizaron de manera transversal a las categorías. Las categorías no se excluyen entre ellas, sino que se enriquecen por su interacción, y es ahí donde se evidencian las capacidades y estrategias. Cabe recordar que la vulnerabilidad no depende de las familias solamente, sino que obedece a una estructura de oportunidades disponible, reconocida y usada que se trabaja en el objetivo 4.

7.1. POBLACIÓN INFANTIL EN POBREZA EXTREMA QUE ASISTIÓ DE MANERA REGULAR Y NO AL PROGRAMA DE CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

En el proceso de selección de los participantes del estudio se encontraron los siguientes hallazgos

- De la consulta del puntaje en el portal web del SISBEN, de cada niño que aparecía en los RIPS del PCD del año 2017, 89 niños no contaban con el registro, y 875 sí; de los 875 niños con registros en el SISBEN, el puntaje de 668 niños se encontraba por debajo de 32.20, que los clasifica en pobreza extrema.
- Al comparar los RIPS con la regularidad de asistencia de acuerdo con la edad, según el anexo técnico 1-2000, de la Resolución 0412 del 2000, se encontró que 540 niños eran asistentes no regulares, 122 niños asistentes regulares y 6 niños asistentes tenían 1 control de más.

Tabla 2 Proceso de selección de participantes

DATOS	VALOR
RIPS-Registro Individual de Prestación de Servicios del HLC- Hospital Local de Candelaria	2101 servicios brindados en el 2017 a niños y niñas entre los 6 meses y 2 años y 11 meses.
SISBENIZADOS	875
NO SISBENIZADOS	89
Puntaje <32,30 (Pobreza extrema-Resolución 2717 del 2016)	668
Asistentes no regulares al programa	540
Asistentes regulares	122
Asistentes con 1 control adicional-acorde a su edad	6

Fuente. Elaboración propia, base RIPS del HLC.

- En la búsqueda de las familias por vía telefónica se lograron contactar 10 familias, aunque se hizo un barrido por toda la base, y se halló que la mayoría de los números de teléfono estaban fuera de servicio, correspondían a otras personas o no contestaban.
- Por lo anterior, se hicieron búsquedas en campo, contactando a 6 hogares más. Y rectificando al igual que las familias localizadas por vía telefónica que en su mayoría las direcciones de contacto no coincidían, o eran datos insuficientes para la localización.

Tabla 3 Participantes: familias con ANR

CODIFICACION DE FAMILIAS DE ASISTENTES NO REGULARES	CAUSALES DE 1 INASISTENCIA	CAUSALES DE 2 INASISTENCIA	CONTROLES ASISTIDOS 2017	CONTROLES PROGRAMADOS 2017	CONTROLES SEGÚN LA EDAD	CONTROLES EN RIPS 2017
1 NRUA- ASISTENTE NO REGULAR URBANO AFRO	No recordación, pérdida del carné del control	Desconocimiento del control faltante, no programación de cita	2	3	4	1
2 NRUV- ASISTENTE NO REGULAR URBANO VICTIMA	Error en afiliación con punto de atención en los andes Nariño-sin ningún contacto o razón relacionada-barreras para el traslado	No programación de cita	1	1	3	1
3 NRR- ASISTENTE NO REGULAR RURAL	Clima, y procesos institucionales (programación del siguiente control por impuntualidad, se pierde el control actual).		2	4	4	3
4 NRRV- ASISTENTE NO REGULAR RURAL VICTIMA	Barreras en afiliación a EPS (inmigrante víctima del conflicto)		2	2	3	1
5 NRR- ASISTENTE NO REGULAR RURAL	Migración por trabajo y clima, y retorno a 1 año		1	2	3	1
6 NRR- ASISTENTE NO REGULAR RURAL	Emigración a otro departamento		1	2	3	2
7 NRR- ASISTENTE NO REGULAR RURAL	Desconocimiento del programa hasta que sus familiares le dijeron que hacer	No programación de cita	2	2	3	3
8 NRR- ASISTENTE NO REGULAR RURAL	Desconocimiento del programa hasta que sus familiares le dijeron que hacer	No programación de cita	3	3	4	1

9 NRC- ASISTENTE NO REGULAR CENTRO POBLADO	Desconocimiento del control faltante, no le programaron la cita	Desconocimiento del control faltante, no programación de cita	2	2	4	2
10 NRR- ASISTENTE NO REGULAR RURAL	Migración por paseo-vacaciones		4	5	5	3

Fuente. Elaboración propia, basado en el carné del PCD y regularidad de controles según norma NT1-2000 y los RIPS.

- En las visitas en campo, al revisar los carnés del PCD, y por referencia de la madre en los casos en que los carnés presentaban inconsistencias o no se tenía carné, se encontró que 4 sesiones de controles no cuentan con registro en los RIPS, 3 sesiones de controles en los RIPS las familias aseguran no haberlas tenido, y tampoco se reflejan en los carnés.
- Cinco madres refieren desconocer que debían llevar al niño a la cita del PCD a la cual faltaron (la falta se atribuye a no contar con el número de controles de acuerdo a su edad, comparado con los RIPS, el carné del PCD, y lo referido por la madre). Solo una de ellas refiere que en una ocasión adicional faltó por otros motivos. Dos de ellas conocieron su responsabilidad de llevar al niño al PCD, a través de su familia, pasado ya el tiempo del primer control al mes de nacido. Y los otros dos casos refieren que no fueron informados del control faltante acorde a la edad del niño. Teniendo en cuenta lo anterior, los cuatro casos en que la madre desconocía la obligación de llevar al niño al control, fueron excluidos de los resultados y el análisis.

Tabla 4 Participantes: familias con AR

ASISTENTES REGULARES	CONTROLES ASISTIDOS 2017	CONTROLES PROGRAMADOS 2017	CONTROLES SEGÚN LA EDAD	CONTROLES EN RIPS 2017
1 RU-. ASISTENTE REGULAR URBANO	3	3	3	3
2 RUA- ASISTENTE REGULAR URBANO AFRO	2	2	2	2
3 RR- ASISTENTE REGULAR RURAL	3	3	3	3

4 RR- ASISTENTE REGULAR RURAL	4	4	4	3
5 RR- ASISTENTE REGULAR RURAL	3	3	3	3
6 RR- ASISTENTE REGULAR RURAL	3	3	3	1

Fuente. Elaboración propia, basado en el carné del control, regularidad de controles según norma NT1-2000 y los RIPS.

En la tabla anterior se presentan los participantes que cumplieron con los criterios de AR al PCD, y se encuentra un caso de subregistro en los RIPS, pues con la verificación del carné de control en campo se cercioró la asistencia a 3 controles acorde a su edad, adicionando a ello la referencia de la madre sobre su puntual asistencia a 3 controles, y en los RIPS aparece el registro de solo una asistencia al PCD.

Los resultados de los siguientes objetivos se obtienen con las familias seleccionadas que presento a continuación de manera detallada, de acuerdo con la caracterización sociodemográfica:

Participantes familias ANR-Asistentes No Regulares

Participante 1NRUA: familia de 4 integrantes, con madre como informante calificado, de 20 años de edad, cabeza de hogar, con niña de 9 meses de edad, con ANR de 2/4 controles acorde a su edad, por olvido y pérdida del carné, afrodescendientes, con residencia en zona urbana.

Participante 2NRUV: familia de 7 integrantes, con madre y otros integrantes de la familia como informantes calificados, madre de 32 años, cabeza de hogar, con niño de 7 meses de edad, con ANR de 1/3 controles acorde a su edad, por error en registro de residencia en el SISBEN-afiliado a sistema de salud con punto de atención en otro departamento y barreras administrativas en reprocesos, víctima del conflicto, con residencia en zona urbana.

Participante 3NRR: familia de 7 integrantes, con madre como informante calificado, de 20 años de edad, con niña de 1 año y 2 meses de edad, con ANR de 2/4 controles acorde a su edad, por dificultades en transporte por el clima e impuntualidad, con residencia en zona rural.

Participante 4NRRV: familia de 3 integrantes, con madre como informante calificado, de 19 años de edad, con niña de 1 año y 11 meses, con ANR de 2/3 controles acorde a su edad, por dificultades derivadas de procesos administrativos y de movilidad por su condición de víctimas del conflicto, con residencia en zona rural.

Participante 5NRR: familia de 3 integrantes, con madre como informante calificado, de 19 años de edad, con niña de 1 año y 9 meses, con ANR de 1/3 controles acorde a su edad, por migración por otras oportunidades de trabajo con retorno a 1 año y mejores condiciones climáticas, con residencia en zona rural.

Participante 6NRR: familia de 3 integrantes, con madre como informante calificado, de 19 años de edad, con niña de 2 años y 7 meses, con ANR de 1/3 controles acorde a su edad, por migración por otras oportunidades de trabajo, con residencia en zona rural.

Participantes familias AR-Asistentes Regulares

Participante 1RU: familia de 6 integrantes, con madre como informante calificado, con 21 años de edad, con niña de 1 año y 10 meses, con asistencia regular acorde a su edad, con residencia en zona urbana.

Participante 2RUA: familia de 8 integrantes, con madre como informante calificado y otros integrantes del hogar, de 19 años de edad, con niña de 2 años y 5 meses, Afro, con residencia en zona urbana.

Participante 3RR: familia de 6 integrantes, con madre como informante calificado, con 28 años de edad, con niña de 8 meses de edad con asistencia regular, de 3 controles de crecimiento y desarrollo acorde a su edad, con residencia en la zona rural dispersa.

Participante 4RR: familia de 6 integrantes, con madre como informante calificado, con 33 años de edad, con niño de 1 año y 2 meses de edad, con asistencia regular, con residencia en la zona rural dispersa.

Participante 5RR: familia de 5 integrantes, con madre como informante calificado, con 31 años de edad, con niña de 2 años y 2 meses de edad, con asistencia regular, con residencia en la zona rural dispersa.

Participante 6RR: familia de 9 integrantes, de 2 hogares, objeto de estudio hogar de 4 integrantes, con madre como informante calificado, con 25 años de edad, con niña de 8 meses, con asistencia regular de 3 controles de crecimiento y desarrollo acorde a su edad, con residencia en zona rural.

Una característica importante que se encontró comparando los relatos de las madres de niños con AR y ANR, es que las personas con ANR tienen relatos más cortos, menos ricos, tienen menor capacidad de expresión, y como investigador se insistió en la entrevista para obtener respuestas más ricas en el discurso.

7.2. RECURSOS DE LAS FAMILIAS EN POBREZA EXTREMA, QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA REGULAR Y NO AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

7.2.1 Capital Físico

Vivienda

La vivienda es un recurso que radica en el espacio que brinda, permitiendo la protección de la familia, la conservación y suministro de otros recursos (energía, agua, alcantarillado, etc), también ofrece subespacios (cuartos) dependiendo de su organización, brindando otro recurso como la privacidad. Su movilización en relación con la asistencia al PCD puede no identificarse fácilmente, pero radica en el brindar protección, ser un medio para el uso de los servicios por parte de la familia, y ser un medio para la generación del capital social, todos recursos a su vez que influyen, positiva o negativamente, de forma indirecta a la asistencia al PCD.

Vivienda como generador de capital social

El espacio de una vivienda, dependiendo del tamaño, facilita o no el convivir con una familia numerosa y extensa, es reconocido como un activo, pues permite distribuir las responsabilidades

de la casa, y apoyarse en otros para el cumplimiento de las propias responsabilidades y así lograr asistir al PCD. Según las encuestas la cantidad de personas en las familias de AR es mayor que en las familias de ANR. Así, la vivienda y su espacio es un activo que permite generar otros activos, en este caso, capital social.

“... como vivimos casi todos, entonces me es más fácil decir pues póngale cuidado aquí a la niña yo voy y vengo, como ella está aquí mismo, me ahorro el tiempo de desplazarla a donde mi mamá, entonces es beneficioso vivir con ellos por los momentos en que necesito salir con la otra bebé...” 3RR

Aspectos de tenencia de vivienda y tiempo de residencia, no mostraron influencia en la asistencia al PCD.

Las TICS-Tecnologías de la Información y la Comunicación

Las TICS son los recursos que permiten establecer una interacción con otros individuos, o la búsqueda y recepción de información, y resultan convirtiéndose en activos cuando su uso facilita el contacto, la localización, la notificación, la información y la recordación a las familias para la asistencia regular al PCD. Estas interacciones tienen diferentes interlocutores, de los cuales nuestro interés en este apartado radica en las familias que asisten regularmente y no al PCD en función de la asistencia a la institucionalidad pública.

El celular es un recurso tecnológico, que dependiendo de su gama tiene muchas o pocas funcionalidades, sin embargo, su valor en función del PCD y las familias en extrema pobreza radica en su movilización como activo para articularse con los individuos de la institucionalidad, acortando distancias y desgastes en reprocesos, función que menos de la mitad de familias con AR

de la zona rural refirieron hacerlo, en dirección de los individuos hacia la institucionalidad: una para consultar si la EPS ya tenía convenio con la IPS y no desplazarse hasta la IPS para no ser atendida (reprocesos), y otra para solicitar la cita, siendo esta solicitud no satisfactoria (barrera).

Otra forma de movilizar este recurso es colocando alarmas de notificación de la fecha de la cita o los procesos relacionados, donde dos familias, una de AR y una de ANR refirieron hacerlo cuando se poseía el recurso.

*“... ¿cómo haces para acordarte que tienes que ir en esas fechas a sacar la cita?
...no, pero cuando tenía celular, lo ponía en el celular, ponía sacar cita de la niña o del niño...”*

3NRR

También dos familias de ANR reportan el celular como un recurso para informarse, cuando al recibir mensajes por las redes sociales o por el celular, se enteran de los riesgos en la zona por lo cual la familia refiere temor para desplazarse y llevar al niño al PCD, o reciben apuntes de educación en salud relacionados con la información que se aborda en el PCD y el mercadeo social.

El televisor, a pesar de tener un costo elevado, todas las familias refieren usarlo, mas no se consultó sobre su tenencia, sin embargo, solo cuatro familias, dos de AR y dos de ANR refieren haberse informado sobre temas del PCD y nutrición en los noticieros y un programa del ICBF, lo que no muestra diferencias ni una movilización como activo que influya en la asistencia al PCD. El resto de las participantes, menos un ANR, refieren ver, y la mitad de AR refieren aprenderse la propaganda de las vacunas del nivel nacional, que la relacionan con la asistencia al PCD por tener elementos en común.

El correo electrónico es un recurso informativo, que solo 3 familias AR y 2 ANR refieren tenerlo, pero no usarlo en relación al PCD, lo que lo deja en calidad de recurso, una familia ANR refiere que recibe información relacionada con el PCD y el mercadeo social.

La radio es un recurso informativo sobre los riesgos en la zona, que se relaciona con el PCD porque esa información puede generar temor para asistir, sin incidir del todo en la asistencia, caso de familia ANR víctima con residencia en la zona rural. Elemento que queda en categoría de recurso.

Medios de transporte

El medio de transporte que se usa generalmente es la bicicleta, en el caso de ser recurso propio, y en la medida de su movilización, es un facilitador para el acceso a los diferentes servicios en todo el proceso, desde la solicitud de programación de las citas hasta la asistencia al PCD. De utilidad para: - los residentes de la zona urbana, quienes tenían otra opción factible como caminar por la corta distancia al punto de atención, -los residentes de la zona rural dispersa que tenían una distancia de recorrido en bicicleta entre 10 y 30 min al punto de atención en salud.

En la comparación de los AR y los ANR, se logró identificar que los AR en su mayoría poseen este recurso y lo movilizan para el acceso en diferentes ocasiones, pero una familia por su lejanía no lo utiliza, y lo compensa movilizándolo otros recursos para asistir, y una familia Afro-Afrocolombiana no lo posee y refiere dificultades para su desplazamiento independientemente de su residencia en la zona urbana. En cambio, en los participantes ANR solo la mitad posee el recurso, pero menos de la mitad lo moviliza, encontrando el recurso en malas condiciones o no haciendo uso de él por otras razones, adicional los participantes que refieren tener más dificultades en relación al transporte es la familia víctima del conflicto rural por la lejanía a los puntos de atención y no poseer un recurso que facilite su transporte, pues los requerimientos administrativos

(procesos de afiliación, de consulta, de inscripción), implican procesos, reprocesos y más, que llevan repetitivos desplazamientos y con ello costos a los participantes que refieren tener menos recursos que los demás.

La moto como un recurso propio, de algún integrante de la familia, también es un medio de transporte de uso en menos de la mitad de las familias de ANR de la zona rural, por las distancias y el mal estado de las vías en tiempos de lluvia, donde los participantes la reconocen como un facilitador para llevar los niños, como un medio menos riesgoso que la bicicleta, con restricciones de tránsito en la zona urbana. Recurso que se moviliza en dependencia a otros integrantes de la familia generando tensiones.

Y por último el carro como recurso propio, solo una familia AR refiere que un integrante de la familia posee un carro, que incluso resulta igual o más costoso que el transporte público, por lo tanto, se queda con la categoría de recurso y no de activo. Se convierte en un activo solo en momento de urgencia, o cuando se usa por unificación de lugar de destino de la mayoría de los integrantes de la familia.

En el caso de uso de otros medios de transporte como moto ratón y bus se desarrolla el tema en el objetivo 4, porque son parte de la estructura de oportunidades.

“...me llevó mi marido y él se quedó allá conmigo esperándome a que saliera y llevamos la niña a control... ¿qué me facilitó? jum ahí si yo no sé, porque a él le toca dejar de trabajar un rato, por venirme a llevar a mí a los controles de la niña ... él trabaja también de cargador y los cargadores trabajan solamente en la mañana, solamente es de 7 a 8 o de 8 a 10 hasta ahí...o sea que eso fue una dificultad en ese momento... porque a él le toco dejar de trabajar un rato para ir

a....¿eso le generó algún tipo de indisposición o problema?...si, él se enoja conmigo, no le gusta...”3NRR

Capital financiero: para la asistencia al PCD

Los recursos financieros como ingresos por actividades productivas, ahorros, y préstamos que se movilizan para la asistencia al PCD son considerados activos, y fueron analizados según fuente, persona movilizadora de recurso y su uso en relación a la asistencia al PCD.

Se reconoce que la fuente principal de ingresos en la mayoría de familias con AR son el padre y la madre, pues ambos trabajan, los padres trabajan en un lugar diferente a la vivienda, y las madres por lo general tienen un emprendimiento de negocio en su misma vivienda o aledaño a ella, para brindar el cuidado a los niños simultáneamente, adicional algunas familias cuentan con otros integrantes que residen en el mismo lugar y proveen dinero en situaciones de escasos. Mientras que en más de la mitad de las familias con ANR, se tiene como único proveedor al padre trabajador, en dos familias víctimas del conflicto se dio la condición de no tener proveedor o tener jefatura femenina con madre proveedora.

Las madres de familias AR, son agentes principales para la asistencia al control, en sus narraciones, cuentan que hacen un cálculo de lo que necesitan para asistir al control, que comprende fotocopias del documento de identidad, el pago de transportes y otros gastos como alimentación, principalmente de familias de la zona rural, y pañales; separan de sus ingresos esta cantidad de dinero y la ahorran para la asistencia al PCD. En cambio solo en la mitad de las familias ANR se reportó ahorro pero sin destinación específica para la asistencia al PCD.

También hay unos ingresos provenientes del sistema de protección social público o privado, que se presentan más en las familias con AR, y son subsidios de: familias en acción, adulto mayor,

subsidio familiar y pensión por invalidez, recursos que se convierten en activos cuando son destinados para la asistencia al PCD.

Los recursos en dinero para la asistencia al PCD se necesitan específicamente para:

1. Fotocopias: la mayoría de las familias manifestó no tener dificultades para pagar las fotocopias, que se encuentran en un valor de 100 pesos colombianos.

2. Frecuencia de transporte: las familias refieren que para poder asistir a una cita del PCD deben acercarse al centro de salud aproximadamente cuatro veces, una vez para inscribir al niño al principio de año, otra ocasión para sacar la cita, donde le asignan el día tentativo en el carné de control, una más para conocer la hora de la cita; y una última para llevar al niño al control. Además refieren que ocasionalmente la agenda no se encuentra abierta para la programación, o ya no hay citas disponibles, procesos que para las madres de las familias rurales implican costos en transporte repetidos.

3. Costo del transporte: el costo puede ser elevado por un recorrido largo o la realización de trasbordos en casos en que no hay transporte directo. En cuanto a la economía, dependiendo de la distancia al centro de salud, algunas madres tienen o consiguen prestado una bicicleta, que también tiene un costo de reparación reportado en familias AR y ANR de igual manera. Y en última instancia, el uso de vehículos propios de las familias, los cuales implican los mismos gastos o mayores por el combustible que usan, donde el padre es el propietario y conductor de la moto, situación presente solo en familias con ANR. Llama la atención el caso de la familia de ANRRV, quien reportó no tener recursos, y tuvo más gastos en transporte cubiertos por una vecina, pues presenta procesos administrativos de desafiliación, afiliación y movilidad en salud, situación obligada por el mal estado de salud del niño que requería atención inmediata y recurrente.

“...toca ir reuniendo, ah para tal día está el Control y Desarrollo de la niña, entonces irnos como programando y dejar eso ahí quietico, lo asegura... pues en ocasiones cualquier 2000 pesos de más que en ocasiones hay veces se demoran un poco entonces que un ejemplo que el panqué, pa comprarle un pañal a la niña pal cambio allá, o agua, porque ella toma bastante agua, o así mm algún gastico...con la mayor si nos tocó perder un control y desarrollo porque se nos presentó una dificultad, en la semana esa se nos presentó una dificultad económica, entonces se nos apretó bastante y no, tocó que llamar a cancelarla y a reprogramar...”. 3RR

La mayoría de las familias de ANR reportan no necesitar recursos para la asistencia al PCD, pero si relatan gastos altos en la asistencia a los servicios de salud por complicaciones del estado de salud de los niños, con médico general particular, medicamentos, máscaras de oxígeno, entre otros elementos no cubiertos por las dificultades administrativas de movilidad en el sistema de salud, también reportando hospitalizaciones recurrentes que implican otros tipos de gastos para las familias (transportes, alimentación de acompañantes del niño, entre otros). Es importante reconocer en este punto que las familias ANR que refieren no tener recursos reciben indicaciones alternativas de comprar medicamentos no cubiertos por el POS, lo cual no se lleva a cabo. Y por último, en los relatos se encuentra la no gestión de remisiones a especialistas, por parte de las familias, por la falta de recursos.

Entre las familias de ANR se encontró que otros integrantes de la familia no usan los servicios de salud por los gastos que les implican.

7.2.2 Capital Humano

La salud como recurso para la AR

El reconocimiento de la salud como un recurso y en sus posibilidades de activo y pasivo, nos lleva a pensar inicialmente en el estado de salud de los integrantes de la familia responsables del niño como influencia directa para la asistencia al PCD, pero también se encuentran otros elementos relacionados con la salud y el PCD y son los contenidos mentales, y los tramites de las familias para la asistencia.

El estado de salud de la madre o el cuidador del niño es un recurso que permite la movilización de otros recursos, principalmente, por cultura depende de ella, los arreglos domésticos y los trámites para la asistencia al PCD. Por lo tanto, un buen estado de salud se convierte en un activo si se moviliza (permite la realización de labores relacionadas con la asistencia al PCD), o en un pasivo si presenta un mal estado de salud y se convierte en una limitante para la asistencia al control (Caso de familia AR Afro por dolor de cabeza). En una segunda instancia el estado de salud de los diferentes integrantes de la familia se convierte en un activo desde la misma perspectiva anterior, en la medida que apoye los procesos para la asistencia (esto enlazado como un activo de capital social), o es un pasivo en la medida que aumente el número de personas dependientes de la madre y genere limitantes (discapacidad o un mal estado de salud).

La presencia de discapacidad en la familia implica dependencia, lo que se convierte en un pasivo para la asistencia al PCD cuando la dependencia es hacia la madre del niño, pues implica otras labores y otras perspectivas del estado de salud y el uso de los servicios. En ambos grupos se encontró un caso de persona con discapacidad, y su diferencia radica en que: de la familia ANR, incluso víctima del conflicto, la persona con discapacidad (diversidad funcional) depende de la madre, y la discapacidad se dio como consecuencia de un mal procedimiento en salud, caso que llevó a la madre a dejar su empleo para dedicarse enteramente a sus hijos y a establecer estrategias

de sobrevivencia, además de adquirir una predisposición frente a los servicios de salud, en cambio el caso de la persona con discapacidad de la familia de AR se dio en un entorno diferente y la persona en vez de depender de la madre del niño, es un apoyo ocasional para ella.

En relación con los contenidos mentales en salud

El estado de salud del niño genera varios significados en la madre o el responsable del niño, cabe resaltar que la asistencia al PCD centra su objetivo en mantener un buen estado de salud del niño en su proceso de crecimiento, desde la prevención primaria sobre educación en salud y detección temprana de alteraciones para proceder con su respectivo tratamiento, mensaje que poseen las familias AR, pues más de la mitad de ellas refieren tener la "necesidad de asistir al PCD para saber cómo está su niño en relación al desarrollo acorde a su edad" (activo), y especifican lo que sucede con el peso, con la cabeza, con los hitos del desarrollo, y lo que hacen y deben hacer en casa para que el niño tenga un buen estado de salud, por lo tanto llevan a su niño al PCD así no tenga alteraciones percibidas por ellas. Mientras que en las familias con ANR se presenta una situación paradójica, pues más de la mitad refieren que su necesidad de llevar al niño al PCD va de la mano con las señales de un mal estado de salud (enfermedades gastrointestinales, enfermedades pulmonares, y fiebre), y ven el control como una oportunidad para la atención en salud, lo que puede convertir el mal estado de salud del niño en un activo para la asistencia regular, haciendo que se dé una espera en el tiempo para asistir a la cita programada, tendiendo a complicar el estado de salud del niño; situación paradójica pues la percepción de un buen estado de salud del niño implica no llevarlo al PCD.

“...pues igual o sea hay niños que por allá ni siquiera nunca asisten a un control entonces

...pues yo creo que no se les pasa por la cabeza porque no sé, seguramente porque ven los niños muy sanos pues o sea no los llevan al control y desarrollo... y saben en cuestión de las vacunas si son muy o sea no les falta como las vacunas son gratis y todo entonces” 5NRR

En otros casos de familias ANR se encuentra que el mal estado de salud del niño los obliga a llevarlo a diferentes servicios como urgencias, medicina general, hospitalización y medicina general con médico particular permitiéndole a la estructura de oportunidades canalizarlos nuevamente para el PCD. Aun así las familias ANR más vulnerables, víctimas del conflicto y migrantes, no logran acceder al PCD por sus limitantes en afiliación al sistema de salud (pasivo).

El estado de salud de otros integrantes de la familia se relaciona también con la cultura de uso de los servicios, donde menos de la mitad de las familias AR tienen integrantes que no usan los servicios de salud en cambio más de la mitad de las familias ANR tiene integrantes que no usan los servicios, lo que permite revisar que también hay una reproducción de prácticas familiares que influyen en la asistencia al PCD. Incluso esta cultura de uso de los servicios genera otras oportunidades donde se encuentran familias de AR que a partir de ello establecen relaciones con el personal de las instituciones, quienes les facilitan los procesos para la asistencia al PCD (capital social).

Afiliación como un recurso en salud

Estar afiliado al sistema de salud e inscrito a una IPS de la zona se convierte en un activo cuando la familia solicita o usa los servicios en salud a la IPS en la que está inscrito, y se porta el documento de identidad con su respectiva fotocopia, lo cual es un recurso por extensión de la estructura de oportunidades, como sucede con los subsidios, y cabe resaltar que en las familias en

pobreza extrema AR y ANR es determinante para la asistencia al PCD, y para mantener un buen estado de salud de cualquier integrante del hogar; pues no contar con la afiliación en el territorio de residencia implica gastos que no se pueden cubrir con los recursos monetarios que tienen las familias en pobreza extrema (casos presentados solo en familias ANR Víctimas y migrantes) y les toca recurrir a estrategias de supervivencia como pedir prestado para costear además de los transportes, los servicios médicos particulares, los medicamentos y otros gastos.

El tema de desafiliación en menores de 3 años sale a la luz, porque es una edad en la que la frecuencia de consulta a los servicios de salud es alta y costosa, y la familia debe realizar los procesos del recién nacido de identificación (gestión del documento de identidad), inscripción en el SISBEN, y afiliación a la EPS, tres trámites que implican tiempo y recursos (transporte, fotocopias y otros gastos fuera de casa), reconocidos por las familias ANR como causales de inasistencia, no solo por falta de recursos, sino principalmente por barreras institucionales que implican reprocesos, donde algunos hogares por su gestión con la secretaría de salud y personería logran algunas atenciones como vinculados, sin embargo el desgaste que las familias tienen al realizar estos procesos generan un contenido mental de desafiliación, convirtiéndose en una trampa de la pobreza pues se crea una predisposición de los integrantes de la familia a cualquier servicio o contacto con la institucionalidad relacionada con la salud, dentro de ellos, el PCD.

Aprendizajes para la asistencia al PCD

La educación como recurso para la asistencia al PCD, se considera como una articulación de tres componentes educativos: - la educación formal, -la reproducción de prácticas familiares y – aprendizajes logrados con la asistencia social.

Analizando los relatos de las familias AR, en comparación con los niveles educativos de las madres se logra identificar que las madres de los niños AR con un nivel de educación técnica muestran una autosuficiencia para la adquisición, gestión y aprovechamiento de información relacionada con el desarrollo del niño, canalizando esta información en una motivación para mantener el bienestar del niño a través de la AR al PCD, integrando la necesidad de atención en salud, información sobre el estado de salud del niño, y de aprendizajes sobre la estimulación para el desarrollo del niño. También desarrollan una capacidad de crítica hacia el programa.

Elementos que no se ven en las madres de niños AR con educación media completa e incompleta, pues su educación relacionada con la asistencia al programa se relaciona con la reproducción de prácticas familiares (capital social) y aprendizajes logrados con la asistencia social, y se canaliza en su necesidad para la atención e información sobre el estado de salud del niño.

“pues es bueno porque ahí ellos ven, en veces cuando los niños están enfermos o tienen a veces que los niños están flacos, o sea ellos ahí saben si un niño está desnutrido o como ellos miden que el peso pa la edad la estatura pa la edad entonces todo eso ellos detectan eso en el control”.

3RR

Por ultimo las madres de los niños AR con primaria y educación media incompleta logran establecer una necesidad de asistir al PCD para la atención en salud del niño, con base en aprendizajes logrados con la asistencia social (ICBF, Red Unidos, entre otros).

No se incluyeron las familias ANR, porque en los relatos no se logra identificar claramente la influencia de la educación en la asistencia, por sus discursos cortos. Sin embargo se puede hacer un análisis en comparación con los niveles educativos y sus situaciones de vulnerabilidad. Así las madres de niños ANR que habían alcanzado un nivel de educación técnica o educación media

completa e incompleta, presentaron una condición como población diferencial: víctima del conflicto y migrante, quienes incluso reportaron aprendizajes logrados con la asistencia social (ICBF, Red Unidos, Unidad de Víctimas, Secretaria de salud) sin lograr la asistencia regular por problemas administrativos de afiliación y movilidad, canalizando en última instancia sus conocimientos sobre la asistencia al PCD y el uso de los servicios en salud, en la necesidad de atención en salud para el niño en situaciones de riesgo.

Y solo una madre de ANR rural con educación media completa reporta aprendizajes logrados con la asistencia social canalizándolos en la necesidad de asistir al PCD para conocer el estado de salud del niño pero presenta dificultades para la asistencia relacionadas con el entorno y otros. A diferencia de una madre de ANR urbana y afro, con educación media incompleta, que no reporta reproducción de prácticas familiares, ni aprendizajes logrados con asistencia social relacionados con la asistencia al PCD.

Hay un patrón del entorno social reconocido mayoritariamente por las familias de ANR, que se puede considerar como reproducción de prácticas sociales, y es como las madres de niños ANR reconocen con facilidad integrantes de su comunidad que no asisten al PCD, y su no asistencia es observado como algo normal, con diferentes justificaciones relacionadas con el entorno y el manejo de recursos propios, mientras que en las madres con AR, ese patrón de comportamiento es alarmante y puede tener consecuencias graves en el estado de salud de los niños.

7.2.3 Capital Social: activo para la asistencia al PCD

El capital social según Kaztman como la capacidad de movilizar la voluntad de otras personas en su beneficio sin recurrir a la fuerza o a la amenaza de fuerza, depende de la identificación de la

necesidad y la planificación de los procesos para el alcance de la meta, en este caso para la asistencia al PCD. Adicionalmente es indispensable contar con un entorno familiar (otros integrantes en la familia influenciados) o un entorno social (extensión de la familia en otra vivienda o integrantes del vecindario).

El capital social visto como recurso se convierte en activo cuando es movilizado por la madre del niño y por la familia. En la movilización del capital social se encontraron diferencias entre las familias con AR y ANR, las familias con AR son más extensas, tienen menor dependencia, menos niños y más adultos, y lazos relacionales más fuertes, en contradicción con las familias de ANR.

Así revisando los relatos sobre los procesos para la asistencia al PCD se identifican unos recursos claves que las familias gestionan a través del capital social, y son: - la planeación para la asistencia al PCD, - dinero para la asistencia al PCD, - el cuidado de otros niños, - transporte, - otras labores del hogar y por último – llevar al niño al PCD, análisis que lleva a decir que: en las familias con AR, aunque la madre juega un papel importante primero en la identificación de las necesidades y segundo en la planificación de los procesos, es una tarea que no hace sola, sino que permea a los otros integrantes de la familia, padre, abuela y hermana que residen en la misma vivienda, y en caso de no contar con otros integrantes de manera inmediata se moviliza la voluntad de los familiares que residen en otras viviendas o integrantes del vecindario, pues con estos dos elementos y su influencia sobre la familia logra distribuir responsabilidades y gestionar otros recursos.

Cabe resaltar que la movilización del capital social en relación con los familiares que residen en otras viviendas o integrantes del vecindario, sólo lo realizan las familias con AR, la mayoría de ellas, lo hacen por los fuertes vínculos que tienen con la familia que reside en otras viviendas, ocasionalmente, lo hacen con una condición como un pago o intercambio de favores, y en otras

ocasiones, lo hacen combinando las dos formas (el fuerte vínculo familiar y el pago o intercambio de favores).

La figura del padre como capital social es importante aclararla, pues las madres refieren que tiene un rol relevante en la familia, y siempre está enterado de lo que sucede con el niño, pero la mayoría de los relatos muestran que en relación con la AR al PCD no es muy influyente, incluso aunque tenga una figura como proveedor, pues la mayoría de las madres refieren que les toca buscar una fuente de dinero a través de su capital social. Adicional en las familias con ANR se generan tensiones cuando algunas responsabilidades del proceso le son asignadas, pues con la figura de proveedor el faltar a un día de trabajo para dedicar a los procesos del PCD implica perder el dinero de la alimentación o el arriendo.

Un actor principal que se puede considerar capital social presente en los relatos de todas las familias con AR, es la abuela, en la mayoría de casos, materna y ocasionalmente paterna, pues esta integrante del hogar que reside en la misma vivienda o en otra vivienda, es quien provee parcialmente la mayoría de los recursos para la asistencia al control, alternadamente dependiendo de la familia: planea, presta o da el dinero, cuidado de los otros niños, realiza las otras labores del hogar y en última instancia lleva al niño al PCD. Cabe resaltar que en las familias donde no se cuenta con la movilización de capital social para el cuidado de los niños, los gastos para la asistencia al PCD aumentan, pues la madre debe realizar todos los procesos con los niños.

“... él en eso no se mete, porque uno de madre es la que está pendiente de todo eso, porque los padres ellos casi siempre mmm, es muy rarito el papá que va y lleva al hijo al control y desarrollo, ya que la mamá esté trabajando y no esté haciendo nada, le tocó a usted, pa que lo lleve, así se dan cuenta para qué sirve eso, pero rarito el padre que se sienta a preguntarle hay

mirá que. El me pregunta dice cómo le fué a los niños, noo bien, están bien, y ya... mi mamá, ella es la que más este, ella lleva hasta a los niños al control, si, ella le parece que eso es bueno...en la época de ella decía que no se veía, que control y desarrollo, ella me dice que eso es bueno, esos programas que han salido ahorita de los médicos, y todo eso, que los lleve, y ella está ahí siempre apoyándome, está pendiente de que lo pase al médico y todo eso...”. 6RR

Como en los casos anteriores, el capital social en las familias con ANR al PCD es muy pobre. Cuatro de las seis familias son víctimas del conflicto y emigrantes en búsqueda de mejores oportunidades, situación por la cual no tienen familiares, ni vecindales. Además la mitad de las familias con ANR no reconoce la necesidad de asistir al PCD y no planea la asistencia, por lo tanto, no se tiene la intención de movilizar un capital social. Pero en la otra mitad de las familias con ANR que logran establecer la necesidad de la asistencia al PCD se realiza una planeación que se lleva a cabo, sin lograr la asistencia al PCD por las barreras administrativas y del entorno (problemas de afiliación, de movilidad en afiliación y de entorno físico-clima y vías de transporte). En los relatos también se identificaron influencias negativas del capital social hacia la asistencia al PCD, los cuales son reconocidos como pasivos.

7.3. ESTRATEGIAS DE MOVILIZACIÓN DE RECURSOS QUE LAS FAMILIAS APLICAN PARA ASISTIR AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Las formas particulares de articular los recursos para la asistencia regular al PCD, traducidas en comportamientos observables de familias, precedidas en su mayoría por ejercicios de cálculo que

evalúan beneficios relativos de distintas combinaciones de los recursos que controlan las madres, o en formas habituales de reacción o imitación encontradas en los relatos de las familias son las siguientes:

7.3.1 Estrategia integradora de planeación

Se reconocieron patrones de planeación complejos en la mayoría de madres de familias con AR, que involucra los diferentes integrantes de la familia e incluso, otros ámbitos, como el laboral, y el social, para llevar a cabalidad otras estrategias como la recordación, la gestión de los recursos, economía de procesos relacionados, y por último, estrategias de adaptación y supervivencia; las madres de las familias con AR logran recrear, sin mucho esfuerzo, cada uno de los pasos para la asistencia, los recursos a usar en ellos, la forma de generar cada recurso o gestionarlos para su stock, y adicional cuentan con una flexibilidad en sus planes, pues si se presenta un recurso que no estaba dentro de la planeación, pero es más conveniente, saben cómo gestionarlo y usarlo, buscando la optimización.

7.3.2 Estrategias de generación y gestión de recursos

Más de la mitad de las madres de las familias de AR, a partir del cálculo de las necesidades en recursos, costos y tiempo, para la asistencia al PCD, integran las diferentes fuentes de recursos, padre proveedor, familia, recursos propios a partir de emprendimientos laborales, estableciendo ahorros oportunos para la asistencia al PCD, aplica tanto para el dinero, como para los recursos relacionados con el transporte y el manejo del tiempo. En este punto también hay que considerar fuentes externas a las familias, como subsidios del sistema de protección público y privado, o alguien externo a la familia, donde se realiza un intercambio de favores, o en calidad de préstamo,

y como última instancia como caridad. Cabe reconocer que las madres que tienen un ingreso por su trabajo formal o informal, programan sus citas con el fin de no traslapar sus tiempos de ocupación y en última instancia informan en su trabajo la situación para su respectivo reemplazo, así, no se ven perjudicados los ingresos.

7.3.3 Estrategias de recordación

Más de la mitad de las madres de familias AR, reportan tener estrategias de recordación para la asistencia o programación de la cita del PCD como: - la utilización de agendas de uso cotidiano para escribir su programación y verla constantemente, - el uso de alarma en el celular recordando la cita del PCD un día antes o el mismo día de la cita muy temprano en la mañana, - un mensaje en la nevera con la información de la cita, - la utilización de un calendario visible o pegado en la pared donde se coloque la fecha de la cita y el lugar, - o una estrategia de cálculo relacionada con la fecha de cumpleaños, calculando una semana antes para asistir. En cambio en las familias con ANR no se narraron estrategias de recordación, sino la revisión ocasional del carné del control que se guarda en una carpeta, adicional, las madres de las familias migrantes refieren no haber planeado la asistencia a la cita, pues llevaban a los niños a otros servicios en salud como urgencias o medicina general solo en situación de riesgo, y además refieren tener barreras administrativas (no estar afiliado o tener problemas con la movilidad) que no le permiten usar los servicios de salud, entre ellos el PCD.

7.3.4 Estrategias de ahorro de procesos

Solo en familias con AR se encontró que para ahorrar procesos, recursos y tiempo, la madre calculaba si la atención en el puesto de salud de la zona coincidía con la fecha del control del niño,

para así llevarlo al PCD en la misma zona y ahorrarse pasajes, y reprocesos, pues las citas se sacan el mismo día de la atención. Para hacer uso de esta estrategia es indispensable que los servicios se brinden con una regularidad cumplidamente en la zona, pues se encuentran relatos donde las madres de familias de AR refieren no poder usar los servicios de la zona por no tener claridad en los horarios de atención y la disponibilidad de médicos o enfermeras en el puesto de salud cercano. Por lo anterior también refieren asistir a un centro de salud de un centro poblado, donde la atención es constante y así no correr el riesgo de perder el control por no acertar con la programación de la atención del puesto de salud más cercano.

Otra estrategia es el pago a una persona para que haga los procesos que a la madre le implican más gastos, tiempo y riesgos, como ir a programar la cita y la asignación de la hora.

El tema de la puntualidad es muy importante, pues llegar tarde implica perder el control de acuerdo a la edad, control que no se repone sino que se continua con la programación del siguiente control, así la mayoría de las madres de familias con AR refieren llegar al centro de salud con un tiempo considerable de hasta una hora, mientras que las madres de familias con ANR no refieren el tiempo, y adicional refieren perder la cita por impuntualidad en diferentes ocasiones, sin compensar el hecho. Cabe resaltar que las madres de familias con AR en caso de llegar tarde o para la programación de la cita refieren hablar con las personas encargadas para ser atendidos con condiciones especiales como esperar hasta que atiendan a las personas en turno y así no perder la cita del control de acuerdo a la edad.

Las madres de familias con ANR refieren intentar estrategias para poder asistir sin lograr resultado, ejemplo, una madre solicita agendar la cita para horas de la tarde, porque es el único momento en el que puede conseguir transporte para acceder, pero refiere que por la no disponibilidad en la

agenda, no se le es posible esa asignación, situación que la lleva, en varias ocasiones a perder la cita. Otra madre, refiere cuadrar las citas de ambos niños el mismo día de manera seguida para ahorrar procesos.

7.3.5 Estrategias de adaptación

Estas predominan en el uso de los medios de transporte, pues aparecen alternativas que economizan recursos y tiempo en el desplazamiento hacia el centro de salud para cumplir con la asistencia al PCD, dentro de ellas se pueden ver: como incluso lloviendo la madre de familia AR se transporta en bicicleta, usando elementos de protección como capa y toallas para protegerse y proteger al niño, también al desplazarse hasta la carretera principal para abordar el transporte público, y al no pasar este, la madre de familia AR aborda vehículos alternativos como carretillas, en la medida que puede establecer contacto con su conductor y su favor, y por último, en relación con el transporte, las madres que planean sus desplazamientos en bicicleta, procuran tener la bicicleta en buen estado o la piden prestada.

También se encuentran en las estrategias de adaptación, percibir riesgos en salud y gestionar los servicios o educación para tratar al niño, en la asistencia al PCD y por fuera de este proceso, estrategia presente solo en familias con AR.

“...pues yo siempre les canto, incluso a mí siempre me ha gustado lo de los niños, que lo de masajes para estimular, incluso para ella, no me quería casi gatear, a mí me tocó incluso, yo gestioné con el médico para que me mandaran terapias físicas, pa que me enseñaran como hacerle para que, porque ella no gateaba, y yo era, no sé si es que era muy perezosa, pero es que ella no me quería empezar a gatear, como que ahí te dejaban, ahí se quedaba ella, entonces

me tocó estimularle mucho las piernitas, o sea yo averiguar por internet, pero igual yo gestioné con el médico, que me dijo, no igual eso es normal, le digo no médico, pero es que mire o sea, la niña no me voltea, ella no hace nada, ella era así, muy muy quietica, me tocó que hablar con el médico que me mandaran las terapias, me mandaron como 6 terapias físicas, para poder qué, y con lo que ellos me explicaban allá, la estimulación, ya fue que ella me empezó después a gatear, también con, sí, y para caminar, me gateó, ella empezó a caminar como al año con 2, casi con 3 meses empezó a caminar, ella gateaba mucho y no quería empezar a caminar, cada niño tiene una forma de desarrollarse diferente no, no todos se desarrollan, entonces un ejemplo, respecto a ese caso han sido muy, desde mi punto de vista, están muy quedados en el hospital respecto a ese tema, porque en cuanto Control y Desarrollo es muy poco lo que me han informado respecto al tema, yo aprovecho cuando voy donde el pediatra, médico, pero es que mire que tal cosa, de tal cosa, entonces por medio del pediatra es que yo gestioné las terapias físicas, igual en el Control y Desarrollo no examinan eso, de que si ya la niña, ya pasa hojitas, si ya aplaude o si ya pasa cositas, no, yo procuro porque yo más o menos investigando y todo eso, voy procurando que de acuerdo a la edad que ella tiene, vaya siguiendo, procuro de que ella vaya teniendo esas metas, pero no por el Control y Desarrollo, o sea, ha sido más por investigación mía, gestionando por un lado, averiguando por el otro, yo...". 3RR

7.3.6 Estrategias de supervivencia

Las estrategias de supervivencia tienen que ver con la satisfacción de las necesidades básicas para poder sobrevivir en situación de riesgo, que en el caso de las familias participantes por su condición de pobreza extrema, ya se encuentran en esta situación, estas estrategias se presentan en ambos grupos de familias, AR y ANR.

En las familias con AR se narran estrategias como bañarse en el río, o hacer deposiciones en el campo en caso de ausencia ocasional de una fuente de agua, y de no contar con alcantarillado, y el tener que estar listos para asistir al PCD.

Otra estrategia es el convivir en hacinamiento, desde una perspectiva positiva, pues al tener más personas en el mismo lugar de residencia, es más fácil dejar los niños dependientes de la madre a cargo de otras personas adultas en el mismo espacio, mientras se realizan los procesos y asiste al PCD.

Por último, varias madres de familias de AR refieren adelantar las labores del hogar, madrugan para hacer la comida, y dejan limpio el lugar, o distribuyen las labores de la casa con los integrantes presentes, ello con el fin de ahorrar gastos en alimentación y minimizar los riesgos biológicos en la vivienda para las personas que se quedan, y así estar libres y tranquilas para llevar el niño al PCD.

En las familias con ANR, no se evidencian estrategias de supervivencia relacionadas con la asistencia al PCD, pero se relacionan con el uso de los servicios de salud en situaciones de riesgo, donde el mal estado de salud del niño obliga a crearlas en un estado de desesperación, ejemplo, en las familias migrantes y víctimas predomina un desconocimiento de la zona y el uso de los servicios en las mismas, por lo tanto tienden a preguntar todo lo que se les ocurre en relación a su necesidad, a todas las personas que ellas consideran pueden brindarle información útil y apoyo, así se logra la ayuda en relación con el suministro de un poco de dinero para los gastos urgentes, e información que los canalice hacia los servicios que se necesitan. Un problema que predomina en estas familias es que no basta con obtener la información necesaria, su condición de víctimas y

migrantes los enfrenta a barreras institucionales para la atención, y por ende para la programación de citas del PCD.

7.4. ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES DISPONIBLE, LA QUE LAS FAMILIAS RECONOCEN Y LA QUE USAN PARA LOGRAR LA ASISTENCIA REGULAR AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

La estructura de oportunidades relacionada con la asistencia al PCD tiene una fuerte presencia del Estado, porque de los relatos y la revisión documental se identifica su rol: estructurador y regulador del PCD, proveedor directo del servicio, y un rol no menos importante como proveedor indirecto que se encarga de canalizar a la población, brindarle otros servicios, educación, apoyos y seguimiento para una asistencia efectiva al programa. En la estructura de oportunidades también se encuentran el mercado y las organizaciones comunitarias, que influyen, dependiendo de los recursos que suministra a la familia y su movilización para la asistencia al PCD.

7.4.1 Estructura de oportunidades del Estado

El Estado como proveedor directo de recursos, servicios o actividades para la asistencia al PCD

El Estado es un proveedor directo de recursos, servicios o actividades, que inciden en la asistencia al PCD, facilitando el uso de recursos propios o suministrando nuevos recursos. El Estado en relación con el PCD, representado por el Hospital Local de Candelaria Empresa Social del Estado, HLC-ESE, es el proveedor directo de los servicios que comprende el PCD, contenidos en la norma técnica 1-2000 y en las guías de atención brindadas por el Ministerio de Salud, pues cuenta con 10

médicos que brindan la atención en salud, y de ellos 5 médicos refieren brindar la atención del PCD, distribuidos en las diferentes zonas del territorio del municipio. Así mismo se cuenta con un total de 8 auxiliares de enfermería que apoyan la misma labor, y con un espacio físico en la cabecera municipal y en los puestos de salud de los diferentes corregimientos. La cantidad de profesionales y auxiliares varía y parece ser insuficiente dependiendo del curso del año fiscal, los periodos de contratación, y la alta rotación del personal, no solo de agentes de salud, sino también de quienes facturan; así tanto las familias como los funcionarios, refieren que en muchas ocasiones se presentan dificultades para la programación de las citas por la poca disponibilidad y flexibilidad en las agendas. Lo que conlleva a perder la cita de PCD acorde a la edad o saltar conductos regulares, sobrecargando la labor de algunos profesionales.

El Hospital Local de Candelaria, a través de sus profesionales de la salud es quien inscribe e informa a la madre, cuando nace el bebé, de la regularidad de asistencia al PCD y las vacunas, y registra la fecha tentativa de la siguiente cita en el carné, indicándole a las madres que deben acercarse un mes antes a la fecha estipulada para solicitar la cita y una semana antes para solicitar la hora. Situación que las familias refieren como reprocesos, pues les indican que deben inscribirse a inicio de año, e ir en diferentes ocasiones a programar la cita, donde se presentan dificultades, principalmente para las familias de zona rural, por los repetidos desplazamientos y sus costos, los cuales a las familias les toca conseguir. Menos de la mitad de las familias con AR refieren realizar el proceso creando estrategias y con facilitadores para la programación de las citas, en cambio, más de la mitad de familias con ANR refieren dificultades como: - la falta de recursos para la asistencia al centro de salud de aproximadamente cuatro veces para la programación de citas, - la no disponibilidad de agenda u horarios que se ajusten a las necesidades, - desconocimiento y desconfianza de los horarios de atención en puestos de salud de zona rural dispersa, para lo cual

deben asistir a centros poblados o la cabecera municipal. Otro elemento en cuanto a la inscripción es que en la selección de las familias ANR tres familias no se catalogaron como ANR porque, según referencia de las madres, no recibieron información sobre el programa, y por lo tanto no llevaron al niño en su primer mes de vida, asegurando que desconocían que habían faltado, lo que muestra que no se dio el direccionamiento adecuado para captar esta población para el PCD.

Otra labor del Estado como proveedor directo es brindar las herramientas para el PCD, donde se encuentran los recursos materiales como: el carné de control, carné de vacunas, guía para padres, plantilla, folletos, etc. En su mayoría las familias AR poseen el carné de seguimiento al control de los niños, con los registros de los controles y la próxima cita, por sus condiciones y estrategias de cuidado, organización y conservación de sus recursos. Pero en las familias con ANR más de la mitad no lo posee, refiriendo pérdida del mismo, o la no disponibilidad del material cuando se ha asistido, algunos presentan una plantilla que hace sus veces de carné de control, cabe resaltar que las condiciones de varias familias en pobreza extrema, privaciones relacionadas con la vivienda, como la presencia de roedores, afectadas por el clima, adicional la alta movilidad de la población, implican más riesgos para la no conservación de recursos, es por ello que necesitan reponer el mismo. Los carnés son un requisito para la atención en el PCD, referido por los funcionarios, requisito que algunas madres ANR refieren no tener, por lo tanto no recuerdan la fecha de la próxima cita, o se predisponen para no asistir al control, pues asistir a un control sin el carné, implica un llamado de atención y una situación incómoda con los encargados de brindar los recursos y la información antecedente, pues refieren madres tanto AR como ANR, que no se tienen carnés de control en los centros de salud para reponer el faltante.

En relación a la información y educación en salud, los funcionarios refieren una atención integral, reconociendo riesgos e interviniéndolos, con un equipo interdisciplinar, brindándole a la familia una información adecuada y oportuna sobre el PCD y el desarrollo del niño, pero reconocen un importante rol que se ha ido perdiendo con el cambio de personal, y es el promotor de salud, reemplazado por el auxiliar de enfermería, quien establecía un canal de comunicación más estrecho con los asistentes al programa, y suplían ocasionalmente los requerimientos en campo de visitas domiciliarias, donde se abordan otros riesgos, relacionados con la situación socioeconómica de las familias, brindando educación y estimulación del niño en casa, que incluso algunos médicos por situaciones excepcionales también realizan.

Mientras que las madres de niños con AR y ANR refieren que en el PCD se les mide, pesa, revisa el cuerpo, y responden algunas preguntas del profesional que atiende al niño, sin o con poca explicación de lo que se hace, y de lo que se debe hacer en casa. La mitad de las madres de niños de AR refieren haber manejado algunos hitos del desarrollo, aspectos de salud, cuidado del niño y de estimulación aprendidos a través del PCD, y remisiones a otros profesionales, como está estipulado en la norma técnica, algunas por su persistencia en preguntar y sugerir acciones al profesional, otras por la atención normal del PCD.

Este análisis es difícil de concatenar porque las perspectivas y los discursos sobre el programa son diferentes, se les brinda el servicio del PCD de la mejor forma dentro de las posibilidades institucionales, pero depende de la capacidad de las madres para entender, captar la importancia del PCD, y gestionar elementos propios del PCD. Se puede rescatar que en las guías de atención, los profesionales de la salud deben identificar los factores protectores y los factores de riesgo, entre ellos las condiciones socioeconómicas de la familia para así estratégicamente brindar la

información, acorde a su necesidad y capacidad. Y aunque los profesionales refieren estar haciendo su trabajo acorde a lo impartido, a las madres con ANR no les está impactando la información entregada sobre el PCD y el desarrollo del niño, o no les están brindando la información.

El Estado como proveedor indirecto de recursos, servicios o actividades para la asistencia al PCD

El Estado, como proveedor indirecto para la asistencia al PCD, tiene un componente administrativo que suministra los recursos básicos para el acceso al PCD, y otro componente de servicios en salud y programas sociales con la función de canalizar a la población hacia el programa y reforzar la educación en salud relacionada.

El Estado como proveedor indirecto y su componente administrativo: detectado en los relatos sobre los requisitos para asistir al PCD y las barreras asociadas, de las familias participantes, y de los funcionarios, contiene a la Registraduría Nacional del Estado Civil, quien suministra el documento de identidad, el cual es requisito para el acceso a los servicios de salud, pues siempre se debe llevar una fotocopia del mismo, y el documento original.

Además el Estado, a través de la alcaldía municipal y su oficina del SISBEN, hace el respectivo registro de la persona en el SISBEN, el registro debe contener el lugar de residencia actual, y al arrojar un puntaje de estratificación socioeconómica para residentes en cabecera menor o igual a 44.79 y para residentes en zona rural menor o igual a 32.98, permite cumplir con el puntaje requisito para ser incluido en el régimen subsidiado de salud (subsidio a la demanda). Ya con el puntaje adecuado el hogar debe hacer las diligencias de solicitud de afiliación a la EPS en la cual se encuentra afiliada la familia, y elegir el respectivo punto de atención asociado al lugar de residencia. Con la información anterior se reconocen una serie de procesos que las familias deben

realizar con el nacimiento de un niño, procesos en los cuales la mitad de las familias ANR refieren dificultades: Iro en el registro del SISBEN, pues se presentó un error en la inscripción donde el niño aparece en los Andes –Nariño, y por requisitos administrativos se requiere la solicitud personalmente de cancelación de la encuesta en el lugar que aparece, por lo tanto a la familia se le era imposible hacer dicha diligencia. Y con la población migrante y víctima del conflicto, que se moviliza y cambia su lugar de residencia de un municipio a otro, los problemas presentados están asociados con los puntos de atención, porque el registro de residencia de la familia en el SISBEN se ha convertido en un delimitador territorial para la afiliación y atención en salud. Las familias de ANR refieren que los procesos administrativos de desafiliación de la EPS y cancelación del SISBEN, han presentado barreras que demoran las diligencias siguientes y por ende la atención del niño de un tiempo mayor a 5 meses, y hasta de 1 año, implicando gasto de desplazamientos para hacer las diligencias en repetidas ocasiones. Problema que ha llevado a buscar alternativas para la atención de los niños menores de 3 años, porque en esta edad la frecuencia de consulta por afecciones de salud del bebé es más alta.

Se reconocen otras entidades con labores administrativas y facilitadoras para la atención en salud:

La secretaría de salud, quien da el aval para la atención a la población pobre no asegurada (subsidio a la oferta) en caso de que una persona refiera la necesidad de atención y no se encuentre afiliada, con la condición de ser atendida una sola vez para consecutivamente realizar el proceso de afiliación.

La personería municipal, donde las personas principalmente víctimas del conflicto refieren su situación y reciben un apoyo jurídico para su atención en salud dependiendo del caso. De acuerdo a la revisión documental, se da un direccionamiento a las EPS para que contacten a las familias de

los niños con ANR al PCD para que los canalicen nuevamente al programa, mas no se encuentra la responsabilidad de contactar a quienes tienen ANR y no se encuentran afiliados. Además dentro de las narraciones, los funcionarios reconocen que no se está haciendo la identificación de los ANR, y mucho menos su contacto para la recanalización hacia la AR al PCD.

Tanto los servicios de salud diferentes al PCD, y los programas sociales comparten su función de brindarle servicios o recursos físicos o educativos a las familias, y al mismo tiempo sirven como canalizadores hacia el PCD, esa función de canalizador consiste en verificar la asistencia regular al PCD a través de preguntas a la madre o revisando el carné del control y re direccionando para la asistencia al PCD, adicional, algunos programas tienen un carácter condicionante, donde se le exige a la madre la asistencia regular al PCD para la entrega de dinero, remesa, y actividades educativas que mejoran otros aspectos su vida.

Se encuentra que de acuerdo a la revisión documental, en todos los niveles de atención se debe tallar, pesar y hacer una revisión sistemática del niño, y ser remitido al PCD, porque los otros servicios no reemplazan en PCD. Los servicios que refieren usar todas las familias participantes son vacunación, urgencias, y hospitalización, y los servicios que refieren reconocer mas no usar las familias con ANR, pero si usan las familias con AR son odontología, pediatría, psicología, oftalmología. Algunas dificultades para el acceso a los servicios reconocidos tanto por las familias con AR, como por los funcionarios son: en el proceso de autorización de remisiones a otros especialistas, se encuentran factores socioeconómicos como falta de recursos, lejanía del lugar de autorización y atención, falta de transporte, tiempos prolongados de autorización de los servicios, reprocesos de las familias para una autorización.

En cuanto al sistema de salud los funcionarios también identifican un malgasto de recursos, no solo de las familias, pues cuando se vence una remisión, implica hacerla nuevamente, y el niño debe asistir normalmente a una consulta por medicina general, reproceso que algunas madres de niños con ANR refieren no hacer. Otro punto importante en esta categoría, es que de las familias ANR migrantes y víctimas, los niños en procesos de traslados de EPS, aunque asistan por urgencias o vacunación, y sean canalizados al PCD, no asisten, pues la atención del PCD se hace exclusivamente a los niños que se encuentran afiliados (en el régimen contributivo o subsidiado), residen en el lugar de atención registrado en el SISBEN (caso de régimen subsidiado) o reportado a la EPS (caso de régimen contributivo), y la IPS-Institución Prestadora de Servicios tenga convenio con la EPS a la cual se encuentra afiliado, así, pasan a ser atendidos solo por urgencias como población pobre no asegurada que cuentan con subsidios a la oferta, si realizan la gestión con los entes reguladores (personería municipal, secretaría de salud). Así, en las familias de niños con ANR víctimas o migrantes, es común conseguir recursos para pagar médico particular debido a las barreras del sistema para recibir la atención en salud en los casos en que los niños tienen problemas de salud.

El Estado como proveedor indirecto en los programas sociales: el enfoque diferencial con la primera infancia y la población vulnerable, direccionado desde las políticas públicas del nivel nacional, departamental y municipal, han llevado a integrar los diferentes programas sociales a través de una Ruta de atención integral para la primera infancia, liderado por el ICBF y los entes territoriales. Los programas sociales que hacen parte de esta ruta y trabajan con esta población, e influyen para la asistencia al PCD son: - De cero a siempre en la modalidad familiar, -Familias en acción, - Y Red Unidos. Estos programas canalizan a la población para el acceso al PCD, rectificando la asistencia y programación de la cita para el PCD haciendo preguntas a la madre,

revisando el carné del control, o revisando el sistema de información del programa donde se contiene la información del hogar, para así orientar a la madre para el acceso e incluso apoyarla en la gestión de la cita con el HLC. La asistencia de estos programas sociales solo se encuentra en las familias con AR.

7.4.2 Estructura de oportunidades del mercado

El mercado de la salud para los más pobres: la relación de intercambio de recursos mediado por el dinero parece no relacionarse directamente con la asistencia al PCD, porque la población en pobreza extrema se encuentra afiliada al régimen subsidiado (subsidio a la demanda) y en sus casos especiales está cubierta por el subsidio a la oferta- para la población pobre no asegurada, pero más de la mitad de familias con ANR, refieren dificultades en el traslado de EPS, o problemas en la atención en salud por su movilidad de lugar de residencia, y por ende, los servicios de salud que reciben, por fuera de los casos de urgencias corresponden al servicio de medicina general particular, que pagan de su bolsillo, al igual que los medicamentos prescritos en urgencias y en el médico particular, su relación con la asistencia al programa radica en que son remitidos al PCD.

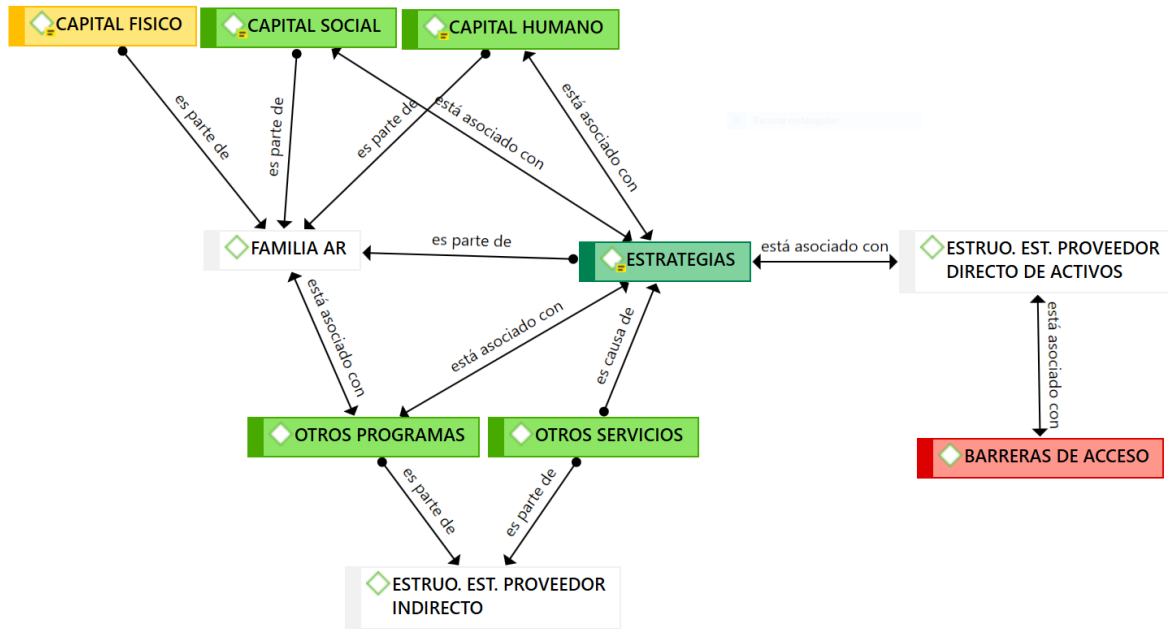
El resto de actividades de intercambio de recursos mediado por el dinero, se basa principalmente en los recursos que se necesitan para poder asistir, como sacar una fotocopia, pagar el transporte (solo para familias que residen en la zona rural), donde las familias refieren que algunas zonas no tienen rutas, y toca conseguir transporte particular (moto ratón o taxi), donde el costo es elevado y no está al alcance del bolsillo. Incluso una madre de familia con ANR refiere haber faltado al PCD por no tener transporte en un clima lluvioso.

Otro elemento del mercado, que influencia indirectamente la asistencia al PCD, son las empresas de productos para bebés o de múltiples productos, donde se encuentra que Winny y el Éxito llegan a las familias de ANR, en articulación con el HLC, con estrategias de apoyo, educación relacionada con la salud y el desarrollo del niño y de venta, suministrando productos o bonos de compra.

En cuanto al mercado laboral, la flexibilidad en el manejo del tiempo, y la disponibilidad de recursos en dinero de las madres de los niños, es una ventaja presente principalmente en las madres de niños con AR.

7.4.3 Estructura de oportunidades de la sociedad

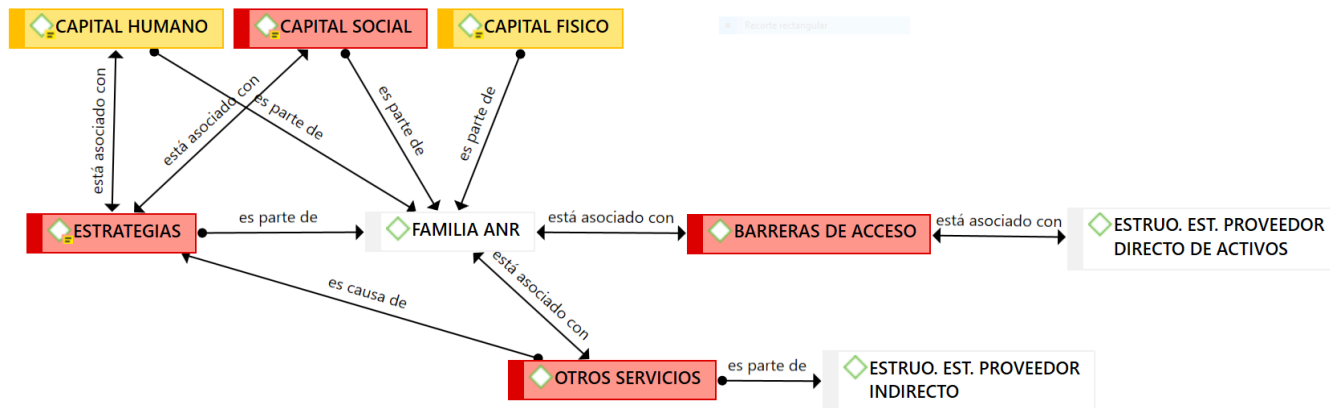
Las familias con AR refieren pertenecer a organizaciones como asociación de padres de familia, Juntas de acción comunal, y grupos étnicos, mientras que las familias de ANR, refieren pertenecer a grupos productivos, religiosos y políticos. Sin embargo, al hablar sobre su influencia para la asistencia al programa, sólo las asociaciones de padres de familia trataron aspectos relacionados con llevar los niños a los servicios de salud.



1 Diagrama. Relación de estructura de oportunidades y familias AR al PCD.

Fuente. Elaboración propia.

En el diagrama 1 se observa que las familias en pobreza extrema con AR al PCD, aunque tienen precariedad en los diferentes recursos, capital humano, capital social y capital físico, logran movilizar los recursos necesarios, sobretodo de capital humano y social (educación y redes de apoyo familiar y comunitario), compensando el déficit en el capital físico, usando estrategias propias influenciadas en cierta parte por el Estado como proveedor indirecto, que le brinda a la familia recursos, educación y condicionamientos para la AR al PCD, accediendo al PCD traspassando las barreras de acceso.



2 Diagrama. Relación de estructura de oportunidades y familias ANR al PCD.

Fuente. Elaboración propia.

En el diagrama 2 se observa que las familias en pobreza extrema con ANR al PCD, tienen un déficit en los diferentes recursos, capital humano, capital social y capital físico, y no logran movilizar los recursos necesarios para la asistencia al PCD, especialmente el capital social, que se puede considerar un motor y compensador de los otros recursos, en estas familias predominan estrategias de supervivencia, propias de la familia, que son usadas en su diario vivir y salen a la luz en relación con el acceso a los servicios de salud solo en caso de riesgo vital. Adicional se observa una ausencia del Estado como proveedor directo o indirecto, y el Estado como proveedor indirecto en el caso de atención por urgencias o vacunación, donde canaliza a la población hacia el PCD se ve anulado frente a las barreras que presenta ésta población, al igual que algunos recursos pertenecientes al capital humano de las familias, barreras del entorno e institucionales, principalmente de procesos de traslado de lugar de residencia en los registros del sistema de salud.

8. DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito de este estudio fue determinar la influencia de las capacidades familiares en la asistencia al PCD de niños entre seis meses y menos de tres años de población en pobreza extrema en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.

En salud pública, como en los diferentes ámbitos, la primera infancia en pobreza extrema tiene una prioridad, pues con la posesión de menos recursos, la exposición a riesgos, el aumento de la vulnerabilidad, y el efecto de ello en los primeros años de desarrollo del niño, se perpetúa la pobreza, afectando la vida del niño y de la familia ³¹. Adicional, ello genera costos elevados tanto para la familia, como para el Estado que cubre a la población pobre con subsidios a la demanda y a la oferta en salud ^{29, 36}. En salud pública las investigaciones se han limitado a temas de acceso a los servicios de salud, con una mirada institucional, y desde la población en general, y no se ha logrado concatenar las necesidades de la población pobre extrema, con los servicios de salud, perdurando las barreras de acceso, con intervenciones, dirigidas hacia esta población⁸⁰.

Para comprender el desajuste dinámico entre la movilización de recursos de la población en pobreza extrema en relación con la estructura de oportunidades, el enfoque AVEO como marco en la búsqueda de las capacidades familiares, fue una oportunidad que conectó la perspectiva de ambos, y permitió incursionar en el tema de acceso a los servicios de salud, en este caso la asistencia regular al PCD, brindando una mirada sistemática^{20, 41, 52}.

Dentro de la población en pobreza extrema hay una variedad de pobreza, pobres crónicos, transitorios, aún más vulnerables por sus características como: etnia, principalmente afro, ciclo de vida y dependencia, discapacidad (con necesidad especial de protección), jefatura femenina con una débil e incompleta organización familiar, bajo nivel educativo, migrante y víctima del conflicto⁴¹; ellos comparten la situación de tener un mayor déficit de activos que otros pobres extremos, en relación con la asistencia al PCD y barreras institucionales más complejas^{1, 50, 81, 82}. En este grupo predomina un discurso corto, donde pocas veces se logra descifrar los recursos disponibles a movilizar, adicional, el reconocimiento y justificación propia para la no asistencia al PCD, permite ver un desinterés, que obliga a cuestionar ¿si poseen o no capacidades?, y si las poseen, estas no son movilizadas precisamente en los procesos de asistencia al PCD y otros servicios de salud. Para lo cual se encuentran dos postulados, Martha Nussbaum lo nombra como la capacidad de tener voz, para actuar, para debatir, para persuadir, y ser capaz de escuchar⁸³, mientras Kaztman y Filgueira van más allá y mencionan la desafiliación institucional y social, que aparece cuando estas personas se convierten en víctimas de las barreras, lo que crea una ruptura entre la persona y el sistema institucional y social, que los lleva a vías no legítimas para mejorar sus condiciones, cambiando los contenidos mentales del individuo y de la familia, llevándolos a una autoexclusión⁴³.

Las familias que reconocen la necesidad de llevar el niño al PCD, tienen actitud positiva, generada por aprendizajes en salud, que reconocen la importancia del PCD, impartidos a través de: reproducción de prácticas familiares, educación por parte de la estructura de oportunidades, principalmente por programas sociales y la E.S.E. a través del mismo PCD u otros servicios en salud que brinda; y la educación formal^{40, 53}. Recursos que las familias ANR al PCD

adquieren parcialmente o no los adquieren, y los pocos que se alcanzan a adquirir se anulan por barreras institucionales y otros pasivos de la familia.

¿Por qué no se alcanzan a adquirir en algunas familias en pobreza extrema los aprendizajes en salud?, porque sus fuentes son pasivos, o están ausentes, como: 1. La reproducción de prácticas familiares o sociales de no uso de los servicios, 2. El acceso a los programas sociales y a la atención en salud es mínima o nula, 3. Los niveles de educación formal son bajos e incompletos.

Como conclusión, los aprendizajes en salud son una capacidad familiar que desarrolla en los contenidos mentales de las familias la necesidad de asistencia al PCD, moviliza otros recursos para la asistencia al PCD a través de la voz, e impulsa la necesidad de autogestión de otros aprendizajes en salud, fundando un proceso que va más allá de mantener la salud, todo ello, en correspondencia con el Estado.

La madre juega un rol fundamental, sus relaciones familiares y sociales demarcan el éxito o la falla, pues su capacidad de movilizar la voluntad de otras personas es determinante para activar los recursos necesarios y oportunos para la asistencia al PCD⁸⁴. El compartir las responsabilidades adecuadamente con el padre de familia, y la abuela materna, hacen del capital social un recurso indispensable en la asistencia al PCD, junto con la capacidad y facilidad de realizar intercambios con otras personas de la comunidad^{85, 86}. Algunas familias en pobreza extrema ANR tienen un stock de personas integrantes de la familia y comunidad reducido, por sus situaciones diferenciales, presentando una carencia en capital social.

Adicional, entre los integrantes de la familia hay tensiones que generan descontentos, actitudes de frustración y desafiliación que se convierten en un pasivo. Cabe resaltar que la jefatura femenina es una expresión del reducido capital social, y que aunque algunas madres cuenten como integrante de la familia a su pareja u otros, en sus narraciones se denota un abandono o individualización de la responsabilidad, que recae en ella, para la asistencia al PCD.

Para la asistencia al PCD, aunque el servicio no tiene costo, las familias necesitan recursos físicos, entre ellos: el transporte, suplir las necesidades básicas durante el proceso, para las familias con residencia en zona rural; y el celular, que se ha convertido en un recurso importante en actividades previas al PCD. Para suplir estos recursos ellas cuentan con estrategias de generación y gestión de recursos, y aunque el padre tiene una figura de proveedor, la abuela materna es un activo importante porque en muchas ocasiones brinda un auxilio para cubrir los recursos necesarios en el proceso de asistencia al PCD; también las madres emprenden negocios en las mismas viviendas para tener un ingreso alternativo y propio, no menos importante, el ahorro con destinación específica a la asistencia al PCD se presenta en la mayoría de las familias^{36, 87}. Solo familias ANR, aunque refieren tener ahorros, dicen no necesitar recursos para la asistencia al PCD, pero refieren otros gastos en salud más altos derivados de consultas con médico particular, urgencias y hospitalizaciones, gastos que se presentan menos, o no se presentan en familias que AR⁸⁰⁻⁸². De la misma forma, las familias con ANR refieren mayores gastos por barreras institucionales como reprocesos en la programación de la cita, reconociéndose hasta 4 o más desplazamientos al punto de atención, y en procesos administrativos con el SISBEN, la EPS y entidades garantes del derecho a la atención en salud. Recursos que las familias ANR no poseen y gestionan^{81, 85}.

La asistencia al PCD implica para la familia en pobreza extrema calcular y consolidar unas estrategias de: planeación, recordación de la cita, gestión de recursos; que en su ejecución garantice la economía de la familia en recursos, tiempo y control del riesgo⁸⁸. Pero en las familias ANR predominan las estrategias de supervivencia: - la migración, -el uso de los servicios de salud por urgencia, - el préstamo de dinero de personas desconocidas para subsistir, -preguntar todo a todos^{31, 87, 89, 90}. Es difícil concebir otro tipo de estrategias, cuando la ausencia de recursos es tanta, el riesgo es el más alto, ya deteriorando el bienestar, y la familia se enfrenta a barreras del entorno, sociales e institucionales, donde solo se concibe la necesidad de resolución de condiciones materiales de subsistencia.

La afiliación al sistema de salud, activo, pasivo, proveedor indirecto y barrera. Las familias en pobreza extrema con niños menores de 3 años, migrantes y víctimas del conflicto, presentan dificultades graves para la atención en salud al ser beneficiarios del subsidio a la demanda en salud, con registro de residencia en un lugar diferente al lugar donde migran, se condiciona a la familia, sin recursos, a realizar diligencias administrativas y reprocesos que se tornan efectivos entre 6 meses y 1 año y 4 meses; en una etapa de la vida del niño, en que la frecuencia de necesidad de atención en salud es alta, incluido el PCD, y los efectos de recibirla o no repercuten a largo plazo en la vida del niño y la familia. Todo ello obliga a la familia a usar los servicios en salud solo en un estado de alto de riesgo para el niño, generando incluso en la familia un contenido mental de desafiliación institucional^{57, 87, 91, 92}.

La estructura de oportunidades, principalmente del Estado, con su rol de proveedor directo, estructurador y regulador, proveedor indirecto, “hace lo mejor dentro de sus posibilidades”, principalmente el proveedor directo, HLC, porque algunas familias logran acceder a los servicios y reconocen una buena calidad en el servicio, captan la información, e imparten críticas sobre la no verificación de los hitos del desarrollo y la insistencia de ellas hacia los profesionales para recibir información sobre la salud del niño, información que se debe brindar normalmente. Mientras quienes son ANR, con un discurso corto, refieren que el servicio está bien, recibiendo pocas o nulas explicaciones y recomendaciones de lo que se hace en el PCD, y refieren barreras en la programación de las citas^{36, 40, 57}. Sin embargo el análisis de las narraciones de los diferentes actores y los documentos arroja que hay falencias como: la falta de personal, la alta rotación, la no disponibilidad de agenda para las citas, la pérdida de atención diferencial de la población vulnerable por el cambio de rol de promotores de salud a auxiliares de enfermería. Por lo tanto, el Estado como proveedor directo debe cuestionar y reforzar las acciones encaminadas al enfoque diferencial hacia la población en extrema pobreza, y la calidad del servicio, teniendo en cuenta la perspectiva de los usuarios.

La población en pobreza extrema para asistir al PCD, como requisito debe portar un documento de identidad, tener un registro en el SISBEN en la zona, y estar afiliado al sistema de salud, requisitos brindados por el Estado como proveedor indirecto, todo ello lo debe gestionar la familia sola, cuando el niño nace sin indicaciones, o por indicaciones de su capital social. También una parte del Estado como proveedor indirecto desde los diferentes programas sociales, a parte de la educación, seguimiento y condicionamiento para a la asistencia al PCD, se reconoce como un apoyo, similar al capital social, que dependiendo de las solicitudes que

las familias en pobreza extrema beneficiarias reportan por las barreras institucionales para el acceso a los servicios de salud, realiza la respectiva gestión, tratando de evitar los reprocesos de las familias. Su falencia radica en la cobertura oportuna, pues las familias ANR no son beneficiarias de estos programas.

La estructura de oportunidades es efectiva si se encuentra presente en las familias con pobreza extrema. Se reconoce que hay familias en pobreza extrema que asisten al PCD movilizadas por: 1. La educación en salud brindada por el Estado (programas sociales e IPS), 2. El condicionamiento de los programas sociales en la asistencia al PCD^{36, 93}. La educación en salud, el suministro de recursos para la satisfacción de necesidades básicas, el seguimiento y recordación a las familias para la asistencia al PCD en tiempos oportunos influye en la asistencia al programa, aunque las familias presenten carencias agudas y crónicas en capital físico, y humano, incluso con barreras institucionales no complejas subsanadas por los facilitadores que brindan los programas sociales o el capital social de las familias dentro de las instituciones³⁶.

Con todo lo anterior, se puede decir que hay una variedad de pobreza, dependiendo del grupo poblacional, con carencia de los diferentes recursos, con estrategias exclusivas de supervivencia^{88, 89}, sin apoyo institucional, con una perspectiva del acceso a los servicios de salud también simplemente para la supervivencia, a la que la institucionalidad le pide hacer unos procesos como requisito para la asistencia al PCD, y adicional presenta barreras institucionales más acentuadas. Pero lo que se le pide que haga no corresponde a su forma de vida sobreviviente, por sus altos niveles de vulnerabilidad^{36, 94}. Con esta población se necesita

un apoyo institucional, en recursos claves que ayuden a subsanar sus carencias en necesidades básicas, y genere nuevos contenidos relacionados con los aprendizajes en salud y el capital social, e influya en la generación de estrategias que vayan más allá de la supervivencia⁴⁵.

Viendo la efectividad de la estructura de oportunidades en algunos casos, se debe velar, porque esta población en pobreza extrema aguda, sea la que se incluya como beneficiario y se condicione para la asistencia a los programas prioritarios como el PCD, que son valiosos para la no repetición del ciclo de la pobreza y la salud. La estructura de oportunidades, tiene el reto de incorporar la articulación efectiva de acciones del sistema de salud, el sistema de protección social, y lo que sucede en los entornos inmediatos de las familias. Pues en la medida que algún proceso no funciona, al sistema de salud le cuesta más subsanar las consecuencias⁴². Para encarar la responsabilidad de la equidad frente a la asistencia regular al PCD, es necesario una inversión específica al PCD, en el sistema de salud, además de la ampliación de cobertura y reforzamiento de programas sociales que subsanen los riesgos que presenta la familia en sus condiciones de supervivencia, asegurando la educación en salud⁵⁶, la alimentación, el transporte, la comunicación, la vivienda, etc. Apuntando a elementos claves para la no reproducción de círculos viciosos en salud, permitiendo el acceso a la acumulación de activos y a su transformación en logros sociales, y no simplemente ser una respuesta a la necesidad y utilidad⁹⁴.

Una limitación de este estudio radica en que no fue posible integrar a los funcionarios de los diferentes programas, ejecutores y programas sociales que influyen en la asistencia al PCD,

compensado con la realización de una triangulación de la información de los diferentes participantes.

Otra limitación fue que algunos participantes de los diferentes programas relacionados con la primera infancia y el PCD eran nuevos en su cargo y no trabajaron en el mismo rol en el año 2017, lo que no permite hablar desde la experiencia en ese año, y se puede estar omitiendo información importante, Sin embargo, la conservación de las funciones, la referencia de información relacionada con el empalme laboral, y la triangulación con documentos normativos y técnicos, permite subsanar la información faltante.

Dentro de las fortalezas se puede encontrar que el uso del enfoque AVEO brinda una mirada sistémica para la asistencia al PCD, y permite entender, desde diferentes perspectivas, como desde: los que tienen un discurso corto también llamados por otros autores como “los que no tienen voz”, los que ejecutan el PCD y los que brindan una atención a la primera infancia y apoyan el proceso de superación de las familias pobres, que la inasistencia al PCD corresponde también a una forma de vida de supervivencia, a los cuales se les exige, ir más allá y superar unas barreras acentuadas, que implican recursos más elevados. Permitiendo identificar que hay unos recursos claves de la familia que están incidiendo para cumplir con esa asistencia, que pueden ser generados y reforzados por la institucionalidad y el capital social.

Como recomendación para la institucionalidad se consideran los siguientes puntos: 1. Formular y ejecutar estrategias para detectar a la población pobre no SISBENZADA que aparece en los RIPS. 2. Capacitar al personal en salud y otros que atienden a la población en pobreza extrema

en el tema de vulnerabilidad y atención diferencial. 3. Revisar y fortalecer la capacidad física y técnica de la institucionalidad para satisfacer oportunamente la demanda en atención en salud, desde el sistema de salud que da orden a sus diferentes entidades, donde hay IPS predestinadas a atender a la población en pobreza extrema (con más necesidades en salud) por sus convenios con EPS que administran en su mayoría el régimen subsidiado, hasta la definición, ejecución y capacidad técnica para cubrir los diferentes programas en salud. 4. Establecer estrategias de educación relacionadas con la atención en salud a la primera infancia en articulación con las otras dependencias del Estado como instituciones educativas, programas sociales, alcaldía municipal, etc, que brinden orientaciones claras de procesos administrativos necesarios para que los recién nacidos asistan oportunamente a la atención en salud, e incidan en el desarrollo de la capacidad de voz de la madre, junto con la importancia de la acumulación del capital social (tejido social) . 5. Establecer mecanismos que eliminen o subsanen las barreras, de manera oportuna, en los procesos de traslados, desafiliación y afiliación a las EPS, al igual que en la afiliación y desafiliación al SISBEN, para las familias en pobreza extrema con integrantes en primera infancia con enfoque diferencial. 6. Establecer una ampliación y flexibilidad en la cobertura y atención en programas en salud y programas sociales dirigidos a la población en pobreza extrema, principalmente para la población de enfoque diferencial (por etnicidad afro, víctima del conflicto, migrante, jefatura femenina, nivel de estudio bajo e incompleto).

Para futuras investigaciones es importante esclarecer las capacidades de la población en pobreza extrema con enfoque diferencial, en procesos de desafiliación institucional e individual y capacidad de voz disminuida, incluyendo etnia , víctima del conflicto, migrante,

jefatura femenina, nivel de estudio bajo e incompleto, de utilidad para reforzar las intervenciones, con dicho enfoque, en salud y en los procesos de superación de pobreza extrema.

Los resultados de este estudio contribuyen a informar a los tomadores de decisión en salud y protección social, las principales carencias y capacidades que influyen en la asistencia al PCD, e incluso los programas que están incidiendo y como lo hacen en la población en pobreza extrema. Para que se consideren reformas en las políticas existentes, ampliación de cobertura de algunos programas, y la creación de nuevos programas que puedan garantizar que las poblaciones excluidas por sus diferentes situaciones de vulnerabilidad accedan al uso de los servicios de salud y educación en salud, y no simplemente sobrevivan⁹⁵.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos ME. The Multidimensional Poverty Index and Poverty Traps in the Southern Cone [Internet]. ScienceDirect. Volume 45, Issue 178, July–September 2014, Pages 89-112. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301703614708776>
2. Baltazar EN, Grillo S, Karpf E. ¿Cuál es el mejor indicador de pobreza en Colombia para la orientación del gasto público social? Papel político. [Internet] 2007;12(1):117-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77716564006>
3. Banco Mundial. Indicadores de desarrollo mundial. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org/tema/pobreza>
4. United Nations Development P. Informe Sobre Desarrollo Humano 2014. [N.p.]: United Nations Publications. [Internet]; 2014. Disponible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2014HDR/HDR-2014-Spanish.pdf>
5. Colombia. Boletín técnico, pobreza monetaria y multidimensional al 2014. [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14_.pdf
6. Colombia. Ficha de caracterización territorial, contexto general, Candelaria. In: Social DdIP, editor. 2016. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1S5zecXxaSFt1iWulCWDHw_mE7eEJm1UW/view?usp=sharing

7. Garcia S, Sarmiento OL, Forde I, Velasco T. Socio-economic inequalities in malnutrition among children and adolescents in Colombia: the role of individual-, household- and community-level characteristics. *Public Health Nutr.* [Internet]. 2013;16(9):1703-18. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/socioeconomic-inequalities-in-malnutrition-among-children-and-adolescents-in-colombia-the-role-of-individual-household-and-communitylevel-characteristics/C51E7686D1114530155B92A0C2C86738>
8. CEPAL N. América Latina y el Caribe: una mirada al futuro desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio: informe regional de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en América Latina y el Caribe, 2015. [Internet]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/38923-america-latina-caribe-mirada-al-futuro-objetivos-desarrollo-milenio-informe>
9. Colombiano G. Informe de seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. 2014. [Internet]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/Informe%20ODM_ver%203%20final.pdf
10. Henao CM, Fernández DYB. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. *Revista CES Salud Pública.* [Internet]. 2013;4(1):4. Disponible en: <file:///C:/Users/Natalia/Downloads/Dialnet-FactoresSocialesYDemograficosRelacionadosConLaAsis-4549351.pdf>
11. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista panamericana de salud pública.* [Internet]. 2002;11(5-6):316-26. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/316-326/es>

12. Salud OMdl. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ediciones de la OMS; [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
13. Aday LA, Andersen R, White KL. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. OPS Publicación Científica: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 604-13. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3315/Investigaciones%20sobre%20servicios%20de%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1>
14. Frenk Mora J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex. [Internet]. 1985;27(5):438-53. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
15. Canudas RdC, Lorenzelli M. Inclusión social: una perspectiva para la reducción de la pobreza. Inter-American Institute for Social Development.; 2004. Disponible en: <https://publications.iadb.org/en/publication/14166/inclusion-social-una-perspectiva-para-la-reduccion-de-la-pobreza>
16. Ramírez H, Vélez S, Vargas V, Sánchez C, Lopera J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. [Internet]. 2001. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/176/179>
17. Menéndez EL. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Región y sociedad. [Internet]. 2008;20(SPE. 2):5-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10209802>

18. Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud pública de México*. [Internet] 1992;34(1):36-49. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634105>
19. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Access to health care in Colombia. *Revista de Salud Pública*. [Internet]. 2010;12(5):701-12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001
20. Kaztman R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. BID-Banco Mundial-CEPALIDEC. [Internet]. 2000;5:275-301. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/31545>
21. Sen A. Human rights and capabilities. *Journal of Human Development*. [Internet]. 2005;6(2):151-66. Disponible en: https://www.unicef.org/socialpolicy/files/Human_Rights_and_Capabilities.pdf
22. Moser C. El modelo de acumulación de activos desde una perspectiva transnacional: el caso de los migrantes de Guayaquil a Barcelona. *La migración latinoamericana a España: una mirada desde el modelo de acumulación de activos* Quito: FLACSO-GURC. [Internet]. 2011:21-42. Disponible en: http://biblio.flacsoandes.edu.ec/shared/biblio_view.php?bibid=124842&tab=opac
23. Moser CO. The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies. *World development*. 1998;26(1):1-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305750X97100158>
24. Vargas-Peña GS, Gómez-Zona AL, Roa-Piedrahita A. Análisis del manejo del talento humano de los protocolos y normas técnicas y de la percepción sobre la educación recibida por los usuarios Programa de Detección Temprana. Colombia, 2002-2007. *Revista Gerencia*

- y Políticas de Salud. [Internet]. 2015;14(29):136-54. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/15148>
25. Baubeta L, De Pazos A, Gasperi N, Pérez D, Piñeiro A. Causas del incumplimiento del control de salud en los niños/as menores a 3 años. 2011. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/2362>
26. Ascarate Farías ME, Olveira Soppi AK, Silva Casafuz PD, Vivián Gallardo E. Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores a 2 años del Centro de Salud Cerro. [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/2389>
27. Léopore SR. La sociabilidad, la situación familiar y la salud de la población del área metropolitana de Buenos Aires. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=tesis&d=sociabilidad-situacion-familiar>
28. Bernal R, Camacho A. La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia. Universidad del los Andes-CEDE; [Internet]. 2010. Disponible en: <https://economia.uniandes.edu.co/index.php/component/booklibrary/478/view/46/Documentos%20CEDE/214/la-importancia-de-los-programas-para-la-primera-infancia-en-colombia>
29. Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. Bulletin of the world health organization. [Internet]. 2002;80(2):97-105. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2567730/>
30. Murray S. Poverty and health. Canadian Medical Association Journal. [Internet]. 2006;174(7):923-. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/content/174/7/923.short>

31. Huergo J, Casabona EL. El estado nutricional infantil en contextos de pobreza urbana: ¿ indicador fidedigno de la salud familiar? Salud colectiva. [Internet]. 2016;12:97-111. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1851-82652016000100097
32. Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes: World Health Organization; [Internet]. 2010. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44289>
33. Quintana CD, López-Valcárcel BG. Crisis económica y salud. Gac Sanit. [Internet] 2009;23(4):261-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000400001
34. Rodríguez A. Programas de transferencias condicionadas, políticas sociales y combate a la pobreza en Panamá: CEPAL; [Internet]. 2010. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/6167-programas-transferencias-condicionadas-politicas-sociales-combate-la-pobreza>
35. Saavedra GMC, Campuzano SE, Turriago AM. Erradicación de la pobreza y calidad en la salud: elementos indispensables para alcanzar la cohesión social en Colombia. Nova. [Internet]. 2013;11(20):97-119. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v11n20/v11n20a10.pdf>
36. Rivera I. Microeconomía de la pobreza: el caso del Perú. Economía. [Internet] 2012;35(69):9-52. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/economia/article/view/2709/2653>

37. Guzmán Ramírez A, Frausto Vargas JM. La Determinación de Polígonos de Pobreza: Análisis metodológico. *Nova scientia*. [Internet]. 2012;4(7):85-124. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07052012000100005
38. Alegría Olazábal T. Segregación socioespacial urbana. El ejemplo de Tijuana. *Estudios Demográficos y Urbanos*. [Internet]. 1994;26(9):2. Disponible en: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/916>
39. Angarita MJU. La ciudadanía reexaminada: un análisis a la ciudadanía democrática desde el enfoque de las capacidades humanas: Cali. Universidad del Valle; 2007.
40. Aristizábal AB, Aguilar JFL, Walker M. La educación superior desde el enfoque de capacidades: una propuesta para el debate. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*. [Internet]. 2010;13(3):123-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=217015214012>
41. del Carmen Rojas M, Meichtry N, Ciuffolini MB, Vázquez JC, Castillo J. Repensando de manera holística el riesgo de la vivienda urbana precaria para la salud: un análisis desde el enfoque de la vulnerabilidad sociodemográfica. *Salud colectiva*. [Internet]. 2008;4(2):187-201. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200009
42. Kaztman R, Retamoso A. Efectos de la segregación urbana sobre la educación. *Revista de la CEPAL*. [Internet]. 2007;91:134. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11174-efectos-la-segregacion-urbana-la-educacion-montevideo>
43. Retamoso A, Kaztman R. Segregación espacial, empleo y pobreza en Montevideo. *Revista de la CEPAL*. [Internet]. 2005. Disponible en:

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/11004-segregacion-espacial-empleo-pobreza-montevideo>

44. González-Herrera A, Lopez Toro A. Tecnología y desarrollo humano desde el enfoque de capacidades. Energía solar en comunidades aisladas de Bolivia. 2014. Disponible en: <https://docplayer.es/12889057-Tecnologia-y-desarrollo-humano-desde-el-enfoque-de-capacidades-energia-solar-en-comunidades-aisladas-de-bolivia.html>

45. Cruz-Martínez G. Esfuerzo de bienestar y pobreza desde el enfoque monetarista y de capacidades: Análisis transnacional en América Latina y el Caribe (1990-2010). Política y Sociedad. [Internet]. 2015;52(3):631. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6010874>

46. Sánchez JR, Uribe BA. Remesas y desarrollo humano en San José Chiltepec, Oaxaca. Un estudio a partir del enfoque de capacidades. Espiral Estudios sobre Estado y Sociedad. [Internet]. 2016;23(66):239-76. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652016000200239

47. Acevedo Orduña EJ. Complementariedad del análisis objetivo de la pobreza IPM integrando un análisis subjetivo que incluya las necesidades del desarrollo a escala humana, la percepción de la calidad de vida y el enfoque de capacidades en la Comuna 3 en Buenaventura. 2014. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/13403>

48. Alfonso-Ruiz CL, Guerrero-Rincón AA. Aproximación al estado de salud de los microempresarios del área metropolitana de Bucaramanga. [Internet]. MedUNAB. 2014;17(1):13-22. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/1946>

49. Ruiz-Rivera N, Suárez M, Delgado-Campos J. Urban segregation and local retail environments. Evidence from Mexico City. *Habitat International*. [Internet]. 2016;54:58-64. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197397514001301>
50. Golovanevsky L. Vulnerabilidad social: una propuesta para su medición en Argentina. *Revista de Economía y Estadística*. [Internet]. 2007;45(2):53-94. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/REyE/article/viewFile/3840/6780>
51. Kaztman R. Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. BID-Banco Mundial-CEPAL-IDEC. 2000;5:275-301.
52. Bebbington A. Capitals and capabilities: a framework for analyzing peasant viability, rural livelihoods and poverty. *World development*. 1999;27(12):2021-44. Disponible en: <http://pubs.iied.org/6151IIED/>
53. Córdoba RC. Desarrollo humano y capacidades. Aplicaciones de la teoría de las capacidades de Amartya Sen a la educación. *Revista española de pedagogía*. [Internet]. 2006:365-80. Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/4050?show=full>
54. Filgueira CH, Fuentes A. Vulnerabilidad, activos y recursos de los hogares: una exploración de indicadores. [Internet]. 1999. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/28661-vulnerabilidad-activos-recursos-hogares-exploracion-indicadores>
55. Navarro YGILJ, Saumell III A, Serviat IV T, de la Hoz JL, VI SG. Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. *Ciencias Médicas*. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/345>
56. Escobar G, Peñaranda F, Bastidas M, Torres N, Arango A. La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en un contexto surcado por tensiones. *Rev Fac Nac*

- Salud Pública. [Internet]. 2006;24(1):84-91. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024110>
57. Peñaranda C, Bastidas A, Ramírez G, Lalinde A, Isabel M, Giraldo G, et al. El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud. Rev Fac Nac Salud Pública. [Internet]. 2002;20(1):89-99. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/870>
58. Cenci A. Economía, ética y libertad en el enfoque de las capacidades. Laguna: Revista de filosofía. 2011(29):123-48.
59. Restrepo-Ochoa DA. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública Health and the good life: contributions by Amartya Sen's capability approach to ethical. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2013;29(12):2371-82. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001200003&script=sci_abstract&tlng=es
60. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promotion & Education. [Internet]. 2007;14(2 suppl):17-22. Disponible en: http://live-sagecompanion.pantheonsite.io/sites/default/files/ch2_Promotion%20&%20Education-2007-Morgan-17-22.pdf
61. Morgan A. Revisar el Modelo de los Activos: aclaración de ideas y términos. Global health promotion. [Internet]. 2014;21(2):91-4. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975914537152>
62. Filgueira C. Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social: aproximaciones conceptuales recientes. CEPAL. [Internet]. 2001. Disponible en:

<https://docplayer.es/34581522-Estructura-de-oportunidades-y-vulnerabilidad-social-aproximaciones-conceptuales-recientes-carlos-h-filgueira-ciesu-2001.html>

63. Filgueira CH, Kaztman R. Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructuras de oportunidades. CEPAL. [Internet]. 1999. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/28663-marco-conceptual-activos-vulnerabilidad-estructuras-oportunidades>

64. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. International journal of epidemiology. [Internet]. 2002;31(2):285-93. <https://academic.oup.com/ije/article/31/2/285/2951392>

65. Colombia, Ministerio Nacional de Salud. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. NT1-2000. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf>

66. Ministerio de Salud C. Resolución 0412 de 2000. Se establecen actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, se adoptan normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-412-de-2000.pdf>

67. Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2007;13(13):71-8. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009
68. Hernández Sampieri R, Fernández Collado R, Baptista P. Metodología de la Investigación, 5ta Edición McGraw-Hill. México; 2008. Disponible en: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
69. Fernández JMF. Algunas tendencias nuevas en la teoría e investigación de la pobreza. Cuadernos de trabajo social. [Internet]. 2002(15):19-40. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0202110019A/7853>
70. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. 1995;69(2):145-9. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_2_145.pdf
71. Guba E, Lincoln Y. Paradigmas que compiten en la investigación cualitativa. N Denzin, & Y Lincoln, *Handbook of Qualitative Research (A Sampson, Trad)* Cambridge: Thousand Oaks. 1994. Disponible en: http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/pluginfile.php/191979/mod_page/content/1/Guba_Lincoln_PARADIGMAS.docx
72. Colombia D. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia. Proyecciones de población, por área, según municipios [sitio en internet]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/series-de-poblacion>

73. Alcaldía de Candelaria, Fundación Progresamos, Camara de Comercio. Anuario Estadístico. 2014. Disponible en línea: https://fundacionprogresamos.org.co/anuarios_estadisticos/candelaria/2014/presentacion.html
74. Según ADSDS. Regiones Colombia Ministerio De Salud Y Protección Social Dirección De Epidemiología Y Demografía. Grupo ASIS. 2013.
75. Calvente MG, Rodríguez IM. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Aten Primaria. 2000;25:181-6.
76. Anselm Strauss, Juliet Corbin. Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2002. repetido. Disponible en: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
77. Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colombia médica. [Internet]. 2003;34(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
78. Ministerio de Salud. Resolución N. 8430 de 1993. Establece normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. República de Colombia. [Internet]. 1993;48. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
79. CIOMS. OMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. [Internet]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf

80. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud pública de México. [Internet]. 1997;39:442-50. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10639507>
81. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. Revista de salud pública. [Internet]. 2008;10:58-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a06.pdf>
82. Rocío Hurtado L, Arrivillaga M. Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2018;44:100-9. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/839/995>
83. Nussbaum MC. Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano. Edición 3. Paídos. 2012.
84. Flores Palacios F. Vulnerabilidad y representación social de género en mujeres de una comunidad migrante. Península. [Internet]. 2014;9(2):41-58. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-57662014000200002
85. Fourcade H. Sobreviviendo al margen. Intercambio y redes de reciprocidad entre hogares en situación de pobreza de Villa Lugano. Revista Mad. [Internet]. 2012(27):67-87. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224772007>
86. Moser CO, McIlwaine C. Percepciones de la violencia urbana: técnicas de evaluación participativa: World Bank, Latin America and the Caribbean Region. [Internet]. 2000. Disponible en:

<http://documents.worldbank.org/curated/en/821841468753018004/pdf/232320SPANISH.pdf>

87. Ortiz-Ruiz N, Díaz-Grajales C. Una mirada a la vulnerabilidad social desde las familias. *Revista mexicana de sociología*. [Internet]. 2018;80(3):611-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032018000300611

88. Aguirre CA. Pobreza y Estrategias Familiares: debates y reflexiones . *Revista Mad: Revista del Magíster en Análisis Sistemico Aplicado a la Sociedad*. [Internet]. 2007(17):7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=311224745008>

89. Argüello O. Estrategias de supervivencia: un concepto en busca de su contenido. *Demografía y economía*. [Internet]. 1981;15(2):190-203. Disponible en: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/511/504>

90. Arredondo M, Gonzalez J. Las estrategias de sobrevivencia de los pobres: un repaso a su estudio en las ciencias sociales. *Revista realidades*. [Internet]. 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4751842.pdf>

91. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A. Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *salud pública de México*. [Internet]. 2018;60(5, sep-oct):566-78. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9033>

92. Sánchez-Siller IM, Gabarrot-Arenas M. ¿Exclusión en los dos lados? Un análisis de las políticas de salud para migrantes mexicanos en Estados Unidos desde una perspectiva binacional. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. [Internet]. 2014;13:147-67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272014000200009

93. Gertler P. Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment. *American economic review*. [Internet]. 2004;94(2):336-41. Disponible en: <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/0002828041302109>
94. Lampis A. ¿ Qué ha pasado con la vulnerabilidad social en Colombia? Conectar libertades instrumentales y fundamentales. *Sociedad y economía*. [Internet]. 2011(19):229-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n19/n19a12.pdf>
95. Accinelli E, Brida JG, London S. Crecimiento económico y trampas de pobreza:¿ cuál es el papel del capital humano? *Investigación económica*. [Internet]. 2007;66(261):97-118. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16672007000300097

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1.

Consentimiento informado para las familias participantes-para entrevista semiestructurada.



**CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA
EXTREMA QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA
DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017.
Candelaria, Valle del Cauca.
CONSENTIMIENTO INFORMADO-ENTREVISTA**

Apreciado participante:

La estudiante de la Maestría en Salud Pública Isabel Cristina Montilla Rosero, dirigida por Constanza Díaz, docente de la Universidad del Valle, desarrolla como trabajo de investigación un proyecto con el objetivo de determinar la influencia de las capacidades familiares de la población en pobreza extrema en la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo en Candelaria, durante el 2017. Los resultados de este trabajo podrán ser usados para pensar nuevas estrategias que mejoren la adherencia al programa de control de crecimiento y desarrollo.

Ud. está siendo invitado a participar voluntariamente en este estudio, para lo cual se le pide responder preguntas de una entrevista, durante aproximadamente 60 minutos, en la que se tratarán aspectos de su vida relacionados con la asistencia regular del menor al programa de Control de Crecimiento y Desarrollo, en el 2017. Para procesar la información de forma precisa, le solicitamos nos permita grabar en audio, si usted así lo acepta. Las grabaciones y transcripciones sólo serán manipuladas por los investigadores, la información que se obtenga será confidencial y anónima, pues se realizará lo mismo con aproximadamente 24 personas, y a cada entrevista se le asignará un código de identificación.

En caso de ser necesario, se realizará, entrevistas adicionales con el fin de completar y ampliar información, de ser así, se programará con usted, con anticipación.

Si usted decide participar no obtendrá ningún tipo de beneficio económico, no incurrirá en gasto alguno. Sin embargo, si resuelve participar y después decide retirarse, tiene el derecho y la libertad de hacerlo, sin que ello le genere perjuicios.

La información que se obtenga será confidencial y su nombre no aparecerá en ninguna publicación; no obstante, los datos que surjan a partir de la entrevista podrán ser utilizados en informes, publicaciones y posteriores trabajos de investigación previa autorización de un comité de ética. Acepto: SI__ NO__. También se pide autorización para utilizar la grabación en informes, publicaciones y posteriores trabajos de investigación, previa autorización de un comité de ética. Acepto: SI__ NO__. Datos a los cuales usted podrá tener libre acceso y derecho de conocerlo.

Si usted tiene alguna duda con relación a su participación en la investigación, en cualquier momento durante el desarrollo de esta, puede contactarse con Isabel Cristina Montilla Rosero al teléfono: 3177940454 y con Constanza Díaz al teléfono: 3162897432. Esta investigación cuenta con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud. Cualquier información al respecto puede comunicarse con el CIREH al teléfono: 518 56 77.

Si usted decide participar en el estudio por favor firme en el espacio correspondiente a su nombre.

Yo _____ identificado con CC. _____ de _____, he leído y comprendido toda la información expuesta en este consentimiento, por lo que he decidido participar voluntariamente. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado.

Firma del Participante
c.c

Firma del Investigador Principal
c.c

Testigo numero 1
c.c

Testigo numero 2
c.c

Universidad del Valle, Sede San Fernando, Escuela de Salud Pública

10.2. ANEXO 2. Encuesta de Caracterización Sociodemográfica

CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017. Candelaria, Valle del Cauca INSTRUMENTO DE APLICACIÓN DE ENCUESTA

UBICACIÓN DEL HOGAR								CARACTERÍSTICAS GENERALES (Todos los integrantes del hogar)								
MUNICIPIO	Cab. Mpl.	Cent. Pob.	Rur. Disp.		1* Nombre	2* Nombre	Fecha Naci.	Sexo	Parentesco							
ZONA					1		DD/MM/AAAA									
DIRECCIÓN		o nombre del predio			2		DD/MM/AAAA									
BARRIO		corregimiento o vereda			3		DD/MM/AAAA									
TELEFONO FIJO					4		DD/MM/AAAA									
TELEFONO CELULAR					5		DD/MM/AAAA									
CORREO ELECTRONICO					6		DD/MM/AAAA									
CORREO ELECTRONICO					7		DD/MM/AAAA									
EL HOGAR SUSCRIBIO CONSENTIMIENTO INFORMADO				SI NO	8		DD/MM/AAAA									
INFORMACION DE ENTREVISTA					#		Estado Civil	¿Qué actividad día la mayor parte de su tiempo?								
NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:					1											
NOMBRE DEL ENTREVISTADO					2											
FECHA PRIMER CONTACTO:	DD/MM/AAAA	HORA INICIO	HH:MM	DURACION	3											
		HORA FINAL	HH:MM		4											
DATOS DE LA VIVIENDA					5											
TIPO DE VIVIENDA	1. Casa	2. Cuarto	3. Otro tipo de vivienda:	Cual?	6											
					7											
SERV. PUBLICOS DOM.	Energia El.	Alcantari.	Gas Natural	Teléfono	8											
	Rec. Resid.	Acueduc	Servicio de Internet		#											
SERVICIO TELEF ES:	1. Fijo exclusivo compartido	2. Fijo compartido	3. Celular	4. Radiotelefono	5. Ninguno											
AFFECT. VIVIE. Inund; Des; Deslizam.			Hund. Terr.	Vendabal o tormenta												
CUANTOS CUARTOS HAY?	EN CUANTOS DUERMEN?															
TENENCIA Y FINANCIACION DE LA VIVIENDA QUE OCUPA EL HOGAR					6											
La vivienda ocupada por este hogar es	1. Propia y paga	2. Prop-Pagando	3. Arriendo	4. Usufructo	5. Poses sin tit											
88. No sabe				6. Prop colectiva	7. Arriendo											
Cuanto tiempo lleva viviendo en el lugar	01. <1mes	02. De 1 a 2 meses	03. De 3 a 12 meses	04. > a 1 año	88. No sabe											
El hogar ahorra?	1. Si, Valor:	2. Diario	3. Mensual	4. Quincenal	5. Mensual											
88. No sabe				6. Semanal	6. Esporádico											
RTA OCUPACION					7											
01. Obrero o empleado de empresa particular	06. Trabajador independiente o por cuenta propia				8											
02. Obrero o empleado del gobierno	07. Patron o empleador															
03. Jornalero o peón	08. Trabajador de su propia finca o de finca en															
04. Empleado doméstico	09. Trabajador familias sin remuneración.															
05. Profesional independiente	10. Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados o domésticos, mayordomos, jornaleros,															

CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017. Candelaria, Valle del Cauca
INSTRUMENTO DE APLICACION DE ENCUESTA

SALUD		CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADOR						
#	Está afiliado a alguna entidad de seguridad social - EPS. Cual?	Tipo de afiliación a la EPS. 1. Contributivo 2. Especial 3. Subsidiado 88. No sabe	A que programas de promoción de la salud asistió en el último año? 1. A ninguno 2. Vacunación-PAI 3. Atención preventiva en salud oral 4. Atención en planificación familiar 5. Otro. Cual?	Por que no asistió a los programas? 1. Porque no necesita 2. No sabia 3. El médico no se lo ordenó 4. Son costosos 5. Lejanía 6. Otro. Cual 88. No sabe, no contesta.	Por que no estudia? Está estudiando?	Cuántas horas diarias le dedica al niño?	Recibe subsidio de alimentación?	
1					Capacitado para el cuidado de menores	01. Si 02. No 88. No sabe, no contesta	01. Si. Valor mensual 02. No sabe, no contesta	
2					¿... Sabe leer y escribir?	01. Si 02. No 88. No sabe, no contesta	Asiste a Pre-Col-Esc-Uhiv	
3								
4								
5								
6								
7								
8								
CUIDADO DE LOS NIÑOS Y MENORES DE 6 AÑOS (Jefe del hogar, conyugue o responsable)								
#	Donde y con quien permanece ... la mayor parte del tiempo, en semana	Ha asistido a cont de Crec y Des	Cantidad de controles en ultimo año	Fecha de cada control	Asiste a hogar comunitario, guardería o preescolar. Si No Cual?			
1								
2								
3								
4			Ultimo					
5			s 12					
6			meses					
7								
8								
#	1. Hogar comunitario, guardería, CDI, programa 2. Padre o Madre en casa 3. Al cuidado de pariente de 18 años o 4. Padre o madre en trabajo 5. Con empleada 6. Al cuidado de amigos o 7. Al cuidado de pariente menor de 18 años 8. En casa con otros menores de 88.No sabe, no contesta.					Recibe subsidio familiar? 01. Si. Valor mensual 02. No sabe, no contesta	Cual es su lugar de trabajo? 01. Un local de la empresa 02. Un local propio o arrendado 03. La vivienda 04. Una vivienda ambulante 06. La calle, estaciónario 07. Una caseta 08. Puerta a puerta 09. En un vehículo 10. Una carreta 11. Una mina 12. Una obra 13. En el	Recibe pensión? ¿Cuánto? 01. Si. De vejez 02. Por invalidez 03. De sustitución 04. No sabe, no contesta 05. No sabe, no contesta
#	Por qué no asiste a un hogar, guardería o preescolar?	Es beneficiario de algun programa social?						
1	01. No hay institución cerca	01. Más familias en acción					09. Organizaciones de la tercera	
2	02. No puede pagar el costo del servicio	02. ICBF					10. Grupo productivo, cooperativa	
3	03. No encontró cupo	03. Nutrición					11. Grupos religiosos	
4	04. Prefiere que no asista todavía o considera que 05. Tiene quien lo cuido	04. Estimulación y recreación 88. No sabe, no contesta					12. Grupos políticos	
5							13. Otros	
6	06. Otra razón. Cuál						14. Ninguna	
7							88. No sabe, no contesta	
8								

10.3. ANEXO 3

Guía de entrevista semiestructurada.



CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017. Candelaria, Valle del Cauca.

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Determinar la influencia de las capacidades familiares en la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo de niños y niñas entre seis meses y menos de tres años de población en pobreza extrema en el municipio de Candelaria-Valle, en 2017.
Objetivo N. 2. Determinar los recursos de las familias en pobreza extrema, que influyen en la asistencia regular y no al programa de control de crecimiento y desarrollo.
Objetivo N. 3. Describir las estrategias de movilización de recursos que las familias aplican para asistir al programa de control de crecimiento y desarrollo.
Objetivo N. 4. Diferenciar la estructura de oportunidades disponible, la que las familias reconocen y la que usan para lograr la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo.

NARRACION DEL PROCESO PARA LA ASISTENCIA AL CONTROL ASISTENCIA AL CONTROL EN CASO DE ASPECTOS NEGATIVOS O INASISTENCIA

Podemos iniciar narrando, detalladamente:

- ¿Como logró llevar al niñ@ al control de CyD la última vez en el 2017?
- ¿Le programaron la cita?, ¿Cuándo? ¿Y que le dijeron o que se acuerda?
- Desde que recordó que la fecha de la cita se acercaba, ¿qué planeó para poder asistir a la cita?
- Finalmente, ¿que hizo? ¿tuvo dificultades? ,¿como las solucionó?
- Sino tuvodificultades, ¿qué le facilitó llevar al niñ@ al control de CyD?

- Sé que ha faltado a alguno(s) controles de su bebe. Narre detalladamente ¿qué planeó para poder asistir a la última cita que no cumplió?
- ¿Cuál considera Ud. fue el factor que mayormente le impidió llevar el bebe al control?
- No llevar al niñ@ al control de CyD le generó algún tipo de dificultades o problemas?

- ¿Qué hacen familiares, amigas, vecinas, compañeras de trabajo en situaciones similares?

Recursos

Valoración del programa

- ¿Qué piensa Ud. del programa de control de CyD?

- ¿La madre?
- ¿El padre?
- ¿Los abuelos?
- ¿Otros parientes cercanos?
- ¿Otros cuidadores del niño o niña?
- ¿Los vecinos?
- ¿Conoce los derechos en salud, para l@s niñ@s menores de 3 años?

Disponibilidad de tiempo

- ¿Algún integrante de la familia, responsable del niñ@ tiene tiempo para llevar@ al programa de control de CyD? ¿Por qué?
- ¿Ha llevado alguna vez al niñ@ al programa?

Medios y costos de transporte

- ¿Dónde está ubicada la IPS que le ofrece el control de CyD para el niñ@?
- ¿Generalmente, qué medio de transporte usa para llevar el niñ@ al control? Camina, moto, bicicleta, vehículo, etc...
- ¿A que distancia le queda?¿Puede ir caminando o debe ir en vehículo?
- ¿A cuantos minutos caminando?
- ¿A cuántos minutos en transporte?
- ¿Qué tipo de transporte usa regularmente?
- ¿Es propio?, ¿O es prestado?
- ¿Es de algún vecino, familiar o conocido (privado)?
- En caso de público o privado no propio, ¿Cuánto le cuesta?
- ¿Cómo consigue el dinero?
- ¿Alguna vez pensó que por problemas de transporte no podría llevar el niñ@ al control de CyD?

- Cuénteme ¿Que le paso?
- ¿Cómo lo solucionó?
- ¿Puede transitar el barrio con tranquilidad?
- ¿A qué horas?

Si narra situaciones de riesgo preguntar si alguna vez estas situaciones le han impedido usar los servicios de salud y particularmente llevar la o el niño al control de crecimiento y desarrollo.

- Explorar las razones para valoraciones negativas.

En caso de NO, explorar ¿por qué

- En caso de que no use el transporte público o privado¿Hay disponible?, ¿Cual?
- Alguna vez definitivamente no logró llevar el niñ@ al control por problemas de transporte?

- ¿Qué le paso?
- ¿Intentó solucionarlo?
- ¿Cómo?
- ¿Por qué no logró solucionarlo?
- En caso de no, ¿Por que?

Red de apoyo para suplir el cuidado de otras personas a cargo (niñ@s, adultos mayores o PCD) y las labores del hogar

- Cuando el niñ@ tiene cita de control de CyD, qué hace con las demás personas que están a su cargo?
- Cuando el niñ@ tiene cita de control de CyD, qué hace con las labores del hogar?
- ¿Qué implica dejar o llevar a esa persona?

Red de apoyo para sustituir a la madre o padre en la tarea de llevar al niñ@ al control de CyD

- ¿Quién lleva al niñ@ al control de CyD cuando usted no puede?
- ¿Se hace con alguna condición? ¿Cual? Y ¿por qué?

Relaciones familiares

- ¿Ha presentado problemas familiares por tener que llevar al niñ@ al control de CyD? ¿Por qué?
- ¿Cómo se solucionó?

Otros recursos

- El vivir en esta **vivienda**, en que afecta o beneficia para asistir al control? (Tener o no tener los servicios públicos de agua-acueducto, energía, alcantarillado, gas natural, recolección de residuos sólidos, ha influido en la asistencia al control del niñ@?)
¿Que le ha pasado?
- El **trabajo** que usted realiza ¿cómo influye en la asistencia al control de CyD? ¿En que le favoreció?
- ¿Ha presentado dificultades para llevar al niñ@ al control por el trabajo? ¿Cuáles?
- ¿Cómo los ha solucionado?
- **Capital social:** Cuando usted va a llevar al niñ@ al control de CyD ¿habla con alguien sobre qué debe hacer o cual es la mejor forma de organizarse para poder ir?
- ¿Alguien la aconseja o le impone algo?, o le da varias ideas? ¿Se ofrece ella misma a ayudarla?, ¿Quién?
- ¿Usted considera que puede influenciar a alguien para que la ayude? ¿A quien?
- ¿El estado de **salud** de los diferentes integrantes del hogar ha afectado o impulsado que lleven o no al niñ@ al control de CyD?

-¿Le ha tocado dejar de ir a trabajar y perder el dinero por llevar al niñ@ al control?

- Cuando llega la **pensión, el subsidio, el salario (ingresos)** de, han pensado en separar lo que necesitan para llevar al niño al control?, En caso de no ¿por qué?

ESTRUCTURA DE OPORTUNIDADES

Estado

- ¿Por que va a esa institución?, ¿Usted la eligió?
- ¿Que otros servicios de salud tiene a su disposición pero no usa?
- ¿En que horarios los atienden en el programa de control de CyD?
- ¿Cómo son los agentes de salud del servicio de control de CyD?
- ¿Amables?
- ¿Explican lo que se está haciendo con el niño?
- ¿Explican lo que se debe hacer?
- ¿Qué realizan en el control cuando atienden al niño?
- ¿Hay servicios del del gobierno que lo impulsen, faciliten a llevar al niño al programa de control de CyD? ¿Cuáles?

- ¿Por que **no los usa**

Mercado y mercadeo social

- ¿Hay entidades privadas que lo impulsen o faciliten a llevar al niño al programa de control de CyD? ¿Cuáles?
- ¿Ha recibido mensajes por televisión, escritos, en audio sobre llevar al niño al control? ¿Por cual medio? ¿Qué entidad lo hace?
- ¿Usted usa esos productos o servicios?

Sociedad

10.4. ANEXO 4

Consentimiento informado para funcionarios



**CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA
EXTREMA QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017.
Candelaria, Valle del Cauca.
CONSENTIMIENTO INFORMADO –GRUPO FOCAL**

Apreciado participante:

La estudiante de la Maestría en Salud Pública Isabel Cristina Montilla Rosero, dirigida por Constanza Díaz, docente de la Universidad del Valle, desarrolla como trabajo de investigación un proyecto con el objetivo de determinar la influencia de las capacidades familiares de la población en pobreza extrema en la asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo en Candelaria, durante el 2017. Los resultados de este trabajo podrán ser usados para pensar nuevas estrategias que mejoren la adherencia al programa de Control de Crecimiento y Desarrollo.

Ud. está siendo invitado a participar voluntariamente en este estudio, en compañía de 10 funcionarios más que tienen relación con el programa, se trabajará 1 sesión en un grupo de 10 personas. Su participación es de carácter voluntaria, y consiste en tratar aspectos relacionados con la asistencia regular de menores, de familias en pobreza extrema, al programa de Control de Crecimiento y Desarrollo, en el 2017, para lo cual se dará respuesta a las preguntas realizadas por el moderador, a manera de conversa, interactuando con los demás participantes, durante aproximadamente 60 minutos, en la que se tratarán aspectos relacionados con recursos, activos, pasivos, capacidades y estructura de oportunidades que influyeron en la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo, en el 2017. Para procesar la información de forma precisa, le solicitamos nos permita grabar en audio, si usted así lo acepta. Las grabaciones y transcripciones sólo serán manipuladas por los investigadores, la información que se obtenga será confidencial y anónima, pues, a cada participante se le asignará un código de identificación. La información obtenida solo será usada para los fines de esta investigación.

Si usted decide participar no obtendrá ningún tipo de beneficio económico y no incurrirá en gasto alguno. Sin embargo, si resuelve participar y después decide retirarse, tiene el derecho y la libertad de hacerlo, sin que ello le genere perjuicios.

La información que se obtenga será confidencial y su nombre no aparecerá en ninguna publicación; no obstante, los datos que surjan a partir de esta sesión podrán ser utilizados en informes, publicaciones y posteriores trabajos de investigación, previa autorización de un comité de ética. Acepto: SI__ o NO__. También se pide autorización para utilizar la grabación en informe, publicaciones y posteriores trabajos de investigación, previa autorización de un comité de ética. Acepto: SI__ o NO__. Datos a los cuales usted podrá tener libre acceso y derecho de conocerlos.

Si usted tiene alguna duda con relación a su participación en la investigación, en cualquier momento durante el desarrollo de esta, puede contactarse con Isabel Cristina Montilla Rosero al teléfono: 3177940454 y con Constanza Díaz al teléfono: 3162897432. Esta investigación cuenta con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Salud. Cualquier información al respecto puede comunicarse con el CIRES al teléfono: 518 56 77.

Si usted decide participar en el estudio por favor firme en el espacio correspondiente a su nombre.

Yo _____ identificado con CC _____ de _____, he leído y comprendido toda la información expuesta en este consentimiento, por lo que he decidido participar voluntariamente. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado.

Firma del Participante
c.c

Firma del Investigador Principal
c.c

Testigo 1
c.c

Testigo 2
c.c

Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Salud Pública

10.5. ANEXO 5

Guía de grupo focal para ejecutores de la ESE, secretaría y otros programas.



CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017.
Candelaria, Valle del Cauca.

GUIA GRUPO FOCAL

OBJETIVO 4. Diferenciar la estructura de oportunidades disponible, la que las familias reconocen y la que usan para lograr la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo.

Vamos a realizar la presentación de cada uno de los asistentes diciendo el nombre, luego la entidad a la que pertenece y su cargo/rol

¿Qué sabe del programa de control de crecimiento y desarrollo?

Para los actores no ejecutores del programa ¿Cómo se relaciona su programa con el programa de control de crecimiento y desarrollo?

¿Cuál es el rol que usted desempeña en relación con este programa?

¿Cómo usted hace monitoreo y seguimiento a la asistencia a los controles de los niños@s?

¿Cómo se relacionan las diversas ofertas con la familia?

¿Las familias han recurrido a las otras ofertas? ¿En qué casos han tenido que hacerlo?, y ¿cómo lo han hecho?

¿Cuándo ustedes canalizan a los niños a otras ofertas, ustedes saben si fueron o no fueron? ¿Cómo se dan cuenta de eso?

¿Esas familias que no van, por qué crees que no fueron?

Me puede contar sobre el grado de aprovechamiento por las familias de las ofertas

¿Qué material manejan referente al programa de control de crecimiento y desarrollo?

Condiciones del servicio que facilitan o dificultan el acceso al programa:

- ¿Para ustedes que es la regularidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la regularidad en el programa? ¿Por qué?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la regularidad?

- ¿Para ustedes que es la integralidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la integralidad en el programa? ¿Por qué?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la integralidad?

- ¿Para ustedes que es la continuidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la continuidad en el programa? ¿Por qué?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la continuidad?

- ¿Para ustedes que es la oportunidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la oportunidad en el programa?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la oportunidad?

¿Cuáles son los asuntos más importantes de la guía de atención-norma técnica que no se debería dejar pasar? Que ustedes siempre hacen

¿Cómo consideran en general el trato que se le brinda al paciente en la institución?

¿Cuáles son los puntos fuertes que ustedes tienen?

¿Cuáles son los puntos débiles que ustedes tienen?

¿Para qué y cómo se articulan con otras ofertas del estado?

¿Saben si las familias hacen uso de esas otras ofertas del estado?

10.6. ANEXO 6

Guía de grupo focal para ejecutores de la ESE



CAPACIDADES FAMILIARES DE LA POBLACIÓN EN POBREZA EXTREMA QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL 2017. Candelaria, Valle del Cauca.

GUIA GRUPO FOCAL- HOSPITAL LOCAL DE CANDELARIA

OBJETIVO 4. Diferenciar la estructura de oportunidades disponible, la que las familias reconocen y la que usan para lograr la asistencia regular al programa de control de crecimiento y desarrollo.

¿Puede hacer una descripción del programa? ¿Que se ofrece?, ¿cómo se ofrece?

Condiciones del servicio que facilitan o dificultan el acceso al programa:

- ¿Para ustedes que es la regularidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la regularidad en el programa? ¿Por qué?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la regularidad?

- ¿Para ustedes que es la integralidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la integralidad en el programa? ¿Por qué?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la integralidad?

- ¿Para ustedes que es la continuidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la continuidad en el programa? ¿Por qué?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la continuidad?

- ¿Para ustedes que es la oportunidad en la atención?
- ¿Ustedes creen que se garantiza la oportunidad en el programa?
- ¿Hay aspectos de la institución que están afectando la oportunidad?

¿Cuáles son los asuntos más importantes de la guía de atención-norma técnica que no se debería dejar pasar? Que ustedes siempre hacen

¿Cómo consideran en general el trato que se le brinda al paciente en la institución?

¿Cuáles son los puntos fuertes que ustedes tienen?

¿Cuáles son los puntos débiles que ustedes tienen?

¿Realizan procesos de monitoreo, y seguimiento de los niños?

¿Para qué y cómo se articulan con otras ofertas del estado?

¿Saben si las familias hacen uso de esas otras ofertas del estado?

¿Usted sabe por qué las personas no asisten a esas ofertas?

¿Qué material manejan referente al programa de control de crecimiento y desarrollo?