

Construcción de un modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en la implementación de la estrategia AIEPI en Colombia

Francisco Lamus Lemus* • Rosa Margarita Durán Sabogal**

María del Carmen Docal Millán*** • Luz Adriana Soto Falla****

Sonia Restrepo Palacio*****

Fecha de recepción: 19-02-07 . Fecha de aceptación 24-04-07

Resumen

La convocatoria del Ministerio de la Protección Social en Colombia para la construcción de un modelo de gestión que apoye la implementación de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), da inicio a un proceso de investigación que comienza por precisar el problema que ha dificultado el avance y la efectividad de dicha estrategia en el contexto del sistema de salud colombiano. Partiendo de la recolección de información: revisión documental, consultas a expertos y grupos focales, en tres territorios diferentes del país en donde se ha implementado AIEPI. A partir del análisis de la información recolectada, se formula una propuesta que recoge elementos teóricos, los estructura en un modelo conceptual, los operacionaliza a partir de unos componentes constructivos —alianza colaborativa, direccionamiento y plan, capacidades ciudadanas y prestación de servicios— e incorpora una estrategia de monitoreo y evaluación que, en su conjunto, busca facilitar la gestión para la salud y el bienestar de la infancia, atendiendo las particularidades territoriales e institucionales. El modelo propuesto fue validado y ajustado con las recomendaciones de los grupos de expertos y grupos focales territoriales a quienes fue presentado, para quedar como una herramienta al servicio de los territorios colombianos, interesados en mejorar las condiciones de salud y bienestar de la infancia.

Palabras clave: administración de servicios de salud, servicios de salud infantil, redes comunitarias, cuidado de la infancia, AIEPI, capacidades ciudadanas.

* Médico, pediatra; magister en salud pública, Universidad de La Sabana; coordinador clínico y capacitador de la estrategia AIEPI en diferentes territorios colombianos; correo electrónico: francisco.lamus@unisabana.edu.co

** Enfermera; magistra en administración en salud, Soluciones Administrativas en Salud -SAALUD-; correo electrónico: rosa.duran@unisabana.edu.co o saaludltda@yahoo.es

*** Trabajadora social; magistra en ciencias políticas; especialista en gestión de entidades territoriales, Universidad Minuto de Dios, Facultad de Trabajo Social; correo electrónico: medocal@yahoo.com.

**** Enfermera; magistra en educación y desarrollo social, Soluciones Administrativas en Salud -SAALUD-; correo electrónico: luzasf@yahoo.com

***** Enfermera; magistra en administración en salud, Soluciones Administrativas en Salud -SAALUD-; correo electrónico: srestrepo@cable.net.co.



Abstract

The Colombian Ministry of Social Protection through a call for proposals started a process searching for the design of a health management model that could support the implementation of the Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI). A research process that defined the problem in the implementation of the IMCI strategy was established, trying to understand why the IMCI strategy has had problems in finding its way to be effective in the Colombian national health system. Primary information sources were explored through: document analysis, interviews to experts and focus groups in three different territories of the country where the IMCI strategy has been operating. Through the analysis of information that was collected, a theoretical approach that was later operationalized in a model was constructed. The model considered four different elements for its design: Building a collaborative alliance, Directing and planning the process, Citizenship capacity building, and Health services delivery. An overall follow up and evaluation strategy was designed to support its development in managing infant and childhood health and well being within territories and institutions. The suggested model was validated and adjusted according to the recommendations of groups of experts and territorial focus groups, who had the opportunity to review it in its first versions. The model is now available to be used by all those Colombian territories interested in improving the conditions of health and well being of its children.

Key words: Health services management, pediatric health services, community networks, infant care, child care, IMCI, citizen capacities.

Justificación

Desde hace más de cincuenta años Colombia ha venido observando una tendencia hacia el descenso en la mortalidad infantil en los menores de 5 años (ONU, 1988; Ordoñez, 1986; ONU, 2005) (ver tabla 1). La disminución de la vulnerabilidad¹ de los niños y las niñas a las enfermedades prevalentes en la infancia, como las infecciones respiratorias, la diarrea y la desnutrición, ha repercutido en una mejoría de los indicadores globales de salud y bienestar de la infancia en Colombia como nación (Encuesta Nacional sobre Demografía y Salud, Bogotá, 1990; 1995; 2000; 2005); sin embargo, esta mejoría no es atribuible exclusivamente a logros en la

atención médica, sino al resultado de una intervención integral sobre todos los factores determinantes de la salud: medio ambiente, hábitos de vida, herencia biológica y servicios de salud (Lalonde, 1981), especialmente por la influencia que estos ejercen sobre la vulnerabilidad (Chambers, 1989) de la infancia a enfermar y morir por las llamadas enfermedades del grupo I (Murray, López, 1993); es decir, problemas materno-perinatales, infecciones y problemas nutricionales.

Retomando el *cuarto objetivo de desarrollo del milenio*, (ONU, 2005) reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad infantil de menores de 5 años, Colombia ha recorrido más de la mitad del camino, pasando de una tasa de de 36 a 21 por cada 1,000 nacidos vivos, entre 1990 y 2003, conservando una meta viable de menos de 12 para el 2015.

Conservar estos logros o aumentar el ritmo en la disminución de la tendencia, radica en la posibilidad de combinar dos estrategias

1 Definida como: "La exposición a contingencias y tensión, y la dificultad para afrontarlas. La vulnerabilidad tiene por tanto dos partes: una parte externa, de los riesgos, convulsiones y presión a la cual está sujeto un individuo o familia; y una parte interna, que es la indefensión, esto es, una falta de medios para afrontar la situación sin pérdidas perjudiciales."

TABLA 1. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR CADA 1,000 NACIDOS VIVOS, 1990, 2003, EN CONTRASTE CON LA META DE DESARROLLO DEL MILENIO PARA EL AÑO 2015

Area geográfica	Mortalidad infantil menores de 5 años		
	1990	2003	Meta 2015
Mundo	95	80	31,7
Africa subsahariana	185	172	61,7
Asia meridional	126	90	42,0
CEI Asia*	83	78	27,7
Oceanía	86	77	28,7
Asia occidental	68	60	22,7
Asia sudoriental	78	46	26,0
Africa septentrional	87	38	29,0
Asia oriental	48	37	16,0
América Latina y el Caribe	54	32	18,0
CEI Europa*	21	21	7,0
Regiones en desarrollo	105	88	35,0
Colombia	36	21	12

* CEI: Comunidad de Estados Independiente

Fuente: modificado de Objetivos de desarrollo del milenio, Informe 2005, Naciones Unidas

conjuntas. La primera, disminuir las inequidades interregionales en los determinantes de la salud manifiestos en contrastes como los que se hacen evidentes en mortalidades de menores de 5 años de 65 por cada mil nacidos vivos en el litoral pacífico, mientras en Medellín llegan a ser de 11 y en Cali de 12 (Profamilia, 2005). La segunda, sostener el descenso en aquellos lugares donde los factores propios del saneamiento ambiental han mejorado, pero donde aún es factible progresar en la calidad de los servicios, la calidad del cuidado de la infancia y el logro de la articulación intersectorial necesaria para alejar a los menores de afrentas catastróficas que combinadas con sus vulnerabilidades terminan por hacer que enfermen y mueran.

El despliegue integral de los componentes de la estrategia AIEPI es una forma de continuar

impulsando el descenso en la mortalidad infantil de menores de cinco años, al ofrecer alternativas para estructurar una respuesta social organizada y efectiva en la disminución de la vulnerabilidad y el riesgo de sufrir eventos catastróficos en los menores de 5 años.

Estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia

La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia conocida como AIEPI, surge en 1992 (OPS, 1999) como una propuesta de la Organización Mundial de la Salud -OMS- y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF- para reducir las altas tasas de mortalidad infantil y la incidencia de episodios

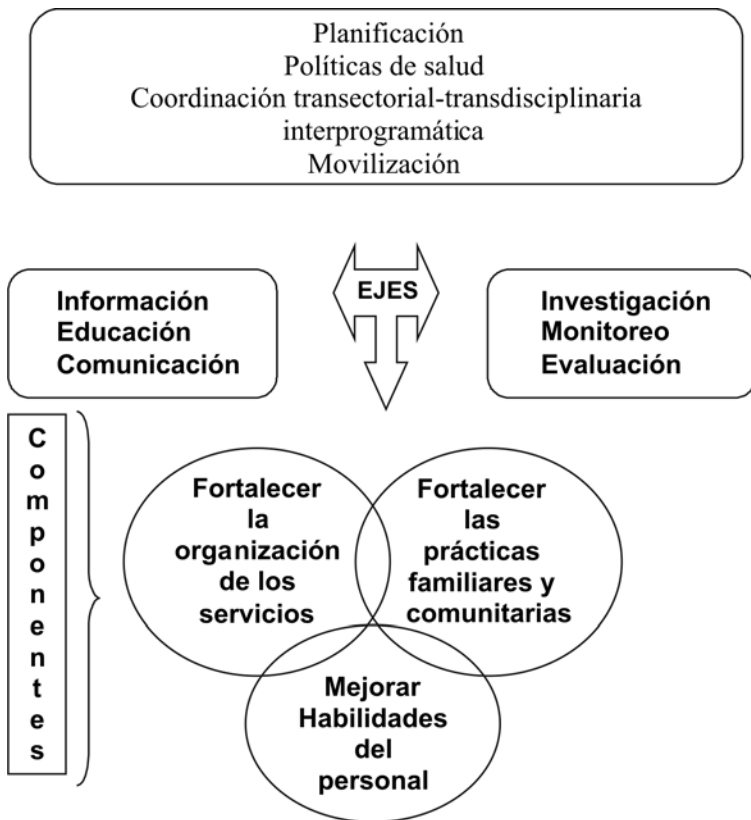


de enfermedades infecciosas, mediante el trabajo en la modificación de factores de riesgo individuales o de grupos humanos y respondiendo a problemas específicos de enfermedad. La estrategia integró programas de efectividad probada como el manejo de la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda, entre otros, con iniciativas de protección de la salud, como el programa de crecimiento y desarrollo y los planes ampliados de inmunizaciones.

Adicionalmente la estrategia AIEPI define tres componentes, a saber: *primero*, el fortalecimiento de la organización, de los servicios que está encaminada a racionalizar, servi-

cios de salud, y garantizar la oportunidad de los mismos, aprovechando todo contacto con los niños, las niñas y sus familias para realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; *segundo*, el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección, lo cual tiene como propósito el desarrollo de las competencias sociales requeridas para la toma de decisiones que favorezcan el cuidado y protección de los niños y niñas, y *tercero*, el mejoramiento de las habilidades del personal de salud, lo cual busca desarrollar en el talento humano diversas habilidades que contribuyan a la atención, el cuidado y protección de la infancia (figura 1).

FIGURA 1. VISIÓN INTEGRAL DE LA ESTRATEGIA AIEPI



Fuente: elaboración de los autores

En América Latina, la estrategia AIEPI se ha visualizado más allá de la prevención con enfoque de riesgo, a cargo de los servicios de salud, retomando un enfoque de salud pública en donde se tienen en cuenta los determinantes sociales que condicionan el bienestar individual y colectivo, para desencadenar un abordaje integral que garantice el derecho de los niños y niñas a la salud y al pleno desarrollo de sus potencialidades, como resultado de un esfuerzo de la familia y la sociedad en su conjunto, en donde la planificación local, las políticas públicas, la transdisciplinariedad, la coordinación programática transectorial y la participación social, desempeñan un papel fundamental.

Desde esta perspectiva, la estrategia AIEPI apoya la construcción de procesos que generen mayor integralidad² y equidad³ en la atención, cuidado y protección de los niños y niñas, tanto en los espacios de vida cotidiana como en las instituciones, públicas o privadas que prestan servicios a la infancia. Sin embargo, la implementación de la misma en Colombia ha estado a cargo exclusivamente del sector de la salud, con una escasa participación y compromiso de otros actores y sectores sociales, *corresponsables* a nivel local de la salud y el bienestar de la infancia.

Esta situación es atribuible a varios factores. Por un lado, visiones parciales del alcance de la estrategia y por otro, el desconocimiento de la relevancia que tiene la inversión local

en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y en el desarrollo de capital humano y capital social para incidir positivamente en la disminución de los riesgos de enfermar y morir de aquellos grupos poblacionales más vulnerables, como el de los menores de 5 años (Sudarsky, 2001).

La inversión en recursos sociales para cumplir esos propósitos debe ser proporcional a la situación de vulnerabilidad de las personas y los grupos sociales, además de corresponder con las particularidades que tienen los ambientes donde habitan. Es entonces desde la base de los derechos individuales, con énfasis en la conciencia de la necesidad de una búsqueda de equidad, manifiesta en equiparar a los más vulnerables con el resto de la población, de donde parte el concepto de *inicio parejo de la vida*, (UNICEF, 2003) base para la conceptualización de la investigación que soporta el Modelo de Gestión para la Salud y el Bienestar de la Infancia -MGSBI-.

Diferentes contextos territoriales pueden organizar variadas estrategias para responder a los determinantes de las afrentas contra la salud y el bienestar de la población infantil. Sin embargo, de acuerdo con el grado de desarrollo de la organización local, la capacidad de respuesta institucional y el lugar donde se encuentren en el proceso de transición epidemiológica, pueden también asignar diferente ponderación al desarrollo de los componentes que una estrategia como la de AIEPI identifica como necesarios en la gestión integral de la salud infantil de menores de 5 años.

La investigación elaborada para construir el MGSBI (Duran, 2004) surgió de la necesidad manifiesta de diferentes instancias administrativas, a nivel territorial, y de las instituciones, que estando capacitadas en los contenidos clínicos de la AIEPI, reclamaban orientación de los entes encargados de la modulación, regulación y control del Estado,

2 Entendida como la integración en el tiempo de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con las necesidades de los niños y las niñas; la planificación y la organización de los servicios sociales; coordinación transectorial, convergencia de los contenidos y de los programas y la implementación de las acciones en y con la familia y la comunidad.

3 La garantía de la atención de los niños y niñas según las necesidades.



para poder articular la iniciativa a las particularidades de las realidades sociales, políticas y administrativas de las unidades territoriales.

Problema

En síntesis, la pregunta a la que responde el proceso investigativo que lleva a la formulación del MGSBI fue: ¿Cómo recuperar el enfoque y el sentido integral que tiene la estrategia AIEPI como alternativa para intervenir comprensivamente en la búsqueda del mejoramiento del bienestar y la salud de la infancia, ajustándose a su vez a las particularidades territoriales e institucionales?

Materiales y métodos

A partir de la necesidad manifiesta por las diversas instancias antes mencionadas, el Ministerio de la Protección Social de Colombia convocó a grupos que conocieran la situación de la infancia y el proceso recorrido por el país en la gestión de programas de salud dirigidos a la niñez (incluida la estrategia AIEPI), las particularidades de operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la gestión territorial, para participar en el proceso de adaptación de la estrategia al sistema de salud colombiano, mediante el desarrollo de un modelo de gestión.

Dentro de este proceso se debían cumplir las siguientes etapas: *primero*, llevar a cabo la revisión y análisis de competencias, documentos y actores involucrados, tanto desde el sector salud, como de otros sectores; *segundo*, elaborar una propuesta de modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia, que retome la estrategia AIEPI en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud; *tercero*, realizar una validación del modelo en tres direcciones territoriales, previamente seleccionadas por

el Ministerio de la Protección Social, para realizar los ajustes necesarios; y, por último, iniciar el proceso de difusión del resultado de la investigación del MGSBI a distintos niveles territoriales e institucionales.

Para el desarrollo de la investigación se conformó un grupo interdisciplinario con el propósito de desarrollar un trabajo transdisciplinario. Los miembros del equipo tenían experiencia en: los componentes, la adaptación y el acompañamiento de la estrategia AIEPI en diferentes escenarios; las competencias en la gestión institucional, comunitaria y territorial, en el desarrollo de la salud, a partir de las funciones esenciales de salud pública; (Ops, 2002) y en la gestión de lo público con perspectiva de derechos ciudadanos. Paralelamente, se identificaron los expertos que confrontarían los hallazgos en las diferentes fases del proceso de investigación (Lavis, 2004).

Revisión y análisis de competencias, documentos y actores involucrados

En esta etapa se llevó a cabo un levantamiento de información y análisis documental, explorando las competencias institucionales establecidas normativamente, frente a la salud, bienestar y protección de la población infantil menor de cinco años. Se exploraron instituciones de los sectores salud, educación, protección, justicia, entes territoriales y nacionales, así como los compromisos adquiridos con organismos internacionales.

Por otra parte, se realizó una búsqueda documental en bases de datos (PubMed, OVID, Medline, EBSCO, Hinari, Scienti y Cochrane), y se consultó a expertos académicos y autoridades nacionales, departamentales y locales en temas relativos a gestión de la salud y bienestar de la infancia y de la supervivencia infantil.

Con el propósito de obtener información de actores involucrados con políticas y programas dirigidos a la infancia, pero que además conocieran la trayectoria que había tenido la estrategia AIEPI en su territorio, se organizaron talleres con grupos, en los cuales se desarrollaron actividades y técnicas como mapas perceptuales, construcción de imaginarios y escenarios, análisis de involucrados y de problemas, búsqueda de acuerdos y matrices de evaluación de la experiencia. El ejercicio se apoyó, también, en entrevistas estructuradas y semiestructuradas, en donde se indagó sobre los siguientes aspectos:

- Los imaginarios de infancia.
- Las representaciones sociales territoriales sobre la importancia de la infancia en la construcción de la sociedad.
- Las movilizaciones ciudadana y gubernamental en torno a la infancia.
- Las debilidades y fortalezas territoriales para la consolidación de acuerdos ciudadanos respecto a la visión de infancia y a la construcción de futuro.
- El análisis de problemas que pretenden atender los territorios, con la implementación de AIEPI.
- Reflexión sobre las capacidades unisectoriales para atender los determinantes de la salud y el bienestar de la infancia.

Elaboración de una propuesta de modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia, que retome la estrategia AIEPI

A partir de los hallazgos obtenidos de la exploración documental y de la consulta de actores involucrados con las políticas y programas dirigidos a la infancia, se procedió a estructurar de manera sistemática y coherente el proceso a seguir para la construcción

del modelo y se elaboró el marco lógico de la propuesta (WK Kellogg Foundation, 2000) que contenía: los *supuestos* a los que debería responder el modelo y a partir de los cuales se iniciaría la construcción de éste; los recursos disponibles (*entradas*) para construirlo; las *actividades* que se deberían contemplar para desarrollarlo; los desenlaces o procesos sobre los cuales se pretendía incidir (*salidas*); los *resultados* esperados con la implementación territorial del modelo y el *impacto* esperado al incidir territorialmente en los niños, el entorno, los servicios, los cuidadores y la comunidad.

El producto de este proceso fue la definición de las plataformas conceptuales necesarias para posibilitar y facilitar la gestión del bienestar y la salud de la infancia: la primera, es la de participación transectorial y multidisciplinaria en el nivel territorial, para trabajar en equipo con el sector de la salud, que a su vez debe ensanchar su visión respecto de lo que deben ser sus competencias en los procesos de participación social. La segunda, es la utilidad de reivindicar el principio de un “inicio parejo de la vida”, como una garantía del cuidado necesario y oportuno que se debe procurar desde el tejido social a todos los niños y niñas, sin excepción. Ambos factores responden, a su vez, a preceptos fundamentales en el cuidado de la infancia, ya que es necesario articular un trabajo colectivo que trascienda las barreras y competencias disciplinarias o institucionales y responda a las ventanas de oportunidad que tienen niños y niñas para atender el potencial que tenemos las personas al pasar por esta fase del desarrollo del ciclo vital individual.

Se procedió a diseñar una estructura conceptual que aportara principios orientadores al documento, de acuerdo con los elementos teóricos identificados como prioritarios, y se definieron los componentes que permitirían operar la propuesta del MGSBI; entonces, cada



uno se diseñó conceptualmente, teniendo presente el propósito que cumpliría en la construcción del MGSBI. De la revisión del significado y la relevancia de cada componente, se pasó a construir las herramientas que permitieran trazar el camino a seguir en un proceso autoevaluativo y también de verificación externa. Luego, cada componente fue revisado en cuanto a su coherencia interna con el resto del documento, y la coherencia externa con las directrices que se querían seguir según los elementos conceptuales, la estructura y la función del modelo. Finalmente todo el MGSBI se adecuó comunicativamente, de tal forma que pudiera llegar a diversas audiencias de una manera legible y operable en municipios y departamentos.

Tras establecer los elementos y la estructura conceptual, se procedió a identificar los niveles funcionales y evaluativos que debían tener aquellos procesos metodológicos e instrumentales que permitieran la operación del MGSBI. En este proceso fue fundamental definir el público al cual iban dirigidos los materiales que resultaran de la investigación.

Validación y ajustes a la propuesta del modelo

Después de tener el planteamiento preliminar del MGSBI (elementos conceptuales, estructura, funcionalidad y propuesta evaluativa), se planeó el proceso de validación en tres direcciones territoriales de salud que hubieran avanzado en la implementación de la estrategia AIEPI, seleccionadas previamente por el Ministerio de la Protección Social.

La convocatoria de los delegados de las entidades involucradas tenía como propósito el conformar un equipo multidisciplinario e intersectorial (grupos focales en la investigación). Acudieron a ésta representantes de las direcciones departamentales y municipales de salud, instituciones prestadoras

de servicios de salud —públicas y privadas—, empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el sector educativo y las universidades.

El proceso se planificó en dos momentos: el primero tuvo como objetivo determinar la relevancia y pertinencia de los componentes del modelo, y el segundo, la coherencia interna de los criterios definidos para la determinación del nivel funcional y de evaluación de resultados de cada uno de los componentes constructivos y del modelo como un todo, lo que implicó la discusión de los indicadores de estructura, proceso y resultado.

Posteriormente, se buscó la revisión específica de expertos en los temas de gestión comunitaria; territorial e institucional; legislación territorial y en salud; planeación; derechos ciudadanos y salud de la infancia. Con la realimentación recibida se consolidaron los elementos conceptuales, metodológicos e instrumentales del MGSBI para Colombia (reconceptualización, reestructuración, refuncionalización); también se consolidó la estructura y el proceso evaluativo contemplado en la implementación del modelo.

Una vez más se revisó la coherencia interna y el lenguaje, para obtener el primer documento integrado que aspira a ser enriquecido a lo largo del tiempo, a través de los elementos evaluativos y de seguimiento autocontenidos en la misma metodología, lo cual permite incorporar aspectos estructurales y funcionales recogidos en los diferentes territorios donde se implemente.

Difusión de los resultados de la investigación

Concluido el proceso y aprobado éste por el Ministerio de la Protección Social, se llevó a cabo un primer encuentro para la

divulgación de los resultados de la investigación, al cual asistieron funcionarios de las entidades territoriales participantes en la validación, representantes de las direcciones departamentales de salud, empresas promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades del nivel nacional adscritas al Ministerio de la Protección Social, organizaciones no gubernamentales y de la Organización Panamericana de la Salud.

Resultado

En la revisión y análisis de competencias, documentos y actores involucrados

De la revisión normativa

Se identificó que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, como institución pública, tiene la competencia de liderar y articular la proposición e implementación de políticas, además de la asesoría y asistencia técnica a las comunidades y a las organizaciones del orden nacional y territorial, todo esto para mejorar la calidad de vida de la niñez, las madres y la familia. Consecuentemente, las demás instituciones deben entonces confluir en torno al ICBF, para hacer efectivo el cumplimiento de este propósito. Si se revisa históricamente la normatividad y competencias relacionadas con la infancia, se observa que la institucionalidad fragmenta a los subgrupos poblacionales (niños, niñas y jóvenes) que aborda, como también los programas que promueve. De igual manera, se identificó que en muchos casos puede existir sobreposiciones de acciones de diferentes entidades sobre la misma población. De la búsqueda documental se obtuvieron los siguientes resultados:

El modelo debe responder a unos principios orientadores: una visión ecológica desde los determinantes de la salud (Castellanos,

1998); al concepto de “inicio parejo de la vida”; a una perspectiva de construcción de desarrollo humano sostenible, equidad y justicia social a partir de la generación de capital integral, empezando por el capital humano (Board on Children, Youth and Families, 1999).

Existen puntos de encuentro sustanciales con fuentes de referencia importantes, como las dimensiones mencionadas en el “Child Survival Sustainability Assessment Framework” -CSSA- (Sarriot, 2002) (dimensión salud y servicios de salud, dimensión organizacional y dimensión comunitaria y socioecológica), y con el componente de fortalecimiento de prácticas familiares y comunitarias de AIEPI (Winch, 2002), los cuales plantean una plataforma multisectorial para la gestión de la salud y nutrición de la infancia, incluyendo para ello tres elementos fundamentales: 1) Alianzas entre los prestadores de servicios de salud y sus facilitadores y las comunidades a las que sirven. 2) Información apropiada y asequible para los proveedores de salud comunitarios (por ejemplo, promotores de salud). 3) Promoción integral de las prácticas familiares críticas para la salud y la nutrición integral.

Para que los actores locales o institucionales desplieguen las competencias y capacidades necesarias para implementar AIEPI de forma integral (ver figura 1), se debe movilizar y articular la voluntad política territorial con la gestión de la salud y el bienestar de la infancia (Sarriot, 2004; Lavis, 2004; BASICS II, 2001; Yourkavitch, 2004; Gordon, 2003).

De la consulta a actores involucrados

Esta fuente corroboró la corresponsabilidad que comparten diversos estamentos e instituciones de la sociedad en torno a la salud y el bienestar de la infancia.



Existe un vacío de iniciativas que tiendan a mejorar la gestión de la salud y el bienestar de la infancia, así como los conceptos, las metodologías y los instrumentos existentes en diferentes contextos para la construcción de planes dirigidos a mejorar las condiciones de la infancia y la gestión organizacional institucional y comunitaria.

Para iniciar la gestión para la salud y el bienestar de la infancia en el nivel territorial, es necesario el reconocimiento de que la implementación de AIEPI no puede ser exclusiva de un solo sector, pues la salud y el bienestar de la infancia son una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y la familia, lo cual ubica el modelo en la esfera del interés público.

Se reconoció que la gestión de la salud y bienestar de la infancia debía obedecer a un propósito suscrito por diversos agentes de la colectividad, comprometidos con esa intención común, requiriéndose que los participantes conformaran un grupo intersectorial e interdisciplinario.

En relación con los referentes acerca del papel de los distintos actores, se encontraron elementos como que la visión del sector de salud se convierte en una limitante frente a la solución de los problemas de salud y bienestar; el reconocimiento de la gestión transectorial como una posibilidad de acción; la necesidad de un propósito compartido —una visión territorial de infancia para lograr el compromiso de otros—; la responsabilidad social en el mejoramiento de las condiciones de vida de la infancia y en la construcción de una sociedad más justa y equitativa; por último, la relevancia de una respuesta social organizada para el logro del propósito definido.

Se identificó además que el MGSBI debía conservar la flexibilidad suficiente para poder

adaptarse y responder a las particularidades culturales, necesidades y condiciones impuestas por diversos contextos existentes en el país.

En la elaboración de una propuesta de modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia, que retome la estrategia AIEPI

La construcción del modelo implicó la definición de aquellos componentes que una vez adoptados por los actores territoriales, les permitieran apropiarse de la estrategia e integrarla dentro del proceso de gestión local. Lo anterior implicaba modelar⁴ una solución al problema planteado en la convocatoria del Ministerio de la Protección Social.

De la integración de los factores teóricos encontrados partió la estructura conceptual del modelo (ver figura 2). Éste conceptualmente responde a las seis preguntas del cuidado de la infancia —con quién, cómo, cuándo, dónde, con qué y para qué—. En el interior de los cuadros se muestran los propósitos, y sobre aquéllos están los sujetos protagónicos. Los componentes articulan cada escalón y la continuidad se da en el espacio y en el tiempo.

Básicamente, se plantea que es necesario desarrollar competencias ciudadanas a nivel institucional, familiar y comunitario, que permitan articular una respuesta social organizada a partir de concertar y potenciar la inversión de recursos, de forma responsable, alrededor del propósito de garantizar

4 Modelar: se entiende como el desarrollo de una propuesta conceptual, metodológica e instrumental que pueda ser tomada y adaptada por los diferentes entes territoriales, de acuerdo con sus características culturales, sociodemográficas, epidemiológicas, institucionales y ecológicas.

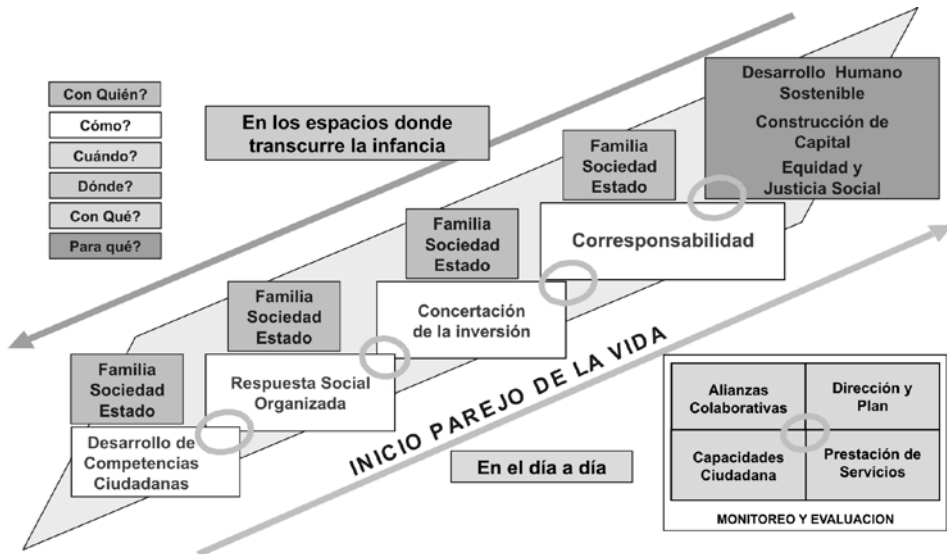
el inicio parejo de la vida, para alcanzar así un desarrollo humano sostenible, la construcción de capital humano, equidad y justicia social en los espacios y los momentos de la vida cotidiana.

El MGSBI es una guía conceptual, metodológica e instrumental para la gestión de la salud y el bienestar de la infancia, en espacios de encuentro y concertación entre la sociedad civil y las autoridades locales. Pretende facilitar la utilización de las herramientas, instrumentos y metodologías existentes, teniendo en cuenta las particularidades del nivel territorial, flexibilizando los recursos hasta donde sea posible; esto significa que cada territorio apropia y desarrolla los componentes constructivos de acuerdo con las capacidades individuales, institucionales y territoriales disponibles.

El modelo también reconoce las capacidades de los individuos, organizaciones y colectividades; propone dejar abierta a la comunidad la posibilidad de “hacer, construir y crear” sus propios planes para la salud y el bienestar de la infancia, a través de procesos participativos que orienten una respuesta social organizada, la generación de capacidades ciudadanas para el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias, y la prestación de los servicios.

Asimismo, el modelo define cinco procesos básicos, denominados *componentes constructivos*, a través de los cuales se pretende orientar la planeación, ejecución, evaluación y realimentación del quehacer territorial para facilitar la construcción de modos particulares locales de cuidado y desarrollo de la infancia y el logro de los resultados planteados.

FIGURA 2. ESTRUCTURA DEL MODELO DE GESTIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LA INFANCIA



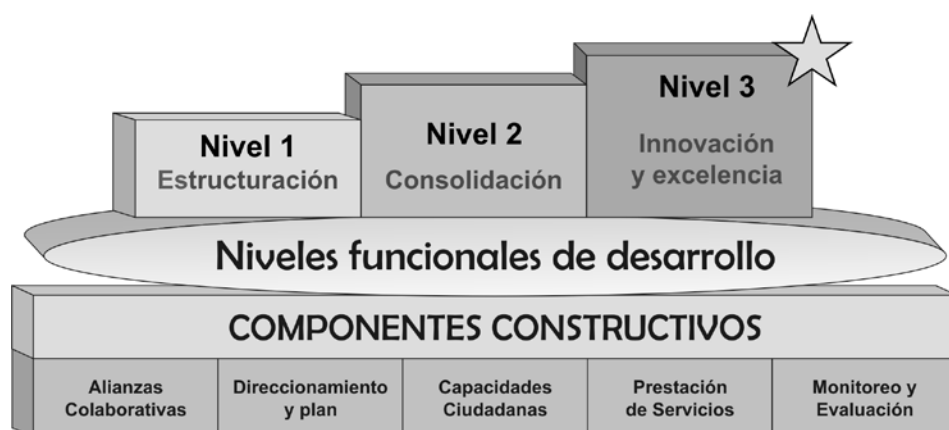
Fuente: Durán RM y colaboradores Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Una propuesta para construir propuestas. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Editorial Linotipia Bolívar; 2004.



Los componentes constructivos identificados como indispensables, para desplegar los factores metodológicos e instrumentales fueron (figura 3):

- Conformación de alianzas colaborativas. Este componente da cuenta de la importancia de los procesos de reconocimiento y concertación entre actores y sectores sociales, para consolidar alianzas que faciliten actuar en torno a una iniciativa territorial en beneficio de la infancia. Hace referencia al rol que desempeña el *equipo ejecutivo de gestión* Association of Ontario Health Centres (Association of Ontario Health Centres, 2001) -EEG-, en el direccionamiento y manejo de la estrategia para madurar las habilidades colaborativas, entrenarse en organización y planeación, desarrollar capacidades ciudadanas, y cualificarse en prestación de servicios.
- Definición del direccionamiento y del plan. Se refiere al proceso que permite definir los objetivos, medios, estrategias, líneas de acción, metas e indicadores, con el propósito de asegurar la ruta gubernamental o institucional, permitiendo así la movilización de los recursos necesarios para una respuesta social organizada.
- Desarrollo de capacidades ciudadanas. Plantea la formación del recurso humano para la generación de habilidades y competencias, así como el mejoramiento de los procesos y la disposición de recursos a nivel institucional, familiar y comunitario para el desempeño de distintos roles o funciones que le correspondan, de manera asertiva y eficiente.
- Prestación de servicios. Hace referencia a los programas y servicios institucionales, de los diferentes sectores, disponibles y dirigidos a la población gestante e infantil, con énfasis en los relacionados con la prestación de servicios de salud, definiendo los aspectos administrativos y técnicos para garantizar la calidad de la atención, en el marco de la normatividad vigente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

FIGURA 3. COMPONENTES CONSTRUCTIVOS Y FUNCIONALIZACIÓN DEL MGSBI



Fuente: Durán RM y colaboradores Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Una propuesta para construir propuestas. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Editorial Linotipia Bolívar; 2004.

- **Monitoreo y evaluación.** Corresponde al proceso que procura determinar periódicamente y de manera sistemática, el cumplimiento de los objetivos, a la luz de estándares esperados; busca además aportar información que facilite al equipo ejecutivo de gestión detectar las fortalezas y deficiencias de los procesos en ejecución con el fin de hacer ajustes, buscando efectividad y eficiencia.

En la funcioanalización de los componentes constructivos del modelo definido subyace la interrelación entre éstos y la necesidad que tienen las organizaciones —territorios e instituciones— de transitar secuencialmente por cada uno de ellos.

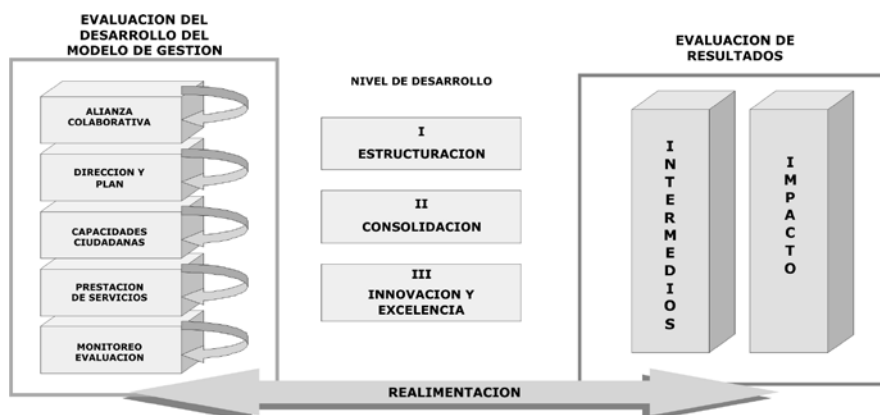
El modelo de gestión permite disponer, de forma regular, de información útil para identificar problemas y oportunidades en la formulación e implementación de las acciones orientadas a mejorar las condiciones de la infancia; definir el cumplimiento de los objetivos propuestos, y determinar el impacto en el mejoramiento de las condiciones relacionadas con la salud y el bienestar,

a través de dos procesos complementarios: la evaluación funcional del desarrollo del modelo y la evaluación de los resultados (figura 4).

La evaluación del nivel funcional de desarrollo se realiza a través de la autoevaluación que debe realizar la institución o el territorio, para conocer cualitativa y cuantitativamente el grado de avance en la implementación de cada uno de los componentes constructivos y del modelo como un todo, para lo cual se definieron tres niveles funcionales de desarrollo (ver figura 4):

- **Nivel 1. Estructura y enfoque.** Se refiere a la conformación de la alianza colaborativa; la formulación de los grandes propósitos (visión, valores, principios); el estudio de la situación; el reconocimiento y análisis de los activos disponible; el proceso de planeación de los componentes, y la definición de los resultados esperados: capacidades ciudadanas y prestación de servicios.
- **Nivel 2. Consolidación.** Corresponde a la ejecución del quehacer territorial e insti-

FIGURA 4. PROCESOS EVALUATIVOS DEL MODELO



tucional en el marco de las competencias asignadas y de los compromisos adquiridos dentro de la alianza colaborativa, así como la aplicación de los procesos evaluativos diseñados.

- Nivel 3. *Innovación y excelencia*. Reconoce las experiencias territoriales e institucionales que aportan creativamente a la construcción y desarrollo del modelo en el tiempo, en cuanto a herramientas, procesos y resultados.

Para la determinación del nivel funcional de desarrollo, se diseñaron unas guías de chequeo de cada componente. Éstas facilitan la revisión, paso a paso, de los elementos esenciales para el desarrollo de cada componente, en cuanto a los avances en estructura, proceso y productos esperados. Los elementos incorporados en la *guía de chequeo* están relacionados con los criterios de evaluación definidos, el valor de cada indicador y los valores porcentuales mínimos de aprobación en cada nivel.

La evaluación de resultados incluye el logro de resultados intermedios y finales en la gestión territorial e institucional, planteados en cuanto al mejoramiento de los indicadores de morbi-mortalidad y demás determinantes de las condiciones de salud y bienestar de la infancia. Los indicadores de resultado intermedio y de impacto se consolidan en los formatos correspondientes —*Cuadro de mando-Resultados intermedios* y *Cuadro de mando-Resultados de impacto*— para los cuales se ha establecido una ruta crítica del flujo de la información.

En la validación y ajustes a la propuesta del modelo

Un hallazgo importante durante el proceso, confirmado en el momento de la presentación del modelo a las direcciones terri-

toriales, fue que el sector salud carece de confianzas, lo que se evidencia en la dificultad para apostarle a la apertura de un trabajo conjunto con otros sectores y a la necesidad de un respaldo normativo.

El proceso también demostró que trabajar sobre visiones de futuro, favorece la esperanza, distensiona las relaciones y facilita el encuentro de potenciales institucionales y ciudadanos.

Ahora bien, respecto de la coordinación interinstitucional, se observó que su debilidad está soportada en buena parte por el desconocimiento del funcionamiento del Estado por niveles territoriales y sectoriales, lo cual no permite reconocer relaciones; por lo tanto, la posibilidad de encuentro está desdibujada.

Se encontró, además, que la preparación académica en el área de la salud no vincula elementos que permitan explicar y resignificar las problemáticas a partir de reconocer la influencia mutua de la educación, la filosofía, la ciencia y la tecnología, así como el comportamiento ético; es decir, carecen de habilidades para la comprensión, la interacción social y el entendimiento “del otro”. En algunos casos se pudo observar dificultad para reconocer y explicar otras formas del saber distintas al conocimiento científico.

Se identificó que trabajar exclusivamente sobre problemas niega el potencial de integralidad y flexibilidad de AIEPI, al reducirlo a procesos de capacitación en su componente clínico.

En relación con la implementación de la estrategia AIEPI, se identificaron otros aspectos que en la práctica se traducen en limitantes de la gestión, como lo son:

- Rotación permanente e inestabilidad del personal de salud capacitado.

- Responsabilidad de la gestión para la implementación de la estrategia en cabeza de un funcionario y no de un equipo.
- Limitada participación y compromiso de las aseguradoras (empresas promotoras de salud, administradoras de régimen subsidiado) e instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
- Limitaciones de infraestructura de la red pública en el área rural para la prestación de servicios.
- Dificultades en los modelos de contratación para la prestación de servicios de salud.
- Deficiencias en las habilidades de comunicación del personal de salud para interactuar con madres gestantes, niños, niñas y cuidadores.
- Poco desarrollo del componente comunitario, que ha estado circunscrito a la capacitación de agentes comunitarios con recursos del sector salud, desaprovechando otros potenciales de recursos humanos y financieros disponibles en los territorios.

Dentro del proceso de validación, la consulta a los grupos focales sobre la estructura del MGSBI fue percibida como novedosa, participativa, incluyente y flexible. Frente a los planteamientos de los conceptos del modelo, se hizo evidente que los participantes de los grupos focales no contaban con un marco teórico de referencia que les permitiera robustecer su acción social, aunque el trabajo sí estaba orientado a partir de una preocupación personal por la infancia y una necesidad profesional de ser eficientes y de mostrar resultados de actividades frente a las estructuras administrativas.

Fue preocupante encontrar una actitud derrotista frente a la construcción de un proceso sistemático, partiendo de la capacidad de

articular acuerdos y voluntades, para luego organizar un plan de trabajo que tuviese que desarrollarse paulatinamente y que, además, estuviera expuesto a las posibilidades de obtener resultados o no, a largo plazo.

Aunque se pretende que el MGSBI sea autónomo, se reconoció la necesidad de un proceso de formación de los referentes locales que podrían conformar la alianza colaborativa.

Se hicieron evidentes las deficiencias de formación del recurso humano en aspectos relacionados con la evaluación de programas y proyectos.

En la validación se confirmaron las razones subyacentes a la existencia del problema, fundamentadas en el hecho de que el sector salud y los demás sectores sociales se excluyen mutuamente de las potencialidades que tendrían si generaran alianzas de colaboración social, y desconocen iniciativas que vayan más allá de la prestación de servicios de salud, limitando las posibilidades de generar una respuesta social organizada. El dar claridad acerca de este problema permitió identificar los aspectos en los cuales se debían concentrar los instrumentos diseñados para obtener una mayor funcionalidad de los componentes constructivos del modelo de gestión.

Discusión

Un elemento fundamental que da origen a la convocatoria del Ministerio de la Protección Social es el problema que surge de las realidades territoriales e institucionales, al tratar de articular la estrategia AIEPI a la gestión de la salud y el bienestar de la infancia. Por un lado está el hecho de que AIEPI es reconocida fragmentariamente; específicamente se identifica el valor y la utilidad de la capacitación clínica, pero se desconocen los componentes integrales que caracterizan las posibilidades de la estrategia.



Las fuentes consultadas conciden en que es necesario poner de manifiesto un “acuerdo social” suscrito por diferentes actores en torno a la tarea de trabajar por la salud y el bienestar de la infancia como un asunto “público” que involucre a diferentes sectores de la sociedad, organizada así alrededor de ese propósito común.

Otros anclajes conceptuales relativos a los principios que deben regir el cuidado de la infancia, pero que pueden parecer evidentes en la literatura, deben recuperarse y reivindicarse antes de asumir que existen de hecho. Estos conceptos hacen referencia a la claridad que debe existir respecto de cómo el cuidado de la infancia no sólo es un deber que responde a los derechos individuales de niños y niñas, sino que en la medida en que se trabaje por la construcción de capital humano a partir de la infancia, es factible construir otras formas de capital que en conjunto alejen a las colectividades de la pobreza, buscando desarrollo sostenible, equidad y justicia social en dicho proceso.

AIEPI reconoce la relevancia de la gestión local y en ese sentido ha desarrollado materiales de apoyo a estos procesos como el Curso de organización local, la Guía para diagnóstico local participativo, la Guía para los coordinadores locales para el manejo de los proyectos AIEPI comunitarios y Guías de los actores locales de la comunidad, entre otros (Ministerio de la Protección Social, 2002; Ops, 2005); sin embargo, al contrastar el desarrollo de dichos materiales con las necesidades expresadas por los actores convocados —obtenidas en los resultados y corroboradas por la revisión documental—, se observa la ausencia de una propuesta integradora conceptual, metodológica e instrumental, que facilite el que todos los actores converjan en el propósito de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la infancia, para que de manera conjunta realicen una planificación

programada de acuerdo con indicadores que respondan a sus necesidades, y que además permitan orientar la adecuación de los planes operativos institucionales de las entidades participantes en la alianza colaborativa. Esto trae implícita la definición de una ruta crítica de procesos, que se ha definido a partir de las prioridades concertadas y de los recursos disponibles.

Es evidente la limitación en la integración de otros sectores, y del espectro de cuidadores en su conjunto, al proceso de gestión de la salud y el bienestar de la infancia, como también que los otros dos componentes de la estrategia (fortalecimiento de la organización de los servicios y fortalecimiento de las prácticas familiares y comunitarias) se encuentran fundamentalmente sin desarrollar, en relación con lo que ha sido el despliegue del factor “curso clínico” dentro del componente “mejorar habilidades”, sin que las competencias comunicativas y educativas hayan trascendido al ejercicio cotidiano de los cuidadores de salud, entre otros aspectos.

Otro dilema inmerso en la estructura compleja del problema radica en que, si bien los potenciales actores encargados de gestionar la salud y el bienestar de la infancia identifican en un escenario ideal, características que debía tener un proceso integral de gestión de la salud y el bienestar de la infancia, operativamente no saben articular lo que conocen de AIEPI con los procesos de planeación local.

Además, aunque reconocen la existencia de diferencias territoriales en los grupos humanos, reclaman que se prescriban alternativas para poder implementar AIEPI. Sin embargo, se debe reconocer que en este aspecto hay una gran diversidad de experiencias que se pudieron evidenciar, desde aquellas que proactivamente han buscado formas de articular el componente clínico con la prestación de

servicios mediante formas novedosas de estructuración administrativa hacia el interior de los servicios de salud, hasta aquellas que se han limitado a capacitar y recapacitar a los profesionales de planta, sin que con ello avancen siquiera en la implementación de una consulta con las características que sugiere la estrategia AIEPI.

El MGSBI integra factores esenciales de la gestión territorial y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para que en conjunto sean considerados en la construcción de un plan de desarrollo.

De las coincidencias existentes con la literatura que ha marcado la frontera en el conocimiento acerca de la gestión de la salud infantil, cabe resaltar tres aspectos: el hecho de que por caminos diferentes se llegó a conclusiones y propuestas equivalentes en cuanto a los elementos teóricos necesarios para viabilizar iniciativas tendientes a mejorar las condiciones y la calidad de vida en la infancia; lo indispensable que resulta implementar integralmente la estrategia y, por último, la sinergia que se lograría al potenciar la estrategia AIEPI con la implementación del Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia en Colombia.

Recomendaciones para la implementación del modelo

A partir de la construcción del modelo se inicia un proceso indispensable para la resolución del problema, respecto de la transformación de la realidad de la infancia en todos los territorios que asuman el compromiso. Por lo tanto, es recomendable evaluar cuál es la situación de los territorios dispuestos a asumir el reto de gestionar los cambios a partir de la construcción de alianzas colaborativas, la conformación de

equipos ejecutivos de gestión y la formulación de los planes de acción, para que sean implementados, seguidos y evaluados a lo largo del tiempo.

En el proceso es importante que desde las regiones y el nivel nacional, se favorezca la documentación de casos y procesos evaluativos, para enriquecer el modelo y mostrar experiencias particulares. Con esta visión explorativa se pueden llegar a multiplicar las oportunidades de cubrir la totalidad del territorio, o alcanzar una masa crítica de proyectos que conduzcan a materializar el propósito final de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la infancia.

Desde el nivel central es recomendable viabilizar la formación de facilitadores ubicados estratégicamente en el territorio, para acompañar los procesos de gestión de la salud y el bienestar de la infancia. Adicionalmente, es necesario promover la implementación del modelo o de otras alternativas que contribuyan a superar el desarrollo parcial de la estrategia AIEPI, integrándola a su vez al conjunto de voluntades e instituciones necesarias para gestionar la salud y el bienestar de la infancia en los territorios.

Bibliografía

- Association of Ontario Health Centres Building Healthier Organizations. Toronto, 1998.
- BASICS II, CORE Reaching Communities for Child Health and Nutrition: A Proposed Implementation Framework for HH/C IMCI. Baltimore, Maryland, 2001.
- Board on Children, Youth and Families, Division on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies, Children's Health, The Nations Wealth Assessing and Improving Childrens Health. Washington D. C: The National Academy Press; 2004.



- Castellanos PL Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales en Martínez Navarro F, colaboradores. McGraw Hill Interamericana: Madrid; 1998.
- Chambers, R Vulnerability, Coping and Policy in IDS Bulletin. Vulnerability: How the Poor Cope. 1989; abril 20(2): 1-7.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social Curso de Organización Local. Módulo del Participante. Bogotá, 2002.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social, Durán RM, colaboradores Modelo de gestión para la salud y el bienestar de la infancia. Una propuesta para construir propuestas. Bogotá: Linotipia Bolívar; 2004.
- Colombia, Profamilia Encuesta Nacional sobre Demografía y Salud. Bogotá; 1990, 1995, 2000, 2005.
- Gordon D The Enviroment and Children´s Health: A Journalist´s Resource for In-Depth Reporting. Enviromental Journalism Center of The Radio and Television News Directors Foundation. 2003.
- Lalonde M New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document 1974. Minister of National Health and Welfare. Minister of Supply and Services Canada. 1981, pp. 1-77.
- Lavis JN, colaboradores Use of research to Inform Public Policy Making in Lancet. 2004; 364: 1615-21.
- Lavis JN, colaboradores Use of Research to Inform Public Policy Making in Lancet. 2004; 364:1615-1621.
- Murray C, López A Quantifying the Burden of Disease: the Thecnical Basis for Disability Adjusted Life Years. Harvard Center for Population and Development Studies, Health Transition Working Paper series number 93.03. Harvard. 1993.
- Ordóñez M Niveles, tendencias, diferenciales y determinantes de la mortalidad infantil en Colombia. Bogotá: EPDS, FEI, Universidad Javeriana; 1986.
- Organización de las Naciones Unidas Mortality of Children under age 5. World Estimates and projections, 1950-2025, ST/ESA/SER.A/105. New York, 1988.
- Organización de las Naciones Unidas Objetivos de desarrollo del milenio. Informe 2005.
- Organización Panamericana de la Salud 124ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington DC, 1999.
- Organización Panamericana de la Salud Serie Ops/FCH/CA/0.5.04.E-64p. Washington DC, 2005.
- Organización Panamericana de la Salud La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción, publicación científica y técnica No. 589. Washington DC, 2002.
- Sarriot EG The Child Survival Sustainability Assessment (CSSA). For Shared Sustainability Evaluation Methodology in Child Survival Interventions. Child Survival Collaboration and Resources Group (CORE). Calverton, Maryland; 2002.
- Sarriot EG, colaboradores A Methodological Approach and Framework for Sustainability Assessment in NGO-Implemented Primary Health Care Programs in J Health Plann Mgmt. 2004; 19: 23-41.
- Sen A Development as Freedom. New York: Random House; 1999.
- Sudarsky J El capital social de Colombia. Bogotá: DNP; 2001.
- UNICEF, Early Childhood Una recuperación multiplicada por siete: el mejor comienzo de la vida para toda la niñez. Julio de 2003.
- Winch P, colaboradores An Implmentation Framework for household and Community integrated Management of Childhood Illness in Health Policy and Planning. 2002; 17 (4): 345-353.
- WK Kellogg Foundation Logic Development Guide. October, 2000.
- Yourkavitch J, colaboradores Lessons Learned from applying The Child Survival Sustainability Assessment (CSSA) Framework to Seven Maternal and Child Health Projects, ORC, MACRO. Calverton, Maryland; 2004.