

**EVALUACIÓN NACIONAL DEL PROGRAMA HOGARES COMUNITARIOS DE
BIENESTAR MODALIDAD FAMILIA, MUJER E INFANCIA-FAMI**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UN OBSERVATORIO SOBRE INFANCIA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
PROINAPSA**

**INFORME FINAL
VERSION SUJETA A REVISION**

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
BOGOTÁ, D.C.
MAYO DE 2007**

EQUIPO INVESTIGADOR

Dirección general del proyecto

Blanca Patricia Mantilla U. Instituto PROINAPS, Universidad Industrial de Santander
 Hernán Sánchez R. Centro de investigaciones en Psicología, Universidad del Valle
 María Cristina Torrado P. Observatorio sobre infancia, Universidad nacional de Colombia

Coinvestigadores

Universidad del Valle

Adriana Anacona M.
 Elías Sevilla
 Mariela Orozco H.

Universidad Nacional de
 Colombia

Nancy Millan E.
 Ernesto Duran S.

Universidad Industrial de
 Santander

Esmeralda Prada M.
 Fidel Latorre
 Gloria Marconi de Ruiz

Diseño de muestra

Mauricio Pérez
 Elías Sevilla

Diseño de instrumentos

Adriana Anacona M.
 Nancy Millán E.
 Esmeralda Prada M
 Gloria Marconi
 Carlos Alberto Reverón

Procesamiento

Antonio José Gutiérrez

Equipo de trabajo

Universidad del Valle

Alexandra Martínez
 Sandra Peña
 John Orrego
 Rodolfo López
 Paula Valencia
 Lina Solarte
 Laura Valderrama
 Lady Otalora
 Katherine Rosero

Universidad Nacional de
 Colombia

Diana Bejarano N.
 Soraya Castaño G
 Diana Ortiz
 Juliana Botero
 Nelly Alarcón
 Rocío Martínez
 Angélica Cifuentes
 Astrid Ceballos
 Stella Cantor
 Julián Ovalle
 Silvia Matuk
 Andrés Hernández L.
 Diana González

Universidad Industrial de
 Santander

Inés Bueno Pérez
 Angélica María Contreras
 Monica Liliana Delgado D.
 Luz Adriana Díaz M.
 Lilia Johana Mejía C.
 Jacel Herlinda Mora G
 Mario Andrés Puentes
 Sandra Milena Pabón

Esteban Muñoz M.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO 1	10
MARCO DE REFERENCIA	10
1.1 REFERENTES CONCEPTUALES	10
1.2 REVISIÓN DE EVALUACIONES DE PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA EN OTROS PAÍSES.	13
1.3 ANTECEDENTES DE LA MODALIDAD	16
1.4 MARCO NORMATIVO	18
1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD	21
1.5.1 Actividades con las familias usuarias.....	25
1.5.2 Actividades con los niños y niñas menores de dos años	26
1.5.3 Actividades con la mujer gestante, la lactante y/o el adulto acompañante	26
CAPITULO 2	29
ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	29
2.1 ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN	29
2.2 JUSTIFICACIÓN	32
2.3 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	33
2.3.1 Objetivos Generales.....	33
2.3.2 Objetivos Específicos	33
CAPITULO 3	35
ASPECTOS METODOLÓGICOS	35
3.1 TIPO DE EVALUACIÓN	35
3.2 UNIDADES DE ANÁLISIS Y MUESTRA	35
3.3 COMPONENTES, DIMENSIONES, VARIABLES E INDICADORES	37
3.3.1 Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	39
3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	40
3.5 PLAN DE ANÁLISIS, ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	42
3.5.1 Plan de Análisis.	42
3.5.2 Procesamiento de la información.	44
CAPITULO IV	46
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS	46
4.1 MUESTRA ENCUESTADA	46
4.2 FUNCIONAMIENTO	49
4.2.1 Estructura Organizativa.	49
4.2.2 Operatividad de la modalidad.	62
4.2.3 Articulación de los responsables de la modalidad.	82
CAPITULO 5	86
PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS HALLAZGOS DE LOS RESULTADOS Y EFECTOS DE LA MODALIDAD	86
5.1 CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS	86
5.1.1 Caracterización socioeconómica	86

5.1.2	Caracterización sociodemográfica.....	94
5.2	DESCRIPCIÓN COMPONENTE RESULTADOS Y EFECTOS	98
5.2.1	Lactancia materna y alimentación.....	98
5.2.2	Salud materno infantil.....	116
5.2.3	Estimulación del desarrollo	129
5.2.4	Relaciones al interior de la familia	143
5.2.5	Redes sociales y comunitarias	150
5.3	ANÁLISIS BIVARIADO	158
5.3.1	Relación entre tiempo de permanencia en el programa con las variables de resultados y efectos seleccionadas.	159
5.3.2	Relación entre tiempo de permanencia en el programa de los usuarios de primera vez con las variables de resultados y efectos seleccionadas.	161
5.3.3	Relación entre participación previa en el programa con las variables de resultados y efectos seleccionadas.	163
5.3.4	Discusión del análisis bivariado.	164
	CAPITULO 6	170
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	170
6.1	CONCLUSIONES DE LA EVALUACION POR COMPONENTES	170
6.1.1	Sobre el funcionamiento de la modalidad.....	170
6.1.2	Sobre resultados y efectos de la modalidad en sus diferentes dimensiones	173
6.2	CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ANÁLISIS BIVARIADO	182
6.3	RECOMENDACIONES	183
6.3.1	Sobre el funcionamiento.....	183
6.3.2	Sobre resultados y efectos de la modalidad.....	185
	BIBLIOGRAFIA	189

Tabla de Diagramas

Diagrama 1 Regiones Socioculturales	36
Diagrama 2 Regiones Socioculturales	37
Diagrama 3 Variables, Indicadores y Actores de la Evaluación de la Modalidad HCB-FAMI	38
Diagrama 4 Diagrama de Flujo de la Muestra Encuestada	46
Diagrama 5 Agentes FAMI	47
Diagrama 6 Usuarios	48
Diagrama 7 Actividades de coordinación de los Centros Zonales del ICBF	50
Diagrama 8 Instancias que concertan con Centro Zonales en la toma de decisiones	51
Diagrama 9 Difusión de lineamientos	52
Diagrama 10 Articulación con los planes de desarrollo municipal o departamental	53
Diagrama 11 Centros Zonales que proveen información 2005 – 2006	54
Diagrama 12 Visitas y Seguimiento	54
Diagrama 13 Cobertura de CZ 2005 – 2006	55
Diagrama 14 Acciones de funcionamiento 2005 – 2006	55
Diagrama 15 Profesión de responsable Modalidad	56
Diagrama 16 Tipo de Entidad Contratista	57
Diagrama 17 Capacitación y Formación	59
Diagrama 18 Seguimiento EC	59
Diagrama 19 Escolaridad Noveno	61
Diagrama 20 Tipo de vinculación a la modalidad HCB-FAMI	61
Diagrama 21 Participación en diplomados/cursos relacionados	62
Diagrama 22 Asistencias a las Actividades	62
Diagrama 23 Nivel de participación en la planeación de actividades	64
Diagrama 24 Proporción de Organizaciones	66
Diagrama 25 Temas Tratados según FAMI	68
Diagrama 26 Temas Tratados - sesiones educativas por FAMI según gestantes	69
Diagrama 27 Temas Tratados por FAMI según Cuidadores	70
Diagrama 28 Frecuencia de Tiempo Visita Domiciliaria realizada por Agente Educativo FAMI, Según usuarios	71
Diagrama 29 Actividades por FAMI - Visita según gestante	72
Diagrama 30 Actividades realizadas por FAMI - según cuidador	73
Diagrama 31 Puntualidad del giro de la región del ICBF al CZ destinado a los pagos becas HCB- FAMI	78
Diagrama 32 CZ que hace actividades para la supervisión de la modalidad HCB-FAMI	80
Diagrama 33 Principales factores que afectaron el cumplimiento FAMI	81
Diagrama 34 Zona de residencia	87
Diagrama 35 Distribución por Estrato Socioeconomico	88
Diagrama 36 Distribución porcentual y de frecuencias de tipos de régimen de salud	89
Diagrama 37 Material predominante de pisos	90
Diagrama 38 Material predominante de pisos	91
Diagrama 39 Distribución porcentual de acceso a servicios públicos	92
Diagrama 40 Distribución porcentual de tipos de servicio sanitario con que cuentan las viviendas	93
Diagrama 41 Número de integrantes de las familias	94
Diagrama 42 Distribución porcentual de tipos de familia	95
Diagrama 43 Parejas de las mujeres gestantes y padres ó padrastros de niños y niñas menores de dos años que conviven con ellos	95
Diagrama 44 Edad de las gestantes	96
Diagrama 45 Edad de los cuidadores de menores de dos años	97
Diagrama 46 Edad de los niñas y niños beneficiarios	98

Diagrama 47	Conocimiento de los beneficios de lactancia	100
Diagrama 48	Conocimiento de los beneficios de lactancia 2	101
Diagrama 49	Formas de Alimentación	104
Diagrama 50	Alimentación diaria en menores de 0-5	105
Diagrama 51	Formas de alimentación más frecuentes por rangos de edad	107
Diagrama 52	Razones para la practica de la toma de biberon	109
Diagrama 53	Consumo diario en bebes de 6 a 8 meses	111
Diagrama 54	Consumo diario de aloimentos bebes de 9 - 11 meses	112
Diagrama 55	Consumo diario de alimentos en bebes mayores de 1 año	113
Diagrama 56	Momentos de frecuencia de consumo de alimentos en madres gestantes	115
Diagrama 57	Distribución porcentual de signos de peligro en la gestación reconocidos por las mujeres gestantes	118
Diagrama 58	Distribución porcentual de temas que más practican las mujeres gestantes relacionados con su cuidado de la salud	119
Diagrama 59	Distribución porcentual y de frecuencia de asistencia ó no a control prenatal en embarazo anterior y actual	120
Diagrama 60	Número de Controles de Atención Prenatal al que han Asistido las Gestantes, Según Edad Gestacional	120
Diagrama 61	Distribución porcentual de las razones por las que las mujeres gestantes no han recibido ninguna dosis de vacunación	121
Diagrama 62	Distribución porcentual de métodos anticonceptivos utilizados por madres y padres de los niños y niñas menores de dos años	122
Diagrama 63	Cuidados que se deben tener con un recién reconocidos por las gestantes	123
Diagrama 64	Estado de vacunación de niñas y niños menores de 2 años	124
Diagrama 65	Tratamineto para la diarrea en niños y niñas menores de dos años	126
Diagrama 66	Tratamiento para la gripa en menores de dos años	127
Diagrama 67	Cuidados para prevenir accidentes que aplican los cuidadores de los menores de dos años	128
Diagrama 68	Aspectos que contribuyen al desarrollo de niños	131
Diagrama 69	Promedio de Actividades por cuidador	133
Diagrama 70	Tendencia de actividades de estimulación 1	134
Diagrama 71	Tendencia de actividades de estimulación 2	135
Diagrama 72	Tendencia de actividades de estimulación 3	137
Diagrama 73	Tendencia de actividades de estimulación 4	138
Diagrama 74	Tendencia de actividades de estimulación 5	139
Diagrama 75	Tendencia porcentaje de actividades de estimulación	140
Diagrama 76	Actividades de estimulación conocidas por las gestantes	141
Diagrama 77	Actividades de estimulación de intrauterina	143
Diagrama 78	Distribución porcentual de aspectos en que han recibido más apoyo de sus parejas las mujeres gestantes	145
Diagrama 79	Distribución porcentual de razones por las que parejas, padres ó padrastros no participan en las actividades programadas por el HCB-FAMI.	146
Diagrama 80	Distribución porcentual de personas que corrigen a los niños y las niñas	147
Diagrama 81	Distribución porcentual de las formas de corrección utilizadas por mujeres gestantes y cuidadores	148
Diagrama 82	Distribución porcentual de frecuencia con que los cuidadores acuden a otras formas de corrección	149
Diagrama 83	Distribución porcentual de personas que dicen haber aprendido a resolver los conflictos de manera pacífica en el HCB-FAMI	149
Diagrama 84	Personas con las que compartio los conocimientos	151
Diagrama 85	Tipo de organización, comités o grupos al que asisten	152

Diagrama 86 Razón para no participar en redes	153
Diagrama 87 Proporción de la importancia dada por los cuidadores al programa HCB-FAMI	154
Diagrama 88 Beneficios dados por los cuidadores	155
Diagrama 89 Beneficios dados a los niños(as) de su participación en el HCB-FAMI	156
Diagrama 90 Beneficios dados a las familias de su participación en el HCB-FAMI	157
Diagrama 91 Media de permanencia de los usuarios en el program	160
Diagrama 92 La prueba estadística de U de Mann-Whitney	161
Diagrama 93 la media de permanencia en el programa de los usuarios que participan por primera vez en la modalidad	162
Diagrama 94 prueba estadística de U de Mann-Whitney	163
Diagrama 95 Distribución de familias gestantes y de niños y niñas menores de dos años según vinculación previa o no al programa	163
Diagrama 96 prueba estadística de chi	164
Diagrama 97 Gestantes con control prenatal adecuado	165
Diagrama 98 Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos	166
Diagrama 99 Niñas y niños con registro civil	166
Diagrama 100 Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según cuidadores	167
Diagrama 101 Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	168

INTRODUCCIÓN

Atendiendo a la invitación de la Directora de Evaluación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en el mes de diciembre del año 2005 se presentó una propuesta para realizar la evaluación de la modalidad FAMI del programa Hogares Comunitarios de Bienestar la cual fue aprobada. Dicha propuesta fue elaborada por tres grupos académicos con reconocida trayectoria en asesorías y proyectos de investigación relacionados con la infancia: PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander, Observatorio sobre infancia de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá y el Grupo Desarrollo en Contextos del Centro de Investigaciones en Psicología, cognición y cultura de la Universidad del Valle.

Con base en la propuesta, durante el 2006 y los primeros cinco meses del 2007 se desarrolló el proceso de diseño e implementación de la evaluación cuyos hallazgos se presentan en este informe. Dicho proceso incluyó los momentos de toma de decisiones sobre el modelo de la evaluación, el diseño de los instrumentos y la recolección, sistematización y análisis de la información.

Aun cuando en el pasado se han realizado algunas evaluaciones internas de la modalidad FAMI, la que se reporta en este documento constituye la primera de carácter nacional y realizada por actores externos. Tal como lo señaló el ICBF al momento de contratar este estudio, es necesario

“contar con una evaluación actualizada sobre su funcionamiento y sus resultados en el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y niñas y de las familias usuarias del programa. Dicha evaluación servirá de insumo para cualificar y mejorar el proceso de atención, redefinir los lineamientos del servicio y orientar la formulación de la política de atención para la primera infancia, compromisos fundamentales del ICBF”. (ICBF, 2005)

El informe se ha estructurado en cinco capítulos; los dos primeros contienen el marco de referencia así como los antecedentes y objetivos de la evaluación. A continuación se presentan los aspectos metodológicos y los hallazgos tanto descriptivos como explicativos, y se termina con el capítulo de conclusiones y recomendaciones. El informe incluye además la bibliografía consultada y algunos anexos.

CAPITULO 1

MARCO DE REFERENCIA

1.1 REFERENTES CONCEPTUALES

A diferencia de otras especies al nacer los seres humanos no están suficientemente equipados para sobrevivir por sí mismos, situación que genera una dependencia de los adultos quienes deben proveer al bebe un ambiente de cuidados adecuados y el contexto de interacciones necesario para su desarrollo como persona. Tenemos así a un recién nacido con un conjunto de características que lo capacitan para los primeros intercambios con un adulto (preferencia visual por el rostro, reconocimiento de la voz, etc.) en una estrecha relación con un(os) adulto(s) responsable(s) de su cuidado (generalmente los padres), quienes despliegan una serie de expectativas, significados y prácticas para organizar, facilitar y promover el desarrollo del bebé. (Keller, 2000).

La importancia de un entorno que asegure la salud y el bienestar del niño desde sus primeros años y lo introduzca en las formas humanas de actuar y relacionarse con el mundo, ha sido reconocida por numerosas investigaciones. Gracias a estos conocimientos hoy sabemos que los primeros años de la vida son un periodo privilegiado para el desarrollo de capacidades lingüísticas, sociales y cognitivas, indispensables para una inserción exitosa en la vida social (Cfr VVAA, Memorias Foro Primera Infancia, 2006).

Las neurociencias, por ejemplo, concluyen que las experiencias tempranas y la estimulación positiva en la interacción con los adultos, es determinante para el desarrollo neuronal y que los años iniciales, desde la concepción hasta los seis años, tienen la más importante influencia en el ciclo de vida del cerebro, en el aprendizaje, en la conducta y en la salud. Se ha demostrado también que la trascendencia de atender a la niñez desde la gestación, y especialmente hasta los tres años, es de larga duración: la exposición temprana de los niños y las niñas a una buena nutrición, oportunidades para el juego y la

exploración, e interacciones estimulantes con otros, intervienen positivamente en su desarrollo durante toda la vida.

De igual forma, desde la filosofía política y la sociología se argumenta que la atención a la niñez es la base para construir democracia y ciudadanía. Una adecuada atención a la niñez temprana no tiene que ver solamente con la perspectiva futura de los sujetos. Existen múltiples argumentos para demostrar que con la atención temprana a la niñez, a partir de la familia, la comunidad y las instituciones, la sociedad se beneficia en varios sentidos. Cuando las sociedades propician condiciones para que el ser humano desarrolle su potencial, están asegurando el aporte recíproco de los individuos ya que estas contribuciones aportan al bienestar colectivo. Ante la ausencia de programas de atención a la niñez, las sociedades se arriesgan a perder la contribución futura que estos harán a la sociedad.

Pero más allá del impacto individual, o del ahorro o las contribuciones sociales futuras, la atención a la niñez toma un nuevo sentido desde la perspectiva de derechos. Los niños y niñas son sujetos actuales, que se construyen en el presente y cuyo futuro no puede ser preparado sin su participación y el apoyo de los adultos, la familia, la comunidad y las instituciones del Estado. Y es ahí donde la atención a la niñez se convierte en un proceso de construcción simultánea de ciudadanía plena en la niñez, jóvenes y en los adultos que interactúan con ella.

“La niñez es fundamental para fortalecer y ampliar la democracia y la democracia es fundamental para la crianza y el desarrollo de los niños. Por una parte, es en los niños y niñas, en las nuevas generaciones, donde reside la oportunidad de un cambio cualitativo. Por otra, es la modificación de las prácticas presentes a nivel de la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto, las que pueden ir conformando los cambios.” (Acosta,____, p__)

La atención a la niñez puede convertirse en motor del desarrollo local y nacional. En efecto, las sociedades que construyen, implementan y evalúan políticas públicas orientadas a la protección de la infancia, ponen en evidencia que se piensan y proyectan a sí mismas como una unidad dinámica.

La visión de la niñez, y en particular lo que se espera de los niños y niñas, determina la forma en que los adultos se relacionan con ellos y las posibilidades que se les dan para participar de los asuntos familiares, comunitarios e institucionales. En armonía con el acuerdo contenido en la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, el imaginario, y por tanto el tratamiento de la niñez, empieza a transformarse al interior de las distintas esferas de las sociedades. Se han hecho esfuerzos más concientes para desplegar el potencial de niños y niñas en ambientes que propicien su sano desarrollo físico y psicosocial, considerándolos como agentes activos en las decisiones que conciernen a su realidad y la de la sociedad como una unidad.

La Convención internacional, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, establece que los Estados partes se comprometen a respetar la totalidad de los derechos de niños, niñas y adolescentes sin discriminación de ningún tipo y los obliga a adoptar las medidas necesarias para asegurar un nivel de vida adecuado para ellos y sus familias. Se puede afirmar que la Convención de los Derechos de los Niños promueve de manera especial los derechos económicos, sociales y culturales.

El nivel de realización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes depende directamente de las capacidades de la familia, la sociedad y el estado, en quienes recaen las obligaciones como los garantes de estos derechos. Por esa razón muchos programas derivados de las políticas de promoción de los derechos de la infancia, buscan el fortalecimiento de las capacidades de los adultos y jóvenes, de las familias, las instituciones y las comunidades para responder a las necesidades de desarrollo de la niñez, contribuyendo de manera significativa al fortalecimiento del tejido social, de las instituciones y del capital social local.

En esta misma dirección se han orientado desde hace tres o cuatro décadas, y en especial a partir de la Carta de Ottawa de 1986, las acciones de promoción de la salud como una estrategia para conseguir el desarrollo humano y mejores niveles de salud y de vida para la población. Por ello se busca promover cambios en los estilos de vida de las personas, especialmente a través de acciones educativas en salud, actuando sobre los factores condicionantes o de riesgo los cuales vienen siendo muy estudiados por la epidemiología moderna.

Según Nutbeam “el término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en las interacción entre las condiciones de vida, en su sentido mas completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales” (Nutbeam, D., 1996, p.41). En este sentido el estilo de vida depende tanto de factores individuales, los conocimientos y actitudes que tienen las personas, como de los factores sociales que encuentran en el medio en el cual se encuentran inmersos.

El planteamiento de Ottawa fue reiterado y ampliado veinte años después con la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado, en la cual se afirma que “la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna, que la promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual” (Organización Mundial de la Salud, Ministerio de salud pública de Tailandia, 2005, p. 3).

Con base en las anteriores consideraciones podríamos afirmar que la modalidad FAMI contribuye a hacer realidad los derechos de los niños, de las niñas y de sus familias al promover estilos de vida saludable, el acceso a servicios básicos de salud y generar espacios para el fortalecimiento de los vínculos afectivos y la prevención del maltrato. Además, aporta al fortalecimiento de las capacidades de las familias, como portadoras de obligaciones, para que puedan asumir la tarea de cuidado y socialización de niños y niñas en sus primeros años de vida.

1.2 REVISIÓN DE EVALUACIONES DE PROGRAMAS DE PRIMERA INFANCIA EN OTROS PAÍSES.

Los programas de atención a la primera infancia combinan diversas estrategias y modalidades de intervención para promover el bienestar integral de niños y niñas desde la gestación hasta el quinto año de vida. Así mismo tienen diferentes énfasis para atender las particularidades y necesidades prioritarias de cada uno de los momentos que podemos identificar durante la primera infancia.

Durante la gestación y el nacimiento la atención debe estar focalizada en la madre, pues a través de su cuidado y bienestar se asegura la salud del bebé; además la educación que los padres reciben en esta etapa repercute de manera directa en sus prácticas de cuidado del niño. En consecuencia, los programas de atención temprana a la infancia deben asegurar que las madres gestantes desarrollen estilos de vida saludables y reciban los cuidados físicos, nutricionales y psicológicos adecuados. De otra parte se busca preparar a los padres para las tareas propias de la crianza. (Evans, J., et al. 2000)

La promoción de la lactancia materna ocupa un lugar central en la mayoría de los programas pues gracias a un importante volumen de investigaciones se ha demostrado que además del valor nutricional de la leche materna, la lactancia trae consigo beneficios físicos y afectivos tanto para la madre como para el bebé.

En los programas dirigidos a los niños y niñas menores de 3 años de edad se privilegian acciones orientadas a garantizar una adecuada estimulación del desarrollo y a la promoción de la salud. Como la mayor parte de estos pequeños están bajo el cuidado de las madres u otro cuidador, la intervención se dirige a la familia para brindar apoyo y educación a los padres, mediante visitas domiciliarias y sesiones educativas. Algunos programas promueven la configuración de redes sociales. Por el contrario para los niños y niñas mayores de tres años los programas tienen un carácter de atención grupal y se orientan en acciones educativas formales y no formales.

A nivel internacional, Colombia ha sido reconocida como país innovador en la atención a niños y niñas menores de seis años, en gran parte debido a la creación de una estrategia de financiación que compromete aportes del sector público y privado y que ha garantizado la continuidad de los programas. Además Colombia ha priorizado un modelo de atención de niños y niñas en su propio vecindario, lo que se traduce en participación comunitaria, componente básico para la sostenibilidad de este tipo de programas. (Myers, R., 1993, pp. 125, 130-132).

Tal como señala E. Vega “La evidencia existente indica que programas de Educación de la Primera Infancia de alta calidad focalizados en los niños más vulnerables contribuyen enormemente a reducir las brechas de desarrollo infantil y de resultados durante la niñez,

juventud y adultez entre niños de hogares vulnerables y niños provenientes de hogares favorecidos” (Vega, E., 2006, p. 3). Esta conclusión deriva en gran parte de estudios longitudinales realizados en los Estados Unidos, los cuales han mostrado resultados de mediano y largo plazo de algunos programas para la educación de padres de familia y el desarrollo de la primera infancia.

De acuerdo con Myers, Ellen y Lifeld (2000) la participación de los niños y niñas en estos programas contribuye a:

- mejorar su desarrollo cognitivo, emocional y social
- aumentar la probabilidad de terminar la educación básica primaria
- Incrementar las posibilidades de sobrevivencia, reducción de la morbilidad, aumento de talla y peso adecuados para la edad.

Así mismo los programas tienen un impacto en la capacidad de familias para criar y fomentar el desarrollo de sus hijos e hijas. Mejora sus conocimientos relacionados con salud y desarrollo infantil y favorece prácticas de salud preventiva y mejoría en la alimentación.

También se ha encontrado que incluso en aquellos programas en los que los niños y niñas asisten a un centro de desarrollo infantil, los padres y el ambiente familiar siguen teniendo un rol predominante en el desarrollo y bienestar de los niños y las niñas (NICHD, 2002, pp.133-164).

Según Myers durante la década de los años 90 en América Latina y el Caribe se tenía “muy poca información sobre el impacto y los efectos específicos que los programas tienen en los niños y en sus familias” lo cual hacía difícil su ajuste “con base en el seguimiento sistemático de insumos, sus procesos y resultados (Myers, 2000, pp. 17, 39)”.

Esta situación tiende a cambiar tal como lo muestran recientes evaluaciones en Colombia y México las cuales confirman los anteriores hallazgos.

Los lineamientos de la modalidad FAMI se encuentran en concordancia con las directrices de un gran número de programas Latinoamericanos de atención al cuidado infantil durante la gestación y los primeros años de vida que enfatizan en actividades de promoción de la salud materno infantil reconocidas por su impacto en la calidad de vida y en el desarrollo de niños y niñas.

1.3 ANTECEDENTES DE LA MODALIDAD

Los Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad FAMI, se crearon como un programa del ICBF, en cumplimiento a su objetivo de “buscar nuevas metodologías y alternativas de atención para vincular a la familia y a la comunidad, y de esta manera, lograr un mayor impacto familiar y social”.¹

Su creación está relacionada con las transformaciones que fueron surgiendo con el desarrollo programa Hogares Comunitarios. A continuación se mencionarán algunos momentos significativos de este proceso.

- En junio de 1972 se crearon los Centros Comunitarios para la Infancia - C.C.I –
- Estos sufren una modificación en 1974, creándose los Centros de Atención Integral al Preescolar CAIP, con el objetivo de atender las necesidades de los niños y niñas menores de siete años, mediante servicios educativos, preventivos y promocionales con participación de la comunidad.
- En 1979, respaldados por UNICEF se organizó la modalidad “Casas Vecinales” de atención al niño con participación de los padres de familia. El compromiso de los padres y vecinos de la comunidad, dentro de la administración de los hogares infantiles, fue reconocido a través de la resolución 1822 de 1979.
- En 1986 el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES- aprueba el programa Hogares Comunitarios de Bienestar, para atender a niños y niñas de 3 a 6 años. Estos fueron concebidos como una estrategia de desarrollo humano en los

¹ Estos objetivos, están enmarcados en las funciones que delegó el Estado al ICBF mediante la Ley 75 de 1968.

sectores de extrema pobreza, para brindar una nueva concepción de atención integral, donde se reconozca que la necesidad esencial de un niño es la protección, entendida como el afecto y cuidado que debe recibir en el seno de su familia y de la comunidad. Posteriormente se reglamenta a través del Acuerdo 21 del 14 de noviembre de 1989.

- El 29 de septiembre de 1990, la Junta Directiva del ICBF acoge el compromiso que el gobierno de Colombia asumió en la Cumbre a Favor de la Infancia², y en concordancia con las discusiones que se venían realizando al interior de la institución sobre la atención a niños y niñas de 0 a 2 años³, firma el 8 de marzo de 1991, el Acuerdo 005 y la Resolución 0680, mediante el cual se adiciona el Acuerdo 021 del 14 de noviembre de 1989, la Modalidad Atención a Mujeres gestantes, Madres lactantes y niños y niñas de cero a dos años HCB-FAMI.
- Entre 1991 y 1993 la FAMI se implementó en todas las Regionales del ICBF con el acompañamiento de la Sede Nacional. El 23 de junio de 1993, la Junta Directiva del ICBF emite el Acuerdo 027 mediante el cual se reorganizan los Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad FAMI. El 10 de diciembre del mismo año, mediante Resolución 2718 la Dirección General establece los procedimientos para la operación de la nueva organización de los Hogares FAMI, enfatizando en el trabajo con los niños, las niñas y sus padres, y clarificando las funciones de la Madre comunitaria.
- En Agosto de 1996 mediante el acuerdo 039, los Hogares comunitarios de Bienestar – HCB-FAMI sufren su segunda reorganización para cualificar su funcionamiento. Lo anterior sucede, con base en los resultados de la evaluación de 1995 y con la intención de propiciar el auto cuidado, fomentar la construcción de valores familiares, bajo el enfoque de prevención integral, apoyado en la autogestión y cogestión familiar y comunitaria (ICBF, 2004).
- En los años siguientes se han venido modificando los lineamientos de programación por parte de la dirección nacional del programa, de acuerdo a las necesidades detectadas.

² El compromiso estaba relacionado con, dar prioridad a mejorar los servicios de atención pre y post natal, focalizándolos en las mujeres gestantes y adolescentes, intensificando la promoción de la lactancia materna y ampliando la cobertura de atención a este grupo poblacional.

³ Esta discusión se realizó desde 1987 hasta 1990, cuando fue propuesta una modalidad de atención denominada “Atención a mujeres gestantes, madres lactantes y niños menores de dos años”

Desde 1989, los Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad FAMI ha estado ubicada aproximadamente en 387 municipios pertenecientes a 32 de los 33 departamentos del país. Durante la vigencia 2005 funcionaron 12.687 hogares FAMI, a través de los cuales se atendieron aproximadamente 157.046 usuarios entre mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de dos años. (ICBF, 2006).

1.4 MARCO NORMATIVO

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), mediante la Ley 89 de 1988 absorbe la asignación de recursos por parte del Congreso de Colombia.

En 1989 cuando se reglamenta el programa de Hogares Comunitarios de Bienestar –HCB - Acuerdo 21 del 14 de noviembre - se define como “un conjunto de acciones del Estado y de la comunidad, encaminado a propiciar el desarrollo psicosocial, físico y moral de los niños menores de siete (7) años pertenecientes a los sectores de extrema pobreza” (Artículo No. 1). Este objetivo se piensa con la idea de fortalecer la responsabilidad de los padres y la comunidad en el cuidado y protección de los niños y niñas.

La coordinación y ejecución del programa se encuentra a cargo del ICBF quien actúa convocando a la comunidad. En el párrafo 2º, del Acuerdo se define que la asignación de recursos se orientará a la continuidad, desarrollo y cobertura de los Hogares Comunitarios de Bienestar constituidos a través de becas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF- entregadas a las familias. Con ello, el papel que desempeña la comunidad y las familias, consiste en participar activamente en su proceso de organización y autogestión, donde según lo expresan de distintas maneras los diferentes Acuerdos (21 de 1989, 21 de 1996, 039 de 1996, 005 de 1991, 027 de 1993) el aporte de la comunidad consiste en su trabajo solidario y la cesión de las locaciones privadas (casas de las madres comunitarias) o comunitarias (espacios diferentes de sociabilidad: la escuela, la junta de acción comunal, la iglesia, etc.). A la vez, se determina que parte del financiamiento del programa esté constituido por una cuota de participación por parte de los padres de familia denominada tasa compensatoria, esta varía de año a año, y se fija por primera vez en 1990, (Acuerdo 004) con la suma equivalente a 2 horas de un día de

salario mínimo legal. Este pago debe hacerlo cada padre de familia a la Junta Directiva de la Asociación de Padres al que pertenezca el respectivo Hogar, en efectivo y dentro de los primeros diez (10) días de cada mes.

Con la Constitución Política de 1991, se define el papel del Estado, la familia y la sociedad en el apoyo y protección a la población infantil en su desarrollo y ejercicio de sus derechos a la vida y todo aquello relacionado con la protección de la misma; su nombre y nacionalidad; la familia y la responsabilidad de ésta en su cuidado y protección; la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión (Artº 44).

En el Acuerdo 021 de 1996/23 de abril, numeral (d) del artículo 5º, se estima que los HCB comprenden tres modalidades: 1) niños y niñas de 0 a 7 años, donde se incluyen los discapacitados, 2) menores de dos años y 3) mujeres gestantes, madres lactantes. Esta última, corresponde a FAMI. En dicha modalidad, los menores de dos años están contemplados entre los 6 y 24 meses de edad y los menores de seis meses, participan junto con sus madres dentro de la modalidad como lactantes.

FAMI está orientada dentro de los lineamientos y procedimientos técnicos y administrativos a atender “las necesidades básicas de nutrición, salud, protección y desarrollo individual y social de los niños pobres del país”. Con ello, se propone el mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo humano integral de los infantes. FAMI traduce familia, mujer e infancia y las familias que participan como usuarias de la modalidad son denominadas familias en desarrollo, esto quiere decir que es un grupo que “participa y acompaña el proceso de desarrollo armónico de sus miembros desde su gestación” (Acuerdo 039 de agosto 1996). Este Acuerdo en su Art.º sexto deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, en especial los acuerdos 005 del 8 de marzo de 1991 y 027 del 23 de junio de 1993.

Igualmente, el programa de Hogares Comunitarios de Bienestar tiene toda una estructura organizativa en la que participa la comunidad, de esta forma a través de la figura de las madres comunitarias encontramos un cimiento importante del programa. Según los Acuerdos las madres comunitarias participan en las tres modalidades, tienen a su cargo los hogares que pueden ser familiares, esto es en la viviendas propias o en espacios

comunitarios. Cuando se trata de una vivienda propia, sólo hay una madre comunitaria a cargo de máximo 15 usuarios, estos pueden ser de distintas modalidades. Para el caso de 0-7 años, se define como número máximo de dos usuarios sean menores de 6 a 24 meses, que sólo habrá un menor discapacitado por hogar y que en este caso el número de menores de dos años se reduce a un usuario.

Según el Acuerdo 005 de 1991/8 de marzo, el funcionamiento de FAMI se designa en sectores de operación de los HCB y de servicios u organismos de salud, para permitir la “participación de los usuarios en el programa materno infantil y demás programas de fortalecimiento de la atención primaria”. Igualmente se define la participación en la modalidad por parte de la madre y del padre del menor y se programan una serie de actividades educativas que incluyen a las mujeres, o a los responsables del cuidado del menor y los menores. Estas actividades según la normativa están clasificadas de acuerdo con cinco grupos diferenciados por edad. (Artº. 1º, Acuerdo 027 de 1993/23 de junio). Los procedimientos para la operacionalización de las modificaciones del Acuerdo 027 son establecidos mediante la Resolución No. 2718 1 DIC. 1993.

En 1995 se decreta el desarrollo del programa basado en la participación activa de la comunidad, su trabajo solidario y la responsabilidad de las familias en el cuidado de sus hijos. El ICBF a través de su Junta Directiva, establece los criterios, parámetros y procedimientos técnicos y administrativos para la organización y funcionamiento del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar (Decreto 1340).

En la Ley 509 de Julio de 1999 se disponen los beneficios de Seguridad Social y se otorga un Subsidio Pensional para las Madres Comunitarias quienes personalmente asumirán las prestaciones asistenciales y económicas del régimen contributivo previsto por la Ley 100 de 1993. En octubre de 2004 (circular externa 000091), el Ministerio de Protección Social interviene ante la decisión del Consejo de Estado que declara nulos algunos apartes del Decreto 047 de 2000. Las instrucciones son que esta nulidad no afecta el contenido de la Ley 509 de 1999 y se contempla la afiliación al régimen subsidiado de los núcleos familiares de las madres comunitarias.

1.5 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA Y DESCRIPCIÓN DE LA MODALIDAD

Actualmente, los Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad FAMI, hacen parte del proyecto 131, para la “Asistencia a la Niñez y Apoyo a la Familia para Posibilitar el Ejercicio de sus Derechos”. En este proyecto se contempla un conjunto de procesos que apuntan al mejoramiento de las condiciones de los niños y niñas y adolescentes como sujetos sociales y ciudadanos con derechos. Sumado al fortalecimiento de la familia para que ésta sea gestora de su propio desarrollo y pueda cumplir con su responsabilidad como núcleo fundamental de la sociedad de exigir y hacer efectivo el cumplimiento de los derechos de la niñez. Esto implica, promover relaciones democráticas familiares cotidianas al interior de las familias y las comunidades, donde se compartan los principios democráticos, relaciones equitativas, respeto a la diferencia y a los derechos individuales. Así como a la resolución pacífica del conflicto a través de la comunicación, el diálogo y la concertación, en consonancia con el objetivo general de la Política de Construcción de Paz y Convivencia Familiar - Haz Paz. (ICBF, 2007)

Para que la familia realmente logre un nivel de empoderamiento que le permita ser gestora de su futuro, se requiere el concurso y la acción mancomunada de la sociedad y el Estado, que favorezca la construcción del tejido social y de las redes institucionales.

Los propósitos que plantea el proyecto se logran, a partir de facilitar espacios de reflexión a la familia sobre sus condiciones y desarrollo, mediante la organización e interacción consciente de redes familiares, institucionales y sociales. (ICBF, 2007)

Lo anterior implica, apoyar a familias con mujeres gestantes, madres lactantes, niños y niñas menores de dos años, en el mejoramiento de su función socializadora y el fortalecimiento de la participación y del vínculo afectivo entre padre, madre y hermanos desde el momento de la gestación. Así como, a las familias con niños y niñas menores de 6 años, para que puedan cumplir con su función socializadora y proveedora de recursos, y de esta manera, garanticen su desarrollo armónico integral (psicosocial, físico, moral) .

La complementación alimentaria, se contempla en la medida que previene el deterioro, mantiene ó mejora el estado nutricional de mujeres gestantes, de madres lactantes, de

niños y niñas menores de seis años. Aunque también se reconoce la necesidad de fomentar la vinculación a los programas del sistema nacional de salud y entidades que realizan acciones de saneamiento básico. *Ibíd.*

El proyecto de Asistencia a la niñez y Apoyo a la familia, busca además, apoyar el fortalecimiento étnico y cultural, de pueblos indígenas, comunidades negras, raizales y pueblo ROM en el marco de su plan de vida, planes de etnodesarrollo favoreciendo la reproducción y dinamización de sus estructuras sociales y culturales, usos y costumbres, con el fin de garantizar el cumplimiento de sus derechos. Por lo anterior, la atención institucional requiere la construcción de modelos alternativos que consulten con las necesidades, aspiraciones e intereses de las comunidades étnicas dando énfasis a las acciones en la autosuficiencia y seguridad alimentaria, sociabilización endógena y el control social. *Ibíd.*

Por último, reconoce la necesidad de apoyar a los niños, niñas, mujeres gestantes y ó lactantes, afectados por catástrofes naturales, desplazados por el conflicto armado u otro tipo de emergencia, mediante el suministro de un complemento alimentario y la atención psicosocial a las familias, y otros elementos y equipos necesarios, mientras se superan las condiciones de crisis y urgencia. Pero también, para que fortalezcan su capacidad de respuesta frente a la situación. *Ibíd.*

En el marco de este proyecto, se encuentra el Subproyecto 02, denominado “Apoyo a la primera infancia (menores de 6 años)”. El cual contempla diferentes modalidades de atención que comprenden el conjunto de procesos, recursos, parámetros y actividades en corresponsabilidad (acordadas) con la familia, la comunidad y el estado. *Ibíd.*

De los servicios de apoyo a la Primera Infancia hacen parte modalidades, como la denominada FAMI, que realizan acciones con las familias gestantes, con las madres lactantes y sus hijos hasta los dos años.

En estas modalidades, se contempla una focalización de familias que habitan en áreas urbana, rural, indígenas, afrocolombianos y raizales, grupos étnicos en sus diferentes y variadas tipologías o estructuras, que presenten amenaza o vulneración de sus derechos.

Además, que pertenezcan al área de influencia del Centro Zonal, según diagnóstico social situacional, independientemente de que sean atendidas por otras modalidades, con excepción de FAMI, Educador Familiar, Jardín Comunitario.

Con estos parámetros de focalización, se busca apoyar a las familias en desarrollo que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad psicoafectiva, económica y social prioritariamente de los niveles 1 y 2 del SISBEN, donde la intervención tiene un efecto de vital importancia para la supervivencia, la salud y las posibilidades de desarrollo de los niños y niñas. (ICBF, 2007).

En concordancia con la estructura organizativa del proyecto, HCB-FAMI, plantea unos objetivos que guardan su principio lógico. Sin embargo, los objetivos programáticos han presentado modificaciones a lo largo del tiempo, respondiendo a las demandas de la situación poblacional.

Es así como en el año 2000 se plantea que la modalidad propiciará mediante la participación organizada de la comunidad, formas de atención preventiva a las Familias en Desarrollo, es decir, mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de dos años, con el fin de mejorar la función socializadora de la familia, la participación de sus miembros en el desarrollo del niño o niña desde su gestación hasta los dos años; y fortalecerá la responsabilidad de los padres en la formación y cuidado de sus hijos.

En el año 2002 se adiciona los componentes de promoción de redes y fomento de estilos de vida saludables como parte de los objetivos a cumplir. Al año siguiente, se indica que para fomentar los estilos de vida saludables debe ser obligatoria la asistencia al control prenatal, por parte de la gestante, y al programa ampliado de inmunización (PAI) para los menores de 2 años.

En el 2004, los diferentes objetivos son contemplados como estrategias fundamentales para la prevención del maltrato infantil y violencia intrafamiliar. Por último, en el 2005 se reconoce el componente de promoción de lactancia materna y la realización de procesos formativos para el fortalecimiento de vínculos afectivos, prácticas de socialización, derechos, resolución pacífica de conflictos y etapas del desarrollo evolutivo de los niños y

niñas entre otros, que conduzcan a estilos de vida saludables en los niños y niñas beneficiarios y sus familias.

En el documento de Lineamientos de Programación (2005), se plantea que los HCB-FAMI, tienen como objetivos:

- Fortalecer los vínculos afectivos;
- Mejorar las relaciones intrafamiliares;
- Brindar conocimientos y habilidades para el fortalecimiento de las prácticas de crianza y para la prevención del maltrato infantil, la negligencia y el abandono;
- Capacitar y actualizar en contenidos de lactancia materna a los agentes educativos institucionales, comunitarios y grupos familiares para la apropiación de la práctica de la lactancia materna;
- Promover la construcción de redes familiares, sociales, comunitarias e institucionales como gestoras de su propio desarrollo,
- Fomentar una cultura de estilos de vida saludable que contribuya a mejorar la calidad de vida de las familias en desarrollo.

Los parámetros establecidos para la ejecución del programa en los lineamientos del año 2005 incluyen: la determinación de un tiempo de funcionamiento correspondiente a 12 meses de los cuales, 11 meses se realizaría intervención con las familias en el componente formativo y en la complementación alimentaria. Esta última, consiste en la entrega mensual de un paquete alimentario o ración preparada que suministre como mínimo el 25% de las recomendaciones nutricionales (calorías y proteínas) de la población objetivo de la modalidad.

La composición del paquete, debe ser determinada por el equipo de Nutricionistas de cada Regional de acuerdo con aspectos fisiológicos de los usuarios, la disponibilidad de alimentos, hábitos alimentarios y costos regionales, este debe contener Bienestarina, leguminosa, cereal y grasas de origen vegetal.

La jornada de atención de los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI, es planeada entre la madre comunitaria y las familias usuarias, cumpliendo como mínimo 80 horas

mensuales de actividades que deberán ser previstas semanalmente, plasmadas en un cronograma y enviadas al centro zonal con el visto bueno de la entidad contratista.

Cada familia beneficiaria deberá cancelar una cuota de participación, según lo reglamentado en el Acuerdo 018 del 11 de Julio/2000, equivalente al 45.5% del salario diario mínimo legal vigente. Se hace la exención durante tres meses para las familias en situación de desplazamiento certificados por la Red de Solidaridad Social.

Las acciones de formación estarán dirigidos a tres grupos poblacionales: las familias usuarias, los niños y niñas menores de dos años y las mujeres gestantes, lactantes y/o los adultos acompañantes. A continuación se especifican las actividades que se deben realizar con cada uno de estos grupos.

1.5.1 Actividades con las familias usuarias

- Diagnósticos que permitan identificar: a) factores protectores que pueden surgir o que existen en las familias y comunidades del sector, los cuales favorezcan el desarrollo integral de los niños y niñas, que deben ser fortalecidos. b) factores que pueden estar vulnerando la calidad de vida de los niños y niñas y la garantía de los derechos y que pueden constituir factores de riesgo de violencia intrafamiliar.
- Detección de personas en riesgo o situación de violencia intrafamiliar.
- Intercambio de saberes, enmarcado en la perspectiva de derechos, que permita la comprensión de la realidad de los niños y niñas.
- Sesiones educativas con el grupo de familias en desarrollo, que faciliten y orienten procesos educativos, propicien el desarrollo integral de los niños y las niñas y el fortalecimiento del grupo familiar, a partir de la reflexión sobre las experiencias cotidianas, actitudes, sentimientos, creencias, ideas y prácticas de las familias acerca de la niñez, la discapacidad, los vínculos afectivos, procesos de socialización y crianza, derechos humanos y resolución pacífica de conflictos.
- Visitas a cada familia. El Agente de Desarrollo FAMI realizará visitas familiares con el fin de apreciar las vivencias y relaciones familiares y del entorno y reforzar en la práctica acciones, identificadas en las sesiones educativas.

- Remisión a otros servicios del ICBF o de otras instituciones cuando las familias lo requieran.

1.5.2 Actividades con los niños y niñas menores de dos años

- Desarrollo Psicosocial: Actividades de Estimulación Adecuada con los niños y niñas, sus padres o personas responsables del cuidado diario, que fortalezcan el vínculo afectivo y el proceso de socialización, recuperando como medio educativo por excelencia el familiar y comunitario. La evaluación de estas actividades debe hacerse periódicamente a través de la Aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil.
- Suministro de un complemento alimentario: Para los niños y niñas de 6 a 24 meses.
- Seguimiento del estado nutricional.
- Vigilar el cumplimiento del Esquema Único de Vacunación y la promoción del auto cuidado y de los estilos de vida saludables.
- Actualización de la ficha integral.

Nota: Una vez cumplidos los dos años, se debe asegurar la continuidad en un programa con componente nutricional (Hogares 0-7 o desayunos Infantiles).

1.5.3 Actividades con la mujer gestante, la lactante y/o el adulto acompañante

- Actividades educativas que permitan adquirir conocimientos relacionadas con la concepción, la gestación, el nacimiento y los cuidados del recién nacido y de la madre después del parto, derechos de la familia, los niños, las niñas y las mujeres y sobre la importancia del afecto y de prácticas de crianza adecuadas en el desarrollo evolutivo de los niños y niñas.
- Creación de espacios para el fortalecimiento de vínculos afectivos padre-madre-hijos. Paternar.

- Fomento a la práctica de la lactancia materna y orientación de la alimentación complementaria de los niños y niñas menores de dos años.
- Suministro de complemento alimentario.
- Coordinación con los organismos de salud para la atención prenatal y del parto.

Para el desarrollo de las acciones propuestas en la modalidad, se contempla la articulación de redes familiares, comunitarias e institucionales, con los sectores de salud, educación, comunicaciones y otros organismos de cooperación, con el objeto de asegurar la atención integral a esta población y fomentar la lactancia materna. Con el sector Salud, se deben coordinar todos los aspectos que están contemplados en desarrollo de la Política de Salud Sexual y Reproductiva y las metas del Plan País y del Plan Indicativo ICBF.

La administración de los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI se hace a través de contrato de aporte. Puede ser contratada con:

- Asociaciones de padres de familia
- Asociaciones de padres de familia y madres comunitarias
- Organizaciones comunitarias (ver definición en el Acuerdo 021 del 23 de Abril de 1996)
- Entidades privadas sin ánimo de lucro, de reconocida idoneidad y cuyos objetivos sean congruentes con los de la modalidad
- Organizaciones de formas asociativas de carácter empresarial y/o cooperativo.
- Universidades
- Cajas de Compensación Familiar (ICBF, 2005)

En el evento en que se requiera cambiar de entidad contratista, es importante tener presente que:

- Este es un proceso que involucra a varios actores a saber: la comunidad beneficiaria, asociación de padres, madres comunitarias, el ICBF y otras entidades que estén apoyando el desarrollo del programa.

- El resultado de la evaluación de la Gestión Técnica y Administrativa de la entidad anterior.
- El análisis y concertación con los actores del programa de las garantías que ofrece la entidad contratista propuesta por su reconocimiento e idoneidad para administrar la modalidad.

Las asociaciones de padres y madres, y las organizaciones comunitarias podrán administrar hasta 25 hogares comunitarios de Bienestar FAMI. Las entidades privadas sin ánimo de lucro y las formas asociativas de carácter empresarial y cooperativo podrán administrar más de 25 hogares comunitarios de Bienestar FAMI. Los niveles Regional y Zonal, como únicos responsables del proceso de contratación para la prestación del servicio, analizarán los insumos de acuerdo con el estudio que realice de la Entidad Contratista (capacidad técnica, financiera, operativa y administrativa), si ya ha contratado con el ICBF, es fundamental el concepto técnico-administrativo del supervisor. De otra parte, de acuerdo al monto a contratar, si sobrepasa el valor autorizado al Director Regional, debe solicitar delegación especial ante la Dirección General.

A lo largo de este capítulo se han presentado los aspectos conceptuales, normativos y técnicos que sirvieron de referencia para el diseño de la evaluación de FAMI del programa Hogares Comunitarios de Bienestar.

CAPITULO 2

ANTECEDENTES, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

2.1 ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN

El ICBF consideró en su estructura interna un área de investigación que ha permitido realizar evaluaciones institucionales, de los Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB y un estudio nacional sobre madres comunitarias. En 2002 con la reestructuración del ICBF se crea la Dirección de Evaluación la cual se encarga del “diseño y puesta en marcha del sistema de evaluación y líneas de investigación, que aporten insumos en todos los niveles administrativos, para mejorar la prestación del Sistema Público del Bienestar Familiar SPBF, la operación, la gestión y los resultados del ICBF y de los demás agentes del SNBF (ICBF. Sistema de Evaluación SNBF, 2003)”. Los resultados de los estudios evaluativos desarrollados a partir del segundo quinquenio de los años noventa han mostrado avances, aciertos y dificultades de los programas focalizados para los menores y sus familias, entre ellos destacamos los siguientes:

- En 1995 una evaluación interna, realizada por el ICBF (reseñada en, ICBF. Dirección de Evaluación, 2004), encontró que los HCB fomentan las relaciones interpersonales e intrafamiliares, generan espacios para la relación familiar, valoran las relaciones efectivas, fortalecen la lactancia materna y contribuyen al empoderamiento de las madres comunitarias a través del método de “aprender a enseñar”: Este estudio encontró dificultades relacionadas con los recursos necesarios para el desarrollo del programa, como por ejemplo la carencia de material didáctico, el número de profesionales; la poca participación de los usuarios en las sesiones educativas y la carencia de un sistema de evaluación y monitoreo.
- En 1997 el ICBF realizó una segunda evaluación de HCB (Siabato, Gómez y Torrado, 1997) que permitió indagar sobre el efecto de las intervenciones realizadas por el programa en niños y niñas usuarias de 0 a 6 años de edad. Esta evaluación de

impacto hizo énfasis en el estado nutricional, el desarrollo psicosocial y la salud; analizó el funcionamiento de los hogares de acuerdo a las normas establecidas y los resultados de bienestar en los niños y las niñas; así como propuso un indicador para los niños y niñas y para los HCB. Esta investigación encontró correspondencia entre la población objetivo, la focalización y el nivel de pobreza de los usuarios de los HCB. Sin embargo los resultados evidenciaron problemas en el seguimiento de las normas técnicas del ICBF por parte de los HCB, precariedad en los recursos institucionales para el desempeño de los espacios destinados para el funcionamiento de los hogares; escasez de ayudas didácticas para los eventos de capacitación y estimulación infantil; y en la poca capacitación recibida por las madres comunitarias que produce fallas en el desarrollo de los hogares; así como el bajo impacto nutricional en la población estudiada.

- En 1997 se realizó un estudio evaluativo, en el marco del Plan Nacional de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna (Peña, et. al, 1997). Esta evaluación de tipo descriptivo y exploratorio, analizó las características de la práctica de la lactancia materna en los FAMI. Los resultados de esta evaluación consideraron que el HCB-FAMI es una estrategia importante para la promoción y apoyo a la lactancia materna en comunidades vulnerables, especialmente porque actúa como un mecanismo de “enlace, mantenimiento y apropiación de las acciones institucionales de lactancia”. Entre las dificultades encontradas para la modalidad FAMI se resaltan la subvaloración de la madre comunitaria y la inoperancia del sistema de seguimiento del programa en el nivel zonal, lo cual se traduce en baja capacitación y sensibilización en el tema de la lactancia materna. Dentro de los hallazgos de la investigación se resalta la correspondencia entre el nivel educativo y edad de las madres con la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- En 1998, el ICBF realizó un balance de la gestión institucional para determinar fortalezas y debilidades para el cumplimiento de los objetivos de prevención, protección y apoyo al menor y la familia; y considerar alternativas de discusión pública sobre la misión del ICBF en el país (Bonilla Castro, 1998). Esta evaluación, de tipo cualitativo, mediante la metodología Rapid Assesment Methods, logró comparar los objetivos, la población y las concepciones de familia representadas en las leyes y

decretos institucionales; y evaluar el grado de cumplimiento de las metas institucionales y el rol institucional en el marco de la Constitución Nacional de 1991. Este estudio analizó las dificultades del Instituto para asumir la descentralización en la toma de decisiones. Propone considerar la población objetivo y determina la necesidad de cualificar los HCB y mejorar la infraestructura de los Centros Zonales.

- En el año 2000, el ICBF contrató un estudio (Centro Nacional de Consultoría, 2000) para medir la percepción de los usuarios del programa FAMI en relación con los servicios recibidos y la atención prestada; y estimar el impacto del programa en el bienestar de los niños en diecinueve municipios de la región Atlántica, nueve municipios de la región Pacífica y ocho municipios de la región Central. Los resultados indicaron que el servicio de los HCB-FAMI era percibido como bueno, de fácil acceso y con costos moderados y justos.
- En 2004 la Subdirección de Investigaciones del ICBF realizó el Registro Nacional de Madres Comunitarias. Este estudio se propuso conocer el número de madres comunitarias, caracterizarlas, establecer el entorno de su desempeño, actualizar los marcos de muestreo para estudios posteriores e identificar áreas para acciones de mejoramiento.

Estos antecedentes motivaron en el año 2005 la propuesta de adelantar una evaluación del funcionamiento del programa Hogares Comunitarios de Bienestar HCB modalidad FAMI e identificar los resultados y efectos del mismo en niños, niñas y familias usuarias.

En 2006, se dio curso al convenio interadministrativo suscrito con tres universidades públicas para “evaluar el funcionamiento, los resultados y los efectos de la modalidad de Hogares Comunitarios de Bienestar- Familia, Mujer e Infancia- FAMI-. Este convenio le dio vida a la presente evaluación.

2.2 JUSTIFICACIÓN

El programa HCB-FAMI se orienta a los grupos de mayor vulnerabilidad económica y social y se ha constituido en una importante estrategia de promoción de la convivencia pacífica, respeto de los derechos, promoción de la lactancia materna, sensibilización y práctica de pautas de crianza; prevención y control de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y de los niños menores de dos años; así como de participación comunitaria en el desarrollo de modalidades de atención a la primera infancia, la mujer gestante y la madre lactante. Por lo cual el ICBF consideró fundamental contar con una evaluación actualizada sobre su funcionamiento y sus resultados en el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y niñas y de las familias usuarias del programa. La evaluación se propuso como fin último allegar insumos para “cualificar y mejorar el proceso de atención, redefinir los lineamientos del servicio y orientar la formulación de la política de atención para la primera infancia (ICBF, “Términos de referencia para seleccionar el contratista que realice el diseño y aplicación del sistema de evaluación del Programa FAMI”. 2005).” Es así como atendiendo a la invitación de la Directora de Evaluación del ICBF, en el mes de diciembre de 2005, se presentó una propuesta por parte de las tres universidades⁴ para realizar la evaluación de los Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad FAMI.

La participación de tres universidades públicas en la evaluación de programas sociales, permite brindar un acompañamiento a partir de una mirada crítica a las políticas del Estado y contribuye en la construcción y desarrollo de una política social, acorde con las necesidades del país, específicamente la que pueda estar dirigida a la primera infancia. Para el equipo investigador este proceso de evaluación de las intervenciones sociales es una oportunidad académica para reflexionar sobre las respuestas desarrolladas por el Estado ante los problemas que afrontan las familias, niños y niñas de los sectores más pobres; analizar el papel que cumple la asignación de recursos públicos e identificar aciertos y desaciertos en materia de política, de tal manera que la reflexión y el análisis

⁴ Universidad Industrial de Santander – PROINAPSA, Universidad Nacional de Colombia - Centro de Estudios Sociales: Observatorio sobre infancia y Universidad del Valle - Centro de Investigaciones en Psicología: Grupo Desarrollo en Contextos.

crítico contribuyan a generar correctivos para la cualificación de las políticas sociales y la calidad de vida de niños, niñas y familias colombianas.

2.3 OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

2.3.1 Objetivos Generales

- Evaluar el funcionamiento actual de la modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar HCB-FAMI desde los lineamientos técnicos y administrativos planteados por el ICBF.
- Evaluar los resultados y efectos obtenidos con base en los objetivos de la modalidad HCB-FAMI e identificados a partir de las prácticas y conocimientos de las familias usuarias.

2.3.2 Objetivos Específicos

Funcionamiento:

- Describir y analizar la organización de la modalidad HCB-FAMI con relación a los lineamientos propuestos por el ICBF.
- Identificar y describir cómo opera la modalidad en la búsqueda de los objetivos del programa según lineamientos del ICBF.

Resultados y Efectos:

- Identificar y analizar los conocimientos y prácticas de las familias usuarias relacionados con el cuidado de la salud, estimulación del desarrollo, lactancia materna, alimentación, resolución de conflictos y prácticas de crianza y socialización.

- Identificar las redes familiares, comunitarias e institucionales, en las que participan las familias usuarias de la modalidad HCB-FAMI.
- Analizar los conocimientos y prácticas actuales de los usuarios que son atribuibles a su participación en la modalidad HCB-FAMI.

CAPITULO 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE EVALUACIÓN

La evaluación del programa “Hogares Comunitarios de Bienestar, modalidad Familia, Mujer e Infancia HCB-FAMI”, se define como una *evaluación de proceso*, entendida como aquella que permite dar cuenta de la organización, la gestión, las actividades, los resultados y efectos del programa, durante su ejecución. Este tipo de evaluación posibilita la identificación de aciertos y desaciertos en la ejecución del programa, el análisis de los resultados y la elaboración de recomendaciones para tomar medidas correctivas que permitan el logro de los objetivos esperados del mismo y la toma de decisiones por parte del ICBF.

Esta evaluación tiene un enfoque descriptivo analítico que aborda los componentes estructurales del programa, conformados por variables que permiten establecer relaciones específicas entre el funcionamiento y los resultados y efectos del programa. Así mismo recopila, describe y analiza los resultados a la luz de los objetivos del programa.

Esta evaluación se enmarca dentro de la investigación aplicada y utiliza predominantemente la lógica del método cuantitativo, porque se consideró apropiado y útil de acuerdo con las circunstancias y necesidades del ICBF y de este estudio evaluativo.

3.2 UNIDADES DE ANÁLISIS Y MUESTRA

Considerando el interés del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y los acuerdos establecidos con el grupo investigador, para obtener una muestra representativa a nivel nacional que tuviera en cuenta la variación de las regiones y subregiones culturales del país, en cuanto a prácticas de crianza, se optó por realizar un *muestreo*

aleatorio estratificado con submuestreo trietápico por conglomerados dentro de cada estrato; cuya variable de estratificación estuvo determinada por las características socioculturales.

Para efectos del muestreo se diseñó un mapa sociocultural del territorio colombiano, que consideró las características culturales establecidas en la Constitución Nacional de 1991. Se estableció una estratificación de las zonas culturales del país, a partir de las prácticas de crianza, mediante la contrastación de las zonas culturales definidas por la bibliografía consultada: mapas, estudios antropológicos y sociológicos.

Se definieron las siguientes regiones socioculturales:

Diagrama 1 Regiones Socioculturales

Estrato	Nombre de Región
1	Región Caribe y región territorio insular del Caribe
2	Región Andina
3	Región Nor-occidente Central
4	Región Sur-occidente
5	Región Centro
6	Región Orinoquía
7	Región Amazonía y áreas con predominio indígena
8	Región del Pacífico

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Teniendo en cuenta los recursos disponibles y la envergadura de la evaluación, se decidió que dentro de cada estrato se debería realizar un muestreo por conglomerado trietápico; en el que las unidades primarias de muestreo (UPM) son los Centros Zonales; las unidades secundarias de muestreo (USM) son los Agentes Educativos FAMI y las unidades terciarias de muestreo (UTM) son los usuarios. Todos los usuarios de los Agentes FAMI seleccionados se incluyeron en la muestra. Los usuarios fueron definidos como la unidad de análisis.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta la siguiente información aportada por el ICBF y reagrupada por regiones socioculturales por el grupo investigador:

Diagrama 2 Regiones Socioculturales

Estrato	Nombre de Región	N° Departamentos	N° Centros Zonales	N° Municipios	N° Agentes FAMI	N° Usuarios
1	Región Caribe y territorio insular del Caribe	8	37	132	5.256	64.515
2	Región Andina	5	42	81	2.723	33.914
3	Región Noroccidente Central	4	23	37	1.182	15.072
4	Región Suroccidente	3	17	71	1.391	17.857
5	Región Centro	2	12	24	525	7.493
6	Región Orinoquía	4	10	12	289	3.553
7	Región Amazonía y áreas con predominio indígena	2	2	4	105	1.494
8	Región del Pacífico	4	11	26	1.016	13.148
	TOTAL	32	154	387	12.487	157.046

Fuente: ICBF, Datos Consolidados Jun-13-2006

Con base en lo anterior, se estimó el tamaño de muestra óptimo así:

- n = 94 centros zonales
- m = 7 FAMI por centro zonal
- k = 2 Usuarios por FAMI

En total, la muestra quedó diseñada así:

- UPM: 94 centros zonales
- USM: 658 agentes FAMI
- UTM: 1.316 usuarios.

Con un nivel de confianza del 95% el error de estimación es de 0.042

En el anexo 1 se presenta el procedimiento para el diseño de la muestra.

3.3 COMPONENTES, DIMENSIONES, VARIABLES E INDICADORES

Dentro de la evaluación del programa se distinguen dos componentes:

- i) Funcionamiento: Es la forma cómo está organizada y opera la modalidad HCB-FAMI en la búsqueda de los objetivos.
- ii) Resultados y Efectos: Se entienden como el logro de los objetivos de la modalidad HCB-FAMI, plasmados en los conocimientos y las prácticas de las familias usuarias.

Estos componentes son considerados como partes integradas, que dan cuenta de la estructura compleja de la modalidad y que, a través de criterios específicos, permiten identificar variables, indicadores y actores de la evaluación de la modalidad HCB-FAMI.

Diagrama 3 Variables, Indicadores y Actores de la Evaluación de la Modalidad HCB-FAMI

Componentes	Dimensiones	Variables
Funcionamiento	Estructura organizativa	Perfil Centro Zonal
		Perfil Entidad contratista
		Perfil Agente educativo FAMI
	Operatividad	Planeación
		Capacitación
		Gestión
		Supervisión, seguimiento y evaluación
	Sistematización	
Resultados y Efectos	Lactancia materna y alimentación	Conocimientos sobre prácticas en lactancia materna de cuidadores y gestantes.
		Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en menores de dos años.
		Prácticas de alimentación de las gestantes.
		Uso del Complemento alimentario por parte de las familias.
	Salud materno infantil	Conocimientos de las madres gestantes para el cuidado de su salud en la gestación.
		Prácticas realizadas por las madres gestantes, usuarias de la modalidad HCB-FAMI, para el cuidado de su salud.
		Conocimientos de las madres gestantes y cuidadores de menores de dos años para el cuidado de la salud después del parto.
		Prácticas realizadas por las madres usuarias de la modalidad HCB-FAMI, para el cuidado de su salud.
		Conocimientos adquiridos en la modalidad por los cuidadores y madres para el cuidado de la salud y el bienestar de los niños y niñas menores de dos años
	Estimulación del desarrollo	Conocimientos y prácticas de estimulación del desarrollo de los niños y las niñas por parte de padres, madres y cuidadores.
		Prácticas de estimulación del desarrollo por parte de padres, madres y cuidadores.
		Conocimientos de las gestantes sobre estimulación del recién nacido y formación del bebé intrauterina.
		Prácticas de estimulación intrauterina por parte de madres gestantes.
	Relaciones al interior de las familias.	Prácticas de crianza y socialización de madres gestantes y cuidadores de menores de dos años.
		Resolución de conflictos.
		Conocimiento de derechos
	Participación en redes.	Participación de usuarios en redes sociales y comunitarias
		Participación de usuarios en redes institucionales

		Beneficios de la participación de los usuarios en la modalidad HCB-FAMI
--	--	---

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

En el anexo 2 se presenta la matriz de análisis que incluye las variables, la definición operacional y los indicadores de cada uno de estos componentes, los cuales sirvieron como base para la descripción, la interpretación y el análisis de los resultados.

3.3.1 Técnicas e instrumentos de recolección de información. El diseño de instrumentos se realizó a partir de los objetivos específicos de la evaluación. Teniendo en cuenta los dos componentes –funcionamiento y resultados y efectos –, se estableció una serie de variables consolidadas en la Matriz de Análisis (Anexo 2). Estas variables sirvieron de base para el diseño de cinco (5) instrumentos de recolección información, estructurados y dirigidos para cada actor participante en la modalidad HCB-FAMI: Centro Zonal (CZ), Entidad Contratista (EC), Agentes Educativos FAMI, Madres Gestantes y Cuidadores de niños menores de dos años (Anexo 3).

Los cinco cuestionarios tienen una estructura similar, los contenidos se definieron de acuerdo con la pertinencia y característica de participación del actor a quien van dirigidos; en ese sentido, algunas preguntas son similares para los actores, por ejemplo, los cuestionarios de CZ y EC contienen las mismas preguntas en un 90%. La estructura de estos cuestionarios contiene: i) Identificación y control, ii) Organización y funcionamiento administrativo, iii) Planeación, iv) Ejecución del programa, v) Seguimiento y evaluación, vi) Manejo de recursos financieros, vii) Observaciones.

En el caso de los cuestionarios dirigidos a los usuarios –madre gestante y cuidador de menor de dos años–, sucede igual; hay una coincidencia en el 97% de las preguntas, y comparten la siguiente estructura: i) Identificación y control, ii) Condiciones socioeconómicas del beneficiario y su familia, iii) Vinculación y participación en el programa, iv) Conocimientos y prácticas de cuidado de la salud, v) Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y alimentación, vi) Conocimientos y prácticas en estimulación y desarrollo, vii) Prácticas de crianza y socialización, viii) Ejercicio de

derechos y participación, ix) Seguimiento y evaluación, x) Observación monitoreada (lista de chequeo), xi) Observaciones.

La estructura del cuestionario del agente educativo FAMI es: i) Identificación y control, ii) Planeación, iii) Ejecución, iv) Recursos financieros, v) Seguimiento y evaluación, vi) Observación monitoreada (lista de chequeo), vii) Observaciones.

Cada instrumento cuenta con un manual de diligenciamiento que describe una a una la intencionalidad de las preguntas y las opciones de respuesta. Adicionalmente el equipo de campo contó con un documento general que contiene los aspectos conceptuales, metodológicos de la evaluación, incluidos los tipos de preguntas, tipos de opciones de respuesta, flujos, la forma de coordinación del trabajo de campo, la estructura del informe de campo, las observaciones de seguridad y las rutas de recolección correspondientes a cada universidad.

Todos los instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto, que se aplicó a un número de actores equivalente al 10% del total de la muestra, no incluido como participantes de la evaluación. En dicha prueba se analizaron los contenidos de las preguntas evaluando si cada una era entendible, socialmente aceptada, pertinente y atractiva; e identificando las rutas de aplicación de cada grupo de trabajo. Este ejercicio permitió mejorar los instrumentos y los manuales que finalmente se aplicaron.

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La fase de recolección de información, denominada Trabajo de Campo, se realizó de acuerdo con la propuesta metodológica de estratificación socio-cultural, el tamaño de la muestra, la asignación de centros zonales para cada universidad y los procedimientos para elección aleatoria en campo de los Agentes Educativos FAMI y las usuarias y usuarios del programa. Se diseñó un plan operativo que, junto con los manuales de los instrumentos, funcionaron como estrategia de aplicación, control de calidad y procedimientos que garantizan el adecuado desarrollo de la fase de trabajo de campo.

- **Estrategia de campo:** en cada universidad se diseñaron rutas de campo, las cuales agruparon los Centros Zonales seleccionados por departamentos y municipios para facilitar la recolección de información. Se estableció un cronograma de trabajo de campo por cada ruta que permitió la organización eficiente del tiempo y la solución de las dificultades espaciales y temporales que se presentaron. Para el desarrollo de esta estrategia se contó con varios equipos, conformados por díadas de investigadores de campo, que tuvieron bajo su responsabilidad el cubrimiento y adaptación de cada ruta. Cada díada cumplió labores de diligenciamiento, supervisión, control de calidad y elaboración de diarios e informes de campo por cada Centro Zonal asignado. Estos informes se socializaron con las coordinaciones de campo, en donde se realizó el seguimiento y evaluación permanente durante esta fase. Los informes de campo cumplieron la función de ser insumos para el análisis cualitativo y de contexto del estudio.
- **Organización de trabajo de campo:** para el desarrollo de la fase de recolección de información primaria se creó una Comité Coordinador de Campo, con delegados de cada universidad, el cual se responsabilizó de la solución conjunta de problemas y necesidades de los equipos de investigadores de campo y de los replanteamientos de estrategias, en los casos que fuera necesario. De esta manera, se garantizó un seguimiento continuo y un análisis conjunto entre las universidades del desarrollo del proceso, para asegurar el proceso concertado y la calidad de la información recolectada. En cada universidad se constituyeron equipos de coordinadores, supervisores e investigadores de campo que garantizaron la recolección oportuna; así como la revisión permanente, el control de calidad de cuestionarios y las observaciones necesarias sobre el contexto municipal y los centros zonales.
- **Estrategia de comunicación:** La coordinación de campo en cada universidad requirió de una permanente comunicación telefónica y vía Internet, para sortear los problemas cotidianos y proponer los ajustes necesarios para resolverlos. En este sentido, se creó un correo electrónico para el equipo de campo que facilitó un contacto permanente entre todos los miembros, valorar el estado de trabajo de campo y socializar los

informes zonales. Además, se realizó un acompañamiento al inicio del trabajo de campo, por parte del comité coordinador y de algunos funcionarios del área de evaluación del ICBF, con el propósito de realizar correctivos oportunos y garantizar el desarrollo y la buena marcha del proceso.

3.5 PLAN DE ANÁLISIS, ORGANIZACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

3.5.1 Plan de Análisis. La información recolectada se analiza en dos niveles: En el primer nivel, se entrega una descripción general de los resultados encontrados alrededor de los dos componentes indagados –Funcionamiento, Resultados y Efectos del Programa–. En un segundo nivel, se realiza un análisis mediante la comparación de los grados de exposición al programa por parte de los usuarios encuestados y los resultados y efectos encontrados en la muestra.

Primer nivel: Análisis descriptivo de los hallazgos de cada uno de los componentes:

Se caracteriza la manera como se presentan los dos componentes evaluados en la modalidad –Funcionamiento, Resultados y Efectos–, mediante la identificación y descripción de indicadores para cada una de las variables establecidas dentro de cada componente. Para el análisis de estos indicadores, se establece una comparación con los lineamientos promulgados por el ICBF en 2005 en cuanto a las orientaciones para el funcionamiento y los objetivos de FAMI.

Segundo nivel: Análisis relacional bivariado: Se establecen relaciones entre algunas variables independiente que puedan dar cuenta de la exposición al programa y otras dependientes que serán los resultados y efectos en las familias, gestantes, niñas y niños usuarios del programa.

Por lo tanto las variables independientes que se consideraron que dan cuenta de la exposición al programa son:

- Tiempo de permanencia en el programa para el total de usuarios.
- Tiempo permanencia en el programa de usuarios que participan por primera vez en la modalidad.
- Participación previa en el programa

Cada una de estas variables se cruzaron con las siguientes variables dependientes de Resultados y Efectos:

- Niñas y niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.
- Niñas y niños mayores de 6 meses que reciben lactancia materna y alimentación complementaria.
- Gestantes con control prenatal adecuado.
- Niñas y niños con carné de vacunación completo de acuerdo a la edad.
- Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos.
- Niñas y niños con registro civil
- Cuidadores y gestantes que refirieron nunca haber utilizado el castigo como mecanismo de corrección a sus hijos menores de 18 años
- Actividades de estimulación para la edad realizadas por la madre
- Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según madres gestantes y cuidadores
- Usuarios que comparten los conocimientos adquiridos en la modalidad con otras personas.
- Usuarios que participan en comités, redes o grupos asociativos para la promoción del desarrollo del niño y la familia.

Para encontrar la posible asociación entre las variables dependientes e independientes se aplicaron diferentes pruebas estadísticas, previo a la comprobación de si la distribución de las variables “tiempo de permanencia en el programa” procedía de una distribución normal.

3.5.2 Procesamiento de la información. La misma se llevó a cabo en cuatro etapas:

Depuración de la información recolectada: Se hizo a partir de los ajustes realizados a las formas de diligenciamiento de los cuestionarios; para ello se realizó una revisión de cada cuestionario, pregunta por pregunta; analizando las dificultades que tuvieron lugar durante la fase de recolección.

Los criterios de revisión que todas las universidades tuvieron en cuenta en la verificación de información de los cuestionarios fueron: i) letra legible, ii) el no uso de abreviaturas, iii) preguntas de cobertura e información financiera, iv) uso de números y signos según lo indicado en el manual, v) casillas con una sola letra o número, vi) estado óptimo de los cuestionarios, vii) respuestas marcadas con lápiz y óvalos rellenos completamente, viii) coherencia entre preguntas, coherencia en flujos entre preguntas, ix) reporte de información según indicaciones del manual y cambios en el proceso de recolección.

Se realizó en cada universidad un ejercicio de identificación del lenguaje y comprensión de las preguntas, a través de un encuentro con carácter de entrevista grupal que tuvo como propósitos establecer las dificultades que se presentaron en el diligenciamiento de las preguntas por cada cuestionario y analizar los componentes de funcionamiento, resultados y efectos, desde la experiencia que cada equipo de campo tuvo en las diferentes zonas del país.

Diseño y creación de base de datos: se realizó desde un programa especializado de captura óptica de caracteres llamado Teleform, el cual permite convertir las imágenes digitales en bases de datos con casos y variables; este programa facilita, con la ayuda de un escáner, la captura de datos en forma sistematizada libre de errores y con gran rapidez.

Proceso de depuración de bases de datos. Comenzó desde la supervisión misma de las encuestas, en donde se buscó que las respuestas fueran consistentes, que los

cuestionarios estuvieran completamente diligenciados de acuerdo con los manuales establecidos. Como complemento de la supervisión de los cuestionarios, en Teleform se establecieron reglas de validación para las variables, una vez obtenidas las bases de datos se realizaron cruces de variables para encontrar casos inconsistentes, como una etapa final de depuración.

Captura y procesamiento de la información: Una vez capturada y validada la información, esta fue procesada por medio del paquete estadístico SPSS, de donde se obtuvieron los estadísticos descriptivos y analíticos previstos en el plan de análisis.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

4.1 MUESTRA ENCUESTADA

A continuación se presentan los diagramas de flujo que ilustran la forma como finalmente se conformó la muestra encuestada, de acuerdo a las unidades de muestreo establecidas y presentadas en el capítulo anterior.

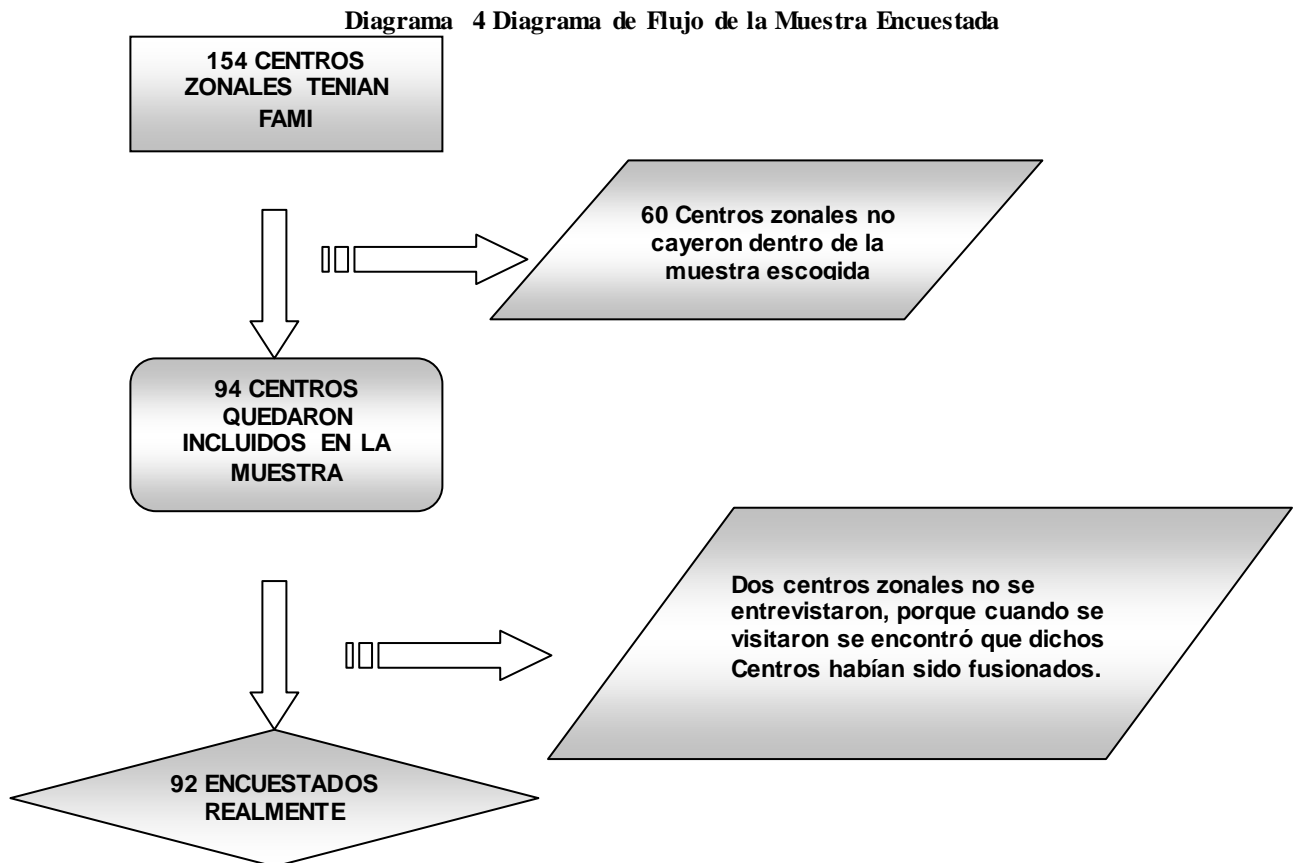


Diagrama 5 Agentes FAMI

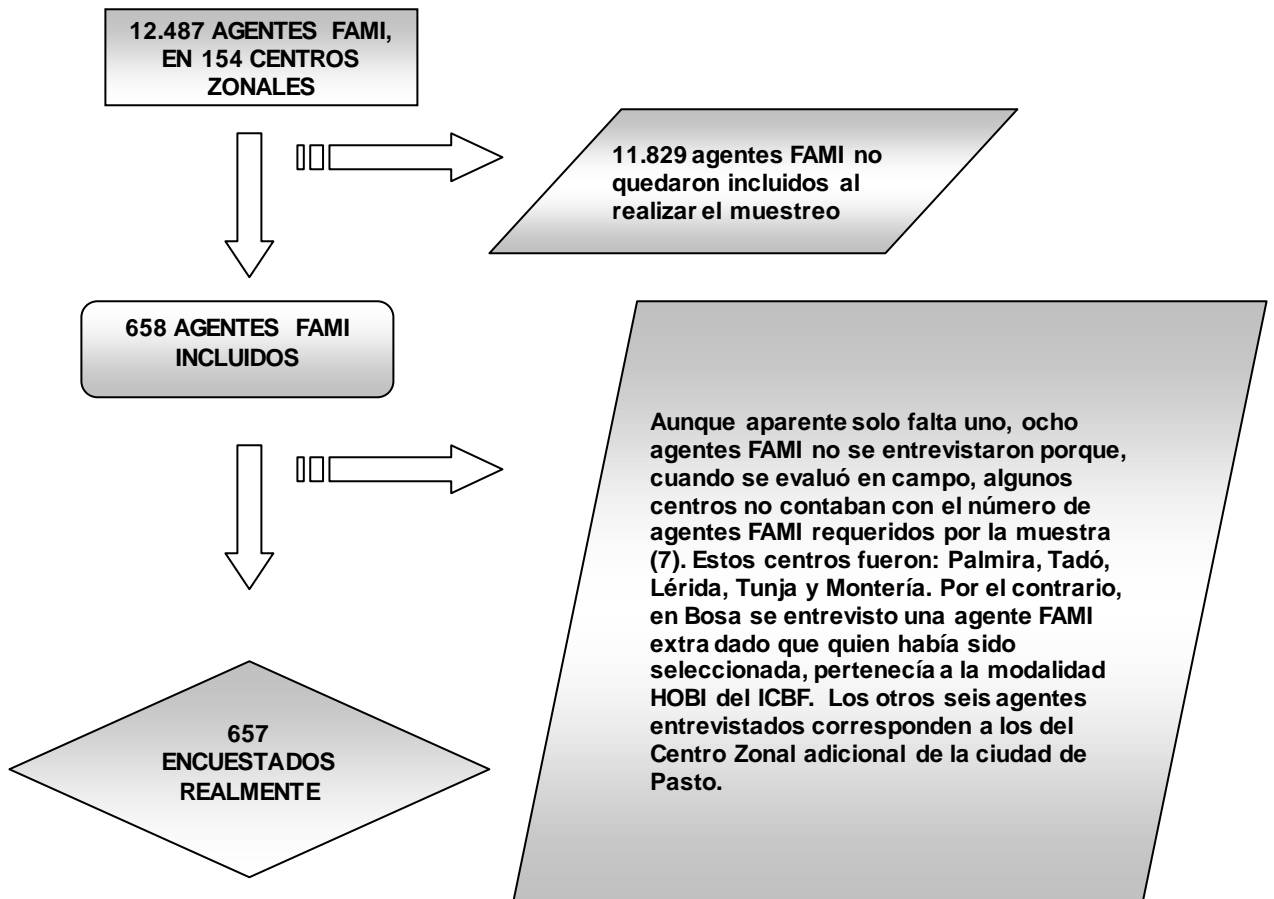
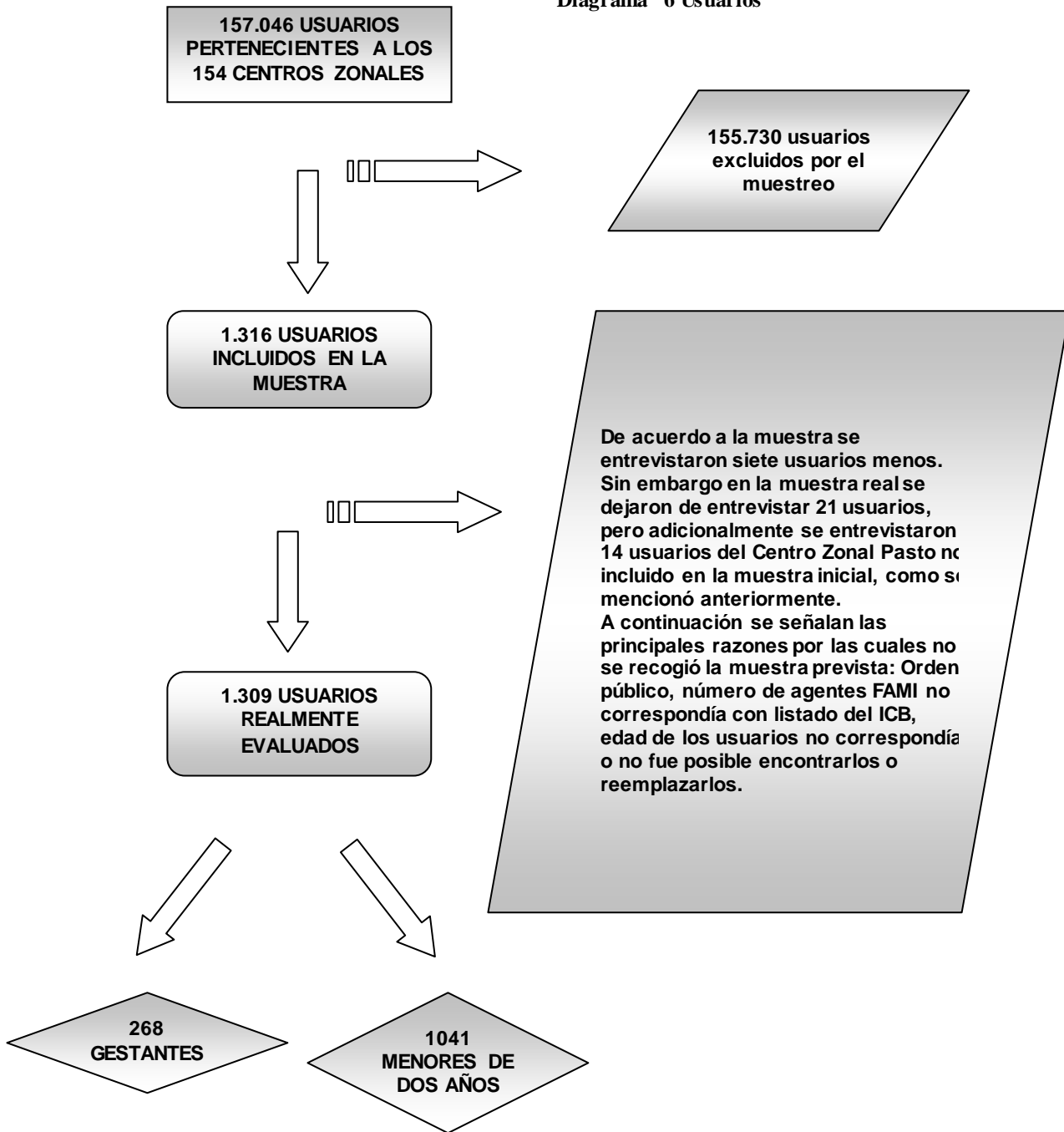


Diagrama 6 Usuarios



4.2 FUNCIONAMIENTO

La evaluación de la modalidad restituye dos componentes: funcionamiento, resultados y efectos. El primer componente identifica la estructura organizativa de la modalidad y los mecanismos que ponen en evidencia la operatividad; el segundo componente relaciona los conocimientos y prácticas que son atribuibles a la implementación de HCB–FAMI.

El componente de funcionamiento de la evaluación describe y analiza la estructura organizativa y operativa de FAMI, en la búsqueda de los objetivos expuestos en los lineamientos de programación 2005, en el acuerdo 021 de 1996 y en el acuerdo 039 de 1996 del ICBF. Tal como está expuesto en la normativa que organiza el funcionamiento de la modalidad (ICBF, 1991, 1993, 1996), los agentes que constituyen la estructura organizativa son: Centros Zonales, Entidades Contratistas y Agentes Educativos FAMI. Las acciones que adelantan estos tres agentes inciden en la planeación y ejecución de actividades de la modalidad.

Las estrategias de articulación entre los agentes para garantizar la operatividad de la modalidad, constituyen el recurso utilizado para identificar dinámicas de organización en la evaluación del funcionamiento.

4.2.1 Estructura Organizativa. La estructura organizativa se define en función de la caracterización de los agentes que participan en la implementación de HCB–FAMI: Centros Zonales (CZ), Entidades Contratistas (EC) y Agentes Educativos FAMI.

Centros Zonales. El papel de los CZ se establece en el artículo 12 de la Resolución 4646 (ICBF; 1999), en el que se especifica que cada uno de los 201 CZ, distribuidos en 28 regionales, constituyen “las dependencias que a nivel municipal deben cumplir las funciones propias del ICBF, definiéndose como responsable de la promoción del desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) dentro de cada área de influencia, así como de coordinar y concertar en el ámbito territorial los proyectos, servicios y acciones de los distintos agentes que lo integran”.

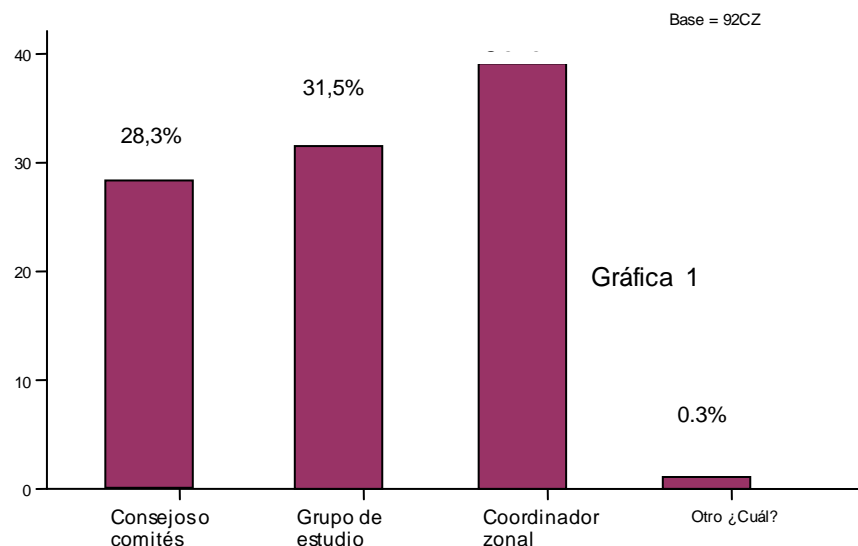
Los datos de las actividades en los CZ para la coordinación de la modalidad FAMI (presentados en la Tabla No 1), indican las siguientes frecuencias de realización: 16,3% desarrollan actividades para conseguir recursos que financien el programa, 45,7% establecen convenios con otras entidades o instituciones, 46,7% apoyan la administración de los recursos financieros, 56,5% articulan la modalidad a los planes de desarrollo municipal y departamental, 76,1% vinculan la modalidad a programas en instituciones públicas y privadas, 91,2% capacitan o hacen inducción a los agentes FAMI que ingresan al programa y 95,7% asesoran a los agentes FAMI.

Diagrama 7 Actividades de coordinación de los Centros Zonales del ICBF

Tabla No 1. Actividades de coordinación de los Centros Zonales del ICBF	Porcentajes
Realización de actividades para conseguir recursos para la financiación de los HCB-FAMI	16,3%
Establecimiento de convenios con otras entidades o instituciones	45,7%
Apoyo a la administración de los recursos financieros destinados desde el nivel nacional a las agentes FAMI	46,7%
Articulación con otros programas de instituciones públicas o privadas	76,1%
Capacitación o inducción a las agentes FAMI al ingresar	91,2%
Asesorías a las agentes FAMI?	95,7%

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

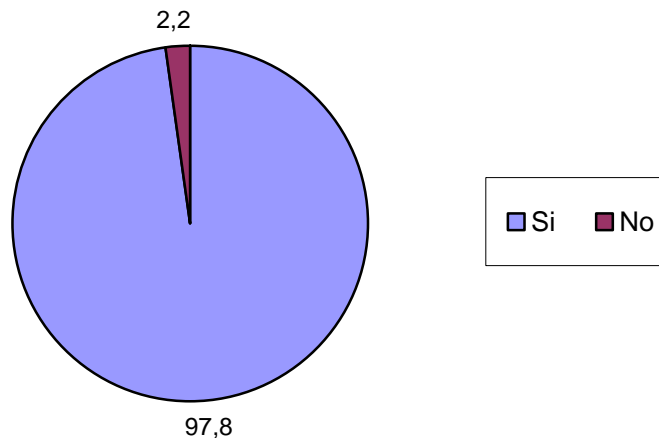
El Gráfica No 1 muestra los datos de las acciones en los CZ para la concertación de servicios en el ámbito territorial. Se encontró que los CZ toman decisiones respecto al funcionamiento de la modalidad con comités o consejos (28,3%); grupos de estudio (31,5%) o coordinador zonal (39,9%). Los dos primeros criterios, comités, consejos y grupos de estudio responden a las disposiciones de la normatividad en la administración del recurso.

Diagrama 8 Instancias que concertan con Centro Zonales en la toma de decisiones

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia. Muier e Infancia-FAMI. 2007

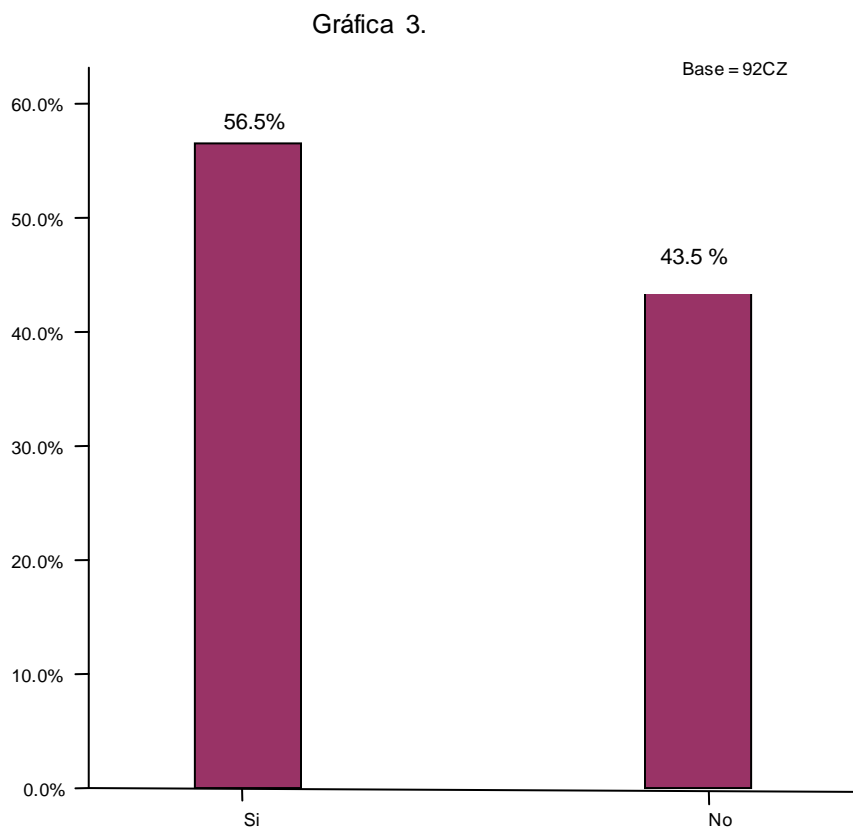
El artículo 5 del *Acuerdo 021* (ICBF, 1996), determina que los CZ tienen la responsabilidad de garantizar el cumplimiento de los lineamientos, procedimientos técnicos y administrativos en el Programa HCB-FAMI, y la inclusión del programa en Planes de Desarrollo Departamental, Distrital y Municipal.

En la difusión de los lineamientos, (Gráfica No. 2), se encontró que 97,8% de los CZ realizan acciones para que las Entidades Contratistas y los agentes educativos FAMI conozcan las disposiciones que reglamentan el funcionamiento de la modalidad.

Diagrama 9 Difusión de lineamientosGráfica 2. Difusión de lineamientos de la Base = 98EC †

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Un aspecto central del funcionamiento de los CZ es la inclusión del programa a Planes de Desarrollo Departamental, Distrital y Municipal. El Gráfica No. 3 muestra que el 56,5 % de los CZ realizan gestiones en los municipios y departamentos, para articular los programas de infancia en las acciones de protección y prevención. El 43,5% de los CZ se apoyan exclusivamente en los recursos que el ICBF provee en la ejecución de la modalidad.

Diagrama 10 Articulación con los planes de desarrollo municipal o departamental

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Las acciones asociadas a procedimientos técnicos y administrativos en el cumplimiento de los lineamientos, se presentan de manera muy homogénea así: en los procedimientos técnicos, el 90,2% de los CZ participan en la selección de los agentes educativos FAMI, de este grupo, el 50% realizan acciones como calificar hojas de vida, sugerir nombres y realizar entrevistas (Anexo 4. Matriz de Hallazgos de Funcionamiento). Esta situación da cuenta de una acción de implementación que difiere de la normatividad establecida en el Acuerdo 039 de 1996.

Es importante destacar la manera como es reportada por parte de los CZ la información de los procedimientos administrativos. La Tabla No 2: *Centros Zonales que proveen información*, muestra que por lo menos 40,2% de los CZ que participan en el estudio presentan dificultades en el registro cuantitativo de cobertura para los años 2005 y 2006.

El dato menos reportado es número de usuarios y complementos alimentarios entregados. Aunque existe un aumento en el número de CZ que reportan cobertura de municipios, entidades contratistas, hogares FAMI y usuarios para el 2006, la cifra no es significativa.

Diagrama 11 Centros Zonales que proveen información 2005 – 2006

Tabla No 2. Centros Zonales que proveen información 2005 – 2006	2005		2006	
	Si	No	Si	No
Coberturas				
Número de Municipios	83	9	87	7
Número de entidades contratistas	81	11	86	6
Número de hogares FAMI	84	8	90	2
Número de mujeres gestantes	63	29	71	21
Número de niños /niñas menores de dos años	55	37	63	29
Número de complementos entregados	70	22	76	16

En el registro de visitas, Tabla No 3: *Visitas y seguimiento*, por lo menos 31,5% CZ no reportan información de las visitas realizadas a las agentes FAMI en los años 2005 y 2006; de igual manera, 38% CZ no reportan información de los seguimientos mensuales. Este dato establece que en 44,6% CZ es escaso el registro del seguimiento que se hace al programa, o no están realizando seguimiento; cualquiera de las dos situaciones en términos de funcionamiento requiere ser atendida.

Diagrama 12 Visitas y Seguimiento

Tabla Nº 3. Visitas y Seguimiento	2005		2006	
	Si	No	Si	No
Número de visitas a Agentes educativas FAMI	59	33	63	29
Número de seguimientos mensuales	51	41	57	35

El reporte de cobertura 2005 – 2006 de CZ, Tabla No 4, presenta la siguiente distribución: 7 municipios en promedio para ambos periodos; 125 hogares FAMI en promedio para el 2005 con una reducción del promedio a 120 hogares; 22 EC en promedio con una reducción a 20 EC en 2006. En la cobertura de usuarios, se obtuvieron datos de 77,2% CZ, en el caso de las gestantes, los promedios se redujeron de 487 a 443; en el caso de menor de dos años, los promedios se redujeron de 956 a 912.

Diagrama 13 Cobertura de CZ 2005 – 2006

Tabla Nº 4. Cobertura de CZ 2005 – 2006	Promedio	
	2005	2006
Número de Municipios	7	7
Número de entidades contratistas	22	20
Número de hogares FAMI	125	120
Número de mujeres gestantes	487	443
Número de niños	956	912

Los datos de acciones de funcionamiento, presentados en la Tabla No. 5, describen que en el año 2006 el promedio de número de visitas reportadas por los agentes educativos FAMI, número de seguimientos y número de complementos alimentarios entregados tiene una tendencia a aumentar, con respecto al año 2005, si se tiene en cuenta que la información del 2006 corresponde solamente al primer semestre de ese años.

Diagrama 14 Acciones de funcionamiento 2005 – 2006

Tabla Nº 5. Acciones de funcionamiento 2005 – 2006	Promedio	
	2005	2006
Acciones de Funcionamiento		
Número de visitas domiciliarias de las agentes FAMI	13250	11465
Número de seguimientos mensuales	176	138
Número de complementos entregados	22973	14186

En cada CZ que se visitó para el registro de datos, se encontró un funcionario que brindó información general de la modalidad. El acceso a los archivos sólo fue posible cuando encontramos a un responsable directo de la modalidad. 62% de CZ cuenta con una persona que se encarga de los procedimientos técnicos y administrativos. 38% de CZ entrega información dispersa y las acciones que se ejecutan son aisladas y sin coordinación (Anexo 4). En los casos en que hay un responsable directo de la modalidad, se trata de un funcionario asignado por el CZ para realizar supervisión, seguimiento, capacitación permanente a los agentes educativos FAMI e inducción a los nuevos agentes. Este funcionario, simultáneamente, hace acompañamiento a otros programas que promueve el ICBF.

91,2% de los funcionarios responsables de la modalidad, en los CZ que lo tienen, son profesionales (Anexo 4). La Tabla No 6 describe las profesiones de estos funcionarios.

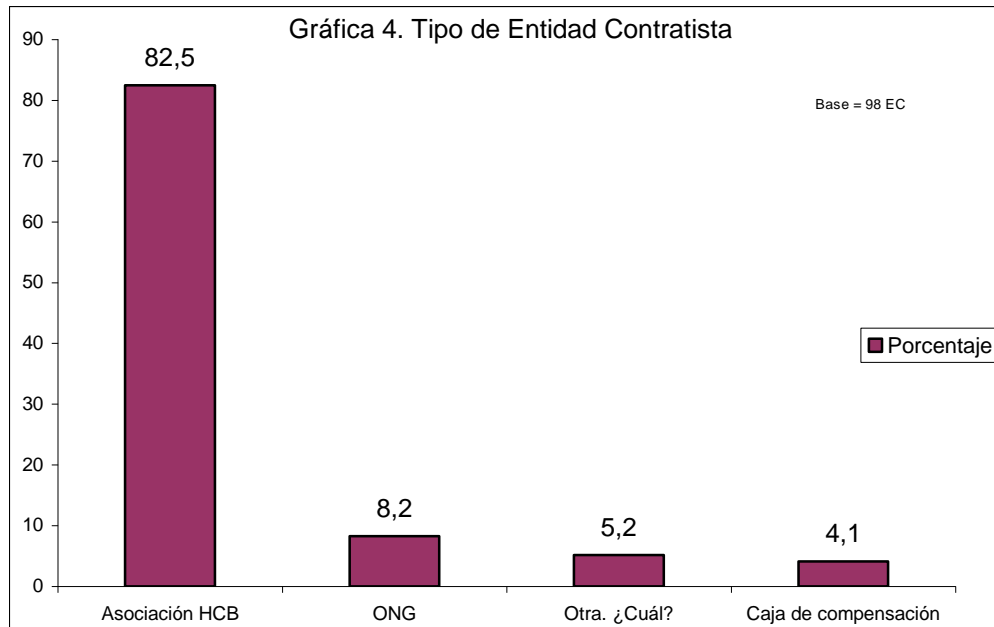
Diagrama 15 Profesión de responsable Modalidad

Tabla Nº 6 Profesión de responsable Modalidad	Porcentajes
Trabajador(a) Social	25,4%
Profesional área de Humanidades y ciencias sociales	10,4%
Profesional área de administración y economía	4,5%
Pedagogo / Educador	23,9%
Otro	14,9%
Nutricionista	17,9%
Enfermera	3,0%

Entidades Contratistas. Las Entidades Contratistas son las organizaciones que administran la modalidad HCB-FAMI. El artículo 2° del acuerdo 021 del 23 de abril de 1996 define que “las Asociaciones de Padres de Familia de los niños beneficiarios del programa HCB, o cualquier otra forma de organización comunitaria, registrada con personería jurídica y legalmente constituida, podrá celebrar contratos de aporte para administrar los recursos asignados por el Gobierno Nacional y los aportes provenientes de la comunidad”. El artículo 6° del mismo dice: “el Programa Hogares Comunitarios de Bienestar será ejecutado y administrado directamente por la comunidad, a través de Asociaciones de Padres de Familia de los menores beneficiarios del Programa o de otras Organizaciones Comunitarias de conformidad con las normas y lineamientos dictado por el ICBF para tal fin”.

98 EC participan en la evaluación. Los tipos de EC encontrados son: 82,5% Asociaciones de HCB; 8,2% ONG's; 5,2% Cooperativas y alianzas; 4,1% Cajas de Compensación (ver Gráfica Nº 4). La distribución del tiempo de contratación entre la EC y el ICBF es: un año o menos, 36,7%; entre 1 y 2 años, 17,3%; entre 2 y 3 años, 14,3%; y más de 3 años, 31,6%.

Diagrama 16 Tipo de Entidad Contratista



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Entre las principales razones que exponen las EC para el inicio de actividades con los HCB-FAMI se encuentran: evaluación de las necesidades de la comunidad, 37,1%; solicitud de la comunidad, 21,6%; solicitud del ICBF, 16,5%; interés particular de la entidad contratista, 10,3% (Anexo 4). Las dos primeras razones, evaluación de necesidades y solicitud de la comunidad, que concentran más del 58% de las EC encuestadas, responde al parámetro expuesto por el ICBF en el artículo 6° del acuerdo 021 “las Asociaciones de HCB y otras organizaciones comunitarias son sin ánimo de lucro, están constituidas legalmente y conformadas por habitantes de un mismo vecindario, barrio, vereda, caserío o territorio, con el objeto de brindar atención a los niños de su comunidad mediante la autogestión, el trabajo solidario y apoyo a la solución de sus problemas para formar y conseguir una cultura ciudadana integral” (ICBF, 1996).

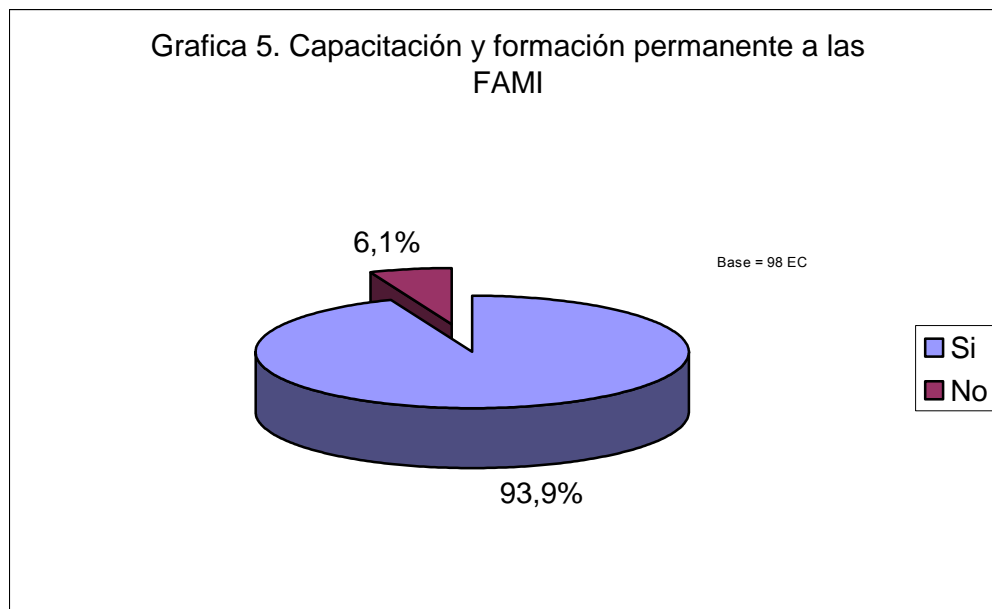
Las EC realizan su labor sustentadas en la normatividad de la modalidad y con especial atención al contrato establecido con el ICBF. Algunas EC asumen el contrato como principio de los estatutos de su organización, otras establecen diferencias entre el contrato y sus estatutos y orientan su acción de acuerdo con el contrato establecido, el cual se presume, debe contener los aspectos normativos de la modalidad.

85,7% de los representantes legales son mujeres, de este porcentaje el 61,2% han sido agente educativo FAMI o madre comunitaria. 87,8% de las EC cuentan con un responsable directo de la modalidad, y sólo 18,4% de este grupo, son profesionales. Las funciones que realiza esta persona son: selección, capacitación y seguimiento a los agentes educativos FAMI, distribución de complementos alimentarios establecimiento de alianzas con otras organizaciones y veeduría. (Anexo 4).

Acerca de la selección de los agentes educativos FAMI, el literal *b* del artículo 2 del acuerdo 039 de 1996 establece que “los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI funcionarán bajo la responsabilidad de una Madre Comunitaria escogida por la Asociación de Padres de Familia o la Organización Comunitaria que los administre” (ICBF, 1996). 61,2% de EC participan en la selección de los agentes educativos FAMI y 38,8% delegan esta responsabilidad a los CZ.

De las EC que participan en la selección de los agentes sólo el 1% adopta el total de los criterios del literal *c* del artículo 2 del acuerdo 039: edad, reconocimiento de la comunidad, escolaridad, experiencia en trabajo comunitario, buena salud y disponibilidad de tiempo; 63,3% EC adoptan al menos uno de los requisitos de la normatividad, 35,7% no adopta ninguno de los criterios. (Anexo 4).

Las acciones que ejecutan las EC para ofrecer capacitación y formación a los agentes educativos FAMI, Gráfica No 5, muestra que 93,9% de las EC, establece jornadas permanentes para que los agentes educativos FAMI tengan acceso a información relevante en los temas previstos en las sesiones educativas, sólo 6,1% no reporta actividades de formación.

Diagrama 17 Capacitación y Formación

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

En cuanto a actividades de seguimiento a los HCB-FAMI, (Tabla Nº 7), aunque todas las EC presentan datos de cobertura en número de hogares FAMI, los datos de cobertura en usuarios no fueron entregados en su totalidad. Específicamente, 24,5% EC no reportan la cobertura de niños y niñas menores de dos años. Estos reportes sugieren falencias en los recursos que utiliza la EC para capturar la información que poseen los agentes educativos FAMI.

Diagrama 18 Seguimiento EC

Tabla Nº 7: Seguimiento EC			
Información solicitada	Información entregada 2006		
	Si	No	Promedio
Número de hogares FAMI	98	0	18
Número de mujeres gestantes	74	24	61
Número de niños	71	27	114

La mayoría de las EC, 96,9%, distribuye los complementos alimentarios mensualmente; un pequeño grupo, 3,1%, entrega las raciones cada dos semanas. En el establecimiento de alianzas con organizaciones para el funcionamiento de la modalidad, 54,1% de las EC establecen convenios y alianzas; de este porcentaje, el 49% las realizan con entidades

públicas; el 17,3% con entidades privadas y el 15,3% con organizaciones comunitarias. (Anexo 4).

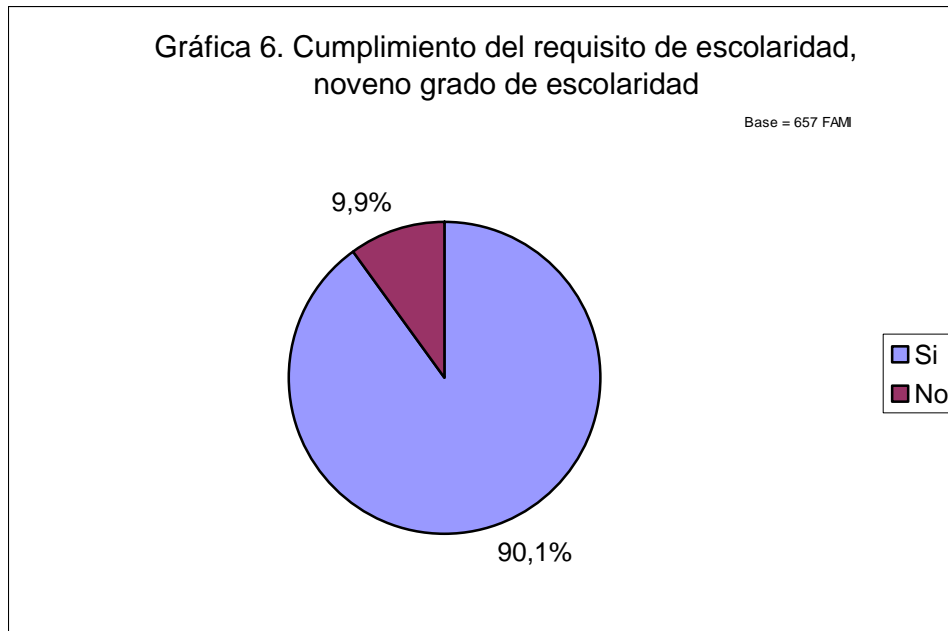
La función de veeduría ciudadana de las EC se explicita en el artículo 6° del Acuerdo 021 de 1996, el cual describe que “las Asociaciones de Padres de Familia o las organizaciones comunitarias, en su calidad de entes administradores del programa, serán los responsables del correcto funcionamiento de los Hogares Comunitarios de Bienestar, apoyados en los Comités de Vigilancia y Control y de Veeduría Ciudadana”. En el trabajo de investigación en campo, ninguno de los CZ reporta la existencia de un Comité de Vigilancia y Control, ni de Veeduría Ciudadana, que incluya dentro de su labor el seguimiento al funcionamiento de los HCB-FAMI.

Agente Educativo FAMI. El *literal b* del artículo segundo del acuerdo 039 establece el perfil del agente educativo FAMI:

“Mayor de edad y menor de 55 años, con residencia en el sector donde va a funcionar el Hogar, con actitud y aptitud para el trabajo con familia, de reconocido comportamiento social y moral, con noveno grado aprobado de Educación Básica, experiencia comprobada de trabajo comunitario, que acepte su vinculación, al Programa, como un trabajo solidario y voluntario, que esté dispuesto a capacitarse para brindar una mejor atención a las familias, que tenga buena salud y que cuente con el tiempo necesario para desarrollar las acciones que le competen en el programa” (ICBF, 1996).

El total de los agentes educativos FAMI que participan en la evaluación cumple con el requisito de ser mayor de edad y sus viviendas están ubicadas en la zona de influencia de las familias usuarias de la modalidad. El nivel de escolaridad, Gráfica No 6, se distribuye entre un 90,1% que cumplen con el requisito de la norma, es decir, haber aprobado noveno grado; y un 9,9% que no cumplen este requisito. El nivel de escolaridad de este último grupo se distribuye así: 25,9% tienen nivel de escolaridad primaria y 74,1% realizó cursos de educación media hasta noveno grado. (Anexo 4).

Diagrama 19 Escolaridad Noveno



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

En la experiencia comprobada de trabajo comunitario, la Tabla No 8: *tiempo de vinculación a la modalidad*, muestra que 19% de los agentes educativos FAMI tiene un promedio menor de dos años, 36,8% un promedio entre 3 y 10 años y 44,1% tiene más de 10 años de trabajo con la comunidad.

Diagrama 20 Tipo de vinculación a la modalidad HCB-FAMI

Tabla No 8. Tiempo de vinculación a la modalidad HCB-FAMI (Años)		
Tiempo (Años)	Frecuencia	Porcentaje
0 – 2	125	19,0%
3 – 5	88	13,4%
6 – 8	77	11,7%
9 – 10	77	11,7%
Más de 10	290	44,1%
Total	657	100.0

El criterio disposición a capacitarse para brindar una mejor atención a las familias, se evalúa con la información provista por los agentes educativos FAMI acerca de su participación en diplomados o cursos relacionados con su labor. La Tabla No 9: *Participación en diplomados y/o cursos relacionados*, muestra que 86,7% de los agentes

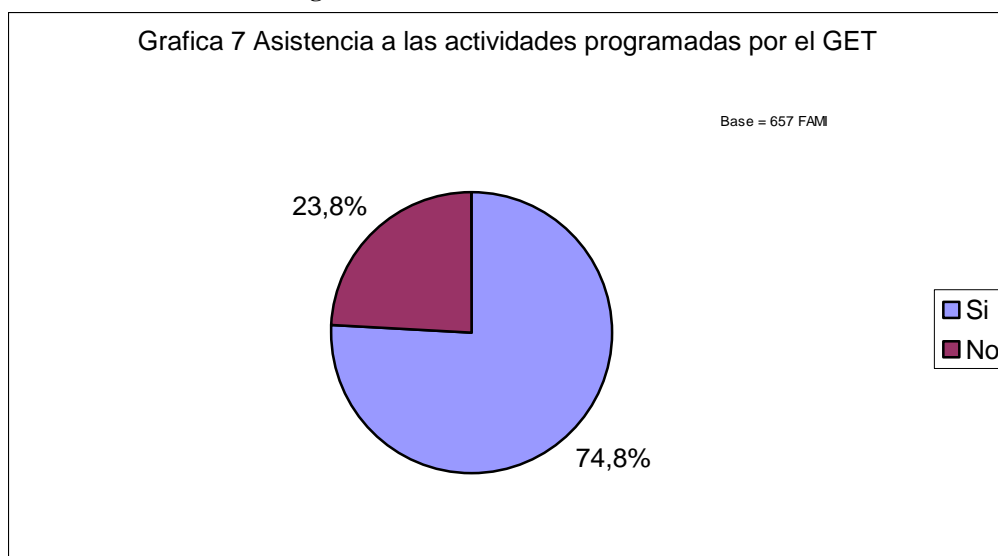
FAMI participan en propuestas educativas complementarias a la capacitación, mientras 13,3% no lo hace.

Diagrama 21 Participación en diplomados/cursos relacionados

Tabla No 9. Participación en diplomados/cursos relacionados		
	Frecuencia	Porcentaje válido
Si	568	86,7%
No	87	13,3%
Total	655	100,0%

La disponibilidad de tiempo para *desarrollar acciones que le competen al programa es evaluada por la asistencia permanente al grupo de estudio y trabajo (GET)*. El Gráfica No. 7, asistencia al GET, muestra que 74,8% participa y reconoce al grupo de trabajo como un recurso necesario para la transformación de su práctica educativa, mientras 23,8% no asiste a las actividades programadas por el GET o ni siquiera reporta la constitución del grupo.

Diagrama 22 Asistencias a las Actividades



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

4.2.2 Operatividad de la modalidad. La operatividad de la modalidad HCB-FAMI se entiende a partir de las acciones desarrolladas por el CZ, la EC y el agente educativo FAMI, para el cumplimiento de los objetivos de la modalidad. Las acciones identificadas

en la normatividad son: planeación de actividades, capacitación, gestión, supervisión, seguimiento, evaluación y sistematización.

Planeación de actividades en la modalidad HCB-FAMI. La planeación se describe en el marco de la programación de las actividades que desarrollan CZ, EC y agentes educativos FAMI para orientar la ejecución de la modalidad. El artículo 12 de la resolución 4646 de 1999 indica que el CZ debe:

“planear anualmente la oferta de servicios del Instituto, realizando la programación de metas, así como la asignación de los recursos según poblaciones objetivo, mapas de riesgo y demandas de los beneficiarios”, y además “identificar los grupos poblacionales prioritarios para la acción institucional, así como proponer y fomentar el desarrollo de servicios adecuados a las demandas de las familias, niños, niñas y jóvenes” (ICBF, 1999).

Los CZ que cuentan con la modalidad, deben implementar los lineamientos de Programación 2005, en articulación con los agentes educativos FAMI, de acuerdo con su competencia. 64,7% de CZ, reporta que realiza actividades específicas de planeación para la modalidad HCB-FAMI; 79,4% de EC afirman que los CZ realizan este tipo de acciones. Hay que anotar que en las observaciones del trabajo de campo, se encontró que los CZ y EC presentan poca claridad en la diferenciación entre planeación y ejecución.

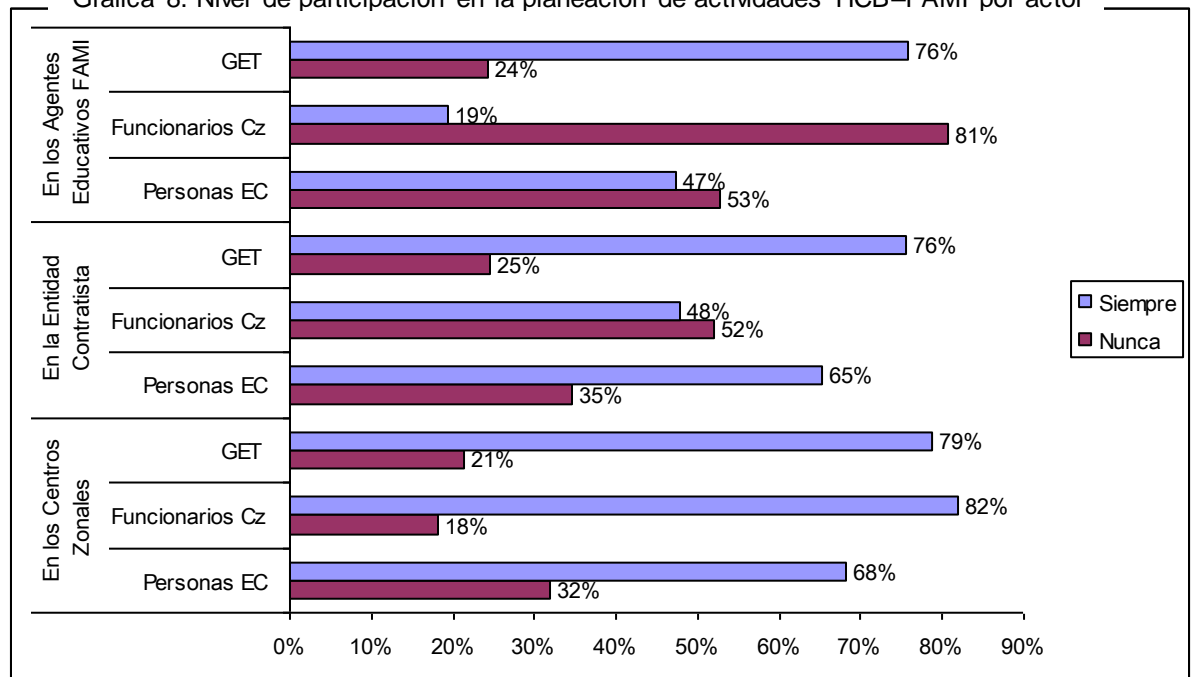
La resolución 4646 (ICBF, 1999), establece las acciones de participación, articulación y coordinación que los CZ deben realizar para fortalecer los diferentes programas y proyectos que el ICBF desarrolla. El Gráfica No. 8, reporta el nivel de participación de cada actor, en la planeación de las actividades de la modalidad HCB-FAMI, así:

- **Participación del CZ en la planeación:** 82% de CZ reporta que siempre participa en la planeación de actividades de la modalidad. En contraste, 48% de EC y 19% de los agentes educativos FAMI reportan que el CZ participa siempre en la planeación.

- **Participación de EC en la planeación:** 65% de EC responde que participa siempre en la planeación, mientras 68% de CZ manifiesta que las EC siempre participan y 47% de los agentes educativos FAMI reporta tal participación de las EC.
- **Participación del Grupo de Estudio y Trabajo (GET) en la planeación:** 79% de los CZ manifiesta que el GET siempre participa, 76% de EC e igual porcentaje de agentes educativos FAMI manifiesta que los miembros del GET son quienes siempre participan en la planeación de la modalidad.

Diagrama 23 Nivel de participación en la planeación de actividades

Grafica 8. Nivel de participación en la planeación de actividades HCB-FAMI por actor



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

El artículo 2 del acuerdo 039 (ICBF, 1996), expone que los agentes educativos FAMI disponen de 80 horas mensuales de dedicación al programa, de estas, 44 horas debe distribuir en la planeación de actividades y el desplazamiento a visitas familiares, 6 horas para el desarrollo de las sesiones educativas y 30 de duración en las visitas. De un 99,4% de los agentes educativos que informa que realiza actividades de planeación, 48,9%

planea cada mes, 34,2% planea cada semana, 10% cada dos semanas y 7% varía el tiempo de planeación entre dos, tres y seis meses. 89,6% de agentes educativos FAMI dedican por lo menos dos horas a la planeación de sesiones educativas. (Anexo 4)

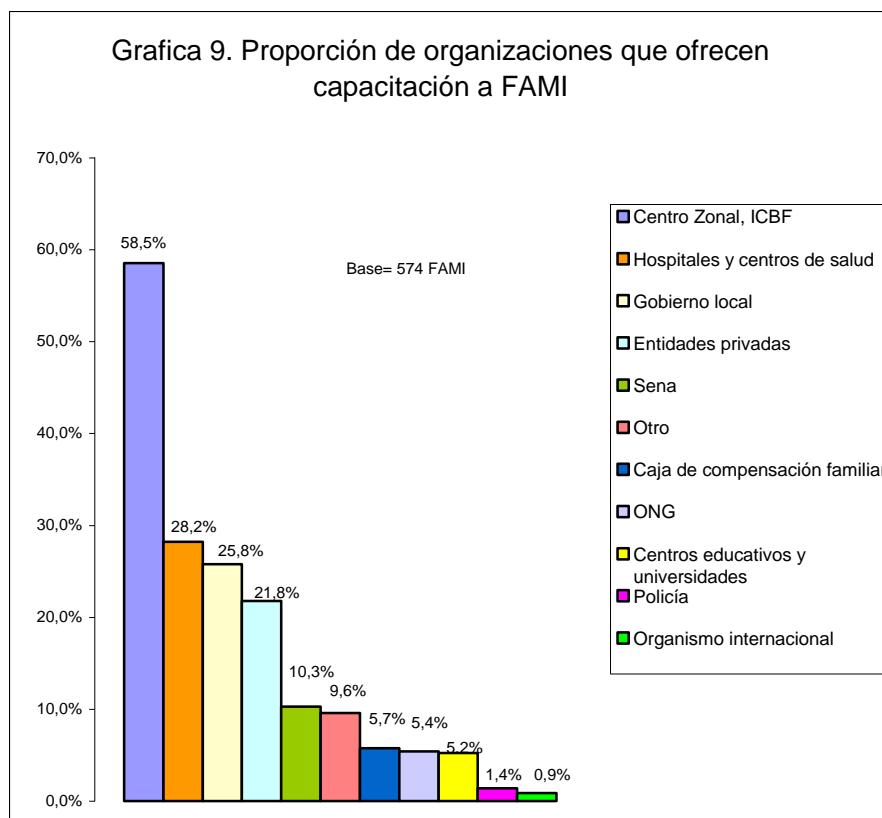
Las actividades planeadas por los agentes educativos FAMI son: sesiones educativas (88,3%); visitas domiciliarias (66,5%); manualidades (43,7%) y entrega de suministros (31%). El tema que aparece en mayor porcentaje en los reportes de planeación es la lactancia materna (40%). Aunque la planeación de manualidades no se sustenta en la normatividad, aparece en un alto porcentaje y es sustentada en razón a que son consideradas como estrategias pedagógicas de los agentes educativos para que los usuarios participen en las sesiones educativas y además, representa una opción para generar ingresos al grupo familiar. La responsabilidad en la entrega de complementos alimentarios es de la EC, esto sustenta el bajo porcentaje en su planeación por parte de los agentes FAMI. (Anexo 4).

Capacitación. Las actividades de capacitación constituyen todas las intervenciones encaminadas a cualificar a los agentes educativos FAMI para la planeación, ejecución y sistematización de sus actividades en el programa; así mismo, se consideran las actividades educativas que los agentes FAMI ofrecen a los usuarios. En esa medida, se dividen en dos modos de capacitación: uno de ellos son las capacitaciones y asesorías dirigidas por el CZ y EC a los agentes educativos FAMI; y otro son las sesiones educativas que los agentes educativos ofrecen a los usuarios.

- **Capacitación de CZ y EC a los agentes educativos FAMI:** El artículo 3 del acuerdo 021 (ICBF, 1996), en el párrafo 4 establece que la “capacitación para Agentes Educativos Comunitarios debe desarrollarse dentro de un sistema de formación permanente, inserto en el quehacer diario de las acciones requeridas para el mejoramiento de las condiciones de vida y de la atención directa de los niños”, igualmente en el literal f del mismo artículo se define que las madres comunitarias y otros agentes educativos comunitarios recibirán “capacitación inicial básica y específica, para que puedan apoyar el desarrollo del proyecto dentro del Sistema de Formación Permanente en aspectos metodológicos y temáticos. (ICBF, 1996).

88,3% de los agentes educativos ha recibido capacitación durante el último año. El Gráfica N° 9 reporta las organizaciones que ofrecen capacitación: CZ (58,5%), hospitales o centros de salud (28,2%), organizaciones del gobierno local (25,8%), entidades privadas (21,8%) y el SENA (10,3%). Por debajo del 10% aparecen otras entidades: cajas de compensación familiar, ONG's, universidades, Policía Nacional y Organismos de Cooperación Internacional.

Diagrama 24 Proporción de Organizaciones



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

En el marco del cumplimiento de la normatividad, 90,2% de CZ ofrece capacitación o inducción a los agentes FAMI cuando ingresan a la modalidad. De igual manera, 95,7% de CZ reporta actividades de asesoría a los agentes FAMI; 83,1% de agentes educativos confirman esta información. 94% de EC manifiesta ofrecer capacitación y formación permanente a los agentes educativos FAMI; sin embargo, 55,1% de los agentes educativos no reportan recibir esta información. (Anexo 4).

- **Capacitación de los agentes educativos FAMI a los usuarios:** Los literales e y f del artículo 3 del acuerdo 039 (ICBF, 1996), se orienta acerca del contenido de las sesiones educativas y visitas domiciliarias; estas orientaciones son retomadas y ampliadas en los lineamientos de programación 2005:

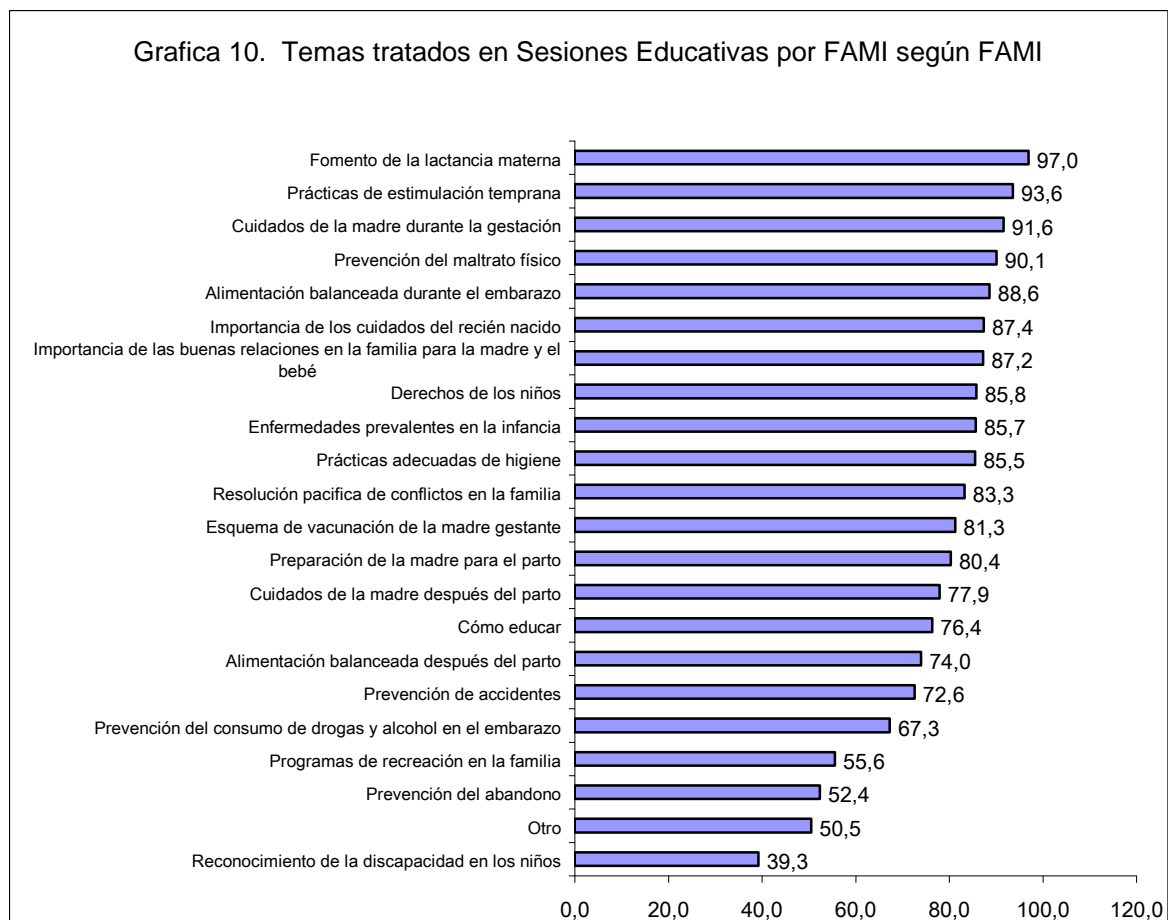
“la realización de sesiones educativas con el grupo de Familias en Desarrollo que faciliten procesos educativos, propicien el desarrollo integral y el fortalecimiento del grupo familiar, a partir del conocimiento de las experiencias cotidianas, actitudes, sentimientos, creencias, ideas y prácticas de las familias acerca del niño, la familia y la comunidad, la niñez, la discapacidad, los vínculos afectivos, procesos de socialización y crianza, derechos humanos y resolución pacífica de conflictos”; con los adultos, madres lactantes, gestantes y adulto acompañante, se propone llevar a cabo, “actividades educativas que permitan adquirir conocimientos relacionadas con la concepción, la gestación, el nacimiento y los cuidados del recién nacido y de la madre después del parto, derechos de la familia, los niños y las mujeres y sobre la importancia del afecto y de prácticas de crianza adecuadas en el desarrollo evolutivo de los niños”. (ICBF, 2005).

El artículo 3 del acuerdo 039 plantea la realización de visitas a cada una de las Familias en Desarrollo; en ellas, el agente educativo compartirá experiencias y prácticas de aprendizaje, “a partir de sus características, aspectos teóricos y prácticos relacionados con la convivencia y participación de sus miembros durante la gestación, periodo de post- parto, lactancia materna y desarrollo de los niños y niñas menores de 2 años, y demás elementos que fortalezcan el desarrollo integral de la familia, involucrando además actividades de estimulación adecuada con los niños” (ICBF, 1996). En el año 2005, el ICBF establece la realización de visitas familiares “con el fin de apreciar las vivencias y relaciones familiares y del entorno y reforzar en la práctica acciones, identificadas en las sesiones educativas”. (ICBF, 2005).

Del total de usuarios reportados por los agentes educativos, 85,6% asisten a las sesiones educativas. Los temas tratados en las sesiones educativas, Gráfica N° 10, según los agentes educativos FAMI son: por encima del 90%: lactancia materna (97%), prácticas de estimulación temprana, cuidados de la madre durante la gestación, prevención del maltrato infantil; entre el 70% y 80% aparecen temas como: importancia de los cuidados del recién nacido, importancia de las buenas relaciones

en la familia; derechos de los niños y niñas, esquema de vacunación (81,3%); entre el 50% y 60%: prevención del consumo de drogas y alcohol durante el embarazo; por debajo del 50% se reporta el reconocimiento de la discapacidad.

Diagrama 25 Temas Tratados según FAMI

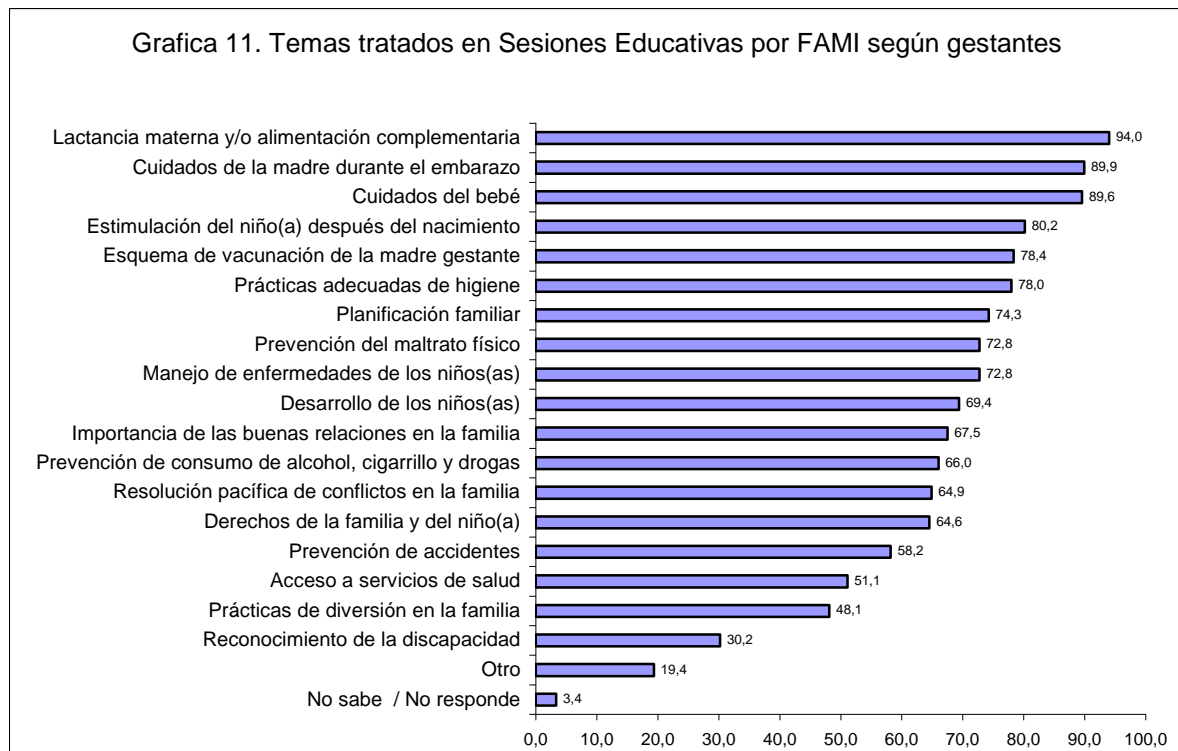


Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Las gestantes reportan, Gráfica 11, que los temas tratados con mayor frecuencia por los agentes FAMI en las sesiones educativas por encima del 90% lactancia materna y alimentación complementaria, cuidados de la madre durante el embarazo y cuidados del bebe; entre 70% y 80%: estimulación del niño/ niña después del nacimiento, esquema de vacunación de la madre gestante, prácticas de higiene, planificación familiar; entre 50% y 60%: desarrollo de los niños y niñas, importancia de buenas

relaciones en la familia, acceso a servicios de salud; por debajo del 50% se reportan temas como prácticas de diversión de la familia, reconocimiento de la discapacidad.

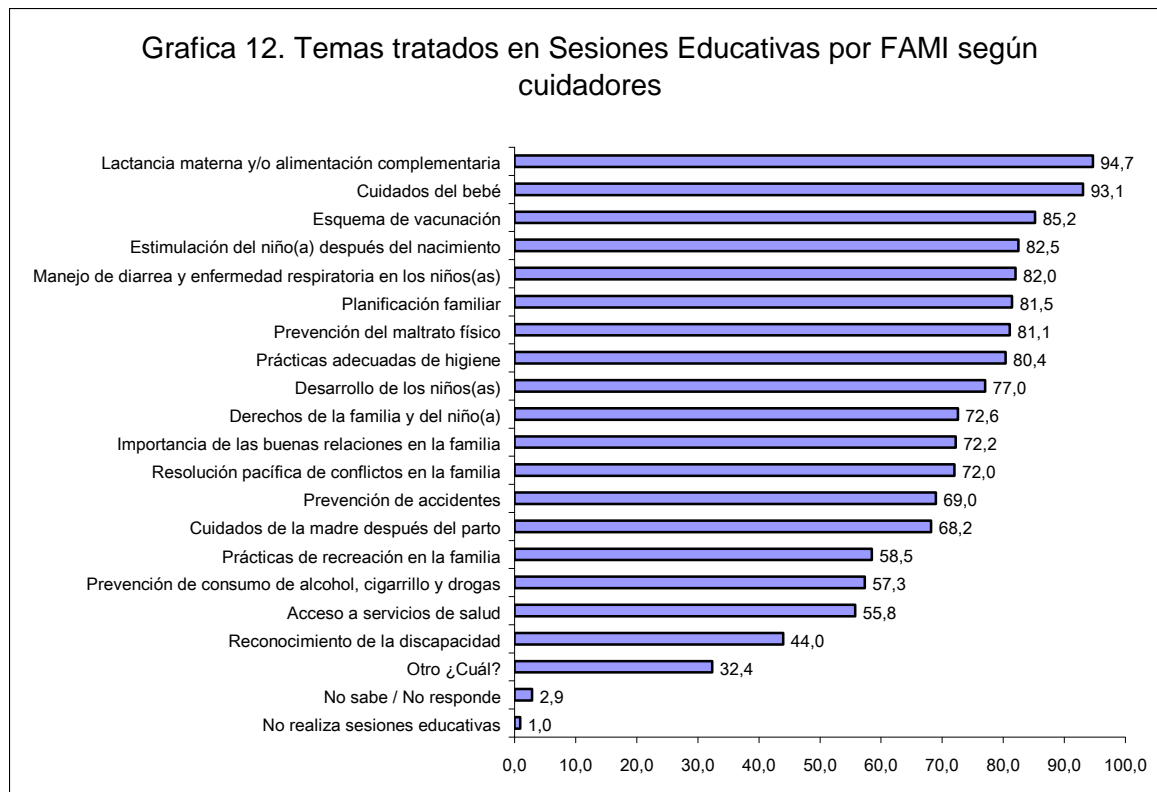
Diagrama 26 Temas Tratados - sesiones educativas por FAMI según gestantes



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Los cuidadores de menores de dos años, Gráfica No.12, refirieron que los temas tratados con mayor frecuencia en las sesiones por encima de 90% son: lactancia materna, alimentación complementaria, cuidados de la madre después del parto; entre 70% y 80%: esquema de vacunación, estimulación del niño/niña después de nacer, manejo de enfermedades prevenibles, planificación familiar; entre 50% y 60%: prevención de accidentes, cuidados de la madres después del parto; por debajo del 50% reconocimiento de la discapacidad.

Diagrama 27 Temas Tratados por FAMI según Cuidadores



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Los datos muestran que existe una estrecha relación entre los temas que reporta los agentes educativos y los usuarios. Por ejemplo, es coherente la relación entre la alta proporción del tema de lactancia materna y alimentación complementaria, cuidados de la madre gestante y del recién nacido. La similitud entre los temas reportados por los usuarios da cuenta de la estrategia pedagógica que utilizan los agentes: sesiones educativas por núcleos temáticos.

91% de madres gestantes y 92,4% de cuidador de niño/niña menor de dos años manifiesta que el agente educativo si realiza visitas domiciliarias (Anexo 4). La frecuencia en tiempo de visitas, Tabla No 10, es similar para ambos grupos de usuarios: cada dos semanas, gestantes (41,5%) y menor dos años (40,2%); cada

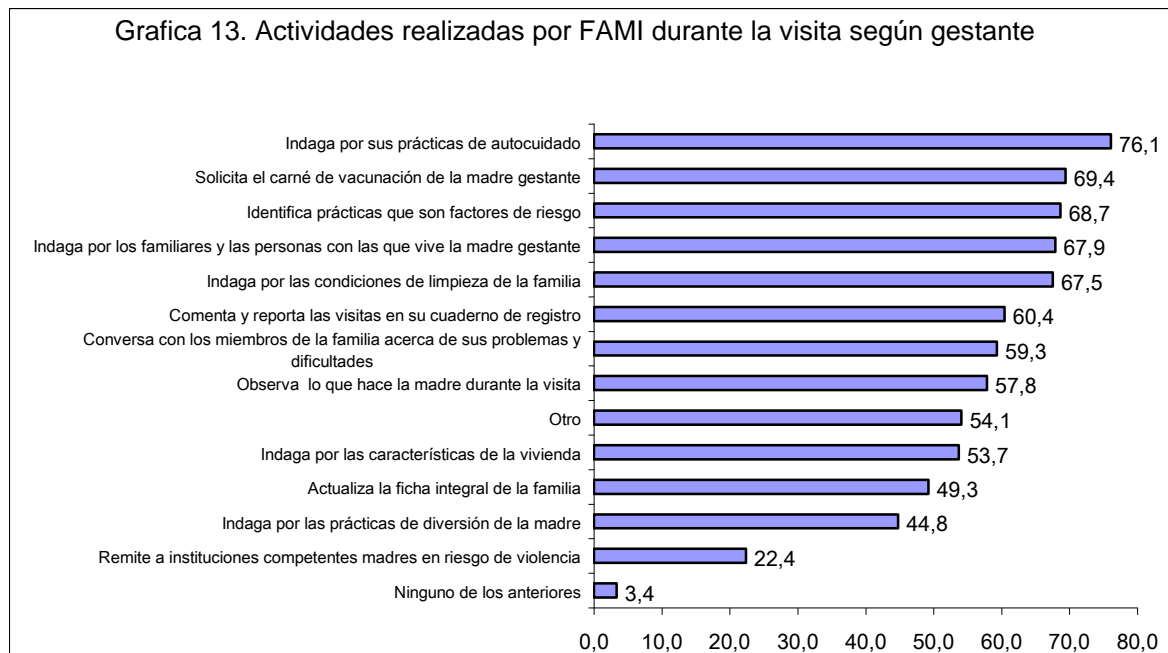
mes, gestantes (31,1%) y menor dos años (35,2%); cada semana, gestantes (18,3%) y menor dos años (13,2%)

Diagrama 28 Frecuencia de Tiempo Visita Domiciliaria realizada por Agente Educativo FAMI, Según usuarios

Tabla N° 10. Frecuencia de Tiempo Visita Domiciliaria realizada por Agente Educativo FAMI, Según usuarios		
Tiempo	Gestante	Menor dos años
Todos los días	1,2%	0,0%
Cada semana	18,3%	13,2%
Cada dos semanas	41,5%	40,2%
Cada mes	31,1%	35,2%
Cada dos meses	2,1%	3,5%
Cada tres meses	1,2%	2,0%
Cada seis meses	0,4%	0,2%
Otro	4,1%	5,8%

La frecuencia de actividades realizadas por agente educativo FAMI durante la visita a madres gestantes, Gráfica No 13, se distribuye de la siguiente manera: por encima del 70% indaga por prácticas de cuidado (76,1%); entre 60% y 69% solicita carné de vacunación, identifica prácticas de riesgo, indaga por familiares y personas con las que vive la usuaria, indaga por las condiciones de limpieza de la familia; entre 50% y 59% conversa con miembros de la familia acerca de problemas y dificultades, indaga por las condiciones de la vivienda; y por debajo del 50% actualiza la Ficha Integral de los usuarios e indaga por las prácticas de diversión de la madre.

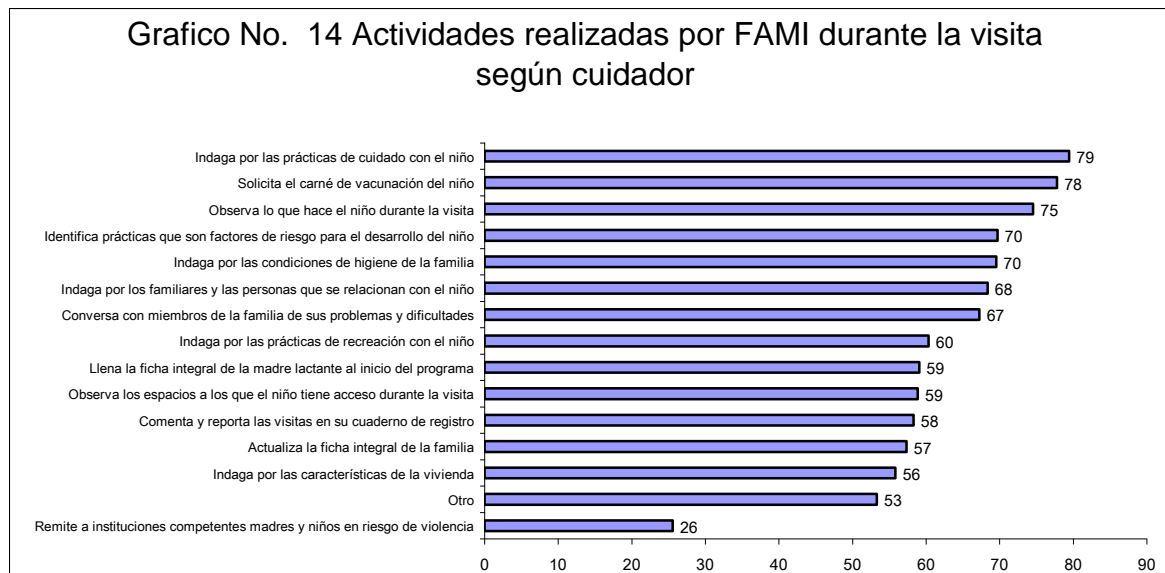
Diagrama 29 Actividades por FAMI - Visita según gestante



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Las actividades realizadas por el agente FAMI durante la visita a los usuarios cuidador de niños y niñas menores de dos años, presenta las siguientes frecuencias (Gráfica No 14): por encima del 70% indaga por prácticas de cuidado, solicita carné de vacunación, observa lo que hace el niño/niña, identifica prácticas de riesgo; entre 60% a 68% indaga por familiares y personas con las que vive el niño/niña, conversa con miembros de la familia acerca de problemas y dificultades; entre 50% a 59% indaga por prácticas de recreación del niño/niña, actualiza la ficha integral de usuarios; y por debajo del 50% remite a personas en riesgo a instituciones competentes.

Diagrama 30 Actividades realizadas por FAMI - según cuidador



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Los datos muestran que las actividades que realiza el agente educativo FAMI durante las visitas a gestantes y cuidadores de niños y niñas presentan frecuencias similares. Se encuentra algunas diferencias en el registro de prácticas de recreación, que en gestantes se refiere a las madres, mientras que en cuidador, se refiere a niño/niña, en donde aparece un aumento en el porcentaje. La actualización de la ficha integral también se realiza con mayor frecuencia en cuidador de menor de dos años que en gestante.

Los usuarios de nuevo coinciden cuando refieren al agente educativo FAMI como la persona o institución que más les ha enseñado sobre temas de salud. El reporte de las gestantes es: lactancia materna (77,5%), estimulación al bebé (76,9%), alimentación adecuada (66,4%), cuidados durante el embarazo (68,5%). El reporte de los cuidadores de niño/niña es: lactancia materna (79,6%), alimentación adecuada (75,6%), prevención de accidentes (74,3%), manejo de diarrea (67,6%) (Anexo 4).

La información ofrecida por los usuarios acerca de las sesiones educativas, visitas domiciliarias y persona o institución que más les ha enseñado, permite decir que las actividades realizadas con mayor proporción por los agentes en la modalidad están fuertemente asociadas a la promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria; prácticas de cuidado y autocuidado; fomento y seguimiento al esquema de vacunación completo, prácticas adecuadas de higiene en el ambiente familiar; y orientación en aspectos de conflicto y convivencia familiar. Los temas y actividades dan cuenta del cumplimiento de la normatividad y permiten identificar que la modalidad es desarrollada con el propósito de vincular a los miembros del grupo familiar, denominado Familia en Desarrollo.

Gestión. Las actividades de gestión se definen a partir de las acciones y espacios de coordinación interinstitucional y el establecimiento de alianzas y convenios, que se promueven para fortalecer la modalidad y lograr la participación de los diferentes actores en redes de apoyo. Los artículos 3 del acuerdo 021 (ICBF, 1996) y 3 del acuerdo 039 (ICBF, 1996) establecen que en el programa HCB se debe desarrollar:

“la promoción de la organización, autogestión y cogestión comunitaria, con los padres de familia y la comunidad en general alrededor de las acciones del programa, que incluye el trabajo solidario de personas de la comunidad en la atención directa de los niños; la coordinación y concentración intra e interinstitucional e intersectorial, como apoyo a las acciones que se desarrollan”.

El artículo 12 de la resolución 4646 (ICBF, 1999) define las acciones de gestión que debe desarrollar el CZ:

“promover y divulgar el desarrollo de los programas, planes y proyectos orientados a la familia y la niñez, que se ejecutan en su área de influencia, así como la cogestión de los mismos; liderar el funcionamiento del Sistema Nacional de Bienestar Familiar a nivel Distrital, municipal y local; promover la organización de los Concejos Municipales de Política Social y participar activamente en ellos; promover la coordinación y articulación de las entidades públicas y privadas prestadoras del servicio de bienestar familiar en su área de influencia; coordinar y concertar intersectorialmente compromisos y responsabilidades frente al desarrollo de programas, proyectos y servicios de bienestar familiar; Integrar los proyectos institucionales a los planes de desarrollo municipal, Distrital y local”

El ICBF en los lineamientos de Programación 2005 reitera en los objetivos la necesidad de:

“promover la construcción de redes familiares, sociales, comunitarias e institucionales, como gestoras de su propio desarrollo familiar y como estrategias de prevención de la violencia intrafamiliar; promover y fortalecer los grupos de apoyo a la lactancia materna y constituir redes con estos grupos que afiancen la práctica de la lactancia materna en la familia y la comunidad; y promover y coordinar con los organismos de salud, para que los niños beneficiarios del programa cuenten con el esquema de vacunación completo para la edad”.

Entre las acciones que reportan los CZ en el cumplimiento de la normatividad en la gestión (Gráfica N° 15), se encuentra: 70% están dirigidas a articular la modalidad a programas de instituciones públicas o privadas; 52% buscan incluir la modalidad a los Planes de Desarrollo Municipal; 42% son para establecer convenios con otras entidades o instituciones; 43% tiende a ofrecer apoyo en la administración de los recursos financieros y 15% busca conseguir recursos de financiación para la modalidad (Anexo 4).

La Gestión de las entidades contratistas se concentra en acciones dirigidas a: articular la modalidad a programas de instituciones públicas o privadas (63%); incluir la modalidad a los Planes de Desarrollo Municipal (39%); establecer convenios con otras entidades o instituciones (35%) y conseguir recursos de financiación para la modalidad (30%).

62% de los CZ tienen convenios o alianzas con instituciones públicas, privadas y comunitarias. De este grupo, 94,4% tiene convenios con instituciones públicas, 42,1% con instituciones privadas y 21% con organizaciones comunitarias. 54% de las EC reportan convenios y alianzas establecidas con instituciones públicas, privadas y comunitarias. De este grupo, 90,5% ha logrado convenios con instituciones públicas, 32% con instituciones privadas y 28,3% con organizaciones comunitarias (Anexo 4).

57% de agentes educativos FAMI participa en comités, redes o grupos asociativos para la promoción del desarrollo del niño/niña y la familia. Al indagar acerca de la participación de sus usuarios en redes, comités o grupos, 55% de agentes educativos manifestaron que sus usuarios no participan. 95.5% de gestantes informan que no están vinculadas a redes, comités o grupos; 94% de cuidadores menor de dos años reporta el mismo dato.

Manejo de recursos. Las actividades relacionadas con el manejo de recursos se describen a partir de los procedimientos administrativos de control, seguimiento y financiación de la modalidad HCB-FAMI. Los acuerdos 021 y 039 de 1996 establecen que

“los recursos que asigne el Gobierno Nacional se destinarán para financiar la dotación inicial, la capacitación, la beca, la supervisión y la evaluación. Por beca se entienden los recursos, que se asignen a las familias para atender a los niños y, por lo tanto, se destinarán a la madre comunitaria, reposición de dotación, aseo y combustible, raciones, material didáctico duradero y de consumo para hacer actividades con los niños y apoyo para servicios públicos” (ICBF, 1996).

En los lineamientos de Programación 2005 se caracterizan las entidades que hacen el papel de contratistas, y se dispone el número de hogares comunitarios FAMI que cada tipo de entidad puede administrar: “las asociaciones de padres, o de padres y madres, y las organizaciones comunitarias podrán administrar hasta 25 hogares FAMI. Las entidades privadas sin ánimo de lucro y las formas asociativas de carácter empresarial y cooperativo podrán administrar más de 25 hogares FAMI”. En los lineamientos se expone que el CZ “es uno de los responsables del proceso de contratación para la prestación del servicio, analizará los insumos de acuerdo con el estudio que realice de la Entidad Contratista (capacidad Técnica, Financiera, Operativa y Administrativa), si ya ha contratado con el ICBF, es fundamental el concepto técnico-administrativo del supervisor” (ICBF, 2005).

66,3% de EC administran y proveen recursos contemplados en el contrato con el ICBF. En este indicador se debe considerar algunos casos en los que se encontraron dos tipos de EC en un mismo Centro Zonal: una Asociaciones de HCB y una cooperativa, caja de compensación u ONG. En estos casos, las asociaciones no administran recursos, pero hacen parte de la estructura organizativa de la modalidad, cumpliendo labores de acompañamiento y comunicación, entre la entidad que administra los recursos y los agentes educativos FAMI.

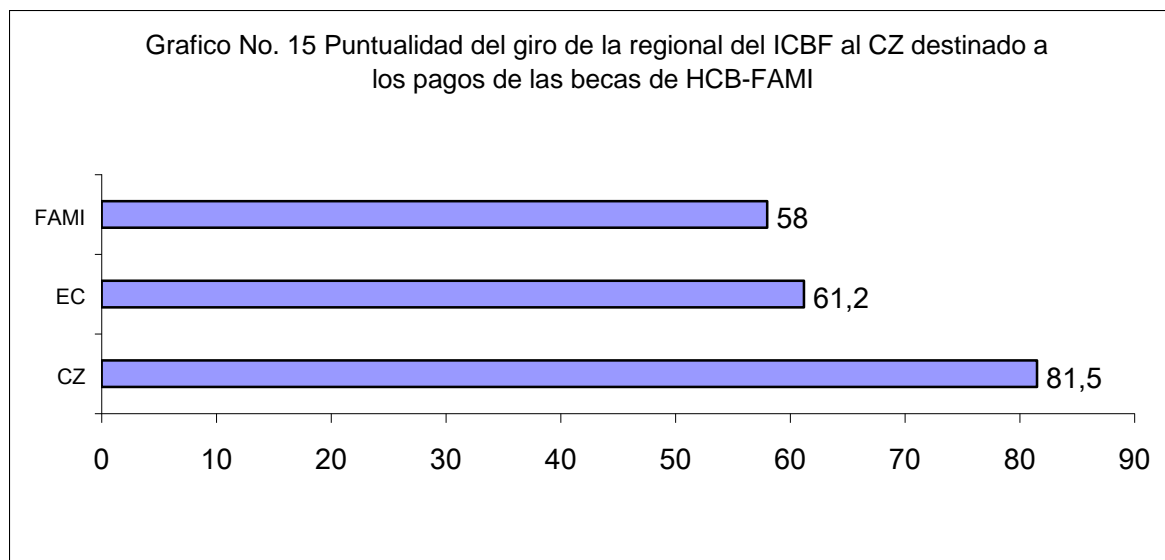
16,3% de EC provee recursos financieros propios para el funcionamiento de los HCB-FAMI. Aunque el porcentaje es bajo, hay dos aspectos que se deben resaltar: primero,

que existe un alto porcentaje de EC que son Asociaciones de HCB (82,5%); y segundo, que los indicadores de gestión de EC reportan un 64% que ejecuta acciones para articular la modalidad a otros programas de instituciones públicas o privadas.

23,2% de EC informa que el propósito principal de las actividades dirigidas a los agentes educativos FAMI, es fortalecer los programas del ICBF. Para un 23,2%, se trata de cumplir con el contrato; un 17,9% busca fomentar el desarrollo de niños, niñas y familias; el 14,7% participa en la modalidad para apoyar técnicamente a los HCB-FAMI; el 11,6% lo hace para demostrar el compromiso con la comunidad; y un 9,5% desea realizar una labor social (Anexo 4).

La distribución de tiempo de entrega de insumos varía. Cada mes: becas (95,8%); elementos de aseo (87,9%); complemento alimentario (96,9%). Cada seis meses: material didáctico de consumo (87,6%). Cada año: dotación (92,7%). Las EC consideran los siguientes aspectos para definir el material educativo: necesidad de los usuarios o del agente educativo FAMI (76,3%); calidad del producto (22,6%); acuerdos entre el Centro Zonal y la EC (14%); costos financieros (9,7%) (Anexo 4).

El Gráfica No 15 indica que la percepción de puntualidad de los pagos en la beca disminuye según respuesta de cada actor: CZ (81,5%); EC (61,2%) y agente educativo FAMI (58%). Por el contrario la proporción por actor se comporta similar al manifestar que el trámite de los recursos permite el desembolso oportuno: CZ (83,5%), EC (76,5%), FAMI (74,4%) (Anexo 4).

Diagrama 31 Puntualidad del giro de la región del ICBF al CZ destinado a los pagos becas HCB-FAMI

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

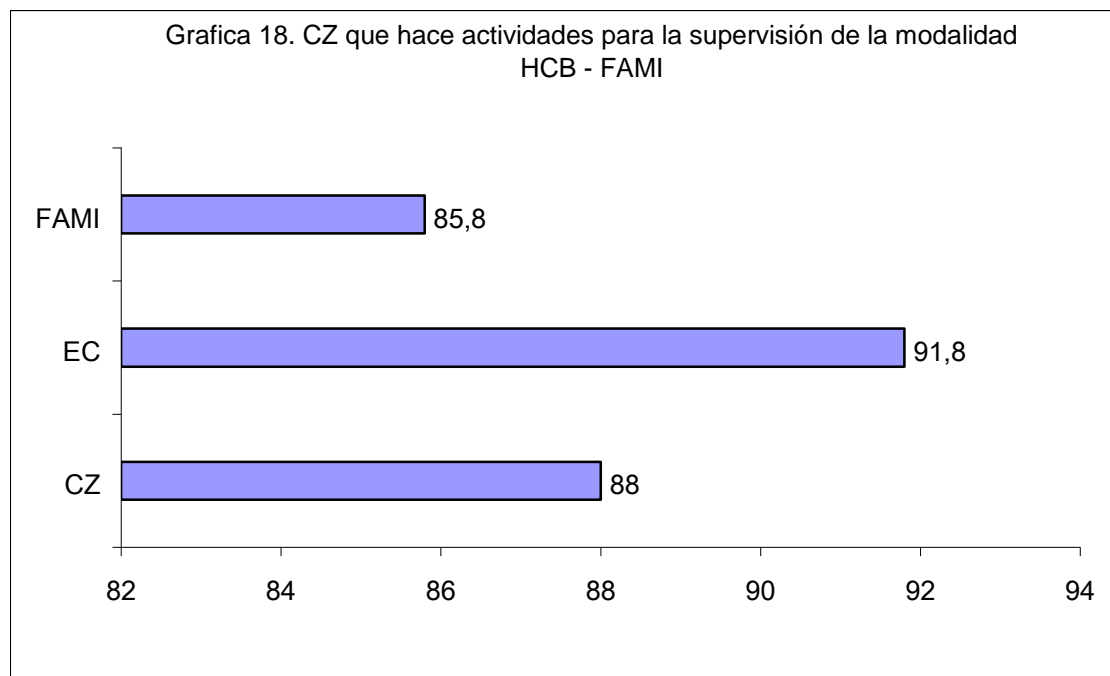
13 usuarios es el promedio de atención por cada HCB-FAMI. Y, según reporte de los agentes educativos FAMI, el 98,6% de los usuarios, cancela una cuota mensual de participación. Registros del trabajo de campo permiten constatar que el pago que hacen los usuarios, en ocasiones, se convierte en una medida de control de las EC sobre los agentes educativos FAMI. Sin embargo, obviando este control, los agentes educativos exoneran a algunos usuarios por condiciones de calidad de vida precarias. Las estrategias registradas para evadir el control son: asumir las cuotas de los usuarios; distribuir el valor de las cuotas entre aquellos con mayor capacidad de pago; realizar actividades que generen el monto de la cuota del grupo de usuarios.

Entre los usuarios, 98,4% de gestantes y 97,7% de cuidador menor de dos años, reportan recibir el complemento alimentario. Los cuidadores de menor de dos años reportan que el programa brinda los siguientes beneficios: cuidados y pautas de crianza (38%) resolución de conflictos en la familia (28,6%), complemento alimentario (23,2%) Aunque el CZ, la EC y los agentes educativos FAMI consideran que el complemento alimentario es una estrategia de permanencia de los usuarios en la modalidad, los datos muestran que, para

los usuarios, los beneficios de la modalidad están asociados a la labor de orientación, acompañamiento y fundamentación ofrecida por los agentes educativos FAMI.

Supervisión, seguimiento y evaluación. Las actividades de supervisión, seguimiento y evaluación, se describen de acuerdo con el nivel de responsabilidad de los actores que participan en la modalidad. El artículo 3 del acuerdo 021 y el artículo 3 del acuerdo 039, definen la supervisión y evaluación de la modalidad HCB–FAMI como una “acción sistemática orientada a lograr mayor comprensión y actuación frente al trabajo en los HCB-FAMI”. Esta acción “involucra la toma de decisiones ante una situación concreta y la puesta en marcha de acciones” que permitan avanzar en el proceso” (ICBF; 1996).

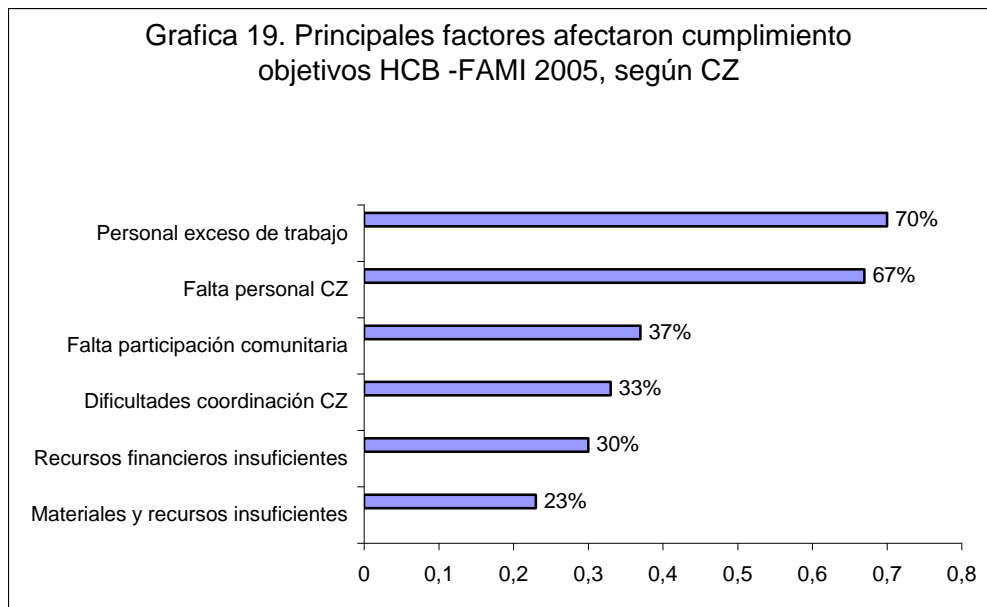
El Gráfica No. 18 indica las frecuencias con que los diferentes actores reportan la realización de actividades de supervisión de la modalidad así: un 88% de CZ reporta actividades de supervisión, al igual que un 91,8% de EC. Por su parte, el 85.8% de agentes educativos FAMI reporta que el CZ supervisa su labor con los usuarios. Los periodos de tiempo en los que se realiza la supervisión de los CZ, se distribuye de la siguiente manera: cada mes (37,8%); cada seis meses (18,9%); cada año (16,2%). Algunos CZ (13%) supervisa en función de la solicitud de la comunidad por irregularidades (Anexo 4). Entre las estrategias de supervisión de los CZ, las más frecuentemente utilizadas son: el sorteo de agentes educativos FAMI que se deben visitar en el mes, conversatorios con grupos de agentes educativos, participación en sesiones del GET; visita a agentes educativos reconocidos en la comunidad que reportan el trabajo de sus compañeras; entrevista al funcionario de la EC responsable de la modalidad.

Diagrama 32 CZ que hace actividades para la supervisión de la modalidad HCB-FAMI

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

66,3% de CZ realiza reuniones de evaluación de la modalidad. 66% de EC y 60% de agentes educativos FAMI, sostienen la misma información. 65% de CZ reporta que las reuniones de evaluación se hacen cada mes, en contraste, 41,1% de EC confirman este dato.

40,2 % de CZ reporta incumplimiento en los objetivos planteados en los lineamientos de Programación 2005. El Gráfica No 19 establece los principales factores que inciden: exceso de trabajo (70%) y falta de personal (67%). Estas razones expuestas por el CZ están asociadas a la desproporción entre número de funcionarios y número de funciones demandadas según programas, proyectos y acciones de los centros zonales, aunque no era motivo de esta evaluación, durante el trabajo de recolección de información se registro que cuando un funcionario se retira de la institución por pensión no es reemplazado, sino que las funciones son redistribuidas en el personal existente.

Diagrama 33 Principales factores que afectaron el cumplimiento FAMI

Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Sistematización. En la normatividad de la modalidad HCB-FAMI no se encuentra claramente definido el concepto de sistematización. Para la evaluación, la sistematización se describe a partir de los instrumentos utilizados por los agentes educativos FAMI en la planeación, seguimiento y evaluación de los objetivos de la modalidad

91,8% de agentes educativos FAMI reporta el uso del programador de actividades. Existen variaciones en los formatos, pero no en el contenido. La información común en los formatos es: nombre de actividad, fecha, tiempo de duración, usuario y observaciones. Las variaciones se encuentran en el uso de matrices de marco lógico, columnas de meta de actividad; cronogramas, ítems aislados. Todos los agentes manejan carpetas y cuadernos en donde consignan o archivan la información.

95,3% de agentes educativos FAMI llevan el registro de asistencia de los usuarios, este les sirve no sólo como planilla de asistencia, sino como control de entrega de los

complementos alimentarios y soporte de la labor desempeñada cada mes. El proceso regular es entregar estas planillas a las EC; algunas han elaborado cartelera o pegan la planilla en la pared para que los mismos usuarios (gestantes - cuidadores menor de dos años) registren su asistencia; otros hacen el llamado de lista sólo el día de entrega del complemento alimentario.

52,9% agentes educativos FAMI utilizan la Ficha Integral dirigida a los usuarios. En algunos casos las fichas son reutilizadas, es decir, cada vez que sale un usuario se borran los datos y se registra nuevamente. La razón que sustenta esta acción es que el CZ o la EC no proveen fotocopias de los formatos. Este hecho genera una deficiencia en el registro sistemático de coberturas y características de la población atendida en la modalidad. El grupo de agentes educativos que no utilizan la ficha (47.1%), expone las siguientes razones: no comprensión del instrumento, escaso número de formatos, registro de la información del usuario en cuaderno o carpeta que reporta su historia en la modalidad.

4.2.3 Articulación de los responsables de la modalidad. Las estrategias de articulación permiten, por una parte, establecer la relación dinámica entre los agentes que conforman la estructura organizativa de la modalidad y, por otra, describir las acciones que implican su operatividad en el marco de la normatividad expuesta por el ICBF. Las acciones que se privilegian para registrar la articulación son: planeación, capacitación y supervisión.

- **Estrategias de articulación en planeación:** El Gráfica No 8, describe el nivel de participación de cada uno de los agentes en la planeación de actividades de la modalidad HCB-FAMI. Los CZ reportan acciones importantes de planeación en la ejecución de la modalidad, que están articulados con las EC y los agentes educativos FAMI. Las EC constatan este dato, pero los agentes educativos FAMI no reportan la presencia del CZ en las sesiones de planeación del GET. De igual manera, CZ y EC reportan un amplio porcentaje en la utilización de mecanismos de comunicación para los agentes educativos FAMI. De nuevo, los agentes educativos no reportan

porcentajes relevantes en los mecanismos de comunicación del CZ, pero evidencian acciones articuladas con la EC en la planeación de actividades.

Existen dos posibles razones que sustentan la ausencia del CZ en la planeación de los agentes educativos FAMI: Una de ellas es el exceso de funciones que, según reportan, deben asumir los funcionarios en la ejecución de los programas y proyectos que realiza el ICBF. La otra es la carencia de recurso humano para desarrollar acciones específicas de la modalidad.

La planeación no es conjunta. La EC articula acciones con el CZ y los agentes educativos FAMI para el cumplimiento de los objetivos de la modalidad. Este tratamiento habitual entre los actores, no es una acción determinada en el procedimiento del plan de acción, pero muestra en la estructura organizativa que las EC se vinculan en la planeación de la modalidad a partir de la intermediación.

- **Estrategias de articulación en capacitación:** 90,2% de CZ ofrece capacitación o inducción a los agentes educativos FAMI en el momento de ingresar a la modalidad. Esta acción es realizada en el marco de la normatividad. Los agentes educativos que tienen más de un año en el programa, reportan que reciben capacitaciones de CZ, de EC y de otras organizaciones públicas y privadas, hospitales y centros de salud, organizaciones del gobierno local, entidades privadas y el SENA. La capacitación o inducción es una acción que garantiza la articulación entre las actividades desarrolladas por los agentes educativos FAMI y la programación de los CZ.

95,7% de CZ reporta actividades de asesoría a los agentes FAMI, 83,1% de agentes educativos confirman esta información. 94% de EC manifiestan ofrecer capacitación y formación permanente a los agentes educativos FAMI; sin embargo, los agentes educativos no confirma esta información.

En la caracterización de los actores, los CZ reportan que 91,2% de personas responsables de la modalidad son profesionales en áreas sociales y afines, este dato contrasta con el 18% de personas responsables de la modalidad en EC que son profesionales. Es indiscutible, que el nivel de experticia en un área de conocimiento

es una condición necesaria para adelantar el proceso de formación que realizan las agentes educativas FAMI.

En las acciones de capacitación se rompe la relación vertical, CZ – EC y agente educativo FAMI, para restaurar una relación directa entre los funcionarios del CZ y el trabajo de base de los agentes educativos.

Asociado a capacitación y cumplimiento de la normatividad; los datos permiten identificar que CZ y EC desarrollan acciones de gestión para articular la modalidad a programas y proyectos de otras organizaciones, que promueven procesos de formación y cualificación de los agentes educativos FAMI.

- **Estrategias de articulación en supervisión:** Las funciones de supervisión, seguimiento y evaluación en la organización de la modalidad, se desarrollan con base en una relación vertical entre CZ - EC y agente educativo FAMI; situación que permite justificar, por parte de los actores, la confusión y delegación de funciones entre CZ y EC, por ejemplo, los datos enseñan que: 90,2% de CZ participa en la selección de los agentes educativos FAMI, mientras que 61,2% de EC participa; 47% de CZ apoyan la administración del recurso financiero de la modalidad; ambos actores realizan acciones de supervisión y seguimiento: CZ 88%, EC 91,8%.

Esta situación fomenta las relaciones de jerarquía en los procesos de articulación; se observó que, a pesar de que el 82,5% de EC son Asociaciones de HCB, cuando aparece otro tipo de organización en la administración de los recursos, estas asociaciones pasan a cumplir una labor informativa y de mediación entre los agentes educativos FAMI y nuevos contratistas.

La baja frecuencia en el tiempo de supervisión a la modalidad (37,8% cada mes) y las estrategias que asumen los CZ aumentan el riesgo de incumplimiento de la normatividad, favorecen el desconocimiento de la labor y logros que desarrollan los agentes educativos FAMI, fortalecen el imaginario de otorgarle mayor valor al complemento alimentario que a la calidad y formas de acompañamiento comunitario

que los agentes educativos realizan, y fomentan el uso inadecuado de instrumentos de registro y sistematización de información de los usuarios.

CAPITULO 5

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE LOS HALLAZGOS DE LOS RESULTADOS Y EFECTOS DE LA MODALIDAD

5.1 CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS

La caracterización de las familias usuarias permite acercarse a la comprensión de quienes son los sujetos beneficiarios de la modalidad HCB-FAMI, contribuye a una mayor comprensión de los resultados de la evaluación y permite saber si la modalidad está llegando a la población objetivo que se plantea desde sus lineamientos.

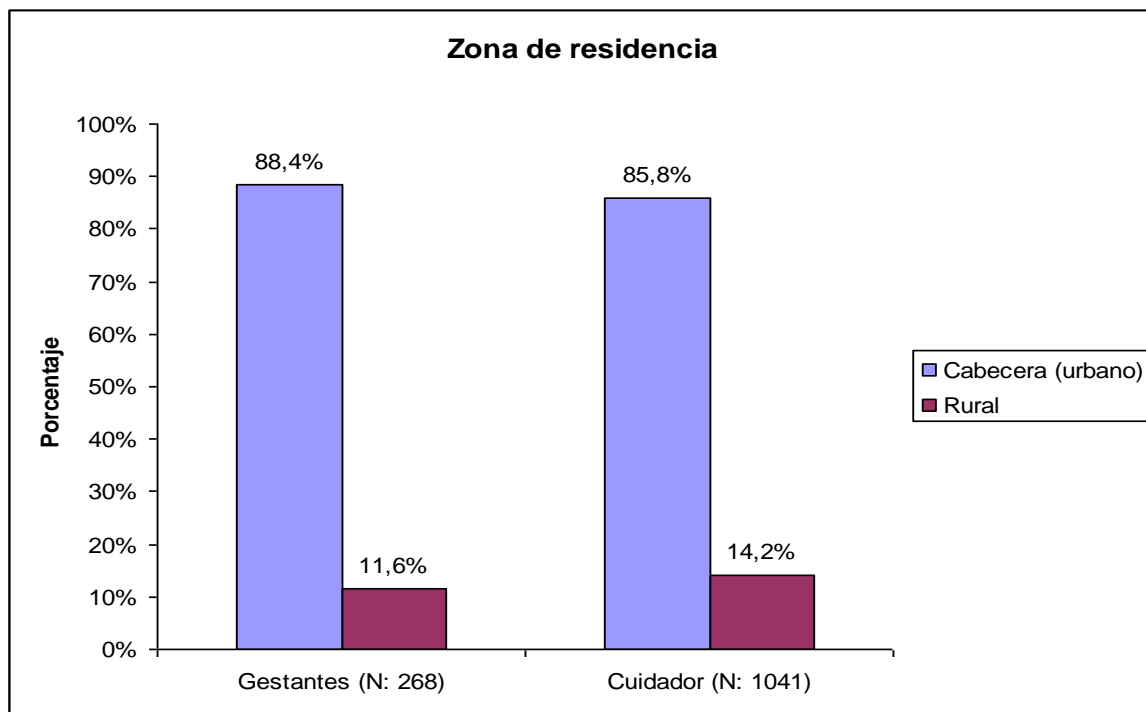
A continuación, analizaremos a partir de una caracterización socioeconómica, las condiciones de vida de las familias que participan en el programa HCB- FAMI y que hicieron parte de la presente evaluación, observando condiciones de vivienda, acceso a servicios públicos, acceso al sistema general de seguridad social, hacinamiento crítico. Igualmente analizaremos las características sociodemográficas de las familias en cuanto a, número de integrantes, edad y nivel educativo de los padres, parentesco del cuidador de los menores de dos años y tipología familiar. Finalmente se presenta el tiempo de vinculación al programa, variable que se consideró importante en el momento del análisis de resultados y efectos del mismo.

5.1.1 Caracterización socioeconómica

Lugar de residencia De los 1309 hogares beneficiarios de la modalidad que fueron entrevistados, el 86.3% habita en la cabecera municipal, mientras que el 13.7 % reside en el resto del territorio municipal (Ver Gráfica 20). Este hallazgo muestra una distribución similar, aunque con mayor porcentaje en la cabecera municipal, a la reportada en el Registro Nacional de madres madres comunitarias, (SEI S.A., 2005) donde un 72,4% de los HCB- FAMI estaban ubicados en la zona urbana.

Gráfica 20. Distribución porcentual por zona de residencia de las familias que participaron en la evaluación

Diagrama 34 Zona de residencia



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

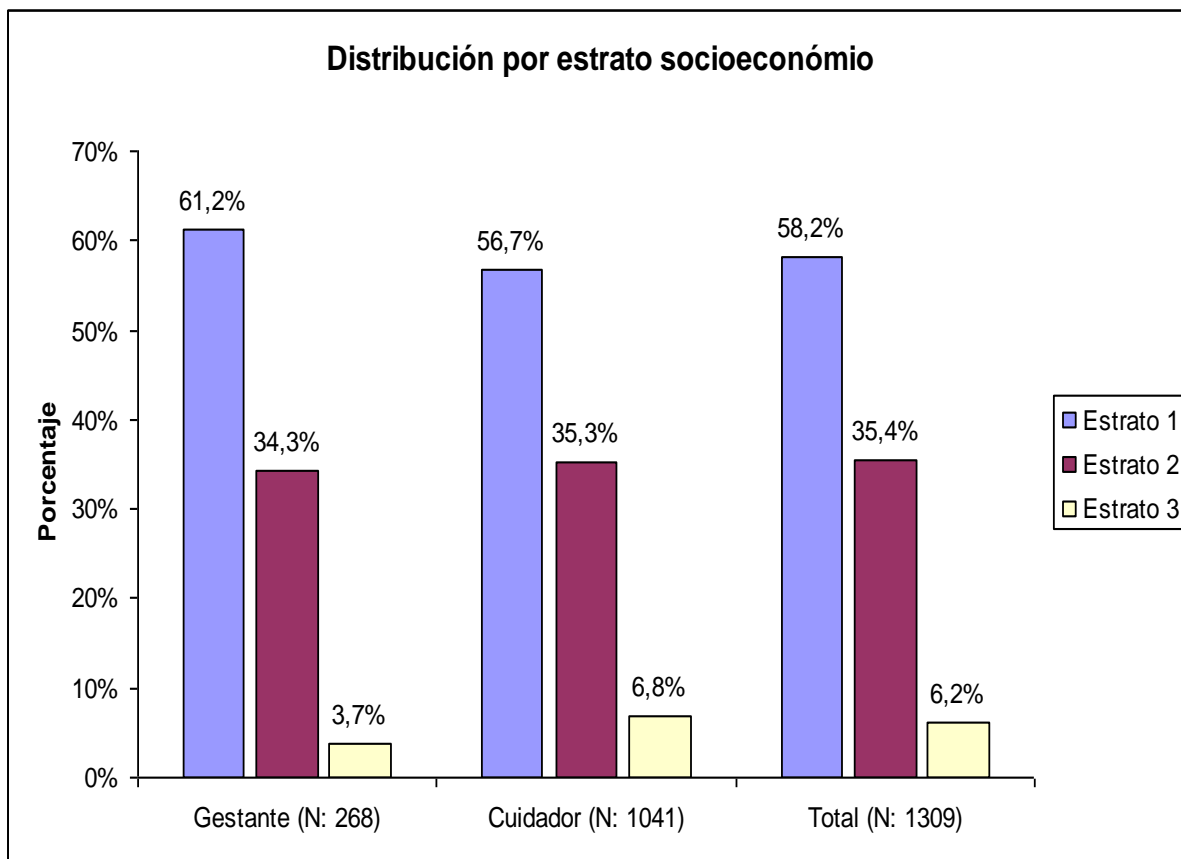
- **Estrato socioeconómico** En Colombia, el estrato socioeconómico expresa las condiciones de los inmuebles residenciales o su entorno urbanístico (acceso a vías, espacios públicos y privados, equipamiento de servicios sociales y personales), y refleja, cuando es bajo, situaciones de precariedad en la capacidad de pago y calidad de vida de sus propietarios o de los inquilinos de dichos inmuebles⁵.

Los resultados obtenidos muestran que la población beneficiaria de la modalidad HCB- FAMI pertenece en un 93,6% a los estratos 1 y 2, siendo la mayoría de estrato 1 (58,2%). (Ver Gráfica 21). Lo anterior muestra que la modalidad está llegando a las familias a las cuales está dirigida.

⁵ Esto incluye una relación directa con los ingresos económicos, patrimonio, ahorros, gastos, nivel educativos y de salud, enseres, preferencias, anhelos, prestigio social, entre otros (Alzate, 2006, p.10)

Gráfica 21. Distribución porcentual por estrato socioeconómico de las familias

Diagrama 35 Distribución por Estrato Socioeconómico



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Dado que el criterio de focalización de la modalidad HCB-FAMI está enmarcado dentro del Sistema de Selección de Beneficiarios Sociales –SISBEN⁶–, se indagó por el nivel que tienen las familias usuarias de la modalidad, según la clasificación reportada en la afiliación al régimen subsidiado de salud. Se encontró que el 99% de las familias están afiliadas a una Administradora de Régimen Subsidiado –ARS–, (Ver Tabla 36), el 73,8% con un nivel 1; el 22,8% con un nivel 2 y una mínima proporción con nivel 0 (1,3%) ó nivel 3 (1,1%). Estos resultados confirman que la modalidad HCB-FAMI está llegando a familias en condiciones de alta vulnerabilidad.

⁶ Según Maria Cristina Alzate (2006: 8) “En el ámbito de la focalización en Colombia, la estratificación se utilizó como un instrumento de focalización geográfica, o indicativa de áreas geográficas pobres (tal como se implementaban hasta ese momento las políticas y los programas sociales prioritarios) a las cuales se debía llegar prácticamente con toda la política social formulada en 1994, mientras se identificaban y se seleccionaban los pobres de dichas áreas de manera individual, a través del Sisben (Conpes 022 de 1994).

Diagrama 36 Distribución porcentual y de frecuencias de tipos de régimen de salud

Tabla 36. Distribución porcentual y de frecuencias de tipos de régimen de salud		
Régimen de salud	Nivel ARS	%
	Nivel 0	1,3 %
	Nivel 1	73,8 %
ARS	Nivel 2	22,8 %
	Nivel 3	1,1 %
	Nivel 4	0 %
ISS		0,2%
Regímenes especiales		0 %
Otra EPS		0,5 %
Total		99,7%

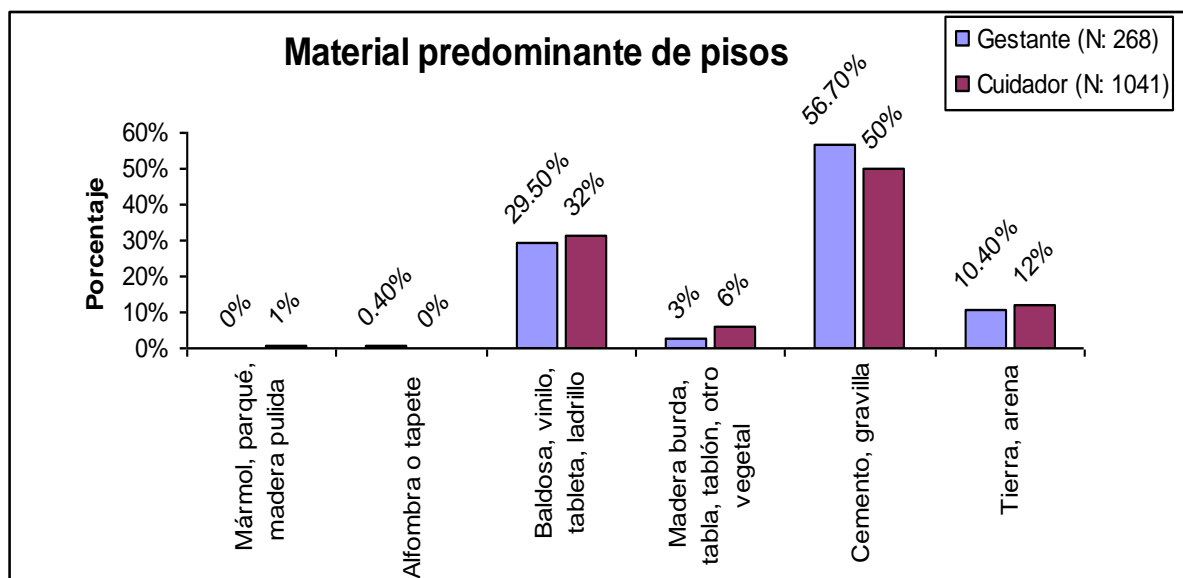
Además del estrato socioeconómico y el nivel de SISBEN, se investigó la calidad de la vivienda, la presencia de hacinamiento crítico, el acceso a servicios públicos y las condiciones de saneamiento básico, buscando conocer el nivel de satisfacción de las necesidades básicas “absolutas”⁷, que garanticen un mínimo de habitabilidad para el hogar.

- **Calidad de la vivienda:** Se indagó por dos aspectos respecto a la calidad de construcción de la vivienda: materiales de los pisos y de las paredes. De las 1309 familias que fueron entrevistadas, el 11.6% habitan en viviendas donde el material predominante en los pisos es tierra o arena. En el Gráfica __, se puede observar como el comportamiento se mantiene para los dos tipos de usuario, familias gestantes y familias de menores de dos años.

El 19.7% del total de la población habitan en viviendas con paredes conformadas por materiales que se consideran inadecuados (Bahareque revocado o sin revocar, madera burda, tabla, tablón, guadua, caña, esterilla u otro vegetal; zinc, tela, lata, lona, cartón, desechos, plástico). (Diagrama N° 37)

⁷ Según Ferres y Mancero (2001: 10), se consideran necesidades absolutas cuando la satisfacción de estas, es indispensable para la existencia humana, independientemente del medio social en que se desenvuelve la persona o la familia.

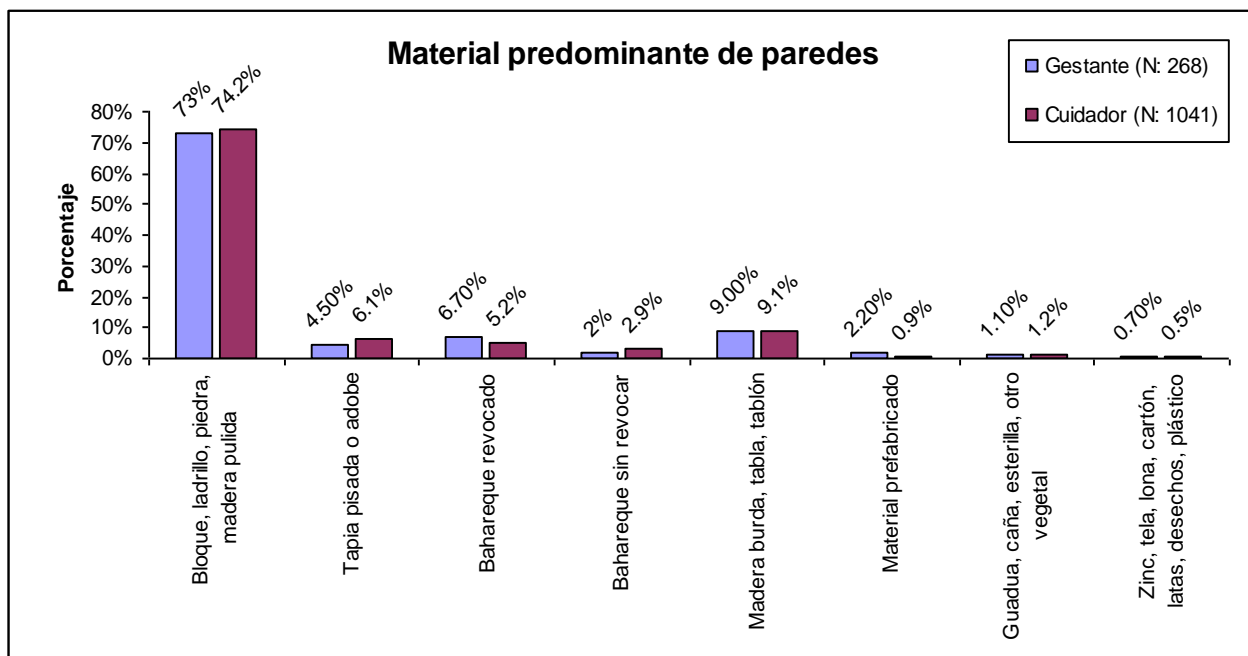
Diagrama 37 Material predominante de pisos



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

Este tipo de materiales, tanto en paredes como en pisos, vulneran la calidad de vida de las familias porque no ofrecen un mínimo de habitabilidad o no cumplen con su función de ofrecer adecuada protección a quienes viven allí, o porque “no generan comodidad para llevar a cabo ciertas actividades biológicas y sociales- aislamiento del medio social-, y no genera sentimientos de privacidad relativa en sus habitantes” (Feres, J; Mancero, X; 2001: 14)

Diagrama 38 Distribución porcentual de materiales predominantes en paredes de las viviendas



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

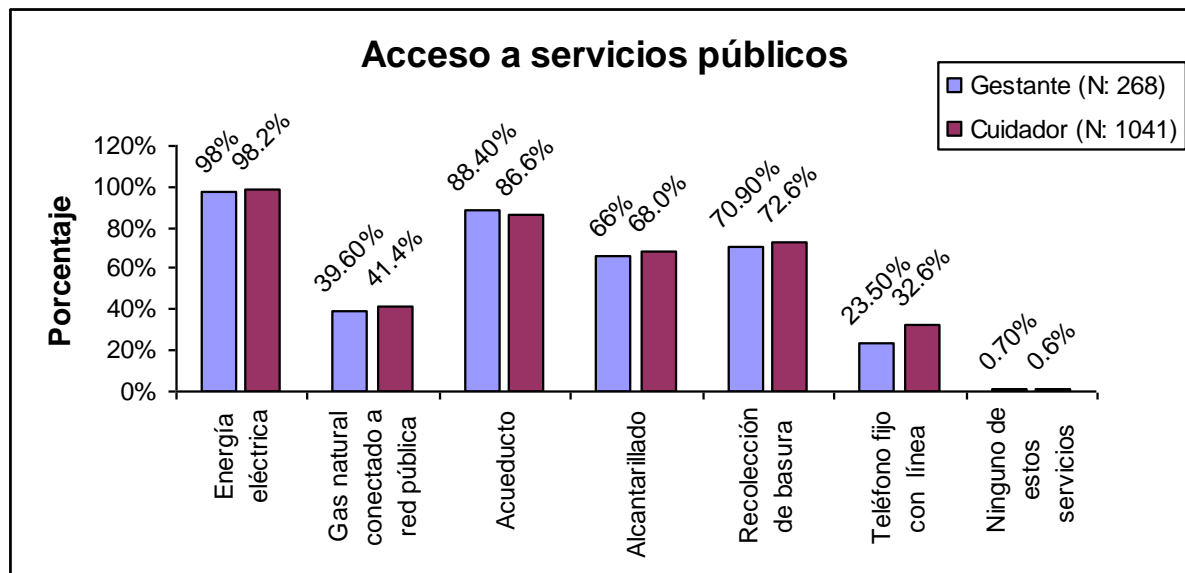
- Hacinamiento crítico:** El hacinamiento relaciona el número de personas que habitan en la misma vivienda y la capacidad que tiene la construcción de brindar aislamiento del medio social y disminución en el riesgo de insalubridad o de promiscuidad (Feres, J; Mancero, X; 2001: 14). Con el fin de calcular el porcentaje de personas que viven en esta situación, se utilizó un indicador que relaciona el número de cuartos disponibles y el número de integrantes de la familia que duermen allí.

Actualmente, para Colombia se consideran en hacinamiento crítico, aquellas familias donde hay más de tres personas por cuarto (excluyendo garaje, cocina y baño). En este sentido, el 17,5% de los 1309 hogares entrevistados se encuentran en esta situación. Al separar entre familias gestantes y cuidadores de menores de dos años, el 10,1% y el 19,4% respectivamente, se encuentran en hacinamiento crítico.

- Acceso a servicios públicos:** En cuanto a acceso a servicios públicos, el 98% de la población entrevistada tiene acceso a energía eléctrica, el 87% a acueducto, el 72,2% a recolección de basuras y sólo el 67,6% tiene acceso al servicio de alcantarillado.

Los otros servicios como acceso a gas natural conectado a red pública o telefonía fija tienen una menor cobertura (Ver diagrama 39).

Diagrama 39 Distribución porcentual de acceso a servicios públicos



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

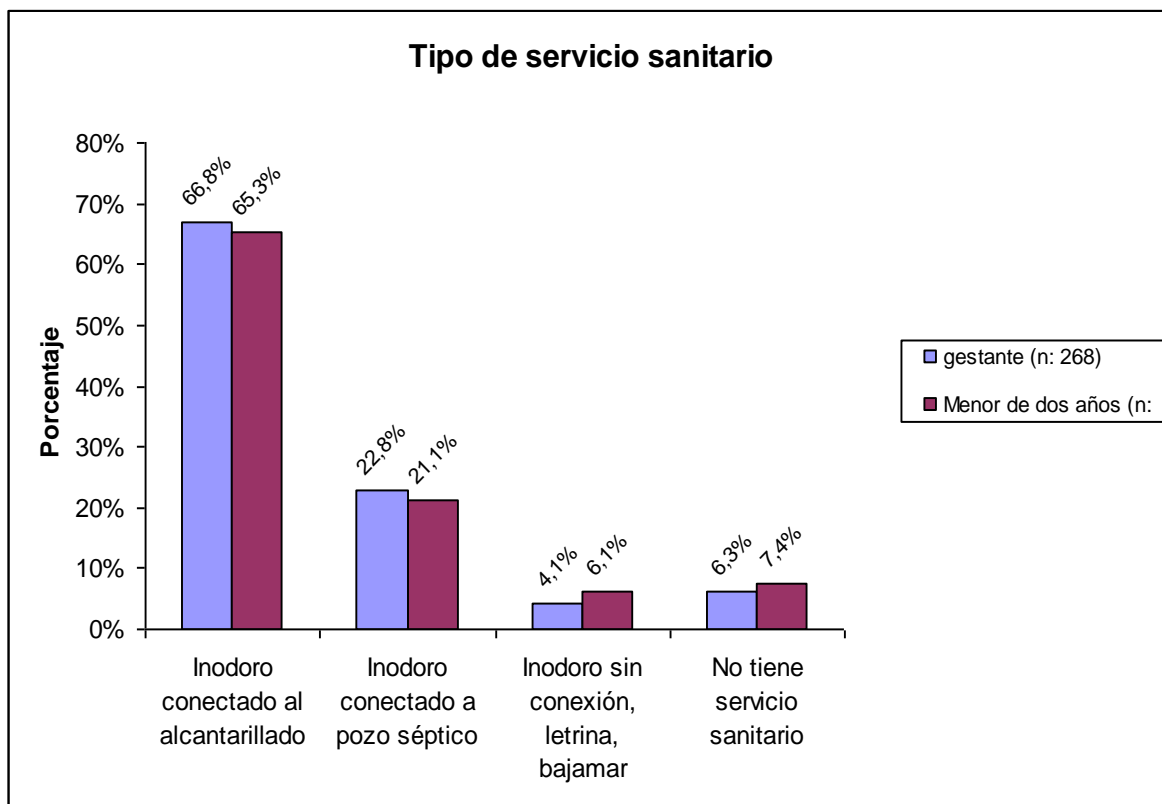
Es importante resaltar que el 13% de las familias no tienen acceso al servicio de acueducto y el 33,4% carecen de alcantarillado, lo cual les genera un mayor grado de exposición a enfermedades infectocontagiosas que afectan su salud y bienestar. Esta situación es aún más grave para aquellas familias (0,7%) que afirmaron no contar con ningún servicio público.

La fuente de agua más común en las familias entrevistadas para satisfacer las necesidades de alimentación e higiene, es el acueducto público (78,4%). El 11,2% de las familias obtienen el agua para consumo, de fuentes que son consideradas inadecuadas en calidad, como son: agua lluvia, pila pública, carrotanque, aguatero, río, quebrada, manantial o nacimiento.

El tipo de servicio sanitario con que cuentan las familias entrevistadas, en su mayoría es el inodoro conectado al alcantarillado (65,6%), seguido del conectado a pozo séptico (21,4%). El 12,8% del total de los hogares incluidos en la evaluación, no

cuentan con condiciones adecuadas en el tipo de servicio sanitario (inodoro sin conexión, letrina, bajamar o no tiene servicio), situación que vulnera su nivel de privacidad y aumenta la probabilidad de contaminación de las personas por desechos (Ver diagrama 40).

Diagrama 40 Distribución porcentual de tipos de servicio sanitario con que cuentan las viviendas



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

El análisis realizado permite concluir que el programa está cumpliendo con el criterio de focalización pues atiende a familias pertenecientes a los sectores más vulnerables de la población.

5.1.2 Caracterización sociodemográfica

- **Tamaño del hogar y tipo de familia.** Las personas que participaron en la evaluación, pertenecen a familias con un promedio de 5.37 integrantes (Ver Tabla ___). Este promedio desciende a 4.64 personas en el caso de las mujeres gestantes y es de 5.56 para las familias con menores de dos años.

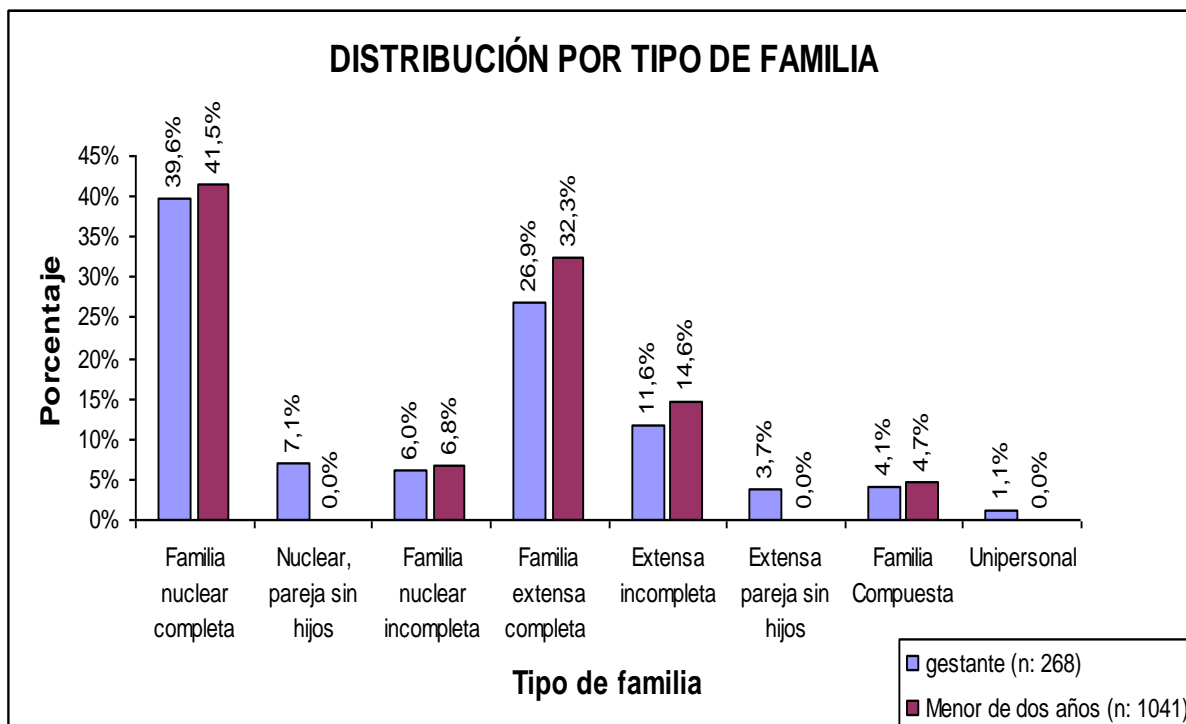
Diagrama 41 Número de integrantes de las familias

Número de integrantes de las familias			
Integrantes	Madre gestante	Cuidador	Total
	%	%	%
<=2	11,6	1,1	3,2
3-4	44,8	35,4	37,3
5-6	24,3	34,9	32,7
7 o +	19,4	28,7	26,8
Total	100	100	100

Para analizar el tipo de familia, se tuvo en cuenta la tipología propuesta en la ENDS 2005⁸, obteniendo como resultado que la mayoría de familias son del tipo nucleares completas (41,1%), le siguen en porcentaje las familias extensas completas (31,2%), las familias extensas incompletas (14%) y las familias nucleares incompletas (6,6%). La tendencia es similar tanto para las mujeres gestantes como para los cuidadores de niños y niñas menores de dos años (Ver diagrama 42).

⁸ La ENDS 2005 (40), contempla las siguientes agrupaciones familiares: 1) familias nucleares completas, aquellas que están conformadas por padre, madre e hijos; 2) la nuclear, pareja sin hijos; 3) familia nuclear incompleta, cuando permanece en ella solo uno de los padres con sus respectivos hijos; 4) familia extensa completa e incompleta, es en la que se encuentra la familia nuclear completa o incompleta, más otros parientes diferentes al cónyuge e hijos solteros 5) Unipersonal, es donde vive una sola persona.

Diagrama 42 Distribución porcentual de tipos de familia



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

La información anterior revela que la mayor parte de niños y niñas beneficiarias de la modalidad, cuentan con una red familiar y con la presencia paterna y materna en su hogar, así mismo la mayoría de las mujeres gestantes cuentan con su pareja. Sin embargo, llama la atención que un 31% de los niños y niñas no conviven con su padre, evidenciando el problema del abandono paterno temprano. (Ver diagrama 43).

Diagrama 43 Parejas de las mujeres gestantes y padres ó padrastros de niños y niñas menores de dos años que conviven con ellos

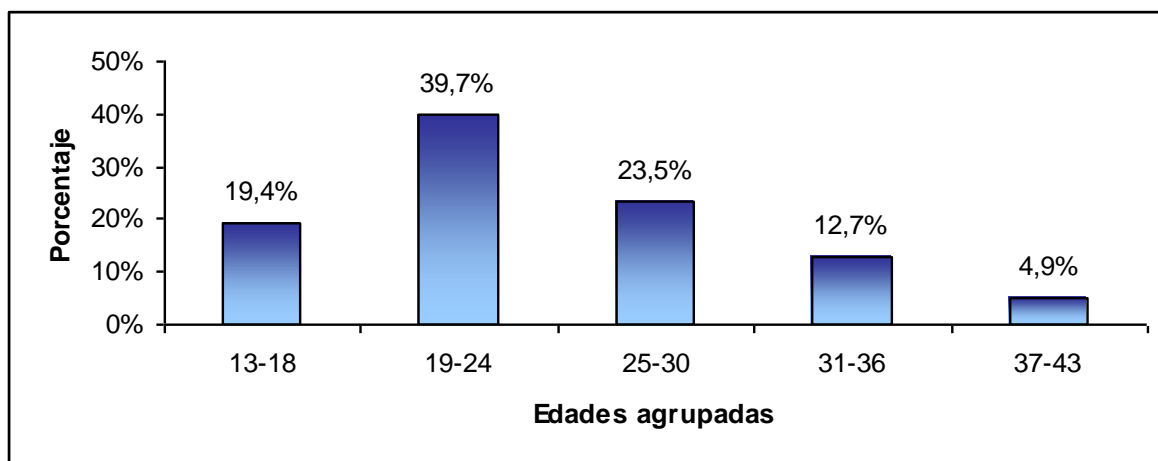
. Parejas de las mujeres gestantes y padres ó padrastros de niños y niñas menores de dos años que conviven con ellos		
	Mujeres Gestantes	Cuidadores
Si	81,7	69
No	18,3	31
Total	100	100

Al indagar, sobre quien es el responsable del cuidado de los niños y niñas durante el mayor tiempo del día, se encontró que las madres son las principales cuidadoras (91,6%),

seguido de algún pariente como la abuela (5,6%), o las tías (1,7%). Esta situación puede favorecer el fortalecimiento del vínculo madre- hijo en la etapa de mayor demanda afectiva como es la primera infancia, además, de facilitar una mayor aplicabilidad de los conocimientos trabajados en las actividades realizadas por la agente educativa FAMI. En contraste la participación del padre como cuidador permanente de los niños es mínima (0,3%).

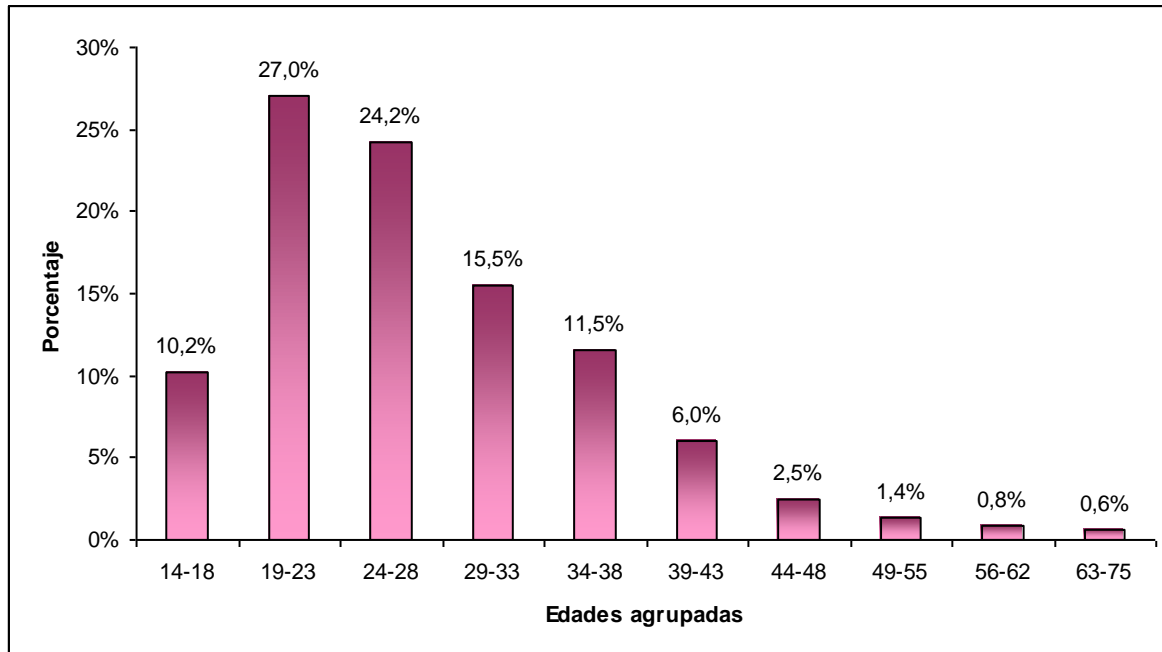
- **Edad de las madres gestantes y de los cuidadores**

Diagrama 44 Edad de las gestantes



Fuente: Evaluación Nacional del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Modalidad Familia, Mujer e Infancia-FAMI, 2007

En las gestantes (Ver diagrama 44) hay una mayor presencia de madres adultas jóvenes que se encuentran entre los 19 y 24 años (39,7%); mientras que el 19,4% se ubica en el grupo de 13 a 18 años, cifra que corrobora la presencia de madres adolescentes.

Diagrama 45 Edad de los cuidadores de menores de dos años.

Como puede observarse el 10% de los adultos cuidadores es menor de 18 años, cifra que se ubica por debajo del promedio nacional reportado por la ENDS 2005 (16,2% de mujeres de este grupo de edad son madres o están embarazadas) mientras la mayoría (47,4%) pertenece al grupo poblacional de adultos con edades entre los 30 y 49 años, seguido de adultos jóvenes con edades entre los 20 a 29 años (29,9%). (Ver diagrama 45)

- Edad de los niños y niñas beneficiarios de la modalidad:** La distribución por edades de los niños y niñas vinculados al programa HCB-FAMI, que participaron en la evaluación es más o menos homogénea (Ver diagrama 46). El grupo mayoritario se ubica entre los 18 a 24 meses de edad (23,7%), seguido del grupo de 12 a 17 meses (23,1%) y del grupo de 3 a 5 meses (15,6%).

Diagrama 46 Edad de los niñas y niños beneficiarios

Edad de los niñas y niños beneficiarios		
Edad (meses)	Número	Porcentaje
0-2	101	9,7%
3-5	162	15,6%
6-8	138	13,3%
9-11	153	14,7%
12-17	240	23,1%
18-24	247	23,7%
TOTAL	1.041	100%

5.2 DESCRIPCIÓN COMPONENTE RESULTADOS Y EFECTOS

Esta dimensión de la Evaluación Nacional de Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad Familia, Mujer e Infancia HCB-FAMI, se entiende como el logro de los objetivos de la modalidad, plasmados en los conocimientos y las prácticas de las familias usuarias. Por tal razón a continuación se abordarán el análisis descriptivo y relacional de las dimensiones y variables definidas para la evaluación de los resultados y efectos alcanzados por la modalidad.

5.2.1 Lactancia materna y alimentación. La lactancia materna es considerada como uno de los factores protectores de la salud de los niños y niñas. La leche materna es el alimento que tiene la composición necesaria para satisfacer los requerimientos nutricionales de niños y niñas menores de seis meses de edad, proporciona factores inmunológicos que no se encuentran en otro tipo de alimentos y tiene beneficios en la relación afectiva entre la madre y el hijo (Ministerio de Protección Social, et al, 2004). En este sentido el programa HCB-FAMI se ha propuesto entre otros objetivos “Capacitar y actualizar en contenidos de lactancia materna a los agentes educativos institucionales, comunitarios y grupos familiares para la apropiación de la práctica de la lactancia materna”. (ICBF, 2005).

Respecto de la alimentación complementaria de niños y niñas menores de dos años, los lineamientos de programación 2005 hacen énfasis en la orientación, seguimiento nutricional y suministro del complemento alimentario, el cual debe atender las directrices técnicas sobre alimentación complementaria (ICBF, 2005, p.2). Sin embargo, no se hace

explícito en los objetivos y acciones del programa realizar una permanente formación en prácticas de alimentación para los bebés en sus primeros años de vida, salvo en el caso de la lactancia materna.

Si se entiende que el estado nutricional es el resultado de un proceso continuo que se inicia en la infancia, en este proceso la práctica de la lactancia materna y la adecuada incorporación de alimentos complementarios en la dieta de los infantes son fundamentales para el buen desarrollo físico, cognitivo y social de los niños y niñas.

Por tal razón en esta dimensión de la evaluación se describirán cuatro grandes variables: i) Conocimientos sobre prácticas en lactancia materna de cuidadores y gestantes. ii) Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria. iii) Prácticas de alimentación de las gestantes. iv) Uso del complemento alimentario por parte de las familias.

Conocimientos sobre prácticas en lactancia materna de cuidadores y gestantes.

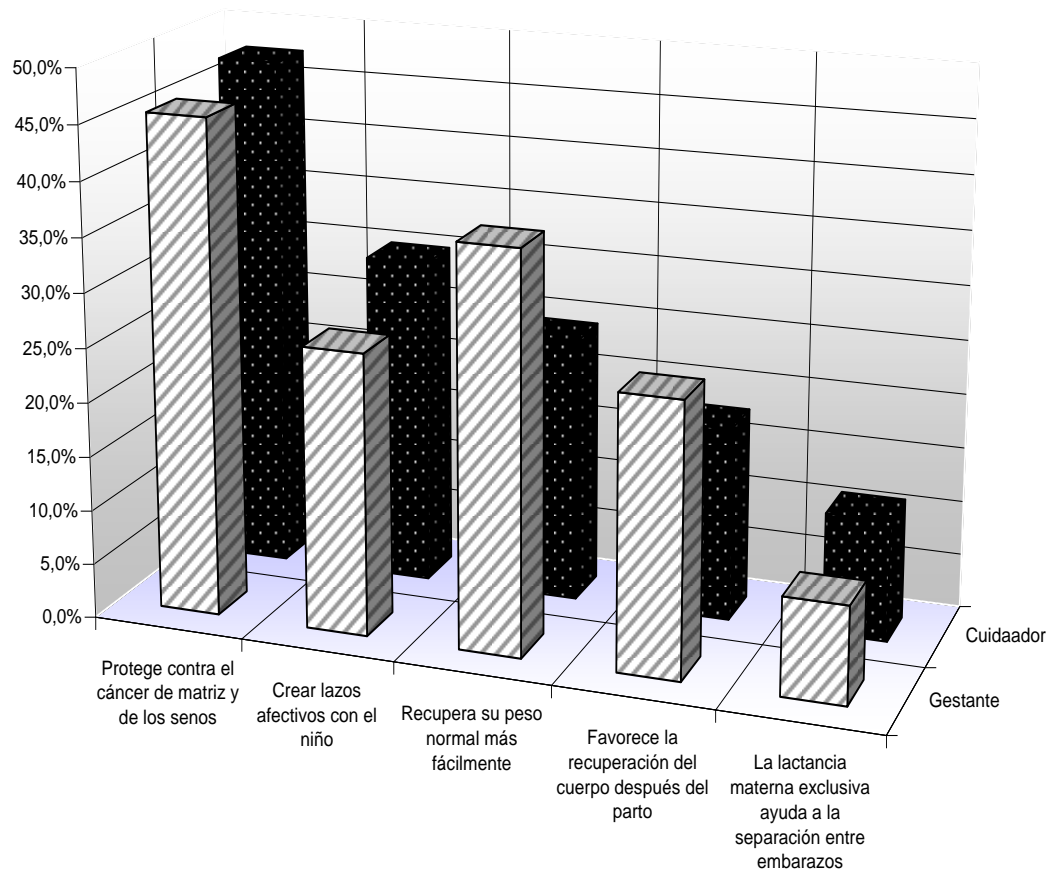
Esta evaluación indaga por los conocimientos y prácticas de los usuarios del programa, entendiendo como conocimientos sobre prácticas de lactancia materna los aprendizajes o saberes que las madres o los cuidadores de niños y niñas tienen sobre los beneficios de la lactancia materna; la forma como se debe extraer la leche materna para la alimentación del bebé; el almacenamiento adecuado que se recomienda para que la leche materna se conserve por un tiempo determinado; y el periodo (edad) durante el cual el niño y la niña deben recibir leche materna de manera exclusiva y acompañada con alimentación complementaria adecuada para la edad. También se indagó con las madres gestantes la frecuencia para la toma de leche materna que ellas conocen debe tener el recién nacido.

- **Beneficios de la lactancia materna, según gestantes y cuidadores:** cuidadores de menores de dos años y gestantes identificaron cinco beneficios de la lactancia materna para la madre. Alrededor de la mitad de los usuarios (46% gestantes y 48% cuidadores) coincidieron en atribuirle a la lactancia materna el beneficio de protección contra el cáncer de matriz y senos. De acuerdo con el tipo de usuario, las gestantes le atribuyeron un segundo lugar al beneficio de recuperar su peso normal (37%),

mientras que los cuidadores consideraron la creación de lazos afectivos de la madre con el hijo (30%). En tercer lugar las gestantes consideraron este último beneficio (26%) mientras que para los cuidadores fue el de recuperar su peso normal (24%). La recuperación del cuerpo se identificó como parte de los beneficios obtenidos por alimentar con leche materna a los bebés recién nacidos (25% gestantes y 18% cuidadores).

Diagrama 47 Conocimiento de los beneficios de lactancia

Conocimiento sobre beneficios de la lactancia materna para la madre, identificados por los usuarios
n= 1309
Gráfico No _

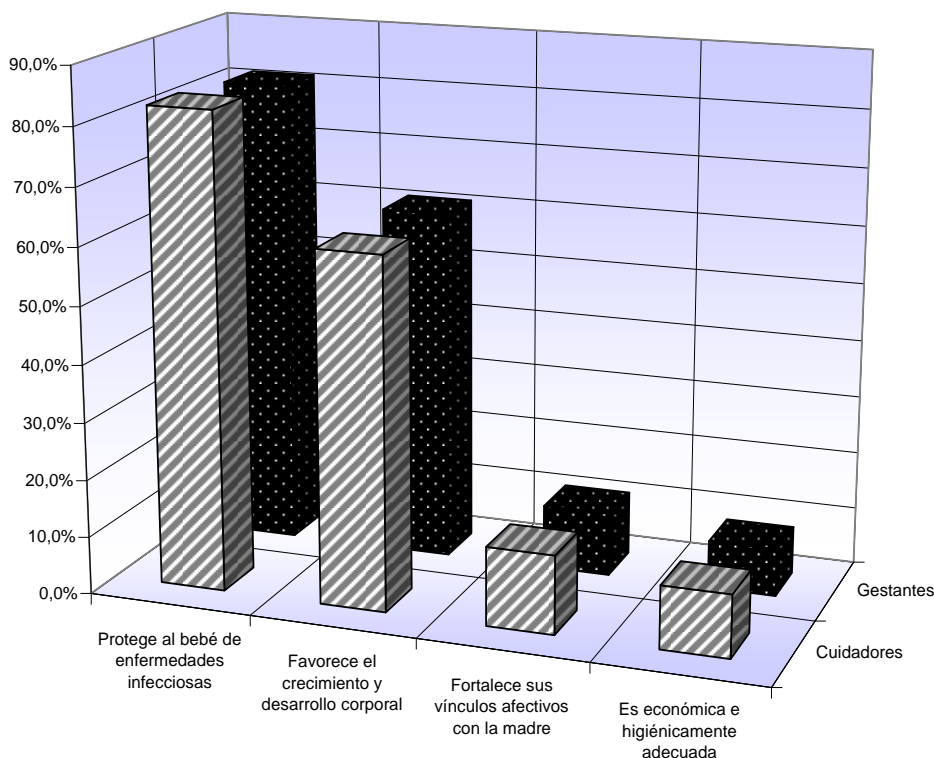


En un porcentaje mucho menor (11% cuidadores y 9% gestantes) los usuarios creen que el hecho de amamantar a sus hijos es favorable para espaciar el tiempo entre embarazos.

Los beneficios más frecuentemente identificados por cuidadores y gestantes para los bebés se refieren a la protección de enfermedades infecciosas (83% y 81% respectivamente) y al crecimiento y desarrollo corporal (61% cada uno). Llama la atención que tanto madres gestantes como cuidadores identificaron y priorizaron los mismos beneficios, dándole mayor importancia al componente de salud física; mientras que los lazos afectivos (14% cuidadores y 11% gestantes) no fue un beneficio identificado de importancia. Cabe anotar que si bien los usuarios del programa son familias con ingresos bajos, a la lactancia materna no se le atribuye el beneficio de contribuir en la reducción de costos familiares (11% usuarios y 8% gestantes).

Diagrama 48 Conocimiento de los beneficios de lactancia 2

Conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna para el niño, identificados por los usuarios
n= 1309
Gráfico No _



Los estudios acerca de los beneficios de lactancia para la madre, los niños y niñas reconocen, además de los mencionados por los usuarios, que el contacto físico entre madre e hijo, favorece el vínculo afectivo y genera seguridad y capacidades a las

madres para la crianza de sus hijos; a la vez que incrementa la autoestima, factores que contribuyen en el largo plazo al gozo de una vida armónica y la reducción de los conflictos intrafamiliares (OMS, 1998: 31-40; WABA, 2000).

- **Conocimientos y prácticas adecuadas para la alimentación con leche materna: extracción manual y almacenamiento:** La extracción manual de la leche materna ayuda a mantener la práctica de la lactancia exclusiva en menores de seis meses y estimula su producción, garantizando una adecuada alimentación a los niños y niñas menores de dos años.

El 60% de los cuidadores dijo conocer la práctica de extracción manual de la leche materna, a su vez en este mismo porcentaje estos demostraron una práctica adecuada. Si se asume que esta última es el resultado de las acciones educativas impartidas por las agentes FAMI, se podría valorar como una acción positiva del programa el hecho de que más de la mitad de los cuidadores han logrado aprehender las enseñanzas de los agentes educativos.

Un porcentaje menor de cuidadores que dijeron realizar la extracción manual de la leche materna manifestó conocer la práctica del almacenamiento de esta (50%); y un buen número de ellos (74%) demostró realizar una práctica acorde con los parámetros establecidos para la conservación de la leche. Datos que confirman los logros alcanzados en los aprendizajes por parte de los cuidadores.

- **Conocimientos de la lactancia materna: edad y tiempo apropiado:** El 72% de los cuidadores con niños menores de 6 meses saben que al bebe hay que darle pecho cuando él pida, mientras que el 28% de los usuarios citó un horario o no sabía. Del total de gestantes encuestadas el 60% manifestó que los niños y niñas deben recibir lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, mientras que el 40% restante no conocía la edad adecuada; así como tan sólo el 35% de las gestantes conocen la

edad de los niños y niñas a la cual se les debe retirar definitivamente la lactancia materna (24 meses). (Anexo 5. Tablas de Resultados y Efectos).

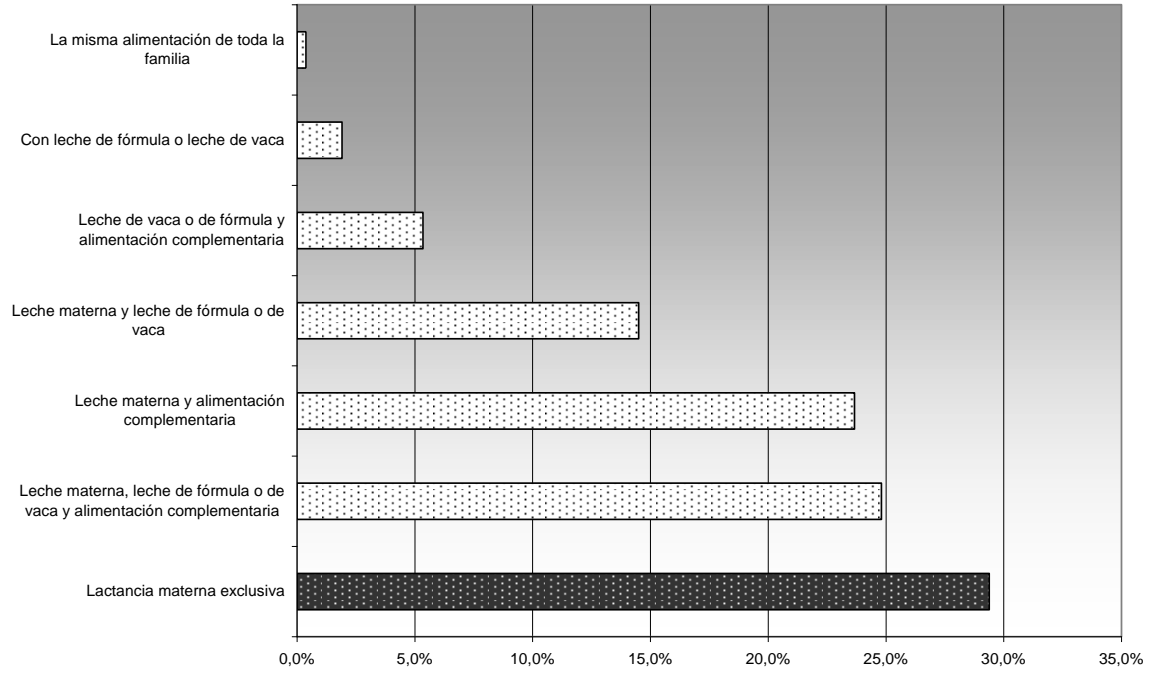
Lo anterior indicaría que si bien hay un buen porcentaje de cuidadores y gestantes que conocen los parámetros de la edad y el tiempo apropiado para la lactancia materna, bien es hay un porcentaje no despreciable de usuarios que desconocen estos estándares mínimos de amamantamiento con todas las desventajas que esto puede tener para la salud y la vida de los menores de 2 años.

Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria adecuada en menores de 2 años. La presente evaluación consideró examinar dos componentes básicos para valorar la alimentación recibida por los beneficiarios del programa: i) la práctica de la lactancia materna en los diferentes rangos de edad; ii) el uso del biberón; y iii) las prácticas de alimentación complementaria en menores de dos años, por rangos de edad, comparadas estas con las recomendaciones dadas para el país en las Guías alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años.

- **Práctica de lactancia materna 0-5 meses:** El 29% de los niños y niñas menores de 6 meses recibe lactancia materna de manera exclusiva, mientras que en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia 2005 (ICBF, 2005, p, 42), este indicador fue mayor (47%). La baja proporción de niños que se alimentan de manera exclusiva con leche materna no es consecuente con los argumentos de los usuarios que dicen conocer los beneficios de lactar a sus hijos e hijas e identificar varios de ellos. Por tal razón la mayoría de cuidadores (71%) combinan la lactancia materna en menores de seis meses con otro tipo de bebidas, leches o alimentos; por lo que se identificaron diversas formas de alimentación para los menores de 6 meses, como lo muestra el gráfica No_

Diagrama 49 Formas de Alimentación

Formas de alimentación más frecuentes en bebés de 0 a 5 meses

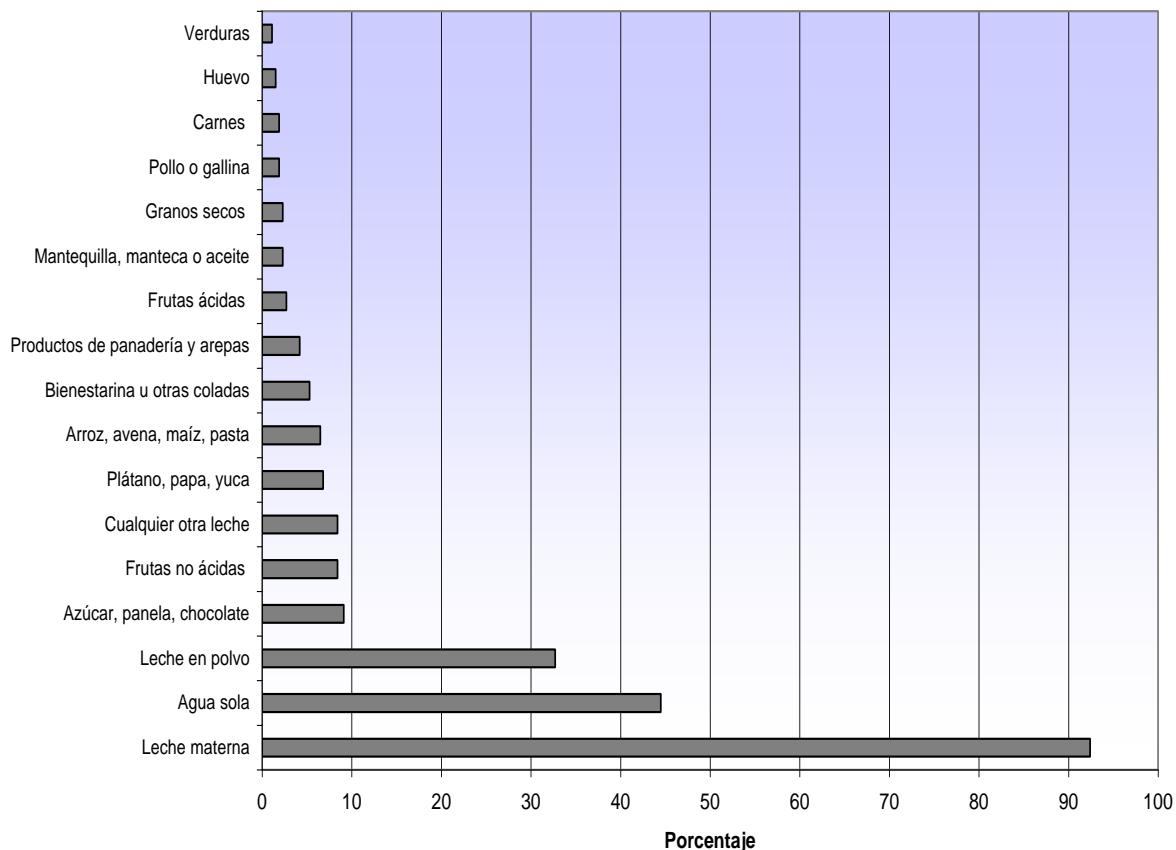
n=
Gráfico No_

Además de lo anterior, cuando se indagó por las formas de alimentación diaria de niños y niñas entre 0 y 5 meses (Diagrama 50) se encontró que el 92% consumen leche materna acompañada de otras bebidas tales como: Agua sola (44%), leche en polvo (33%) y cualquier otra leche (8%).

Diagrama 50 Alimentación diaria en menores de 0-5**Alimentación diaria en menores de 0-5 meses**

n=263

Gráfico No. ____



Llama la atención que en este rango de edad se les da a los niños alimentos tales como: Azúcares (9%), frutas no ácidas (8%), plátano, papa, yuca (7%), arroz, avena, maíz, pasta(7%). Es importante destacar el consumo de bienestarina (5%) la cual es inadecuada como alimento en este rango de edad.

La introducción temprana de la alimentación complementaria trae consigo problemas de salud a corto y largo plazo. Esta además de contribuir a la disminución de la producción de leche materna y por lo tanto a la baja en la frecuencia de alimentar al seno a los bebés, cambia el patrón de succión con la toma del biberón; produce alergias respiratorias, gastrointestinales y de piel; contribuye a la pérdida de peso;

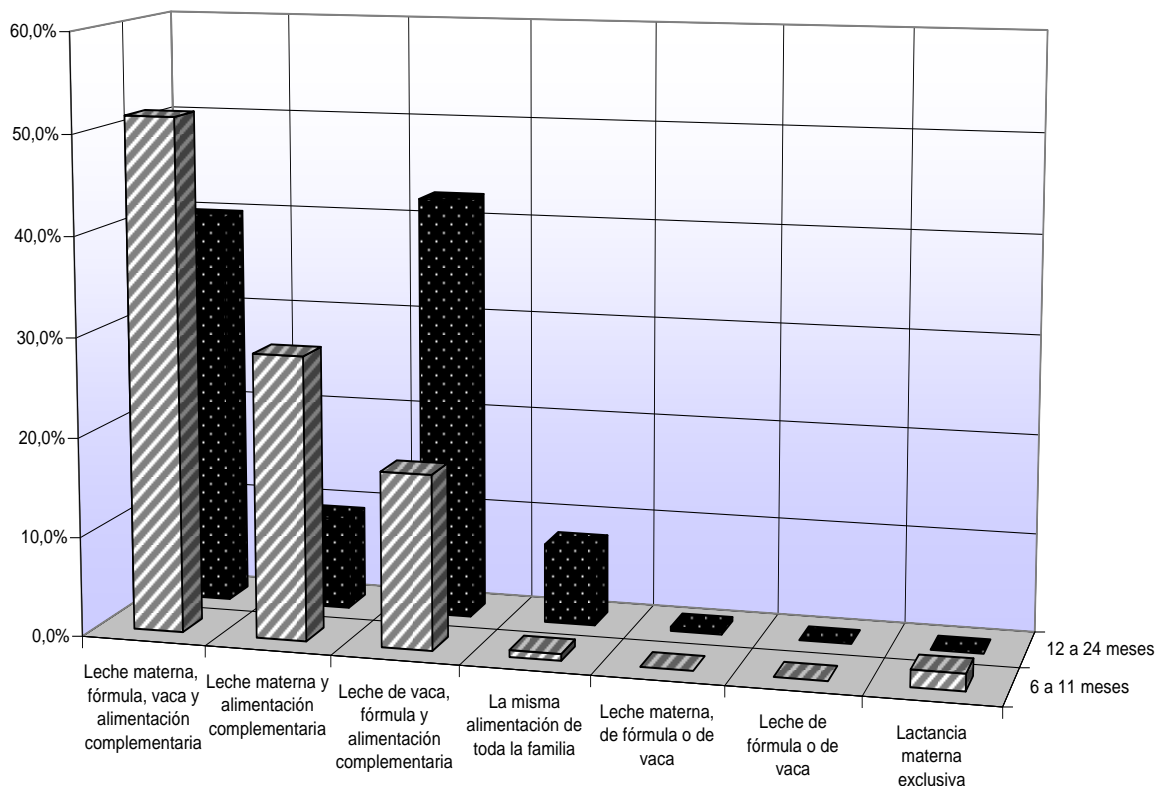
produce diarreas y anemia. A largo plazo se crean hábitos alimentarios inadecuados, obesidad e hipertensión. (Ministerio de Protección Social, 2004: 38)

De las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, descritas anteriormente, se podría deducir que aun está muy lejos la meta de lactancia materna exclusiva para los menores de seis meses y que por el contrario lo referido por los usuarios del programa HCB-FAMI es aún mas bajo de lo observado en el promedio nacional. Siguen prevaleciendo las formas de alimentación mixta, es decir combinando la lactancia materna con otros alimentos, lo cual no estaría en relación con los esfuerzos que realizan los agentes FAMI en capacitación y acciones educativas en el fomento y demostración de la práctica de la lactancia materna exclusiva para este grupo de edad.

- **Práctica de lactancia materna entre 6 y 11 meses y entre 12 a 24 meses:** Las formas de alimentación más frecuentes en estos grupos de edad son las combinaciones de leche materna, con otras leches y alimentación complementaria, tal como lo muestra el diagrama 51

Diagrama 51 Formas de alimentación más frecuentes por rangos de edad

Formas de alimentación más frecuentes, según rangos de edad
Gráfico No _



Las prácticas de alimentación más comunes en niños entre 6 y 11 meses son la lactancia materna acompañada de leche de vaca y alimentación complementaria (51%); seguido de la lactancia materna y alimentación complementaria (29%); el 17% ha suprimido la leche materna y el 2% la toma de manera exclusiva. De todas estas prácticas la que se considera adecuada para este grupo de edad, es la lactancia materna con la alimentación complementaria.

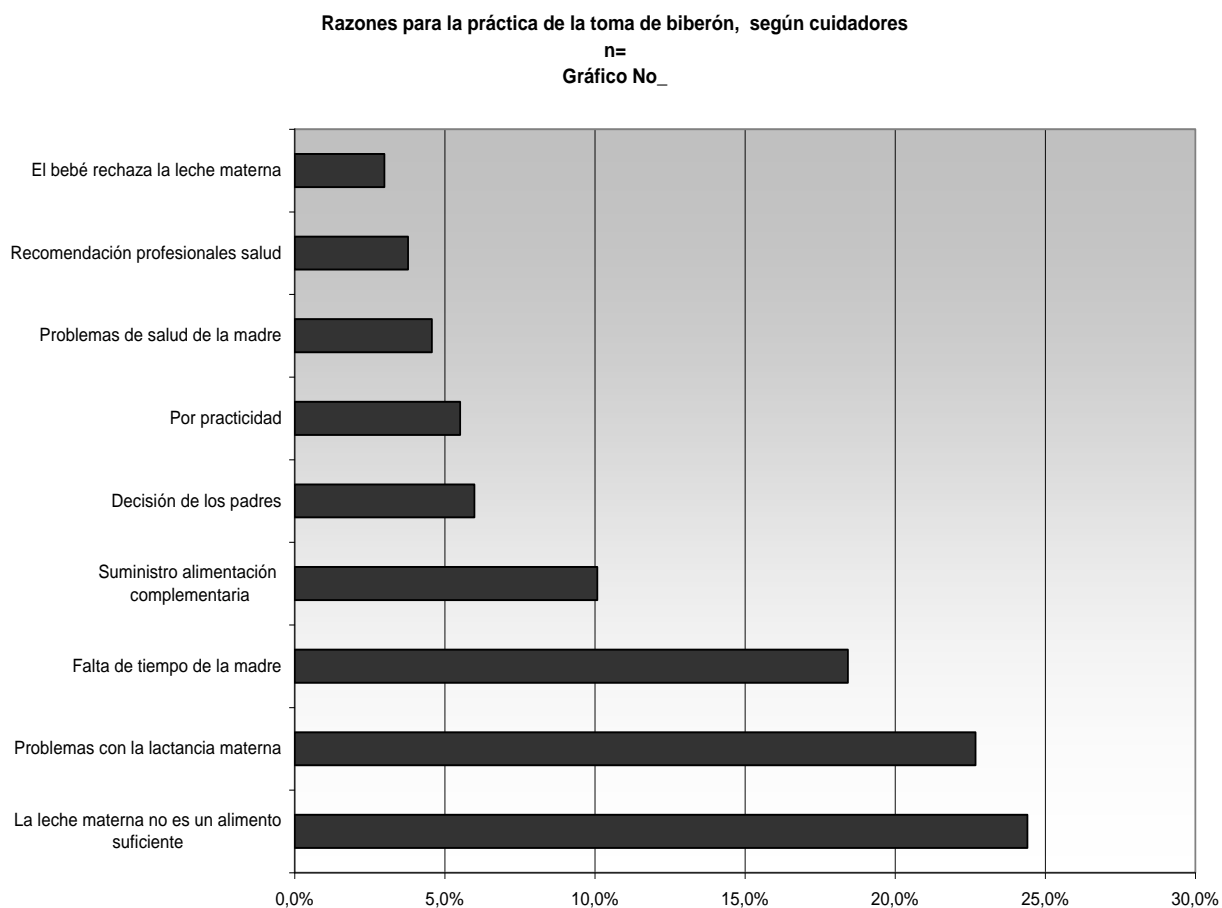
Para los niños y niñas mayores de 1 año la alimentación más común es leche de vaca o de fórmula con alimentación complementaria (43%); seguido del 40% que toman leche materna con otras leches y alimentación complementaria; el 42% ha suprimido

la lactancia materna y tan solo el 9% recibe leche materna con alimentación complementaria.

Estas prácticas contradicen las recomendaciones de consumo diario de alimentos, pues en estas edades los niños y las niñas deberían estar recibiendo lactancia materna con alimentación complementaria adecuada, con los consiguientes riesgos que estas prácticas tienen para la salud y la vida de los infantes.

- **Toma del biberón:** El 63% de los niños y niñas beneficiarios del programa HCB-FAMI toman o han tomado biberón. Al comparar este indicador con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ICBF, 2005, p. 43), donde el uso del biberón en el año 2005 se ubicó en el 40%, se deduce que esta práctica en los usuarios del programa es muy superior al nivel nacional. Este alto número de usuarios con prácticas inadecuadas en la alimentación inicial da cuenta de que los padres y madres pueden conocer los beneficios de alimentar con leche materna a sus bebés (tal como lo indican los resultados anteriores), pero las costumbres y tradición (prácticas culturales) y el mercado de consumo quizá tenga un mayor impacto que aquella labor educativa que realiza el programa.

Es posible que el programa no haya logrado irradiar una de sus líneas de alimentación sana hacia el conjunto familiar, comunitario y social por tal razón los usuarios no asumen como excluyentes por un lado, la práctica de dar biberón a los niños y niñas y por otro, la de ofrecer lactancia materna a los pequeños.

Diagrama 52 Razones para la práctica de la toma de biberon

La mayor frecuencia en las respuestas dadas por los cuidadores sobre la práctica de la toma de biberón en los niños y niñas está relacionada con la idea de que éste proporciona un complemento a la alimentación infantil, como lo muestran las razones dadas: la leche materna no es un alimento suficiente para el bebe (24%) y el biberón se usa para suministrar alimentación complementaria (10%) Lo anterior indica que alrededor del 34% de los cuidadores que han dado a los bebes biberón, lo consideran como una práctica de alimentación adecuada.

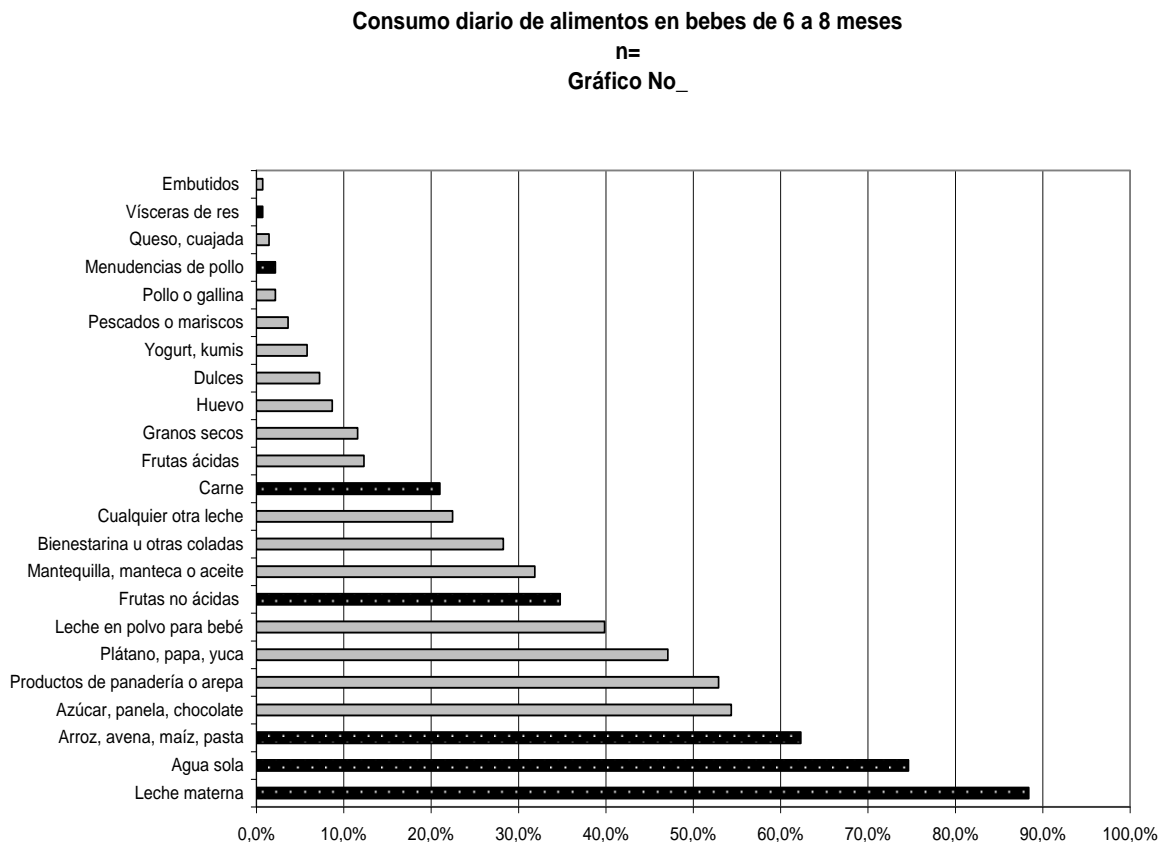
Una segunda razón dada por los cuidadores es que las madres han tenido algún tipo de problema con la lactancia materna (23%), seguida por la falta de tiempo de la madre para alimentar a su bebe con leche materna (18%). Un grupo de razones con

menor peso fueron las referidas a decisiones de los padres, rechazo del bebe a la leche, por asuntos prácticos y porque los profesionales de la salud lo han recomendado (3,8%)

Prácticas de alimentación en menores de dos años por rangos de edad

- **Alimentación complementaria 6 y 8 meses.** Una alimentación adecuada en niños de 6 a 8 meses de edad debe estar constituida por leche materna, cereales, frutas no acidas, carne y vísceras (Ministerio de Protección Social, 2004). De acuerdo a esta guía los menores tienen hábitos que no se corresponden con las recomendaciones establecidas, pues aun cuando el 88% de niños y niñas toman leche materna, acompañada en un segundo lugar por cereales (arroz, maíz, avena o pasta) (68%), el consumo de frutas no acidas (35%) y carne (21%); los hábitos de consumo en este rango de edad incluyen alimentos no tan recomendados para la salud como por ejemplo, el consumo azúcar, panela o chocolate (54%) y la leche en polvo (40%).

Diagrama 53 Consumo diario en bebés de 6 a 8 meses



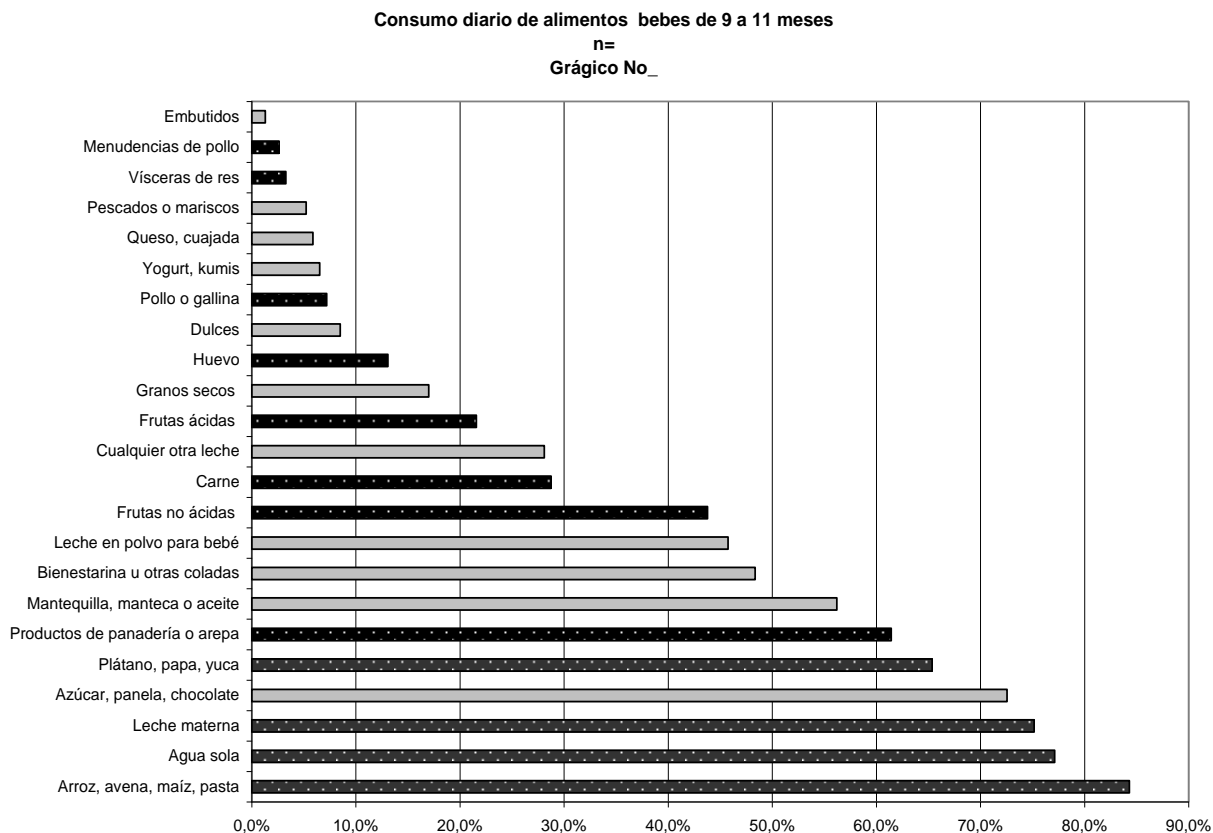
Llama la atención la introducción temprana en la dieta diaria de alimentos como frutas ácidas y huevo, así como la ingesta de bienestarina (29%), que para este grupo etareo estarían contraindicados.

- **Alimentación complementaria 9 y 11 meses.** En este rango de edad a los menores se les debe incorporar una mayor cantidad de alimentos a su dieta diaria. Los alimentos permitidos son: leche materna, cereales; raíces y tubérculos; frutas, carne, huevo, pollo, vísceras y menudencias.

Aun cuando los niños consumen en mayor o menor proporción los alimentos permitidos, no significa que su alimentación sea adecuada. Llama la atención el consumo diario de azúcares (72%), grasas (56%), bienestarina (48%) y leche en polvo

(46%) los cuales ocupan lugares importantes en la dieta de los bebés, superando la ingesta de frutas y carne.

Diagrama 54 Consumo diario de alimentos bebés de 9 - 11 meses

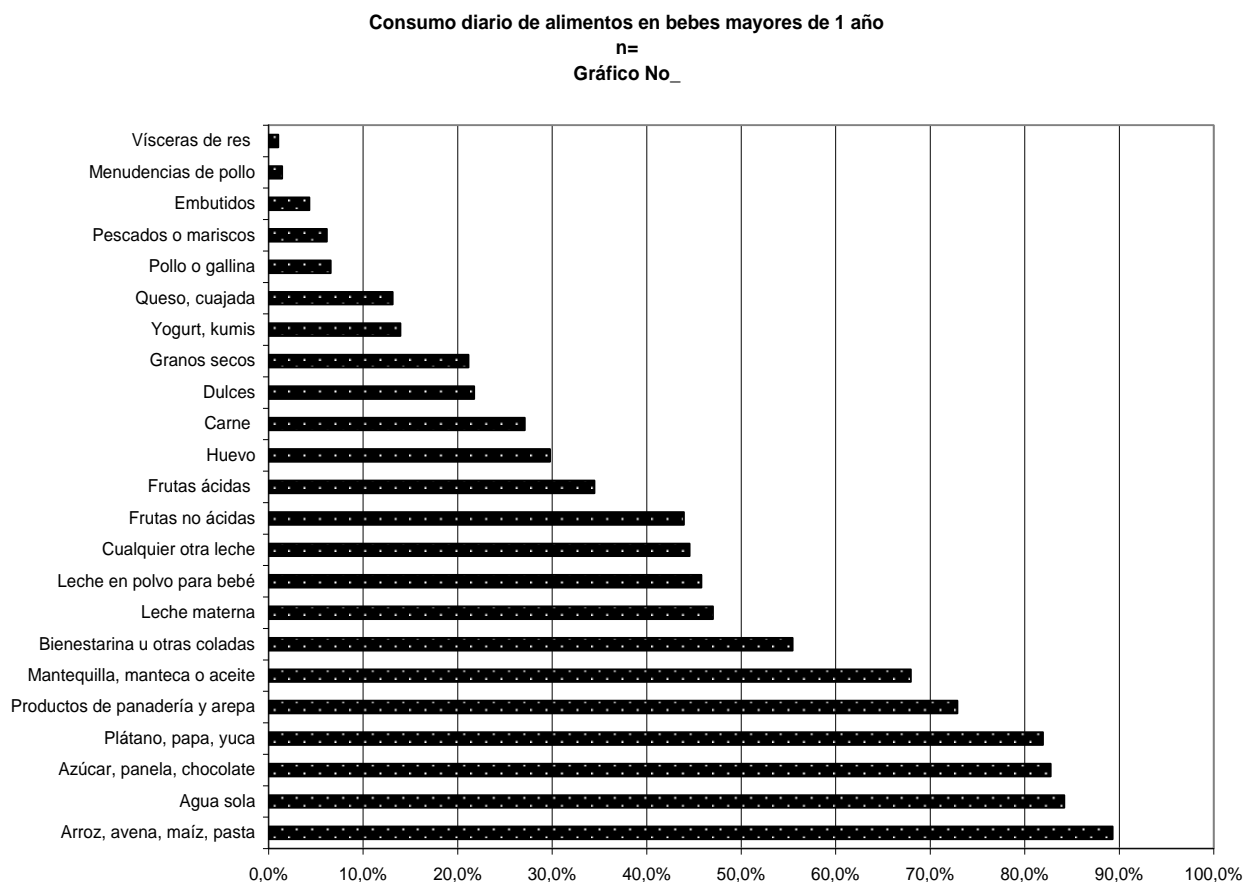


- **Alimentación complementaria Mayores de 1 año.** Una vez cumplido el primer año de vida, los niños y las niñas pueden consumir todo tipo de alimentos, aunque algunos como los dulces y azúcares de forma moderada. La leche materna se debe continuar ofreciendo pero ya como complemento de los alimentos de la familia.

Como se observa en el diagrama 55 los cereales (89%), agua (84%), azúcares (82%), tubérculos (65%) y productos de panadería (61%) son los alimentos que tienen los porcentajes de mayor consumo diario, la mayoría de ellos ricos en carbohidratos. Los productos lácteos de mayor consumo son la leche materna (47%); la leche en polvo y otras leches (45% y 44% respectivamente); porcentajes similares al consumo de las frutas

(no ácidas y ácidas: 44% y 34% cada una). El consumo de carne y huevo está alrededor del 28% y tan solo el 11% informaron tener en su dieta diaria las verduras. Este último porcentaje podría ser mayor, pues se calculó con un poco menos de la tercera parte de la muestra de menores de dos años.

Diagrama 55 Consumo diario de alimentos en bebés mayores de 1 año



De acuerdo con las prácticas de alimentación para los menores de dos años se podría concluir que las familias no ofrecen la alimentación de acuerdo a las recomendaciones que está promoviendo el programa HCB-FAMI, según la edad de los niños y las niñas; por el contrario las prácticas de alimentación complementaria ponen en riesgo a los menores de adquirir algunas enfermedades prevalentes en la primera infancia como diarrea y desnutrición. Es de anotar que las prácticas de consumo de alimentos, esta influenciada por las costumbres y la tradición de las

familias; la influencia de la industria de alimentos infantiles y sus prácticas de comercialización han impulsado el consumo de alimentos sucedáneos de la leche materna lo cual ha perneado el imaginario colectivo y el cambio en las prácticas de alimentación infantil.

Los lineamientos del programa (2005) no contemplan dentro de sus objetivos y acciones una estrategia clara para acompañar y “educar” o introducir mejores prácticas alimentarias en las familias usuarias. La estrategia que expresa con mayor claridad la preocupación del ICBF por la dieta de los menores y las gestantes se refiere al complemento alimentario. Sin embargo al parecer el hecho de otorgar frecuentemente un paquete de alimentos para aportar a la alimentación de los usuarios y orientar el consumo de alimentos no es garantía para que usuarios y familias obtengan prácticas adecuadas de alimentación, más aún en sectores con alta vulnerabilidad y pobreza crónica, donde el riesgo de desnutrición es real.

Uso del Complemento alimentario por parte de las familias. El complemento alimentario se constituye en parte del mercado que la familia consume regularmente. Esta afirmación se basa en que tan sólo el 3.8% de las familias con niños mayores de 6 meses utilizaron el complemento alimentario únicamente en el beneficiario.

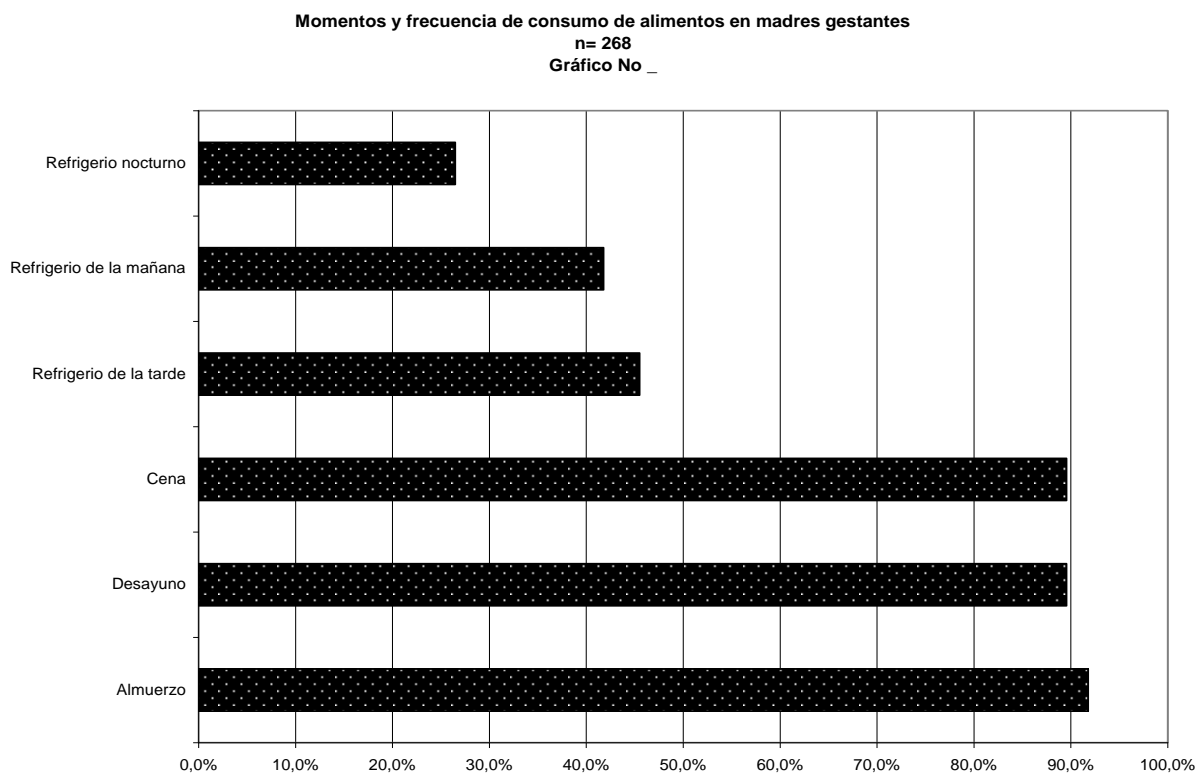
Este comportamiento es similar con las madres gestantes, pues solamente el 5% de ellas consumió de manera exclusiva el complemento alimentario.

El paquete o complemento alimentario, si bien esta orientado a ser una fuente de alimentación del usuario del programa, en familias con escasos recursos es recurrente que éste sea compartido por padres, esposos, hijos y otros familiares que residen en el hogar.

Prácticas de alimentación de las gestantes. Las madres gestantes tienen un consumo regular de las principales comidas. El 90% informan que consumen siempre tres comidas al día (desayuno, almuerzo y comida), mientras que las entre-comidas básicas tienen un consumo mucho menor (el 42% en la mañana, el 46% en la tarde); el refrigerio nocturno es el momento en el que hay una menor referencia de consumo pues solo el 27% de las

gestantes dicen tomar este momento de comida y alrededor del 60% nunca o casi nunca lo toman; seguido por la media mañana (38%) y el intermedio de la tarde (33%) que las gestantes dejan de consumir.

Diagrama 56 Momentos de frecuencia de consumo de alimentos en madres gestantes



El extremo de la frecuencia de consumo para gestantes está representado por aquellas madres que informaron que nunca o casi nunca consumían todos los momentos de comida o alguno de ellos, aun cuando las tres comidas básicas son por lo general satisfechas, es decir tan solo el 6% y 3% nunca o casi nunca toman desayuno y cena, respectivamente.

- **Proporción de gestantes que consumen todos los grupos de alimentos con una frecuencia diaria.** El total de madres gestantes consumen diariamente una importante porción de carbohidratos (cereales, raíces, tubérculos y plátanos (99%) y azúcares (82%). En tercer lugar el consumo diario es de carnes y huevo (76%) seguido por

lácteos (57%) y verduras (52%); en un último lugar las gestantes prefieren las frutas (40%).

De acuerdo con las Guías alimentarias para gestantes y madres en lactancia (Ministerio de Protección Social, 2004, pp. 22-23), el estado nutricional de la gestante ejerce una influencia decisiva en el bienestar del bebe. Por lo tanto el estado nutricional previo y la ganancia adecuada de peso durante la gestación, garantiza un peso adecuado del recién nacido. Además el periodo de amamantamiento requiere que la madre cuente con un buen nivel de nutrición, puesto que éste incide no solo en la salud de la gestante; sino también en la calidad de la leche materna y por lo tanto repercute en la buena nutrición del bebe.

5.2.2 Salud materno infantil. La promoción de la salud, implica responsabilidades para el Estado, como el suministro de servicios públicos, alimentación para todos y demás condiciones que mejoren la calidad de vida de la población y promuevan una mayor equidad y garanticen el respeto por los derechos humanos. También, las comunidades y los individuos deben participar en la toma de decisiones autónomas respecto a prácticas cotidianas, como son la crianza y el cuidado de los hijos, para que estos promuevan las mejores condiciones de salud.

Por otra parte, la prevención de las enfermedades complementa la intervención anterior, en la medida que son procesos encaminados a evitar o reducir riesgos de enfermar o morir, o minimizar el efecto que puede ocasionar la presencia de las enfermedades en los individuos y las comunidades (Ministerio de Salud, 2000). Entre las estrategias más usadas en prevención están la educación para la salud y la prevención específica, como es el caso de la vacunación (Martínez, J, et al, 2001).

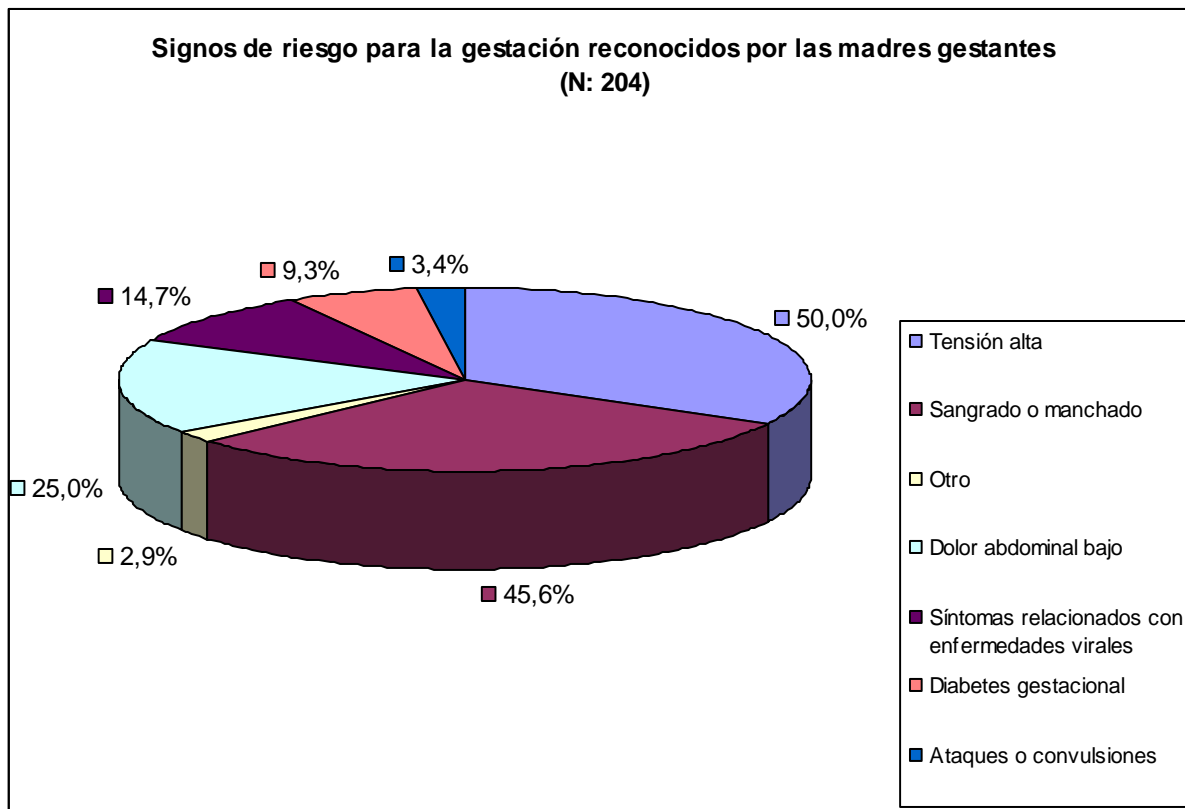
Para la modalidad HCB- FAMI, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, son parte de sus objetivos, dentro del trabajo por el mejoramiento de la calidad de vida de las madres, los niños y las niñas. En el presente apartado se describirán los hallazgos sobre conocimientos y prácticas de promoción de la salud y

prevención de la enfermedad, que tienen las familias beneficiarias de la modalidad HCB-FAMI.

Conocimientos y prácticas de las madres gestantes para el cuidado de su salud durante la gestación. En esta evaluación se indagó por los conocimientos que han adquirido las gestantes en la modalidad HCB-FAMI y su aplicabilidad en el cuidado propio y en la preparación para la maternidad. Del total de gestantes encuestadas, el 97,8% afirmaron conocer cuidados que se deben tener durante el embarazo y un 76,1% saben identificar signos de peligro que les indican la presencia de enfermedad o riesgo de muerte de ella o de su hijo(a).

De los signos de peligro que se indagaron en la evaluación y las madres gestantes afirmaron conocer (ver diagrama 57) se encuentra en primer lugar, la tensión alta (50,0%), en segundo lugar, el sangrado o manchado (45,6%), seguido de dolor abdominal bajo (25,0%).

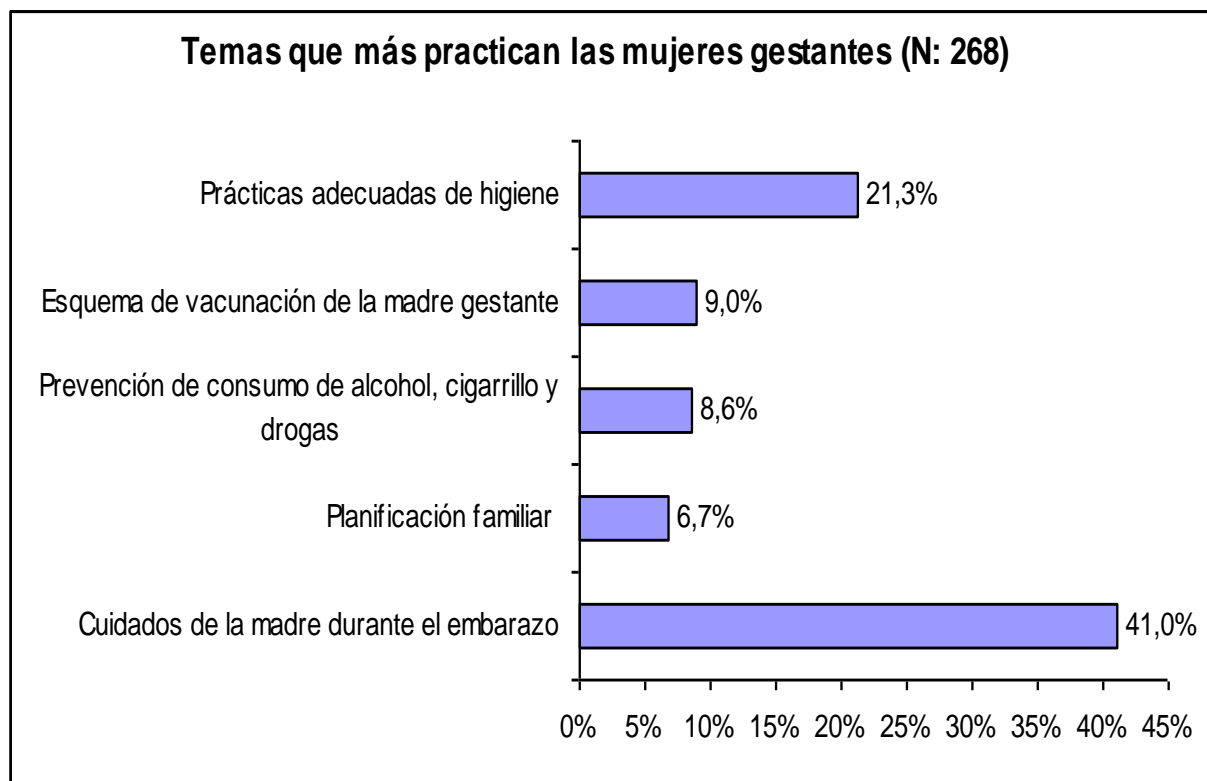
Diagrama 57 Distribución porcentual de signos de peligro en la gestación reconocidos por las mujeres gestantes



El 66,1% de las gestantes conocen que evitar el consumo de bebidas alcohólicas, sustancias psicoactivas o cigarrillo, son cuidados que deben tener durante el embarazo, este mismo grupo reporta que recibieron esta recomendación en las sesiones educativas de los agentes FAMI. (Anexo 4).

Es así como el 97,7% del total de gestantes responden que su participación en el HCB-FAMI ha sido importante para su cuidado y el mejoramiento de la salud y bienestar durante la gestación. Al indagar específicamente sobre las prácticas de cuidado de su salud se encontró que las gestantes reportan los cuidados en la higiene (21,3%), la vacunación (9,0%) y la prevención de consumo de alcohol, cigarrillo y drogas (8,6%) (Ver diagrama 58).

Diagrama 58 Distribución porcentual de temas que más practican las mujeres gestantes relacionados con su cuidado de la salud



Como el enunciado de cuidados de la madre durante el embarazo es muy general, se preguntó específicamente por la frecuencia con que más practican las gestantes, seis cuidados que se esperaría tengan para culminar una gestación sin mayores riesgos para la salud de la madre o del hijo(a). De las 262 gestantes que respondieron esta pregunta, el total de ellas respondieron que siempre o casi siempre, se preocupan por mantener un constante aseo personal, seguido de asistir a los controles prenatales (94,6%) y evitar el consumo de alcohol, cigarrillo, drogas y otras cosas (90,4%).

- **Atención prenatal y vacunación en el embarazo.** La asistencia a los controles prenatales reportada por las gestantes (95,3%) es mayor al reportado en la ENDS 2005 en la población general. Al comparar la asistencia al control prenatal en un anterior embarazo con respecto al actual (Ver diagrama 59) se encontró que hay un aumento en la asistencia a los controles prenatales. Esto significa que las madres gestantes en su mayoría, acceden a los servicios de salud y que son concientes de la

importancia del control prenatal como factor protector de la salud materno- infantil. Sin embargo, no deja de llamar la atención que el 4,7% de las gestantes entrevistadas no haya asistido aún a controles prenatales.

Diagrama 59 Distribución porcentual y de frecuencia de asistencia ó no a control prenatal en embarazo anterior y actual

	Actual embarazo		Anterior embarazo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SI	241	95,3%	153	88,4%
NO	12	4,7%	18	10,4%
Total	253	100	173	100

Según la resolución 412 de 2000 del Ministerio de Salud y la norma técnica para la detección temprana de alteraciones del embarazo, se establece que la gestante debe ser captada antes de la semana catorce de gestación y de ahí en adelante debe tener un control mensual ya sea por médico o enfermera dependiendo del riesgo del embarazo detectado en el primer control. Adicionalmente, en el último mes se deberán realizar dos controles de embarazo por médico para la correspondiente remisión a la atención del parto institucional. Esto configuraría unos mínimos según los cuales para considerar si hubo o no control prenatal deben realizarse por lo menos 5 controles durante la gestación, lo cual se constituye como factor protector para diversos problemas asociados con la salud de la madre y el bebé.

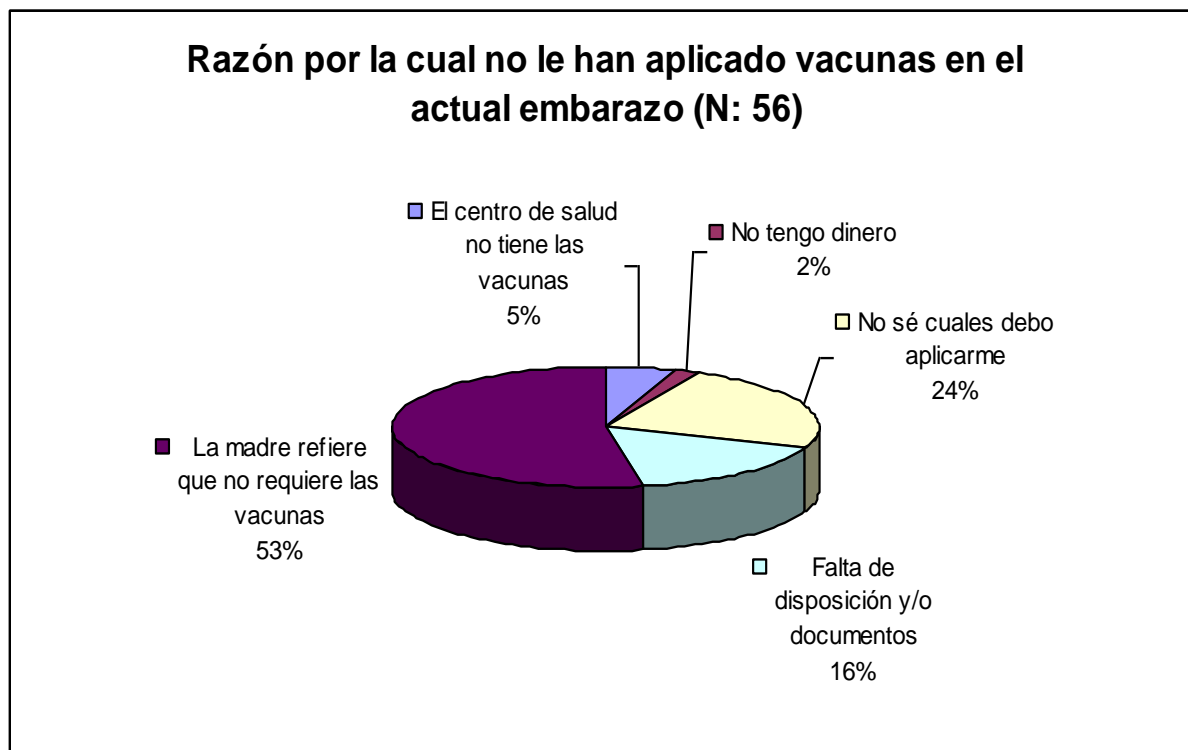
Teniendo en cuenta estos parámetros y la información consignada en la diagrama 60, puede concluirse que para las gestantes que se encuentran en el 8º. mes de embarazo así como para las que están finalizando su periodo de gestación, el 15% y el 11.4% respectivamente no cumplieron con el esquema de controles necesarios.

Diagrama 60 Número de Controles de Atención Prenatal al que han Asistido las Gestantes, Según Edad Gestacional

Meses de embarazo	Entre 1 y 3 controles	Entre 4 y 6 controles	Entre 7 y 9 controles	Más de 9
2 mes de embarazo	100%			
3 mes de embarazo	93,8%	6,3%		
4 mes de embarazo	73,3%	26,7%		
5 mes de embarazo	41,7%	58,3%		
6 mes de embarazo	41,5%	58,5%		
7 mes de embarazo	26%	60%	14%	
8 mes de embarazo	15%	50%	32,5%	2,5%
9 mes de embarazo	11,4%	38,6%	43,2%	6,8%

En cuanto a vacunación contra el tétanos neonatal, un 79,1% de las gestantes entrevistadas ha recibido alguna dosis de vacunas en el actual embarazo, mientras que al 20,9% no le han aplicado vacunas. Las razones expuestas para la no vacunación son: no la requieren (51,7%); desconoce el esquema de vacunación que debe seguir (23,2%); no tiene documentos o no ha podido ir al centro de salud (16%) (Ver diagrama 61).

Diagrama 61 Distribución porcentual de las razones por las que las mujeres gestantes no han recibido ninguna dosis de vacunación



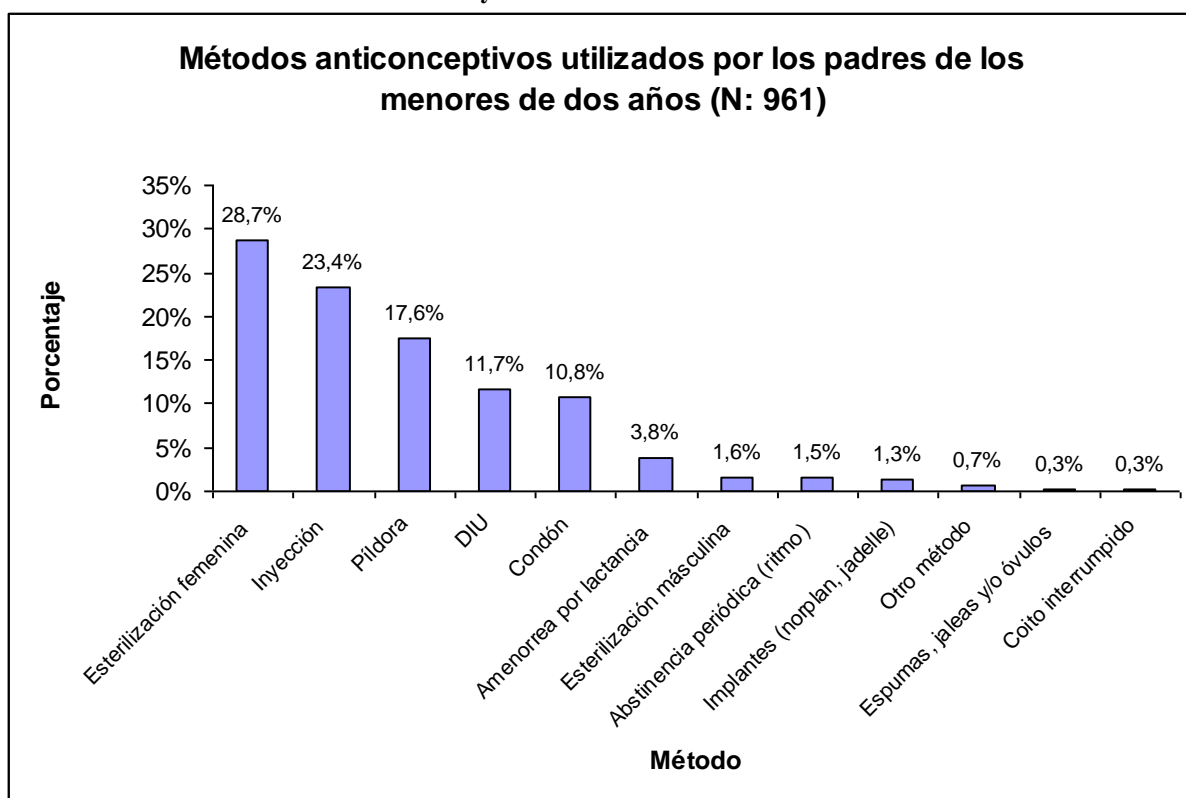
Prácticas realizadas por los cuidadores del menor de dos años para el cuidado de su salud y la de su bebé

- **Lugar de ocurrencia del parto.** Para la mayoría de las madres de los menores de dos años beneficiarios de la modalidad (96,3%), su parto fue asistido en una institución de salud, sea hospital (58,8%), clínica (27,6%), centro/ puesto de salud

(8,8%) o en un centro de EPS o ARS (1,0 %). Solo el 3,7% de los partos fueron en la casa. A nivel nacional se mantiene una distribución similar en la población general, ya que un 92% de los partos fueron asistidos en una institución de salud y solo el 8% fueron atendidos en la casa (PROFAMILIA, 2005, p. 207)

- **Planificación familiar.** El 65,6% de los cuidadores de los menores de dos años utilizan algún método de planificación familiar. Los métodos que más frecuentemente usan son: la esterilización femenina (28,2%), seguido de la inyección (22,4%) y la píldora (17,4%). Este tema es reconocido por los cuidadores como uno de los más tratados en las sesiones educativas de los agentes FAMI (Ver Anexo 4).

Diagrama 62 Distribución porcentual de métodos anticonceptivos utilizados por madres y padres de los niños y niñas menores de dos años

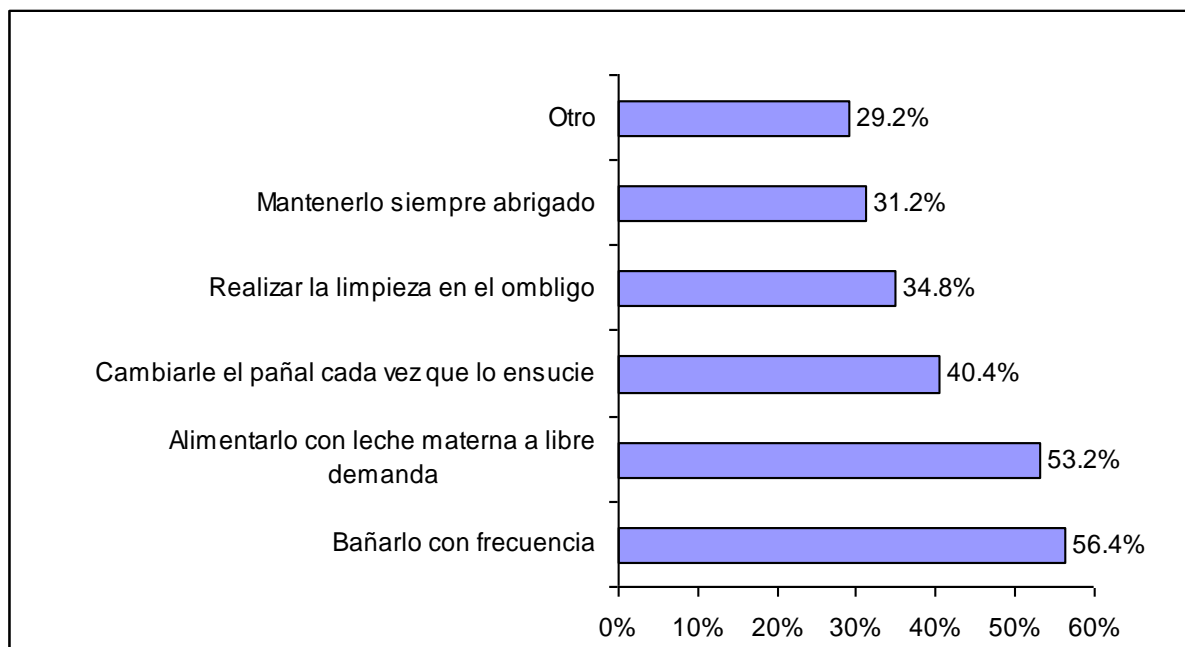


Estos hallazgos se acercan a los reportados en la ENDS para el 2005: un 78% de familias colombianas si planificaban, siendo la esterilización el método más usado (42%)

El 26,7% de los cuidadores de menores de dos años beneficiarios de la modalidad, afirmaron que no utilizaban ningún método de planificación familiar porque actualmente no tenían unión (43,5%), o porque usan otro tipo de método (16,2%), o por razones relacionadas con fecundidad –no tiene relaciones sexuales, menopausia, desea más hijos, etc- (10,8%). Es importante resaltar que el 7,9% afirman que no usan ningún método por costos.

Conocimientos y prácticas sobre el cuidado de la salud y el bienestar de los niños y niñas menores de dos años. Al indagar sobre el conocimiento de cuidados que se deben tener con un recién nacido, el 93,3% de las gestantes afirmaron conocer del tema. De los cuidados del recién nacido que más reconocen las gestantes se encuentran bañarlo con frecuencia (56,4%) y cambiarle de pañal con frecuencia (40,4%), alimentar con leche materna a libre demanda (53,2%).

Diagrama 63 Cuidados que se deben tener con un recién reconocidos por las gestantes



Adicional a esta información, el 79,1% de las madres gestantes conocen los signos que indican cuando un bebé se encuentra enfermo, lo cual favorece la disminución de la morbi-mortalidad infantil ya que se pueden tomar medidas tanto preventivas como curativas en el menor tiempo posible.

- **Vacunación.** Las vacunas son una medida preventiva de vital importancia. Existe en Colombia el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), el cual regula las vacunas que se deben aplicar a todo niño o niña en el país. Para determinar si los niños y niñas beneficiarios de la modalidad tenían su esquema de vacunación completo, se compararon en campo las vacunas recibidas por cada niño con el esquema de vacunación del PAI.

Se tuvo acceso al carné de vacunación en el 81,4% de los niños y niñas menores de dos años. De este porcentaje, solo el 65,2% tienen el esquema de vacunación completo.

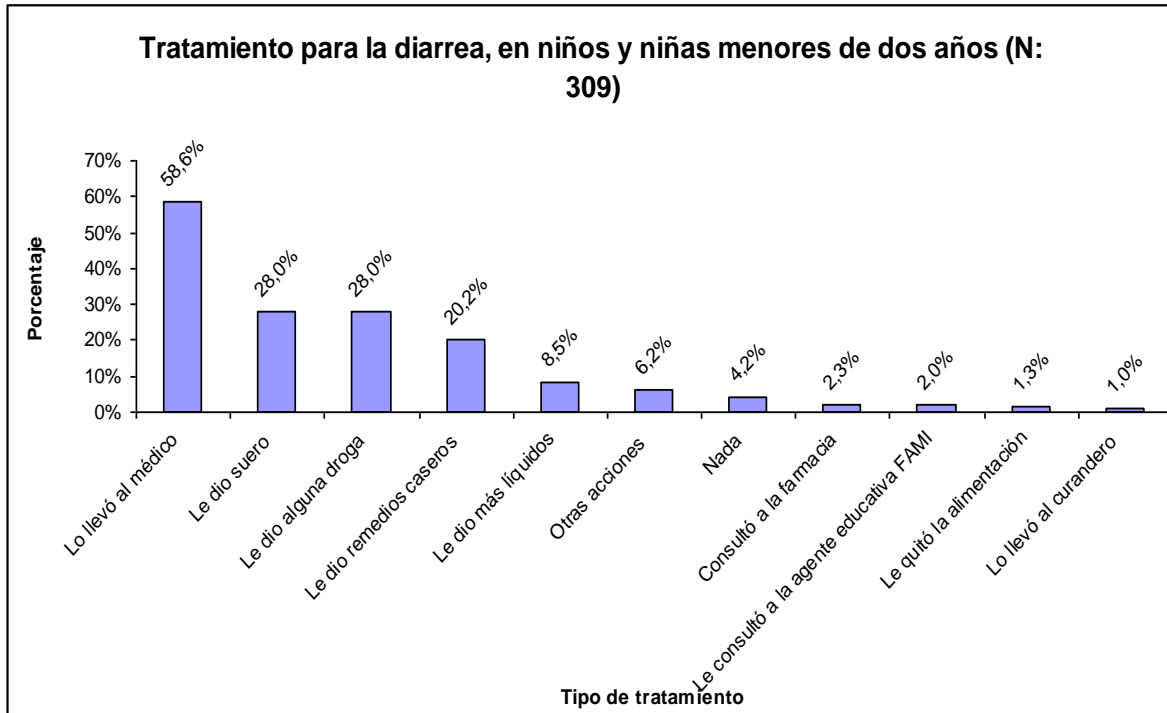
Diagrama 64 Estado de vacunación de niñas y niños menores de 2 años



En la ENDS 2005, se encontró un comportamiento de esquema de vacunación completo similar al de la presente evaluación, ya que el 62% de los niños tenían todas las vacunas correspondientes a los primeros 12 meses de edad (Profamilia, 2005, p. 227)

➤ **Prevalencia y tratamiento de la diarrea.** En el último mes, aproximadamente uno de cada tres de los niños menores de dos años presentó algún episodio de diarrea. Según la ENDS, 2005 “La frecuencia de episodios de diarrea disminuye con la educación y la condición de riqueza de las madres y, es menor cuando la fuente del agua para beber llega por tubería, en contraste con las que consumen el agua de pozo abierto” (Profamilia, 2005, p. 238)

Teniendo en cuenta, que existe el conocimiento es necesario saber si en el momento de presentarse los episodios de diarrea, las familias actúan adecuadamente para prevenir riesgo en la salud del niño o niña. Es así como, el 58,6% de las familias que respondieron afirmativamente sobre la presencia de episodios de diarrea en el último mes llevaron al niño (a) al médico. El 28,0% le ofreció suero oral o algún medicamento y un 8.5% ofreció más líquidos. Estas acciones están acordes con la información que se difunde para proteger la vida del niño (a), aunque el porcentaje de familias que ofrecieron suero oral o aumentaron el consumo de líquidos fue relativamente bajo. Además, queda el interrogante si las familias que afirmaron haber ofrecido algún medicamento, lo hicieron bajo supervisión médica o por autoformulación, lo cual podría ser aún más peligroso para el lactante.

Diagrama 65 Tratamiento para la diarrea en niños y niñas menores de dos años

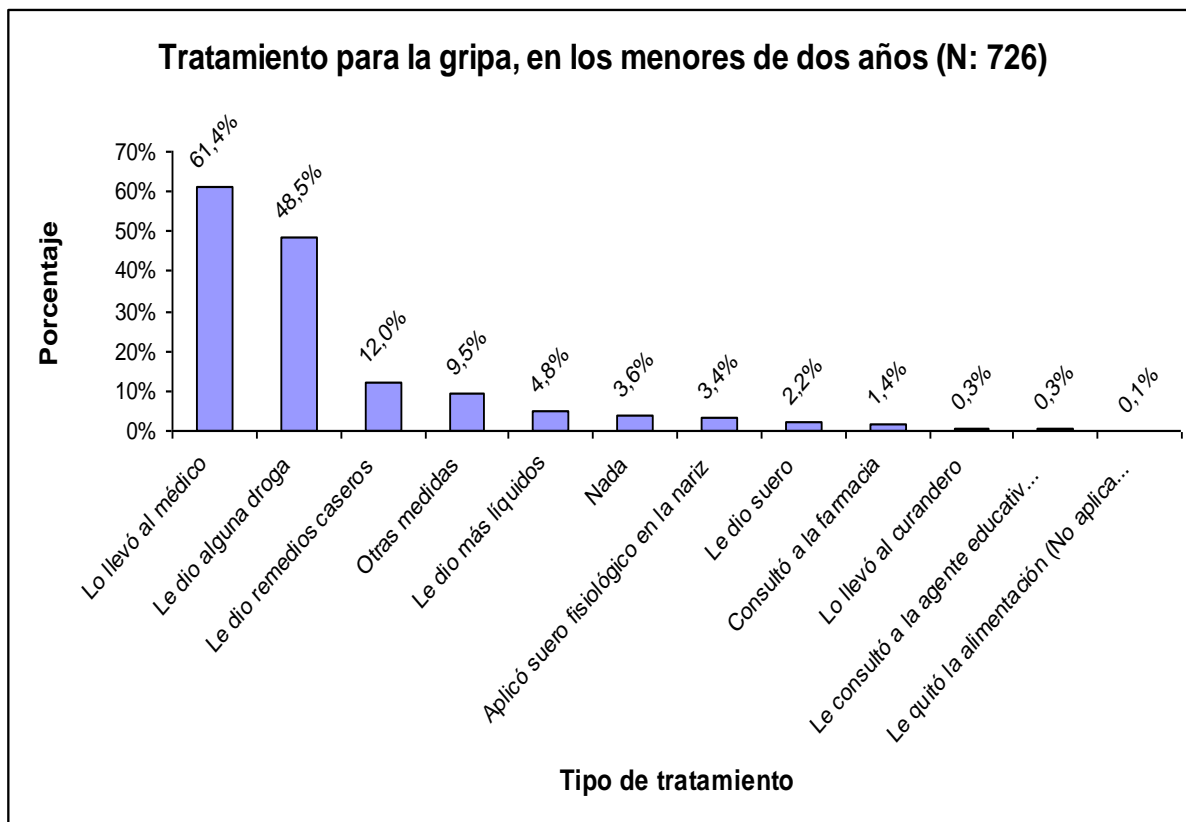
A diferencia de los hallazgos de esta evaluación en la ENDS 2005, se encontró que la primera medida para el tratamiento de la diarrea de los niños es el uso de sales de rehidratación oral o suero casero (55%), seguido de aumentar el consumo de líquidos (42%) y por último, llevarlos al servicio de salud (39%). (Profamilia, 2005, p. 239)

Como medidas de prevención de enfermedades infectocontagiosas como la diarrea, se encuentran las adecuadas prácticas de higiene en el momento de preparar los alimentos ya que estos pueden convertirse en un vehículo de agentes patógenos que desencadenen estas enfermedades.

Por lo tanto, se indagó a los cuidadores de los menores de dos años sobre la práctica de cuatro aspectos relacionados con la higiene de los alimentos, sobre los cuales se obtuvieron las siguientes respuestas: lavar las manos antes de preparar o consumir los alimentos (85%); lavar los utensilios (90,9%); hervir el agua para tomar (72,1%) y lavar los alimentos con agua hervida (31,5%).

➤ **Prevalencia y tratamiento de infección respiratoria aguda.** El 69,7% de los menores de dos años presentaron algún episodio de gripa durante el último mes. De este grupo el 61,4% fueron llevados al médico por sus cuidadores, al 48,5% le dieron algún medicamento y el 12% recibió remedios caseros. De igual manera como se afirmó en el tratamiento para la diarrea, en el caso del manejo de la gripa, las acciones realizadas están acordes con la información que se difunde para proteger la vida del niño (a), aunque no se aclaró si las familias que afirmaron haber ofrecido algún medicamento, lo hicieron bajo supervisión médica o por automedicación, lo cual podría ser peligroso para el lactante.

Diagrama 66 Tratamiento para la gripa en menores de dos años



➤ **Prevención de accidentes.** Los accidentes constituyen otro gran problema de salud entre los niños y niñas, que como los anteriores, se pueden prevenir. El 96% de los cuidadores interrogados afirmaron que llevan a cabo medidas de prevención de accidentes. Dentro de las medidas que más practican estos cuidadores, se encuentran: evitar caídas (80%); evitar que haya objetos cortopunzantes al alcance de los niños y niñas (25%); y no permitir que jueguen con objetos pequeños (20,5%).

Diagrama 67

Diagrama 67 Cuidados para prevenir accidentes que aplican los cuidadores de los menores de dos años

Toma medidas de prevención para evitar caídas (Evitar dejarlo sólo en lugares altos, coloca barandas en escaleras, etc)	80,0%
Evita que estén a su alcance materiales corto-punzantes (vidrios rotos, cuchillos, etc.)	25,0%
Evita que juegue con objetos pequeños	20,5%
Evita dejarlo solo en la bañera o lavadero	16,6%
Evita que estén a su alcance sustancias peligrosas (venenos, detergentes, combustibles, etc)	13,5%
Evita que se acerque a conexiones eléctricas	13,1%
Esta vigilando constantemente lo que hace	12,3%
Evita que esté cerca de lugares que representan peligro (cocina, baño, carretera, etc.)	7,5%
Adopta medidas de prevención al alimentarlo, dormirlo, etc.	3,3%
Otros cuidados	2,8%
Evita que las bolsas plásticas estén a su alcance	2,6%
Lo deja al cuidado sólo de personas adultas	1,8%

➤ **Control de crecimiento y desarrollo.** El control de crecimiento y desarrollo se contempla dentro de las acciones de promoción y prevención del Sistema de Seguridad Social en Salud, a que tienen derecho todos los niños y niñas.

El 76.8% de los niños y niñas menores de dos años han tenido controles de crecimiento y desarrollo en el centro de salud o servicio médico. Un 56.5% afirman que la agente educativa FAMI ha realizado acciones de toma de peso y talla, así como identificación del desarrollo de los niños y niñas, mientras que un 11.8% afirman que sus hijos (as) no han tenido ningún control de crecimiento y desarrollo.

5.2.3 Estimulación del desarrollo

- **Conocimientos de estimulación del desarrollo por parte de padres, madres y cuidadores.** Esta variable se entenderá como los conocimientos que tienen los padres, madres y cuidadores a cerca de las actividades adecuadas que deberían realizar de acuerdo a la edad para incentivar el desarrollo de niñas y niños. En esta se tomaron en cuenta los conocimientos de los cuidadores relacionados con el desarrollo motor, el desarrollo del lenguaje y los aspectos que ayudan al desarrollo de niños y niñas.

- **Conocimientos de los cuidadores relacionados con el desarrollo motor.** Cuando se indagó con los cuidadores a cerca de las edades a las cuales los niños y las niñas realizan conductas del desarrollo motor como gatear, sentarse sin apoyo y caminar, se encontró que solo el 23% de los cuidadores respondieron adecuadamente⁹ la edad a la cual se realizan.

De otra parte la media de la edad a la cual los cuidadores dijeron que los niños realizan las actividades motoras fueron:

Gatear: 6.6 meses

Sentarse sin apoyo: 6.6 meses

Caminar: 10.9 meses

De lo anterior podemos deducir que las medias dadas por los cuidadores están en los rangos de edad establecidos por la comunidad científica, en los cuales los niños realizan estas conductas del desarrollo motor.

- **Conocimientos de los cuidadores relacionados con el desarrollo del lenguaje.** De igual manera que en el punto anterior, también se indagaron los conocimientos de los cuidadores frente a dos conductas del desarrollo del lenguaje: Decir palabras y Decir frases. Se consideraron respuestas adecuadas

⁹ Se consideró adecuadamente cuando el cuidador respondió que las conductas motoras se realizaban de acuerdo a los siguientes parámetros: Gatear: entre 7 y 9 meses. Sentarse sin apoyo: entre 6-9 meses. Caminar: entre 11-16 meses.

cuando hubieran mencionado los siguientes rangos de edad para cada una de ellas: Decir palabras: Entre 9-14 meses. Decir frases: Entre 18 -24 meses. Con estos criterios, únicamente el 21% de los cuidadores contestaron adecuadamente los ítems del desarrollo del lenguaje.

Adicional a lo anterior se calculó el promedio de edad a la cual los cuidadores consideran que los niños y las niñas realizan estas conductas, los resultados son los siguientes:

Edad promedio para iniciar a decir palabras: 10.2 meses

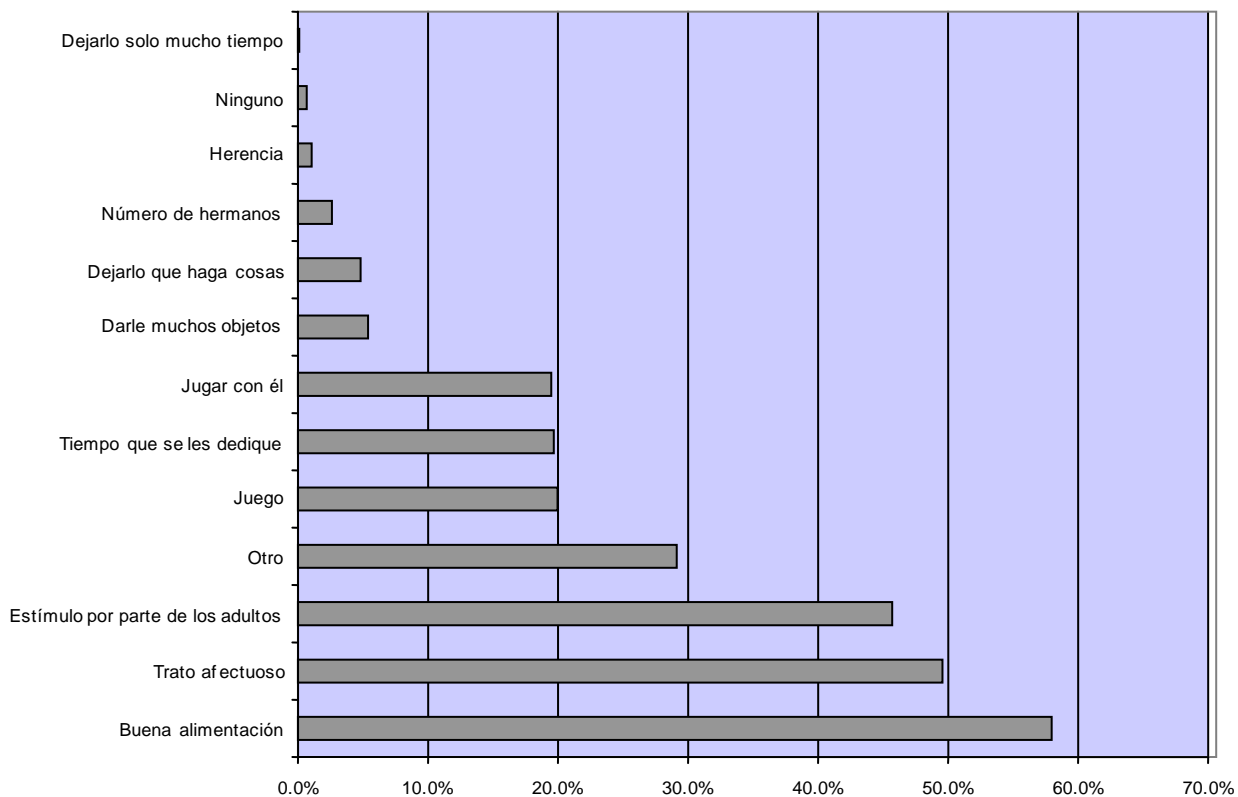
Edad promedio para iniciar a decir frases: 16 meses.

Con base en los resultados anteriores se puede deducir que los cuidadores logran tener un mejor conocimiento de las edades a las cuales los niños y las niñas realizan las conductas del desarrollo motor, mientras que las relacionadas con el desarrollo del lenguaje no fueron tan acertadas.

- **Aspectos que ayudan al desarrollo de los niños, según cuidadores.** Cuando se indagó por los aspectos que los cuidadores consideran que contribuyen con el desarrollo del niño, se encontró que el 58% de los cuidadores de niños y niñas menores de dos años refirieron que la buena alimentación es el aspecto que más ayuda al desarrollo de los pequeños, seguido por el trato afectuoso (50%) y la estimulación por parte de los adultos (46%). Si se revisan y se unen los aspectos juego y jugar con él, este ocuparía el cuarto lugar (40%). Fue menor la referencia de los cuidadores sobre aspectos que suelen derivarse de las costumbres o imaginarios culturales, como por ejemplo “dejarle que haga cosas” “el número de hermanos” “la herencia” cuyos porcentajes no alcanzan el 9% de las referencias.

Diagrama 68 Aspectos que contribuyen al desarrollo de niños**Aspectos que contribuyen al desarrollo de niños(as), según cuidadores**

Gráfica No. ____ n: 1.041



- **Prácticas de estimulación del desarrollo por parte de padres, madres y cuidadores.** Esta variable se definió como las prácticas realizadas por las familias y por cada tipo de cuidador para la estimulación del desarrollo de los menores de acuerdo a la edad.

- **Actividades de estimulación realizadas por las familias, según agentes FAMI.** Según las agentes FAMI el 92% de las familias que atienden realizan actividades de estimulación a sus hijos (as) menores de dos años, sin embargo como se verá mas adelante cuando se revisan las actividades de estimulación realizadas por los

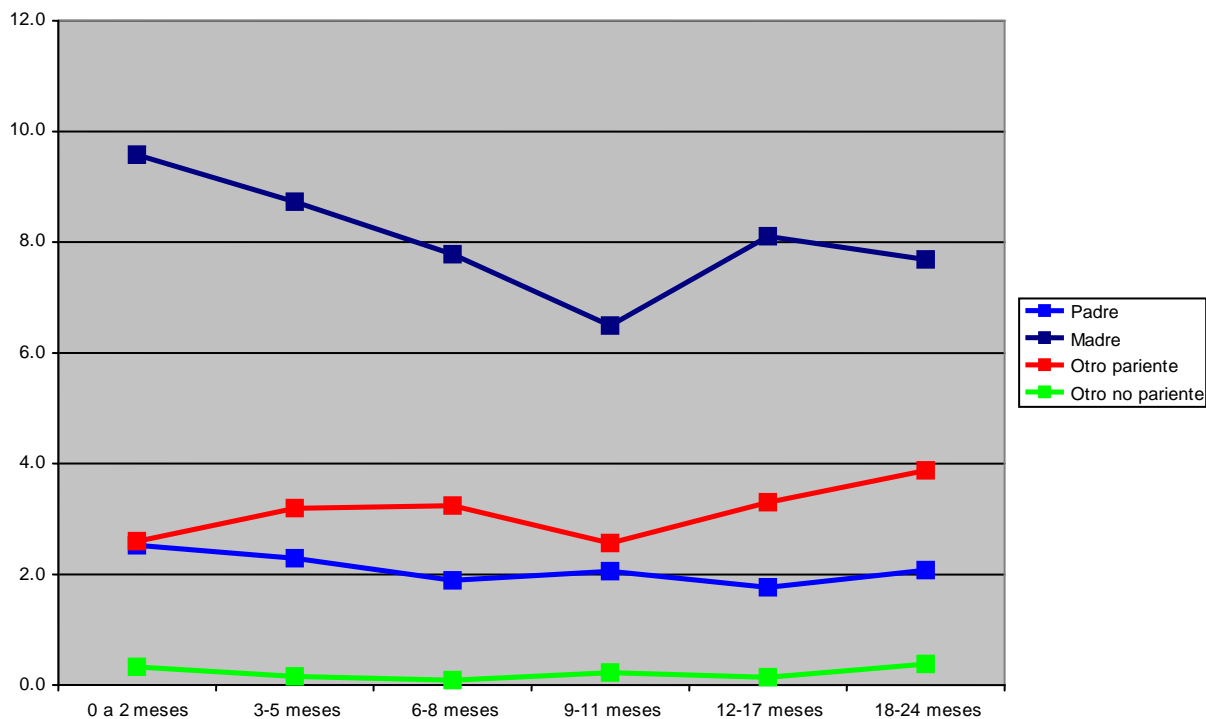
cuidadores se encuentra diferencias grandes según el tipo de cuidador que las realice.

- **Actividades realizadas por cada tipo de cuidador en cada grupo etéreo.** Como se observa en el gráfica siguiente la madre es la persona que realiza en promedio un mayor número de actividades de estimulación adecuada, lo cual se mantiene en los diferentes grupos de edad y está relacionado con el hecho de que el ___% de los cuidadores entrevistados son las madres. Llama la atención que el promedio de actividades que realiza otro pariente está por encima de las que hace el padre, corroborando de esta forma que el involucramiento del padre en la crianza de los hijos todavía está lejos de lograrse aún en programas educativos como este en los cuales se enfatiza en la participación del padre en la crianza y cuidado de los hijos.

También la gráfica muestra como en los primeros meses de vida el promedio de actividades de estimulación de la madre está alrededor de 10 actividades, lo cual descende a medida que aumenta la edad, teniendo el mayor descenso entre los 9 a 11 meses (6,5 actividades), lo cual podría estar relacionado con la vinculación de la madre a actividades laborales fuera de casa.

Diagrama 69 Promedio de Actividades por cuidador

Promedio de actividades por cuidador según grupo etáreo
Gráfica No. ___ n:1041



➤ **Actividades de estimulación realizadas por cuidadores de acuerdo al grupo etareo.**

Actividades de estimulación realizadas por cuidadores en niños(as) de 0 a 2 meses.

Cuando se indagó por las actividades de estimulación adecuada que realizan los cuidadores en el grupo de niños(as) de 0 a 2 meses de edad, se encontró que las actividades de estimulación que más realizan los cuidadores están relacionadas con cargarlo, mecerlo en la hamaca o en los brazos, decirle que lo quiere y hablarle. Las que menos realizan son cantarle, ponerle música y repetirle los sonidos que hace.

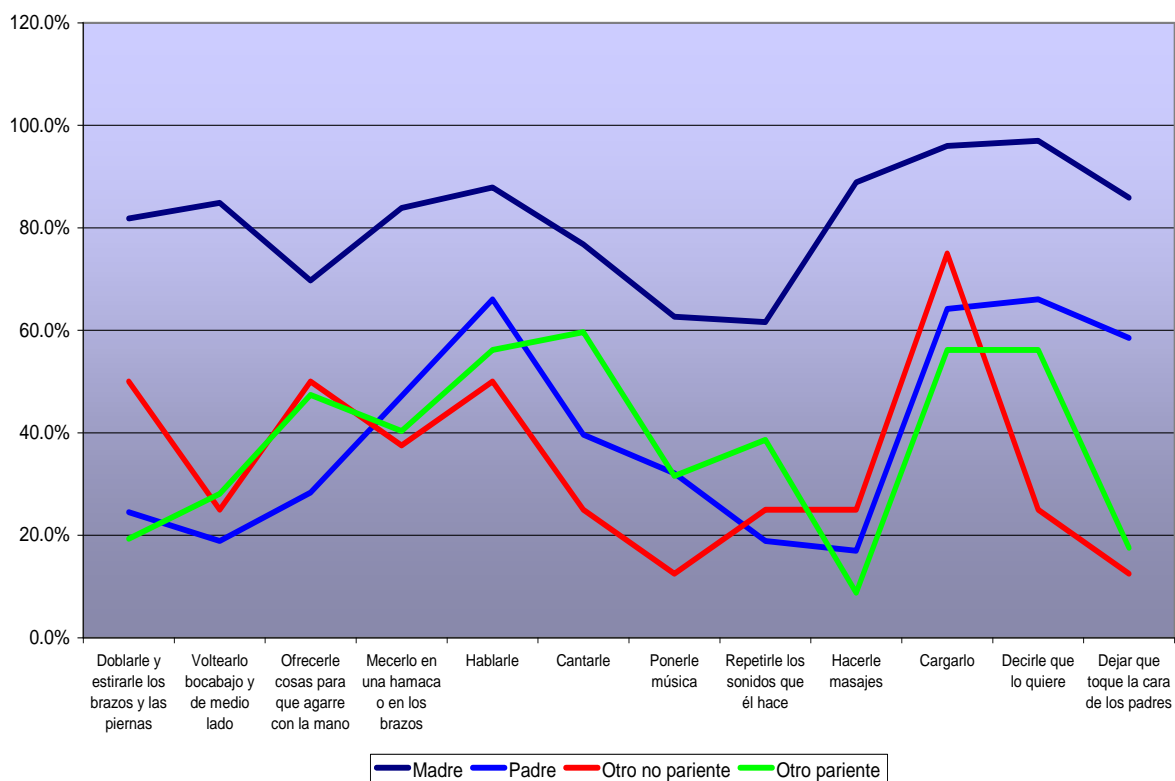
Como se mencionó en el indicador anterior, la madre es la cuidadora por excelencia en este grupo de edad y por lo tanto la que realiza un mayor porcentaje

de las actividades de estimulación previstas para este grupo de edad, seguida por el padre que se comporta en forma muy similar al otro pariente, aunque en porcentajes mucho menores si se compara con la madre. Las actividades que mas realiza el padre son cargarlo, decirle que lo quiere y hablarle.

Diagrama 70 Tendencia de actividades de estimulación 1

Tendencia de actividades de estimulación realizadas por cuidadores con niños(as) 0-2 meses

Gráfico No ____



Actividades de estimulación realizadas por cuidadores en niños(as) de 3 a 5 meses.

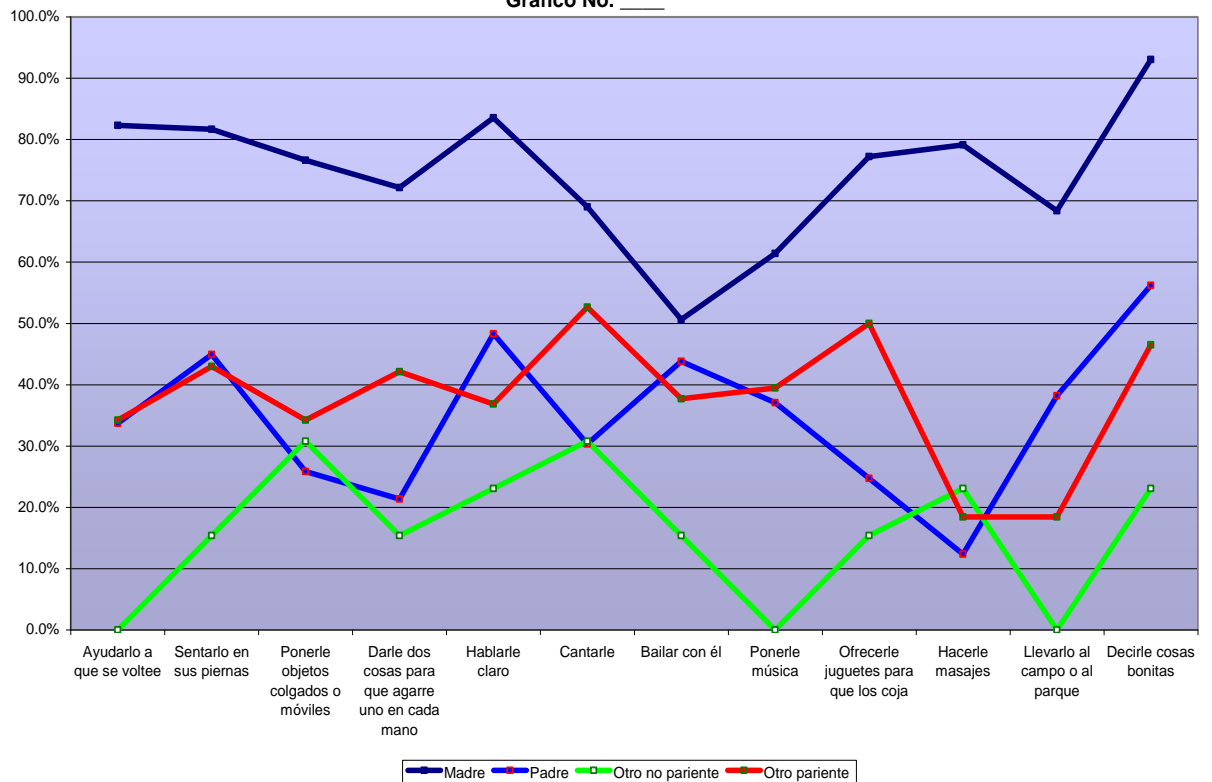
Como se observa en la gráfica siguiente la madre es la persona que más actividades de estimulación realiza a los niños y niñas entre 3 y 5 meses, seguida en este caso por el otro pariente y luego por el padre.

Las actividades que mas realizan los cuidadores en este grupo de edad son decirle cosas bonitas, ayudarlo a que se voltee, sentarlo en las piernas y las que menos realizan es bailar con él, cantarle, ponerle música.

Las actividades de estimulación que más frecuentemente realiza el otro pariente son similares a las realizadas por el padre, llama la atención que actividades como ofrecerle juguetes, darle dos cosas para que agarre una en cada mano, son mas frecuentemente realizadas por el otro pariente que por el padre, lo que indicaría que esta persona realiza mas actividades de estimulación con juguetes.

Diagrama 71 Tendencia de actividades de estimulación 2

Tendencia de actividades de estimulación realizadas por cuidadores con niños(as) de 3-5 meses
Gráfico No. ____



Actividades de estimulación realizadas por cuidadores en niños(as) de 6 a 8 meses.

En este grupo de edad la madre continua siendo la persona que mas realiza actividades de estimulación, pero el otro pariente sobre pasa al padre en la mayoría de ellas.

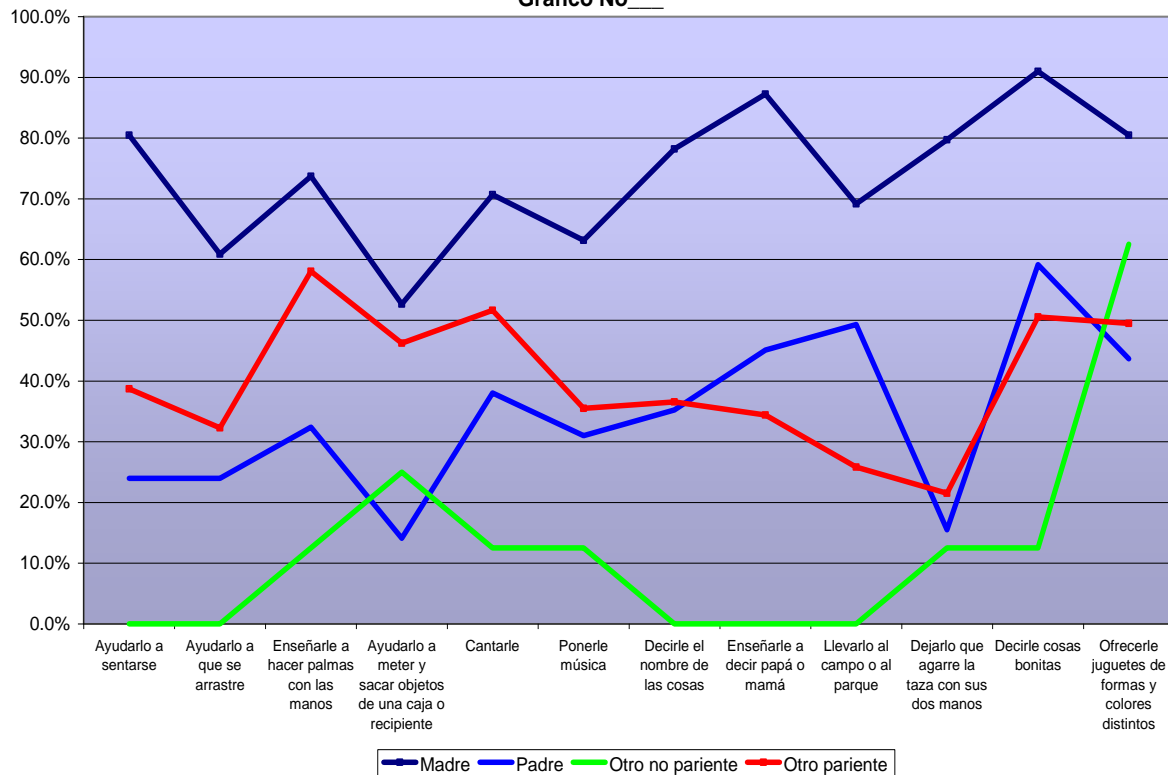
Actividades como ayudarlo a sentarse, enseñarle a hacer palmas con las manos, cantarle, enseñarle a decir papá o mamá y decirle cosas bonitas, son las que mas realizan los cuidadores en este grupo etareo. Sin embargo llama la atención que la actividad de llevarlo al campo o al parque es la mas frecuentemente realizada por el padre, igual que en el grupo anterior.

Las actividades que menos realizan los cuidadores con este grupo de niños y niñas son ponerle música, decirle el nombre de las cosas y dejarlo que agarre la taza con sus dos manos.

Diagrama 72 Tendencia de actividades de estimulación 3

Tendencia de actividades de estimulación realizadas por cuidadores con niños(as) de 6-8 meses

Gráfico No. ___



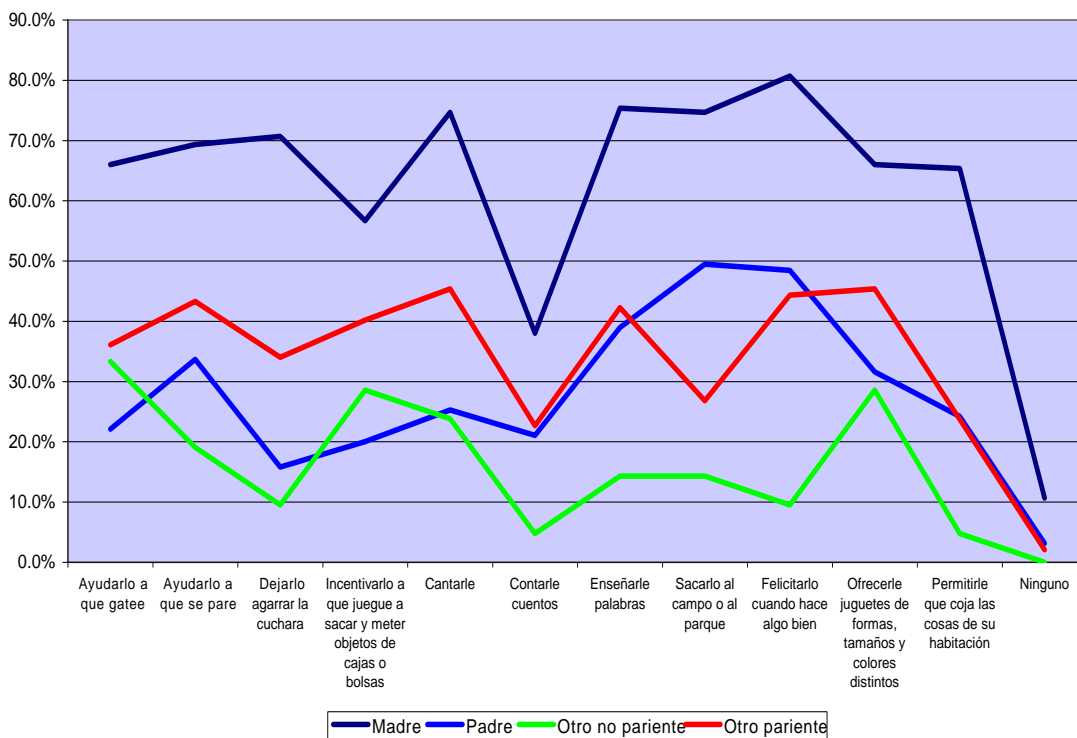
Actividades de estimulación realizadas por cuidadores en niños(as) de 9 a 11 meses.

Aunque en este grupo etáreo la madre disminuye la proporción de actividades de estimulación realizadas a sus hijos(as), sigue siendo la que hace un mayor número de ellas, seguida por otro pariente, y el padre; sin embargo aparece el otro no pariente realizando actividades con una frecuencia más alta que en los grupos de edad mencionados anteriormente.

Las actividades de estimulación que mas realizan los cuidadores con estos niños y niñas son: felicitarlo cuando hace algo bien, ayudarlo a que gatee y se pare y enseñarle palabras. Las que menos realizan son contarle cuentos, dejarle agarrar la cuchara, incentivarlo a que juegue a sacar y meter objetos de cajas o bolsas.

Diagrama 73 Tendencia de actividades de estimulación 4

Tendencia de actividades de estimulación realizadas por cuidador
con niños(as) de 9-11 meses
Gráfico No. _____



444

Aparece por primera vez en este grupo etáreo un 10,7% de las madres no realizan ninguna actividad de estimulación de las mencionadas en el instrumento, lo cual llama la atención. Las actividades de sacarlo al campo o al parque y felicitarlo cuando hace algo bien son las que reportan que más realiza el padre.

Actividades de estimulación realizadas por cuidadores en niños(as) de 12 a 17 meses.

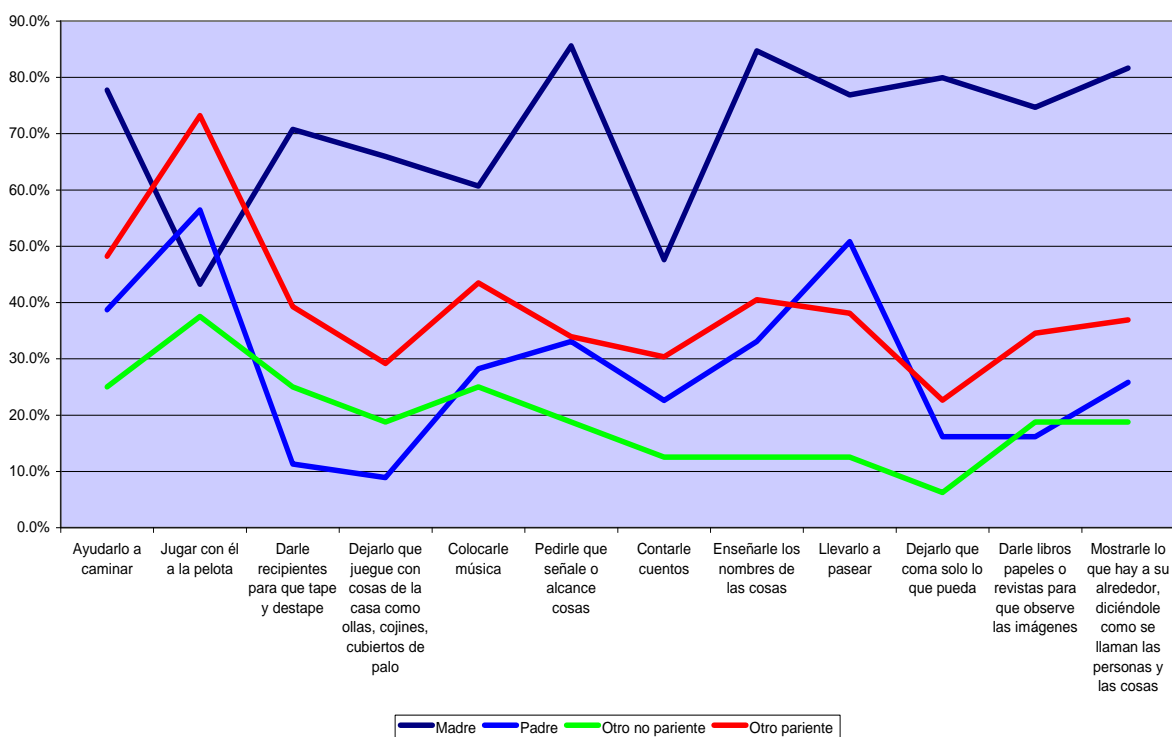
En este grupo de edad, la madre sigue siendo el cuidador que realiza más actividades con niños y niñas, sin embargo figuras como el otro pariente y el padre realizan una mayor proporción de actividades e incluso en una de ellas llegan a sobrepasarla como ocurre con la actividad de jugar con él a la pelota.

Actividades como pedirle que señale o alcance cosas, enseñarle los nombres de las cosas, dejarlo que coma solo lo que pueda, mostrarle lo que hay a su alrededor y ayudarlo a caminar son las que mas realiza la madre, a diferencia del otro pariente y el padre que realizan actividades como jugar con él a la pelota, colocarle música y enseñarle los nombres de las cosas.

La actividad que menos realizan los cuidadores en este grupo de edad es contarle cuentos.

Diagrama 74 Tendencia de actividades de estimulación 5

Tendencia de actividades de estimulación realizadas por cuidadores con niños (as) 12-17 meses
Gráfico No. _____



Actividades de estimulación realizadas por cuidadores en niños(as) de 18 a 24 meses.

Como se observa en la gráfica siguiente la madre sigue siendo la persona que mas realiza actividades de estimulación, sin embargo hay algunas en las que el

otro pariente y el padre la sobrepasan, como por ejemplo animarlo a saltar, a patear y lanzar una pelota.

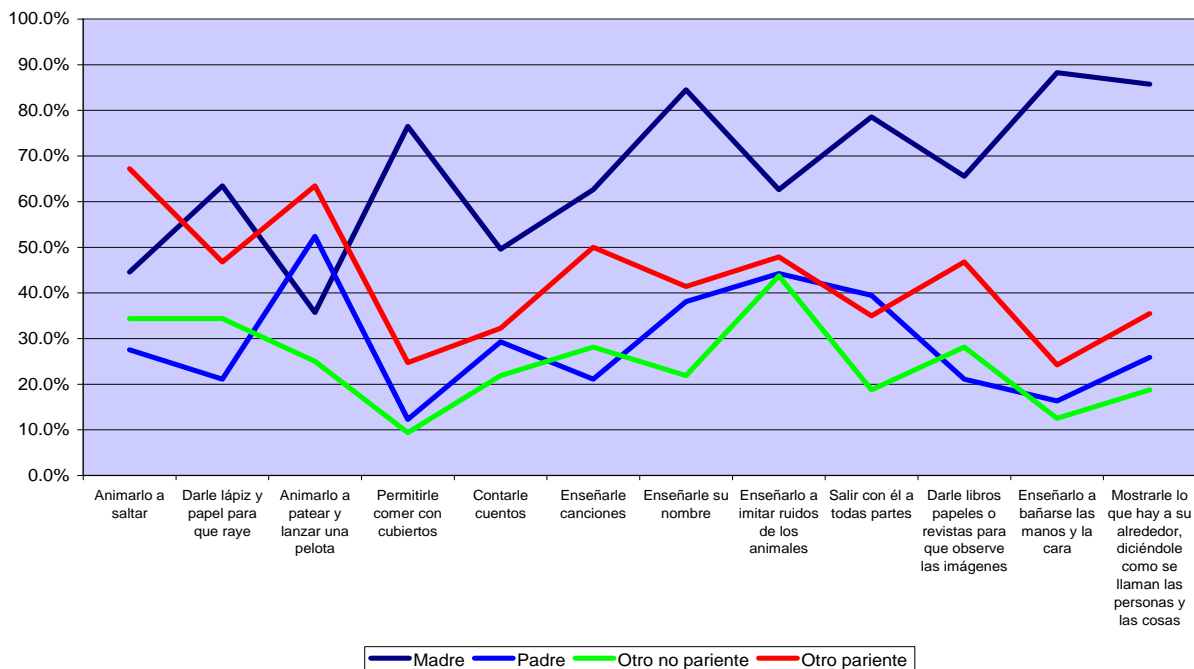
La madre realiza más frecuentemente actividades como enseñarle a bañarse las manos y la cara, mostrarle lo que hay a su alrededor, enseñarle su nombre y permitirle comer con cubiertos. Las actividades que menos realiza la madre como animarlo a saltar y a patear y lanzar una pelota, son suplidas por otro pariente o el padre.

Enseñarle a imitar ruidos de los animales y darle libros papeles o revistas para que observe las imágenes son actividades que realizan con más frecuencia otros parientes u otros no parientes.

Diagrama 75 Tendencia porcentaje de actividades de estimulación

Tendencia porcentaje de actividades de estimulación realizadas por cuidadores con niños(as) de 18-24 meses.

Gráfico No. ____



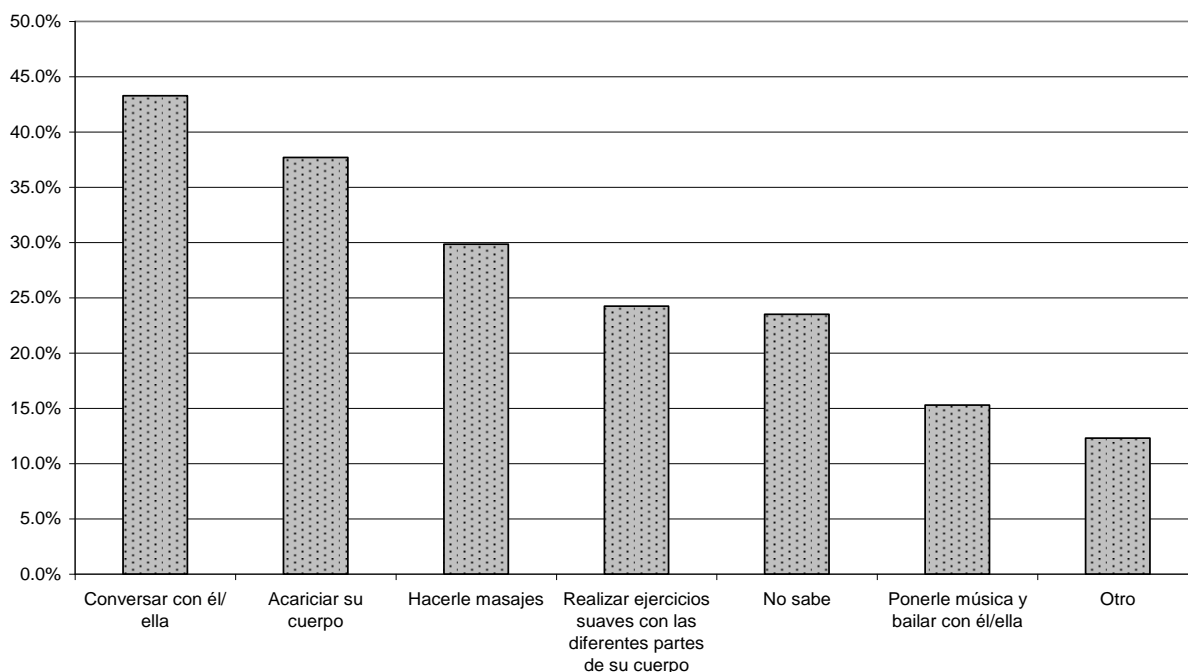
- **Conocimientos de las gestantes sobre estimulación del recién nacido y práctica intrauterina**

- **Conocimientos sobre estimulación a los bebés recién nacidos.** Las madres gestantes identificaron más frecuentemente cuatro actividades de estimulación para los recién nacidos. De estas actividades el “conversar con él o ella” fue la que con mayor frecuencia refirieron (43%). Esta actividad fue seguida por la de acariciar su cuerpo (37%), hacerle masajes (30%) y realizar ejercicios suaves (24%). Llama la atención que el 23,5% de las gestantes entrevistadas no identificó ninguna actividad de estimulación para los recién nacidos.

Diagrama 76 Actividades de estimulación conocidas por las gestantes

Actividades de estimulación conocidas por las gestantes para realizar a sus bebés recién nacidos

Gráfico No. ____ n: 268



Los datos muestran como las madres gestantes tienen un mayor conocimiento sobre la importancia de estimular a los bebés mediante el contacto físico y verbal. Es importante señalar que la estimulación mediante el juego o la actividad lúdica (baile y música) no se le dio la importancia esperada.

- **Conocimientos y prácticas sobre estimulación intrauterina.** La mayoría de las gestantes (72%) expresaron haber aprendido sobre de la formación del bebe en el proceso de gestación. Sin embargo, dada la importancia de este conocimiento para la salud y el desarrollo del bebe; así como para la madre, llama la atención ese 28% de las gestantes que expresaron no conocer sobre el proceso de formación del bebe. No obstante, la proporción de gestantes que expresaron haber consentido a sus bebes durante la gestación es del 97% (261 gestantes), lo que indicaría que aun cuando un buen porcentaje no conoce los procesos de formación física que se suceden durante la gestación, es conciente de la importancia de realizar actividades de la estimulación intrauterina.

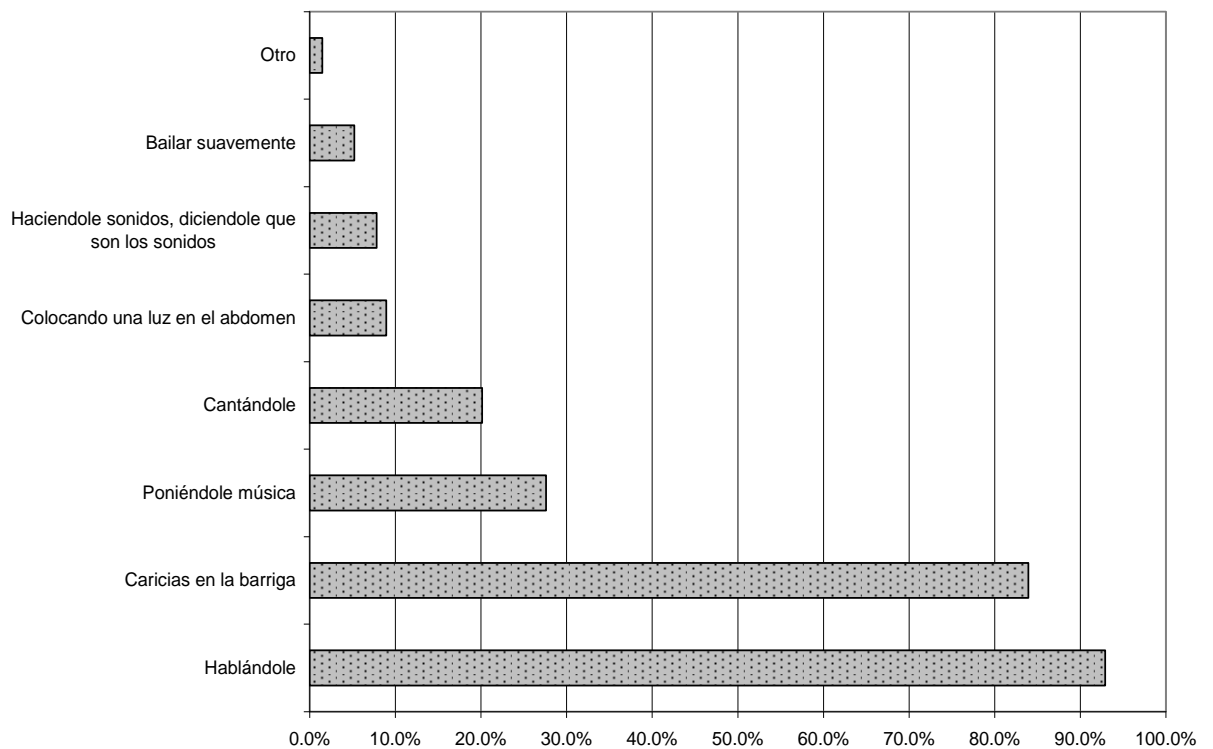
Este porcentaje (97%) contrasta con el referido por las agentes FAMI quienes mencionaron que solo el 92% de las familias gestantes que tienen a su cargo realizan actividades de estimulación intrauterina. Lo anterior estaría indicando que un mayor número de gestantes dicen realizar actividades de estimulación intrauterina de las percibidas por las agentes FAMI.

- **Actividades de estimulación intrauterina realizadas por las gestantes.** De las 261 madres gestantes que dijeron realizar actividades de estimulación intrauterina, el 93% expresó que lo ha realizado hablándole, el 84% acariciándolo a través de la piel de su abdomen y solo un 28% poniéndole música. Los sonidos, el baile, el canto y la luz fueron los recursos que menos usaron las gestantes para estimular a sus bebes durante la gestación.

Como se deriva de lo anterior, estas prácticas de estimulación intrauterina, son similares a aquellas referidas por las madres gestantes para realizar a los recién nacidos, es decir la estimulación se realizan a través del contacto físico principalmente.

Diagrama 77 Actividades de estimulación de intrauterina

Actividades de estimulación intrauterina realizadas por las gestantes
Gráfico No__ n: 268

**5.2.4 Relaciones al interior de la familia**

En los lineamientos del programa HCB-FAMI, es posible ubicar una serie de objetivos orientados a la promoción de ciertas prácticas de socialización y en general de las buenas

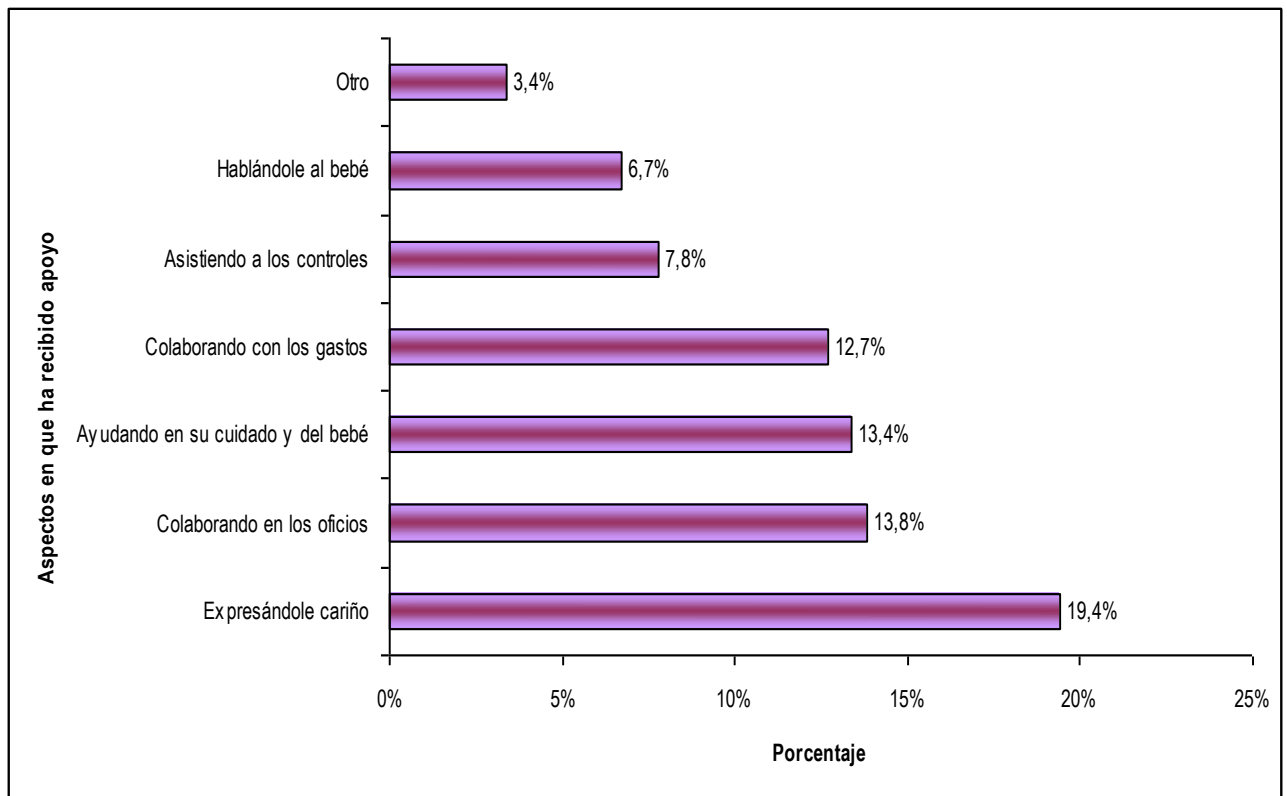
relaciones en la familia como un espacio privilegiado para los niños y las niñas. La promoción del buen trato y el fortalecimiento de los vínculos afectivos, la resolución pacífica de conflictos y el uso de prácticas de corrección no agresivas, son una muestra del interés del programa por configurar ambientes propicios para el pleno desarrollo, en el espacio familiar y comunitario (ICBF, 2005).

Prácticas de socialización de madres gestantes y cuidadores de menores de dos años

➤ **Presencia paterna.** Un primer elemento a considerar es la relación de pareja de las mujeres gestantes y de los cuidadores, que podían influir en el proceso de gestación y desarrollo de los niños y las niñas. El 42,9% de las mujeres gestantes, refirieron que en el momento de quedar embarazadas “querían tener un hijo”, el 36,6% “quería esperar más adelante” y el 20,5% “no quería tener hijos”. A la pregunta sobre si el embarazo había cambiado la relación con su pareja, el 49,3% refirieron que la relación **no** había cambiado, sin embargo, el 32,5% señalaron que sí, cabe aclarar que en total 219 mujeres gestantes respondieron a esta pregunta. Al indagar por los principales cambios en la relación, el 25% de las mujeres señaló que su relación había mejorado, no obstante, el 6,3% dijo que comenzaron a presentarse dificultades.

Un alto porcentaje de mujeres gestantes (94,5%) expresaron contar con el apoyo de sus parejas; aun cuando el 18,3% de los padres no convive con ellas. Al indagar por los aspectos en que más apoyo tenían (Ver diagrama 78), la respuesta más frecuente fue “expresándole cariño” (19,4%), seguida de “colaborando en los oficios de la casa” (13,8%), “ayudando en su cuidado y en el del bebé” (13,4%) y, “colaborando con los gastos” (12,7%).

Diagrama 78 Distribución porcentual de aspectos en que han recibido más apoyo de sus parejas las mujeres gestantes

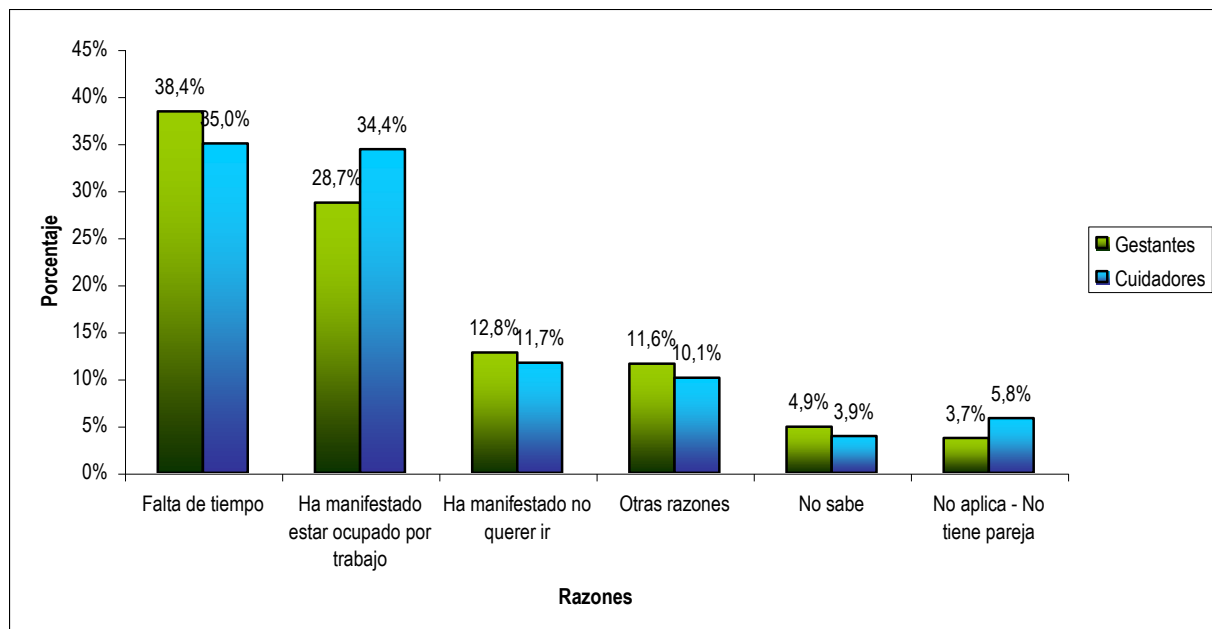


Para el caso de los cuidadores, la situación no es muy distinta; al preguntarles si había cambiado su relación de pareja luego del nacimiento del niño, 32,5% dijeron que se había mantenido igual, 31,3% respondieron que se había fortalecido y 4,1% dijo que se había debilitado. Para el 93,4% de los cuidadores es “muy importante” (63,3%) o “importante” (30,1%) la presencia y participación del padre en el proceso de crianza. Sin embargo, solo un 69% de los niños y las niñas menores de dos años vinculados al programa viven con sus padres.

Un segundo elemento que se tuvo en cuenta para definir las características de las relaciones parentales fue la participación de las parejas, padres ó padrastros, en las actividades programadas por el HCB-FAMI. Las agentes educativas señalaron que en promedio casi ningún padre (0,86) participa en las sesiones educativas, según las mujeres gestantes que conviven con sus parejas (81,7%) el 10,1% de sus parejas han asistido a alguna actividad programada por el HCB-FAMI y, los cuidadores reportaron que sólo el 15% han participado en alguna actividad del programa.

La distribución de las razones principales por las que las parejas, padres ó padrastros no participan es similar para mujeres gestantes y cuidadores (Ver diagrama 79). La mayoría señala como principal razón la falta de tiempo y las dificultades de tiempo asociadas a su ocupación laboral, finalmente un tercer grupo esta conformado por quienes manifestaron no querer ir.

Diagrama 79 Distribución porcentual de razones por las que parejas, padres ó padrastros no participan en las actividades programadas por el HCB-FAMI



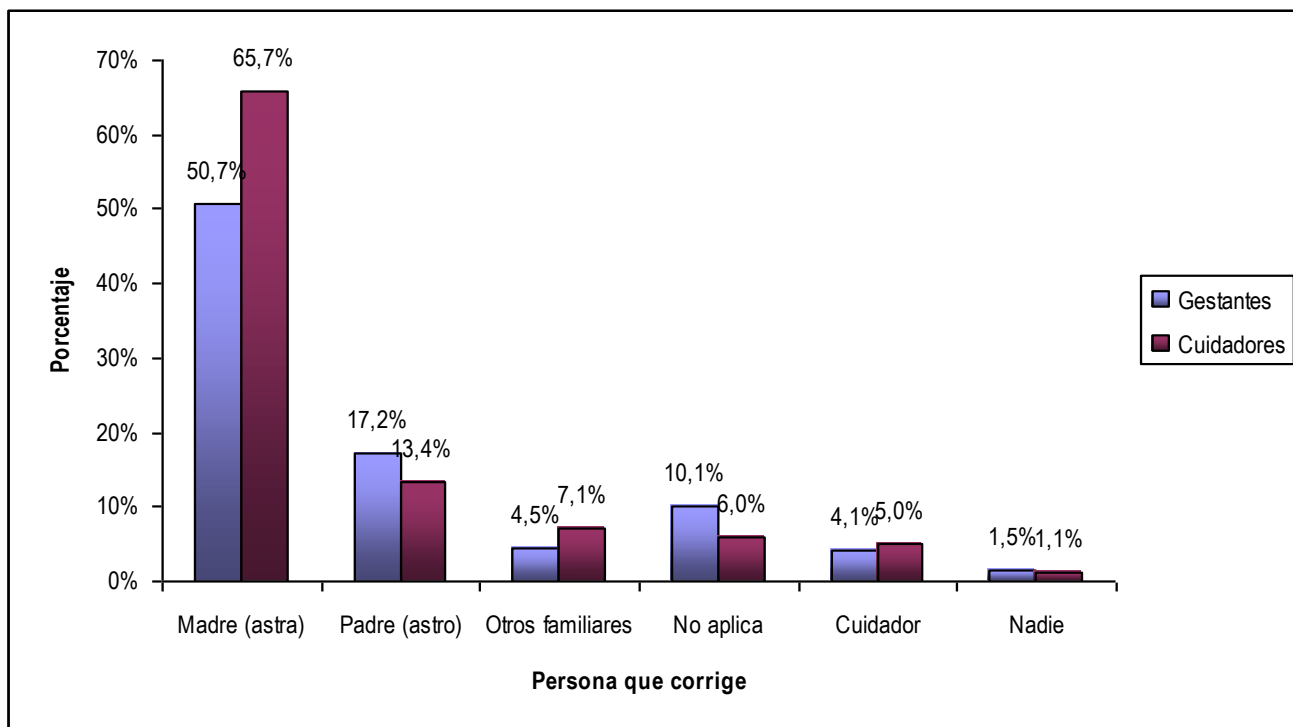
➤ **Prácticas de socialización.** Con el fin de conocer algunas características de las prácticas de socialización de las familias vinculadas al programa, se consideraron dos aspectos: la expresión de afecto y la regulación del comportamiento. Respecto al primero, los cuidadores señalaron que la forma más recurrente de expresar cariño a

sus hijos, es a través de las “caricias, besos y abrazos” (93,4%), seguido de las “palabras” (75,1%), “jugándole” (27,2%), “compartiendo tiempo con él” (21,4%) y “con gestos” (19,9%). Sólo uno (1) de todos los cuidadores entrevistados respondió que “no le nace” expresarle cariño a su hijo.

Este tipo de distribución permite apreciar la comprensión de las necesidades afectivas de los niños más pequeños, así como la presencia de una imagen del niño como una persona con capacidades cognitivas y afectivas tempranas, que le permiten establecer vínculos fuertes con otras personas y desarrollar actividades propias como el juego.

En cuanto a la regulación del comportamiento de niños y niñas, el diagrama 80 hace evidente que tanto en las familias de las mujeres gestantes como en las de los cuidadores, la madre (o madrastra) es la persona que se encarga de corregir a sus hijos y aun cuando el padre (o padrastro) se encuentra en segundo lugar la diferencia es muy notoria. Un porcentaje muy bajo señaló que nadie se encargaba de corregir a los niños y niñas de la familia, hecho que es preocupante pues nos indica que aún no hay una plena conciencia de las responsabilidades que tiene la familia en el proceso de socialización.

Diagrama 80 Distribución porcentual de personas que corrigen a los niños y las niñas



El diagrama 81 resume la distribución porcentual de las formas de corrección que las mujeres gestantes y los cuidadores utilizan. Como puede observarse, en los dos grupos, la reprimenda verbal ocupa el primer lugar; seguido de prohibir algo que le guste al niño; en tanto que, los cuidadores, también recurren a las palmadas para regular el comportamiento de sus hijos.

Diagrama 81 Distribución porcentual de las formas de corrección utilizadas por mujeres gestantes y cuidadores

	Gestantes		Cuidadores	
	Padre	Madre	Padre	Madre
Reprimenda verbal	32,1%	52,6%	63,9%	72,4%
Prohibiendo algo que les gusta	15,7%	26,5%	17,5%	28,5%
Con golpes con objetos	12,7%	19%	14,8%	18,6%
Palmadas	6,3%	19%	15,5%	28,7%
Ningún castigo	5,2%	5,6%	9,6%	3,9%

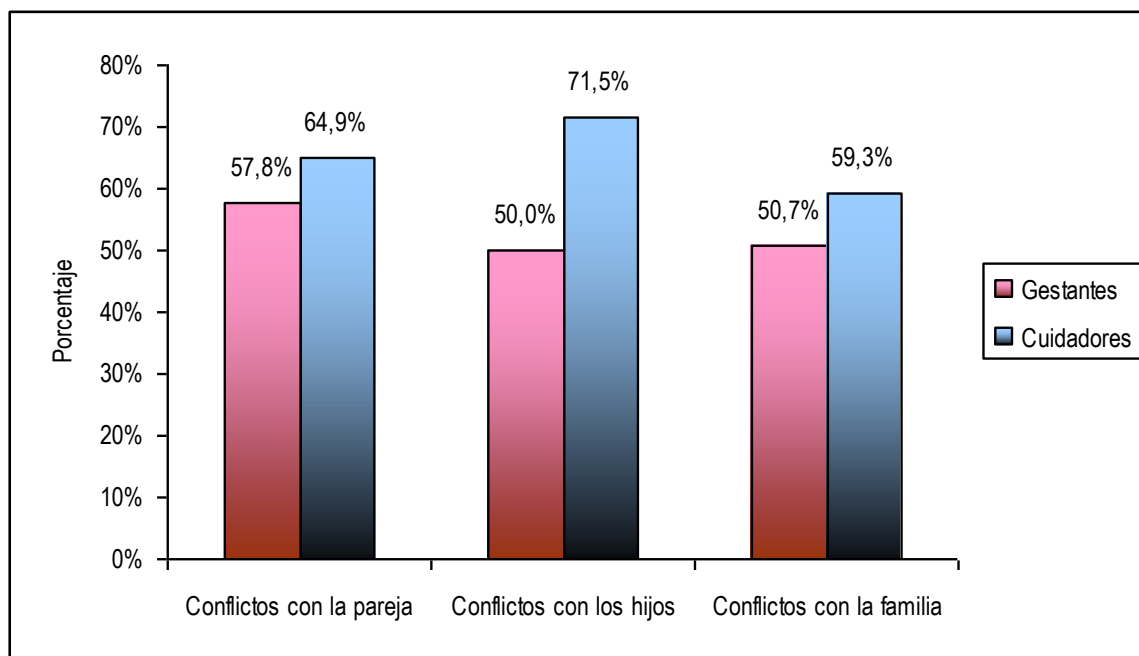
Estos resultados, son coherentes con los hallazgos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, que señala como “la modalidad más frecuente de castigo a los niños por parte del esposo o compañero es la reprimenda verbal (75%); sin embargo, el 41% menciona los golpes y 22% las palmadas” (Profamilia, 2005: 337).

A los cuidadores se les preguntó por la frecuencia con que acudían a algunas formas de castigo para regular el comportamiento de los niños y niñas menores de dos años. El diagrama 82 presenta la distribución porcentual de las respuestas y permite ver cómo si bien la mayoría de cuidadores refiere no haber acudido nunca a ninguno de los métodos mencionados, el 16,6% reconoce como casi siempre han tenido que “gritarle con rabia” a los niños y niñas; el 14,7% acepta haberlos golpeado.

Diagrama 82 Distribución porcentual de frecuencia con que los cuidadores acuden a otras formas de corrección

	Prohibiendo algo que le gusta	Gritarle con rabia	Darle nalgadas	Pegarle con algún objeto	Dejarlo encerrado
Nunca lo ha hecho	81,7%	60,9%	65,8%	93,3%	98,7%
Ninguna vez en el último mes	6%	20,1%	19,9%	3,8%	0,9%
Casi siempre	9,5%	16,6%	12,4%	2,3%	0,2%
Siempre	2,8%	2,4%	1,8%	0,2%	0

Conocimientos sobre resolución de conflictos. Tal como se observa en la siguiente gráfica las mujeres gestantes y los cuidadores reconocen que el programa les ha brindado herramientas para resolver de manera pacífica los conflictos con sus hijos, sus parejas y al interior de la familia.

Diagrama 83 Distribución porcentual de personas que dicen haber aprendido a resolver los conflictos de manera pacífica en el HCB-FAMI

➤ **Derechos de los niños y las niñas.** Un gran porcentaje de niños y niñas vinculados al HCB-FAMI tienen a la fecha su registro civil de nacimiento (96,4%). Las razones por las cuales el 3,6% restante no lo tiene, se asocian principalmente a la

ausencia del padre (1%), a que los padres consideran que puede esperar (0,8%) y a la falta de tiempo (0,6%). Los porcentajes más bajos se relacionan con la falta de dinero (0,3%) y a las dificultades de desplazamiento hasta el lugar donde se expide (0,2%).

La mayoría de los cuidadores de niños vinculados al HCB-FAMI refieren conocer los derechos de los niños (72,6%). De los cuatro grupos de derechos fundamentales, los que ocupan mayor representatividad dentro de las respuestas de los cuidadores, son los Derechos a la Protección (27,8%) y los Derechos al Desarrollo (27,7%), seguido de un porcentaje muy cercano se ubica el grupo de Derechos a la Vida y la Supervivencia (25,8%) y en menor medida el de Derechos a la Participación (22,8%).

5.2.5 Redes sociales y comunitarias

Todos los seres humanos nos encontramos inmersos en una red de relaciones con otros que nos lleva a “ser” desde el “ser con los otros y en los otros” (Chadi, 2000, p. 24).

La familia es considerada como “red primaria” porque de ella nacen los lazos o vínculos de cada individuo y es donde este se autoabastece de sus recursos económicos, emocionales, afectivos y sociales (Chadi, 2000). Sin embargo, la familia no logra suplir todas las necesidades del individuo por lo que se requieren los vínculos con los amigos, los vecinos y la familia extensa.

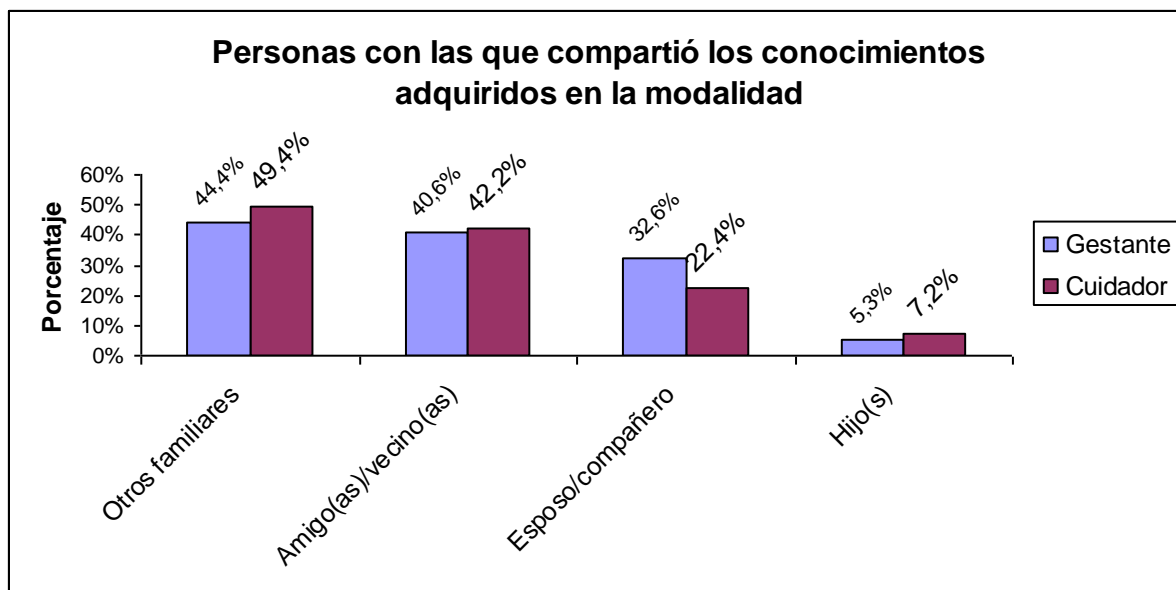
“Las redes institucionales se definen como organizaciones gestadas y constituidas para cumplir con objetivos específicos, que satisfagan necesidades particulares del sistema usuario; necesidades que son puntuales y deben ser canalizadas dentro de organismos creados para tales fines”. (Chadi, 2000, p. 58)

La modalidad HCB- FAMI, reconoce la función vital que tiene este sistema de redes en el comportamiento de un individuo y por ende, de la comunidad. Es por ello que plantea dentro de sus objetivos, “promover la construcción de redes familiares, sociales, comunitarias e institucionales, como gestoras de su propio desarrollo familiar y como estrategias de prevención de la violencia intrafamiliar” (ICBF, 2004).

Redes primarias. Para identificar la función socializadora del adulto que asiste a las capacitaciones realizadas en el HCB-FAMI, y como medida indirecta de reconocer la dinámica de la red primaria a la que pertenecen las familias beneficiarias, se indagó sobre la difusión de los conocimientos adquiridos en el programa con otras personas que no asisten al programa. Se obtuvo que el 76,2% de los cuidadores de menores de dos años y el 69,8% de las mujeres gestantes comparten sus conocimientos con otras personas.

Los participantes que cumplen la función de multiplicadores, comparten los conocimientos dentro de su red familiar extensa (44,4% para el caso de las gestantes y el 49,4% para los cuidadores de menor de dos años), seguida de amigos o vecinos (40,6% y 42,2% respectivamente). Diagrama 84

Diagrama 84 Personas con las que compartió los conocimientos

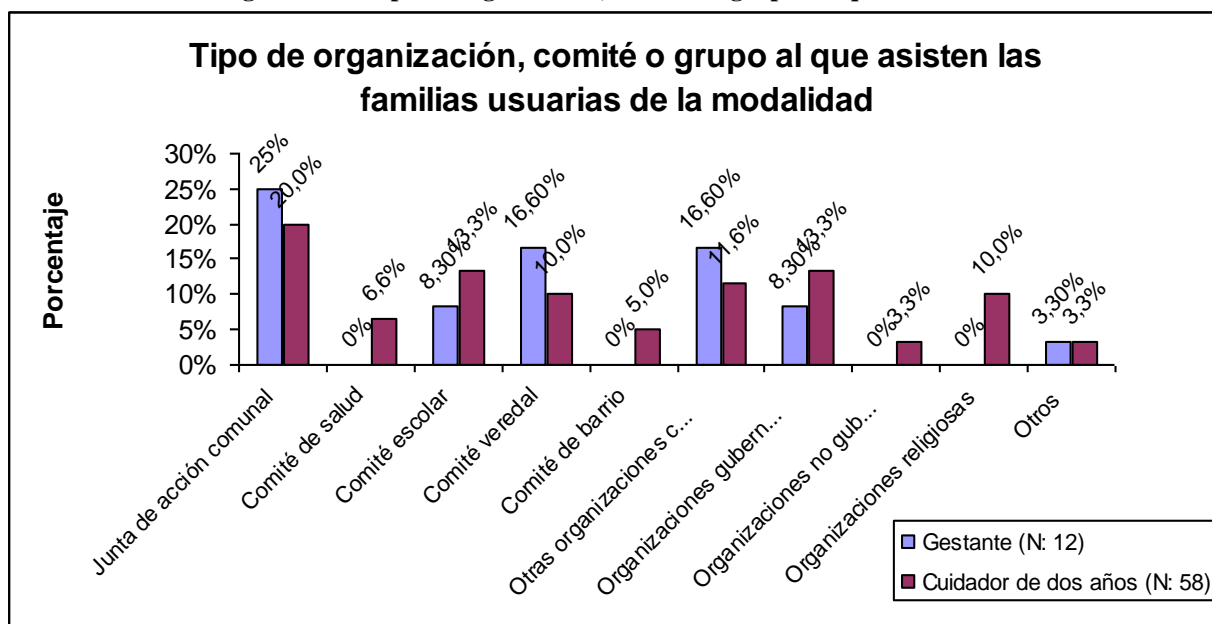


Es importante resaltar que solo el 5,3% para el caso de la gestante y el 7,2% para los cuidadores, comparten sus conocimientos con los hijos y un poco menos de la tercera parte comunica a su cónyuge los temas trabajados en la modalidad. No obstante, el porcentaje de adultos que comparten sus conocimientos con el cónyuge, es significativamente mayor del resultado obtenido al indagar sobre la participación del hombre, directamente en las actividades del HCB-FAMI (16,2%), lo que implicaría que están recibiendo los conocimientos difundidos en ese espacio a través de su pareja.

Es de anotar, que fue evidente en el trabajo de campo, que cada grupo de usuarios del programa agrupados en torno a una educadora FAMI, se constituye en si mismo en una red social que y cumple funciones como tal.

Redes institucionales. Solo el 5,5% de las familias usuarias de la modalidad HCB- FAMI participan activamente en comités, redes, o grupos asociativos en sus lugares de residencia. El tipo de organización, comité o grupo al que más asisten las familias que afirmaron participar en este tipo de redes, es el de juntas de acción comunal, con un 25% en las familias gestantes y un 20% para cuidadores de los menores de dos años. En segundo lugar, está la participación en otras organizaciones comunitarias, como: junta de vivienda, usuarios campesinos, resguardo indígena, asociación de jóvenes, tercera edad o asociación de padres (16,6% para gestantes y 11,6% para el caso de cuidadores).

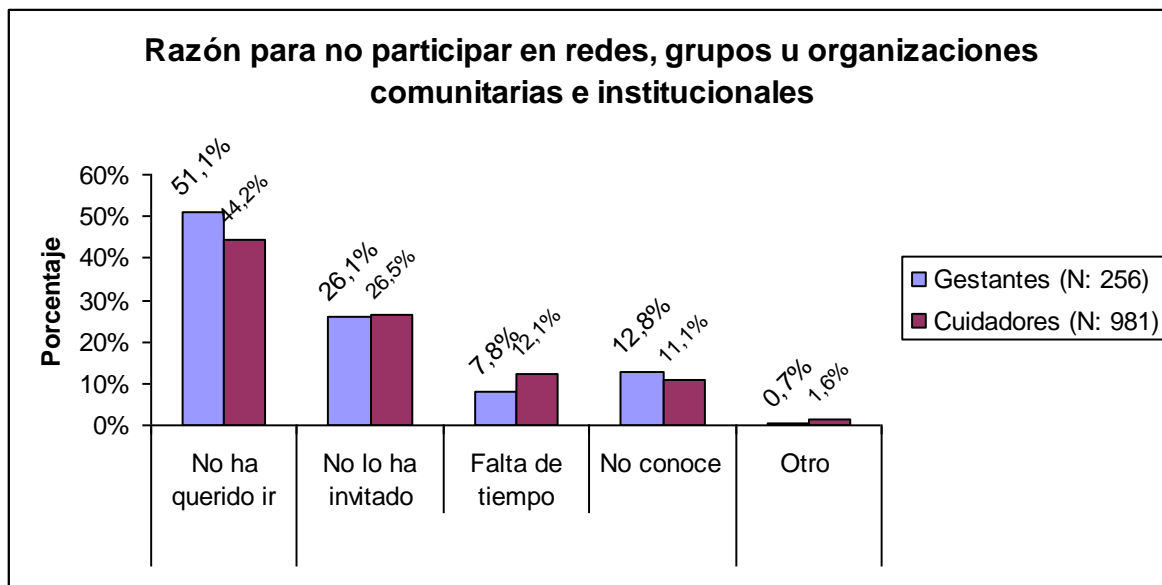
Diagrama 85 Tipo de organización, comités o grupos al que asisten



La razón que más expresan los entrevistados que no participan en este tipo de redes, está relacionada con “No ha querido ir” (51,1% para gestantes y 44,2% para cuidadores), seguida de “no lo han invitado” (26,1% y 26,5% respectivamente). Lo anterior, se traduce

en una falta de información sobre la oferta o existencia de comités, redes o grupos asociativos que busquen la promoción del desarrollo del niño y la familia.

Diagrama 86 Razón para no participar en redes



Participación en otros programas sociales. El 77,6% de las familias de las madres gestantes y de los cuidadores de niños y niñas menores de dos años, no participa en otro programa distinto del HCB-FAMI, lo que indica cierta debilidad de la red social a la que pertenecen.

Las familias que son beneficiarios de otro tipo de programas institucionales (22,4%) se benefician en su mayoría de hogares comunitarios o jardines infantiles de bienestar familiar (el 35,6% de las familias de cuidador menor de dos años y el 33,0% de las familias gestantes), seguido de familias en acción o del plan Colombia (27,8% y 27,4% respectivamente) y de programas alimentarios que brindan diferentes instituciones, sean gubernamentales o no gubernamentales (27,4% en familias gestantes y 25,2% en cuidadores de menor de dos años). De estos programas, las familias reciben en su mayoría, ayuda en alimentos y/o subsidios (86,9% para cuidadores de menor de dos años y 88,7% para gestantes), seguido de capacitaciones y de cuidado de los niños, a través de guarderías

Beneficios de la participación de los usuarios en la modalidad HCB-Fami.

- **Importancia dada por los cuidadores a la participación en el HCB-FAMI.** Los cuidadores de niños menores de dos años valoraron los beneficios de participar en el programa en los rangos de *importante* y *muy importante*, para el mejoramiento de la salud propia y la de sus hijos(as), de las condiciones de vida en el hogar, de la alimentación y nutrición de madres, niñas y niños.

Diagrama 87 Proporción de la importancia dada por los cuidadores al programa HCB-FAMI

Tabla No. ____ Proporción de la importancia dada por los cuidadores al programa HCB-FAMI				
	Sin importancia	Poco importante	Importante	Muy importante
Mejorar su salud y el bienestar de su hijo	0,7	1	46,7	51,6
Mejorar condiciones de vida en el hogar	0,8	2,5	56,7	40
Mercado que le entregan para mejorar la alimentación y nutrición de la madre	0,7	3,2	57,5	38,6
Mercado que le entregan para mejorar la alimentación y nutrición del niño	1,1	3,4	55,3	40,2

Como se aprecia en la tabla anterior al 51% de los cuidadores les parece *muy importante* el programa HCB-FAMI por los beneficios que les ha traído sobre la salud de ellos y sus hijos, seguido por la mejora en las condiciones de vida de la familia y la alimentación y salud de los niños y niñas.

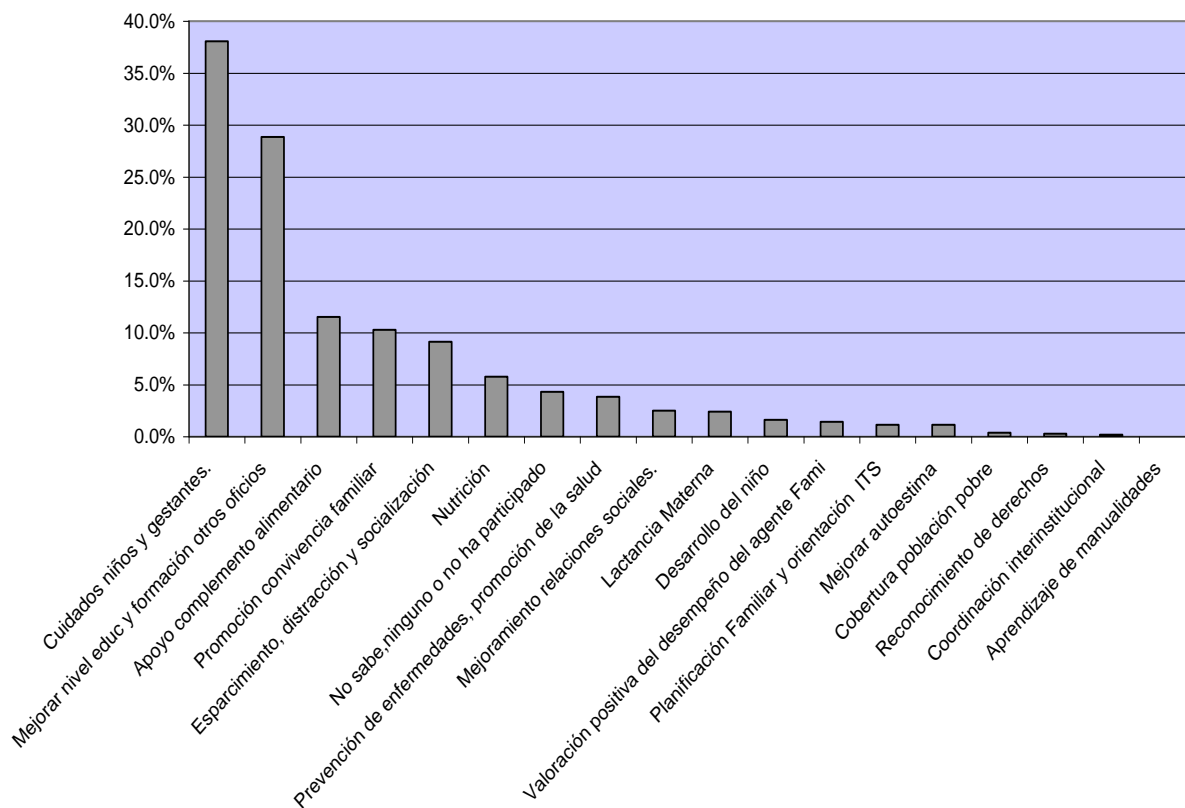
Las percepciones de los cuidadores varían un poco cuando otorgan el rango de *importante*, ocupando el primer lugar la entrega de mercado (57%) y en cuarto lugar la mejora de la salud y bienestar de sus hijos (47%); aún cuando la diferencia entre estos dos extremos no es muy grande.

- **Beneficios dados a los cuidadores derivados de su participación en el HCB-FAMI.** Como se deriva de la siguiente gráfica los beneficios que los cuidadores identifican que mas les dado su participación en el programa HCB-FAMI son: haber aprendido a cerca del cuidado de los niños y las gestantes, así como pautas de crianza (38%); haber mejorado el nivel educativo y la formación en otros oficios (29%)

y haber recibido el complemento alimentario y orientaciones para la alimentación de la familia (11%). Todo lo anterior está en directa relación con los objetivos que pretende el programa como es el de “Fomentar una cultura de estilos de vida saludable que contribuya a mejorar la calidad de vida de las familias en desarrollo” (ICBF, 2005).

Diagrama 88 Beneficios dados por los cuidadores

Beneficios dados por los cuidadores a su participación en el HCB- Fami
Gráfico No. ____ n: 1040



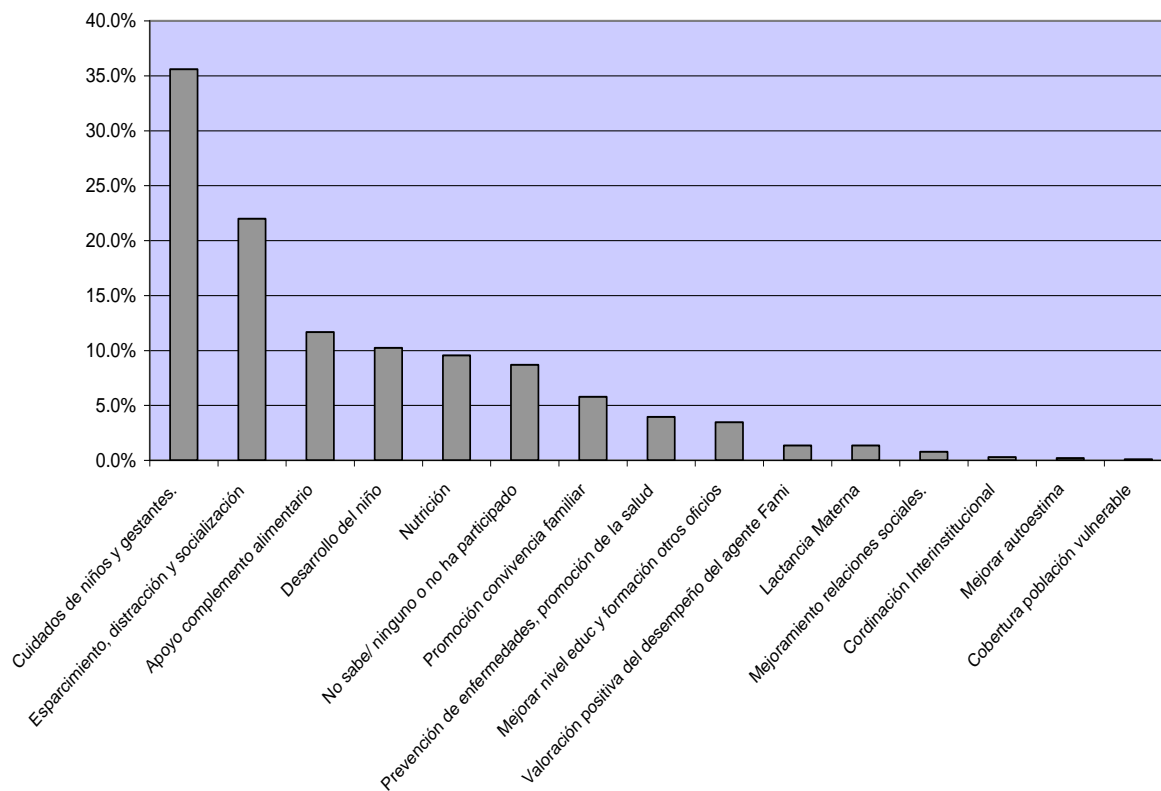
➤ **Beneficios dados a los niños(as) de su participación en el HCB-FAMI.** Con relación a los beneficios obtenidos por los niños(as), los cuidadores identifican nuevamente que haber aprendido de los cuidados de los niños desde la gestación así como las pautas de crianza (36%) es el principal beneficio obtenido para los niños y las niñas. El otro beneficio mas frecuentemente identificado es haber contribuido al

esparcimiento, recreación y socialización de los niños y las niñas (22%) y en tercer lugar está el apoyo con el complemento alimentario y las orientaciones para la familia a cerca de la alimentación infantil.

Diagrama 89 Beneficios dados a los niños(as) de su participación en el HCB-FAMI

Beneficios dados a los niños(as) de su participación en los HCB-Fami

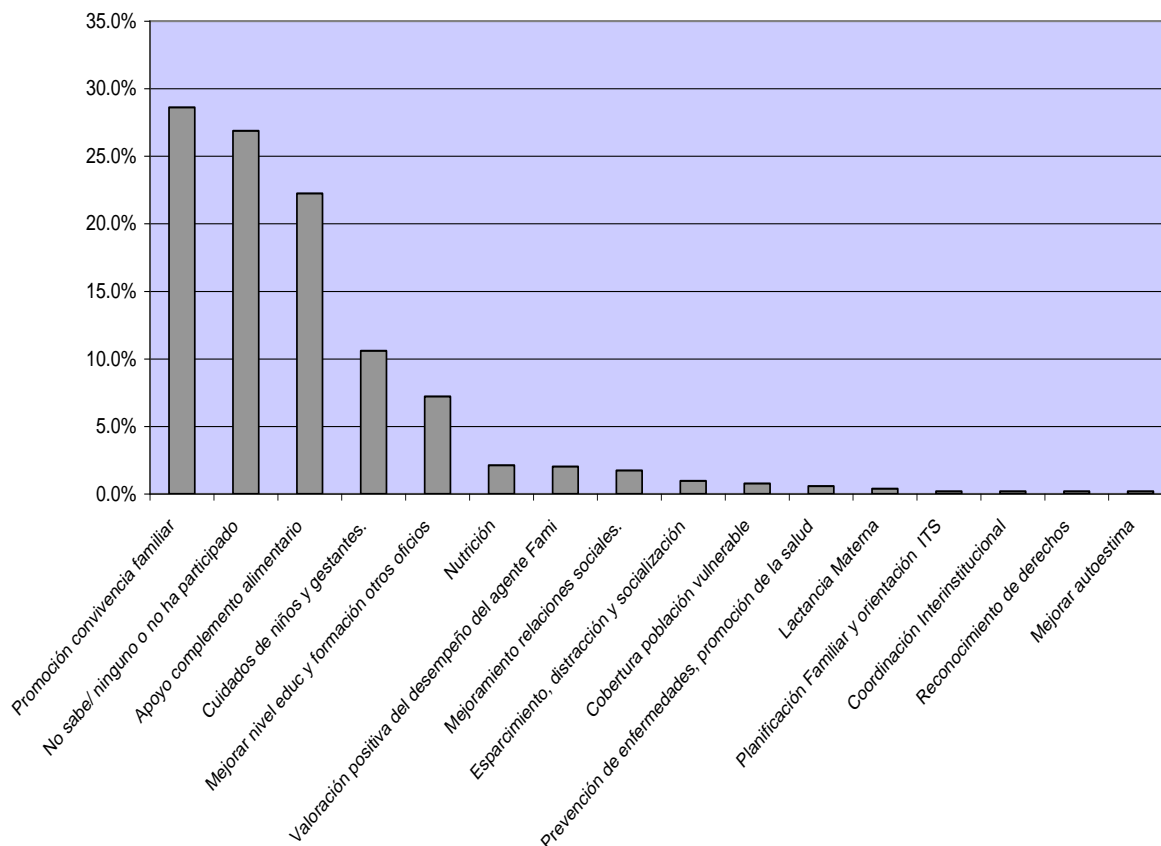
Gráfico No. ___ n: 1033



➤ **Beneficios dados a las familias de su participación en el HCB-FAMI.** Los cuidadores también identifican beneficios para sus familias derivados de la participación en el HCB-FAMI, el primer beneficio identificado es el de la promoción de la convivencia familiar (29%), seguido de un 27% de cuidadores que dijeron no saber, o no identificar ningún beneficio para las familias, o no haber participado, lo cual llama mucho la atención pues al parecer es mucho mas fácil identificar beneficios para los niños(as) y para ellos como cuidadores que para las familias. El tercer beneficio identificado es el de recibir el apoyo del complemento alimentario (22%), y el cuarto el haber aprendido cuidados para el niño y la gestante (11%).

Diagrama 90 Beneficios dados a las familias de su participación en el HCB-FAMI.**Beneficios a las familias derivados de su participación en los HCB-Fami**

Gráfico No. ___ n: 1038



Como se deriva de lo anterior, los beneficios más identificados por los cuidadores de su participación en el HCB-FAMI son: recibir el apoyo del complemento alimentario, que fue mencionado en una proporción importante como beneficio para los tres grupos; el haber aprendido acerca de los cuidados de los niños y las gestantes, que aparece como el más mencionado en los dos primeros grupos (cuidadores y niños); y la promoción de la convivencia familiar que también es identificado como beneficio para los tres grupos aunque en una menor proporción.

También llama la atención la categoría de mejorar el nivel educativo y la formación en otros oficios que es identificado como beneficio para los cuidadores en una mayor proporción, y para las familias. Esta categoría aunque no sería un objetivo propio del programa HCB-FAMI, los cuidadores identifican como un beneficio el haber recibido todo el componente educativo que les permita estar mas preparados para el desarrollo de otros oficios.

5.3 ANÁLISIS BIVARIADO

Como se mencionó en el Capítulo 3, se realizó un análisis bivariado entre tres (3) variables independientes que se consideraron podrían dar cuenta de la exposición al programa y doce (12) variables dependientes de los resultados y efectos que pudieran ser representativas del logro de los objetivos de la modalidad, plasmadas en los conocimientos y las prácticas de las familias usuarias.

Por tal razón a las variables independientes: i)Tiempo de permanencia en el programa para el total de usuarios; ii)Tiempo permanencia en el programa de usuarios que participan por primera vez en la modalidad; y iii) Participación previa en el programa, se les aplicaron pruebas estadísticas para encontrar su asociación con las variables dependientes:

- Menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva.
- Mayores de 6 meses que reciben lactancia materna y alimentación complementaria.
- Gestantes con control prenatal adecuado.
- Niñas y niños con carné de vacunación completo de acuerdo a la edad.
- Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos.
- Niñas y niños con registro civil
- Cuidadores y gestantes que refirieron nunca haber utilizado el castigo como mecanismo de corrección a sus hijos menores de 18 años
- Actividades de estimulación para la edad realizadas por la madre
- Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según madres gestantes y cuidadores

- Usuarios que comparten los conocimientos adquiridos en la modalidad con otras personas.
- Usuarios que participan en comités, redes o grupos asociativos para la promoción del desarrollo del niño y la familia.

Previo a la aplicación de las pruebas estadísticas se aplicó el test de Kolmogorov-Smirov para identificar si las variables independientes “Tiempo de permanencia en el programa para el total de usuarios” y “Tiempo de permanencia en el programa de usuarios que participan por primera vez en la modalidad”, procedían de una distribución normal. Este test reportó que estas variables no cumplían con el supuesto de normalidad de los datos, por tal motivo, no se emplearon pruebas paramétricas, como la T de Student, sino se empleó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney.

Para la variable independiente “Participación previa en el programa” se aplicaron los siguientes estadísticos de prueba:

Chi-cuadrado de Pearson

Razón de verosimilitud chi-cuadrado

Corrección por continuidad para tablas 2x2, para muestras grandes.

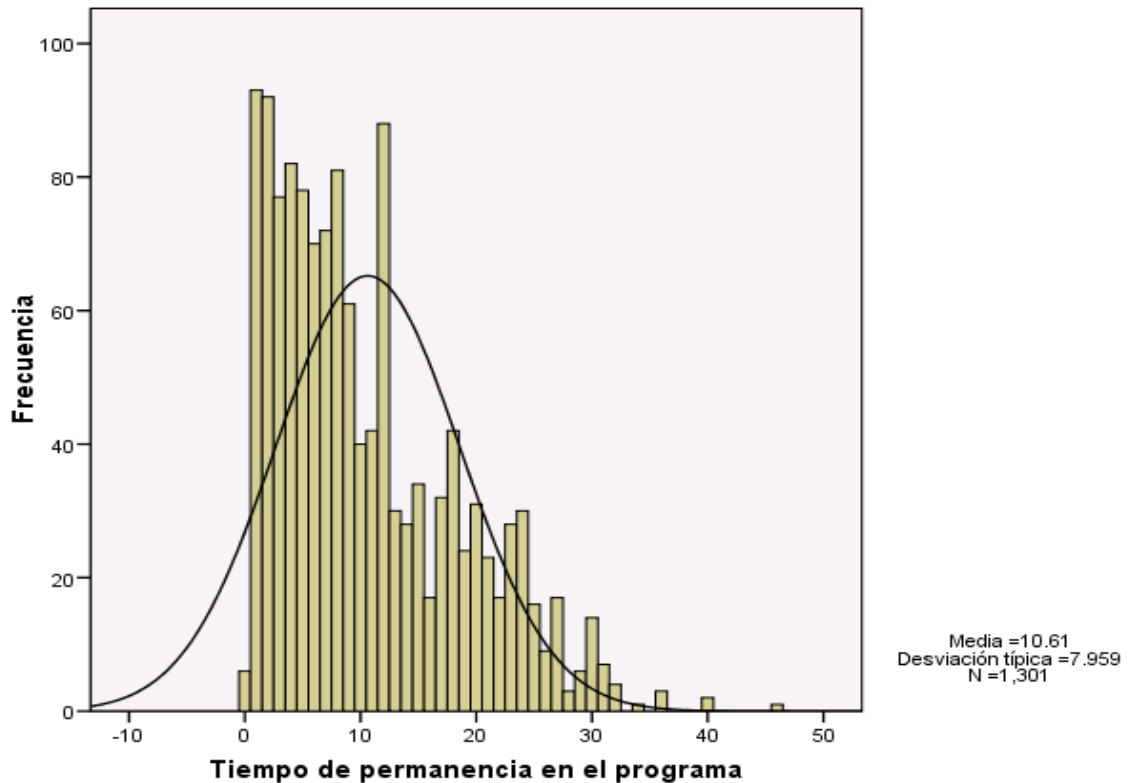
Probabilidad exacta de Fisher para tablas 2x2, para muestras pequeñas

Entre los estadísticos anteriores, se consideró el que tomara el menor valor en la significación asintótica bilateral, para ser más conservadores al tomar una decisión.

Para el rechazo de la hipótesis nula se tomó el nivel de significación de 0,05; si el valor de la significación asintótica bilateral es menor que este valor, se podrá decir que las variables están asociadas.

5.3.1 Relación entre tiempo de permanencia en el programa con las variables de resultados y efectos seleccionadas. Para este análisis se consideró el tiempo de permanencia en el programa de todos los usuarios del programa. Como puede observarse en el Gráfica No.____ la media de permanencia de los usuarios en el programa es de 10,6 meses, con un rango de variación entre 0 y 45 meses.

Diagrama 91 Media de permanencia de los usuarios en el program



Las hipótesis que se sometieron a prueba fueron:

H₀: Las variables de resultados y efectos son independientes de la permanencia de los usuarios en el programa.

H alternativa: Las variables de resultados y efectos son dependientes de la permanencia de los usuarios en el programa.

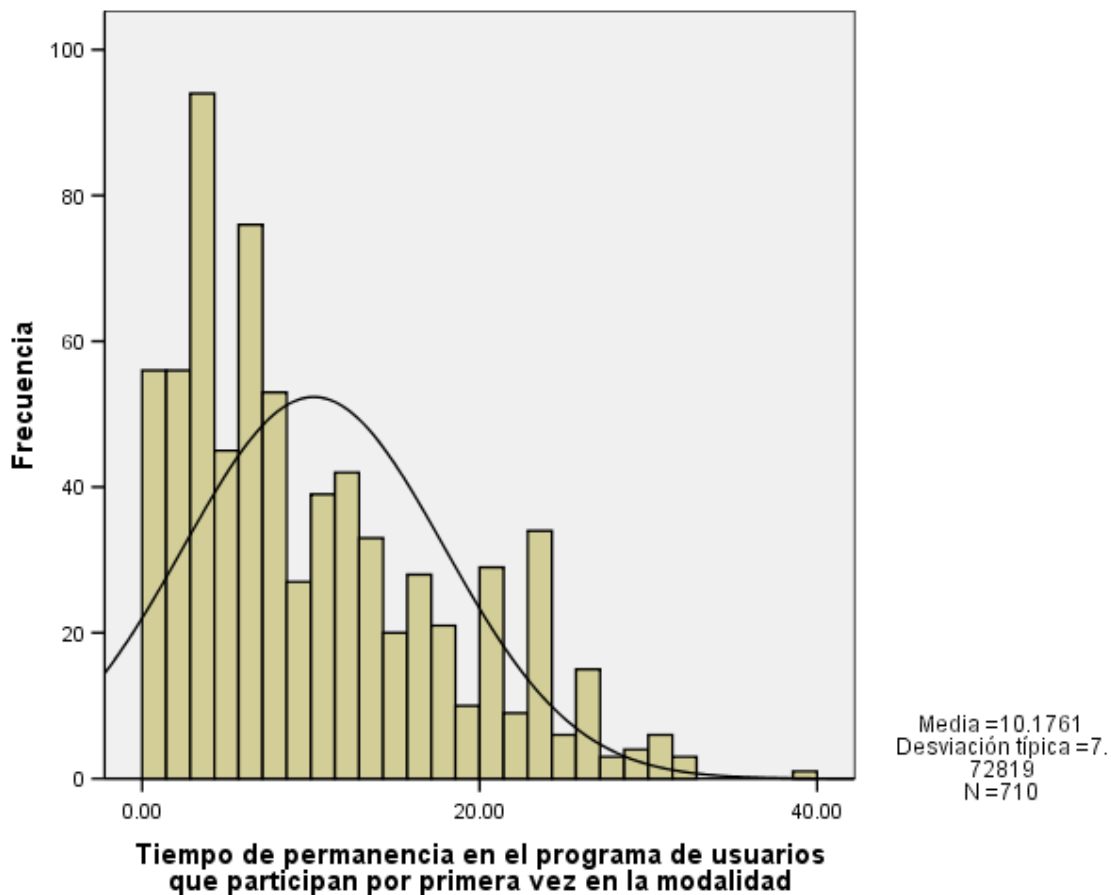
Los resultados de la prueba estadística de U de Mann-Whitney entre el Tiempo de permanencia en el programa de todos los usuarios y las variables de resultados y efectos seleccionadas son:

Diagrama 92 La prueba estadística de U de Mann-Whitney

Variables dependientes	Significación asintótica bilateral
Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.	0.020 Z: -2.328
Mayores de 6 meses con lactancia materna y alimentación complementaria.	0.081
Gestantes con control prenatal adecuado.	0.020
Niñas y niños con carné de vacunación completo de acuerdo a la edad.	0.397
Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos.	0.000
Niñas y niños con registro civil	0.000
Cuidadores y gestantes que refirieron nunca haber utilizado el castigo como mecanismo de corrección a sus hijos menores de 18 años.	0.05
Actividades de estimulación para la edad realizadas por la madre.	Correlación de Pearson: -0.076 Asintótica bilateral: 0.015
Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según cuidadores.	0.000
Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según madres gestantes.	0.460
Usuarios que comparten los conocimientos adquiridos en la modalidad con otras personas.	0.236
Usuarios que participan en comités, redes o grupos asociativos para la promoción del desarrollo del niño y la familia.	0.053

5.3.2 Relación entre tiempo de permanencia en el programa de los usuarios de primera vez con las variables de resultados y efectos seleccionadas. En esta variable se tomó el tiempo de permanencia en el programa de los usuarios que participaban por primera vez en la modalidad. Como puede observarse en el Diagrama 93 la media de permanencia en el programa de los usuarios que participan por primera vez en la modalidad es de 10,2 meses, con un rango de variación entre 0 y 40 meses.

Diagrama 93 la media de permanencia en el programa de los usuarios que participan por primera vez en la modalidad



Las hipótesis que se sometieron a prueba fueron:

H₀: Las variables de resultados y efectos son independientes de la permanencia de los usuarios en el programa para los usuarios que participan por primera vez en la modalidad..

H alternativa: Las variables de resultados y efectos son dependientes de la permanencia de los usuarios en el programa para los usuarios que participan por primera vez en la modalidad..

Los resultados de la prueba estadística de U de Mann-Whitney entre el Tiempo de permanencia en el programa de los usuarios que participan por primera vez y las variables de resultados y efectos seleccionadas son:

Diagrama 94 prueba estadística de U de Mann-Whitney

Variables dependientes	Significación asintótica bilateral
Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.	0,176
Mayores de 6 meses con lactancia materna y alimentación complementaria.	0,277
Gestantes con control prenatal adecuado.	0,009
Niñas y niños con carné de vacunación completo de acuerdo a la edad.	0,457
Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos.	0,000
Niñas y niños con registro civil	0,001
Cuidadores y gestantes que refirieron nunca haber utilizado el castigo como mecanismo de corrección a sus hijos menores de 18 años.	074
Actividades de estimulación para la edad realizadas por la madre.	Correlación de Pearson: -0,048 Sig bilateral 0,245
Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según cuidadores.	0,01
Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según madres gestantes.	0,740
Usuarios que comparten los conocimientos adquiridos en la modalidad con otras personas.	0,831
Usuarios que participan en comités, redes o grupos asociativos para la promoción del desarrollo del niño y la familia.	0,610

5.3.3 Relación entre participación previa en el programa con las variables de resultados y efectos seleccionadas. Un porcentaje importante de las familias (45,4%) ya habían participado anteriormente en el programa, siendo este porcentaje un poco mayor en las gestantes encuestadas (49,6%), que en los cuidadores de menores de dos años (44,2%). (Ver diagrama 95).

Diagrama 95 Distribución de familias gestantes y de niños y niñas menores de dos años según vinculación previa o no al programa

	Total	
	Frecuencia	Porcentaje
SI	593	45,3%
NO	715	54,6%
TOTAL	1308	100%

Ho: La participación previa de un usuario en el programa, no se asocia con la variable dependiente.

H alternativa: La participación previa de un usuario en el programa, se asocia con la variable dependiente.

Los resultados de la prueba estadística de chi cuadrado (Estadístico exacto de Fisher) entre participación previa en el programa y las variables de resultados y efectos seleccionadas son los siguientes:

Diagrama 96 prueba estadística de chi

Variables dependientes	Significación asintótica bilateral
Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva.	0,589
Mayores de 6 meses con lactancia materna y alimentación complementaria.	0,063
Gestantes con control prenatal adecuado.	0,537
Niñas y niños con carné de vacunación completo de acuerdo a la edad.	0,537
Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos.	0,001
Niñas y niños con registro civil	0,131
Actividades de estimulación para la edad realizadas por la madre.	U de Mann-Whitney 0,089
Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según cuidadores.	0,063
Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según madres gestantes.	0,121
Usuarios que comparten los conocimientos adquiridos en la modalidad con otras personas.	0,324
Usuarios que participan en comités, redes o grupos asociativos para la promoción del desarrollo del niño y la familia.	0,330

5.3.4 Discusión del análisis bivariado. De las pruebas estadísticas correspondientes a las variables independientes “Tiempo de permanencia en el programa para todos los usuarios”; “Tiempo de permanencia en el programa para quienes participan por primera vez en la modalidad”; y “Participación previa en el programa” se puede concluir:

- Existe una variable Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos que estuvo asociada con las tres variables independientes, de lo cual se deduce que la participación previa y el tiempo de permanencia en el programa incide en que los usuarios utilicen los métodos anticonceptivos.
- Hay cuatro variables de resultados y efectos que están asociadas con el tiempo de permanencia en el programa: i) *Gestantes con control prenatal adecuado*; ii) *Usuarios*

que utilizan métodos anticonceptivos; iii) Niñas y niños con registro civil; iv) Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según cuidadores.

Adicional a lo anterior, dos variables salieron asociadas solamente con el tiempo de permanencia en el programa para el total de los usuarios: i) *Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva*; ii) *Actividades de estimulación para la edad realizadas por la madre*.

A continuación se presentan con más detalle las relaciones encontradas en las variables descritas anteriormente:

Gestantes con control prenatal adecuado. Dado que el valor de la significación asintótica bilateral (0,020) es menor que el nivel de significación 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre el tiempo de permanencia en el programa y el número de controles prenatales adecuados. Por tal razón se calcularon las medias de permanencia en el programa como se observa en el cuadro siguiente:

Diagrama 97 Gestantes con control prenatal adecuado

		Tiempo de permanencia en el programa	
		Media	Recuento
Número de controles según edad gestacional	No adecuado	3.26	53
	Adecuado	4.09	199

De lo anterior se deduce que las gestantes que tienen un número adecuado de controles prenatales, tienen un tiempo de permanencia en el programa mayor, que aquellas que tienen un número de controles no adecuados. O dicho de otra forma a mayor permanencia en el programa mayor número de controles prenatales adecuados para la edad gestacional.

Esta misma conclusión se daría para el tiempo de permanencia en el programa de usuarios que participan por primera vez en la modalidad.

Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos. Dado que el valor de la significación asintótica bilateral (0,000) es menor que el nivel de significación 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre el tiempo de permanencia en el programa y la utilización de métodos anticonceptivos. Por tal razón se calcularon las medias de permanencia en el programa como se observa en el cuadro siguiente:

Diagrama 98 Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos

		Tiempo de permanencia en el programa	
		Media	Recuento
Usuarios que utilizan métodos anticonceptivos	Sí	11.51	792
	No	8.70	437

De lo anterior se deduce que los usuarios que utilizan métodos anticonceptivos, tienen un tiempo de permanencia en el programa mayor que aquellos usuarios que no los utilizan. Igual conclusión se deriva para los usuarios que participan por primera vez en el programa.

Niñas y niños con registro civil. Dado que el valor de la significación asintótica bilateral (0,000) es menor que el nivel de significación 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre el tiempo de permanencia en el programa y la inscripción de las niñas y niños en el registro civil. Por tal razón se calcularon las medias de permanencia en el programa como se observa en el cuadro siguiente:

Diagrama 99 Niñas y niños con registro civil

		Tiempo de permanencia en el programa	
		Media	Recuento
Registro civil	Sí	12.50	1003
	No	7.86	37

De lo anterior se deduce que los usuarios que tienen sus niñas y niños inscritos en el programa tienen un tiempo mayor de permanencia en el programa, que aquellos usuarios que no los tienen inscritos.

Esta misma conclusión se daría para el tiempo de permanencia en el programa de usuarios que participan por primera vez en la modalidad.

Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según cuidadores. Dado que el valor de la significación asintótica bilateral (0,000) es menor que el nivel de significación 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre el tiempo de permanencia en el programa y la participación del padre o compañero en las actividades de la modalidad según cuidadores. Por tal razón se calcularon las medias de permanencia en el programa como se observa en el cuadro siguiente:

Diagrama 100 Padres o compañeros que han participado en alguna actividad de la modalidad FAMI, según cuidadores

		Tiempo de permanencia en el programa	
		Media	Recuento
Participa el padre(astro) en reuniones o actividades del hogar FAMI:	No	12.01	572
	Sí	14.96	145

De lo anterior se deduce que la participación del padre ó compañero en las actividades de la modalidad FAMI, tienen un promedio de tiempo de mayor de permanencia en el programa, que aquellos casos donde el padre o compañero no participa.

Igual conclusión aplica para los usuarios que participan por primera vez en el programa.

Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva. Dado que el valor de la significación asintótica bilateral (0,020) es menor que el nivel de significación 0,05, se puede rechazar la hipótesis nula de independencia entre el tiempo de permanencia en el programa y la práctica de lactancia materna exclusiva para menores de 6 meses. Esto se debe a que la diferencia observada entre las dos medias de rangos es estadísticamente significativa, ver cuadro siguiente:

Diagrama 101 Menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva

		Tiempo de permanencia en el programa
		Media
Lactancia materna exclusiva (menores de 6 meses)	No	7.49
	Sí	5.92

De lo anterior se deriva que las cuidadoras que realizan la práctica de la lactancia materna exclusiva para niñas y niños menores de 6 meses, tienen un tiempo de permanencia menor que aquellas que no tiene esta práctica. Lo que estaría indicando que son las usuarias que se vinculan mas reciente al programa las que tienen la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Actividades de estimulación para la edad realizadas por la madre. Dados los resultados de la Correlación de Pearson, aplicada para estas variables, se puede deducir que están correlacionadas negativamente ($-0,076$) y la correlación es significativa al nivel $0,05$ dado que el valor de significancia bilateral es menor. De esta asociación se puede inferir que el número de actividades realizada por la madre es mayor en la medida que el tiempo de permanencia en el programa es menor. Sin embargo, el coeficiente de correlación es muy débil.

Finalmente se puede concluir que la permanencia en el programa logra algunos resultados en los usuarios que son estadísticamente significativos especialmente en lo que tiene que ver con uso de métodos anticonceptivos, gestantes con control prenatal adecuado para la edad, niños y niñas con registro civil y padres o compañeros más partícipes de la modalidad.

Adicionalmente la lactancia materna exclusiva a menores de seis meses y las actividades de estimulación realizadas por la madre están asociadas en forma negativa con la permanencia de los usuarios en el programa, es decir los cuidadores que menos tiempo llevan en el programa realizan más estas actividades. Esto podría estar relacionado con el hecho de que cuidadores que tienen menos tiempo en el programa logran llevar a cabo

las orientaciones educativas dadas por las agentes FAMI, especialmente en lo que tiene que ver con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y las actividades de estimulación adecuada para los niños y niñas.

CAPITULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES DE LA EVALUACION POR COMPONENTES

6.1.1 Sobre el funcionamiento de la modalidad

Aciertos:

- La designación de un responsable directo de la modalidad, que garantice continuidad de los procesos; permite tener un conocimiento de las características de la población intervenida, fortalezas, capacidades de los agentes educativos, gestión de alianzas y convenios, sistematización y registro de información.
- La existencia de responsables profesionales en áreas educativas, favorece las acciones de acompañamiento a la labor de los agentes educativos FAMI y fomenta la capacitación y cualificación de éstos.
- El desarrollo de acciones de articulación en Planes de Desarrollo Municipal y la constitución de convenios de apoyo para el acompañamiento de los hogares comunitarios, permiten asignar un funcionario de la administración municipal con responsabilidades en el área de seguimiento y acompañamiento directo a los programas y proyectos del ICBF.
- La articulación con programas y proyectos y el establecimiento de convenios y alianzas con entidades públicas y privadas, permiten realizar procesos formativos o de actualización a los agentes educativos FAMI y algunos de sus usuarios, acerca de diferentes temas, especialmente en el área de salud, prevención y atención de

enfermedades, importancia del esquema de vacunación completa, planificación familiar, manejo nutricional y promoción de la lactancia materna.

- El apoyo que ofrecen los CZ a la EC en el área de legalización financiera facilita el proceso administrativo y garantiza el uso adecuado y oportuno de recursos de la modalidad; sin embargo, contribuye a la falta de apropiación y adecuado manejo de los aspectos financieros por parte de las EC, que, según la normatividad, deben administrar los recursos.
- El apoyo que ofrece el CZ en la calificación de hojas de vida, sugerencia y entrevistas garantiza el cumplimiento de los requisitos básicos de vinculación de los agentes educativos FAMI, pero desplaza el nivel de autonomía que las EC deben tener en este aspecto.
- La disposición de formatos, en algunos casos, permite el registro ordenado de la población atendida. La obligatoriedad de recepción de estos formatos por la EC y el CZ, promueve en los agentes educativos FAMI el uso frecuente de programadores, fichas de registro de asistencia (RAM), y con algún nivel de dificultad la ficha integral. Sin embargo, la recepción de formatos carece de procesos de sistematización que permitan fortalecer el seguimiento y descripción de la población usuaria de la modalidad.
- El ejercicio de supervisión a la labor del agente educativo FAMI, por parte de EC y CZ, ha exigido el cumplimiento de las normas básicas de funcionamiento de la modalidad; sin embargo, su irregularidad en el tiempo y en las estrategias usadas generan sesgos en la calidad y logros de la modalidad.
- El acompañamiento en sesiones educativas, en algunos casos desde el diseño hasta la ejecución; facilita la cualificación y rigurosidad en su cumplimiento por parte de los agentes educativos FAMI.

Desaciertos:

- La poca rigurosidad, para algunos casos en la solicitud y registro de información de usuarios y agentes educativos FAMI, permite que en varios CZ se carezca de información acerca del proceso de cobertura y logros de la modalidad.
- La articulación a partir de una relación vertical y la delegación de responsabilidad a quienes en la práctica implementan los contenidos de la modalidad, agentes educativos FAMI, contribuyen al poco reconocimiento del programa en la labor de atención preventiva en temas de salud y orientación social, que desde la base se desarrolla.
- La falta de frecuencia en los seguimientos favorece la vulneración de la norma establecida, el desconocimiento de los lineamientos nacionales, la no realización de sesiones educativas, el desconocimiento en el manejo de formatos y registro de información y la dotación adecuada para cada contexto.
- La falta de presencia institucional del ICBF permite que la comunidad y población atendida, no reconozcan al instituto como la entidad gubernamental que respalda la labor de los agentes educativos FAMI; a pesar de que se utilicen símbolos de identificación o se mencione permanentemente su nombre.
- El poco conocimiento de los beneficios que los usuarios atribuyen a la modalidad, permite que en los CZ y en las EC consideren el complemento alimentario como el principal beneficio; esto puede afectar la orientación de la modalidad.

Lecciones aprendidas:

- Los procesos de intervención social exigen tener en cuenta que la realidad social es compleja; y que esta complejidad implica considerar los intereses de todos los actores involucrados. Es desde ese conocimiento que se deben analizar los logros y

dificultades; considerando que dependerán no sólo de un actor, sino de la conjugación y juego de intereses individuales. Esta afirmación permite desvirtuar el imaginario de atribuir las dificultades de la implementación de HCB–FAMI, exclusivamente a la voluntad política de CZ para generar y garantizar espacios de trabajo. Este ejercicio demuestra que dependen no sólo de este factor sino también de la sintonía de intereses entre quienes intervienen en el proceso: EC y agentes educativos FAMI.

- La generación de alianzas, convenios o redes estratégicas fortalecen la modalidad desde las áreas de acompañamiento, seguimiento y dotación. El reconocimiento e inclusión en los Planes de Desarrollo Municipal, garantiza la posibilidad de permanencia de la modalidad; sin embargo, la permanente confusión entre la modalidad HCB de 0 a 7 años y la evaluada, desorienta la inversión que ésta última pudiera disfrutar.

6.1.2 Sobre resultados y efectos de la modalidad en sus diferentes dimensiones

Caracterización de las familias usuarias

- El programa HCB-FAMI se encuentra claramente focalizado en las cabeceras municipales del país y llega a un porcentaje importante de familias que pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN.
- A pesar de que la mayoría de las familias vinculadas al programa cuentan con una vivienda en condiciones aceptables, un grupo importante de ellas vive en condiciones de pobreza extrema (siguiendo los parámetros establecidos por el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas). Sin embargo, teniendo en cuenta que para todos los casos se examinaron promedios nacionales, es probable que las situaciones más críticas no sean fácilmente perceptibles, dada su especificidad y particularidad.
- Las familias que participan en el programa son mayoritariamente nucleares, de modo que, tanto padres como madres están presentes en el proceso de socialización de los

niños y las niñas. Sin embargo, llama la atención que más del 30% de los padres no conviven con sus hijos.

- Acorde con las tendencias nacionales, en la población de usuarias hay una participación de mujeres adolescentes que ya son madres o están embarazadas.
- Hay una continuidad en la participación de las familias en el programa y un porcentaje importante de ellas habían estado vinculadas en momentos anteriores.

Lactancia materna y alimentación en los menores de dos años

- Los cuidadores y gestantes identifican en un mayor número de beneficios para los niños y niñas que para las madres. Los beneficios de la lactancia materna para la madre más identificados son: protección contra el cáncer de matriz y seno; recuperación su peso normal; creación de lazos afectivos de la madre con el hijo; recuperación del cuerpo de la madre; y espaciar el tiempo entre embarazos.
- Los beneficios de la lactancia materna, identificados para los niños y niñas, priorizaron el componente de la salud física, sobre el fortalecimiento de lazos afectivos; mientras que los beneficios económicos (menor costo) derivados de la práctica de amamantar fueron relativamente poco mencionados.
- En cuanto a conocimientos y prácticas de extracción y conservación de la leche materna más de la mitad de los usuarios refirieron saber sobre los procedimientos adecuados y una proporción similar demostró una buena práctica, tanto de extracción como de almacenamiento; lo que estaría indicando que en este grupo de usuarios hay una buena relación entre los conocimientos adquiridos y las prácticas de extracción manual y almacenamiento de la leche materna.
- Los resultados sobre lactancia materna exclusiva en niños y niñas menores de seis meses son poco alentadores, pues la proporción de niños y niñas que se

benefician de esta practica es moderada (29%) y se encuentra muy por debajo de los resultados encontrados en la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia(2005) (47%). Este indicador de resultado no fue consecuente con los conocimientos sobre los beneficios de la lactancia, reportados por los cuidadores, prevalecen las formas de alimentación mixta, es decir combinando la lactancia materna con otros alimentos, lo cual no estaría en relación con los esfuerzos que realizan los agentes Fami en capacitación y acciones educativas para el fomento y demostración de la práctica de la lactancia materna exclusiva para este grupo de edad.

- La formas de alimentación en niños y niñas mayores de seis meses (6-24) no mejora la situación anterior. Los niños y niñas van disminuyendo el consumo de leche materna, a medida que avanzan en edad, sustituyéndolo por otras leches (leche de vaca o de tarro) hasta desaparecer su consumo en niños menores de dos años. Estas prácticas contradicen las recomendaciones de consumo diario de alimentos, pues en estas edades los niños y las niñas deberían estar recibiendo lactancia materna con alimentación complementaria adecuada, con los consiguientes riesgos que estas prácticas tienen para la salud y la vida de los infantes.
- Las prácticas inadecuadas de alimentación en niños menores de dos años, explica porque el 63% de los niños beneficiarios del programa HCB-Fami toman o han tomado biberón, en un porcentaje superior al observado en otros estudios nacionales. La mayor frecuencia en las respuestas dadas por los cuidadores sobre la práctica de la toma de biberón en los niños y niñas está relacionada con la idea de que éste proporciona un complemento a la alimentación infantil. La práctica del uso del biberón está muy arraigada en las familias usuarias del programa, pues lo perciben como un complemento de la leche materna desde muy temprana edad, y contrario a la evidencia científica se logra detectar en las usuarias la creencia de que contribuye con una mejor alimentación y nutrición infantil.
- Con relación a las prácticas de lactancia materna, la introducción de otros alimentos y el uso del biberón, las agentes FAMI realizan las acciones educativas,

los usuarios dicen tener los conocimientos al respecto, pero la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años, está lejos de lograrse, al parecer porque no basta la acción educativa del programa cuando el medio sociocultural y las prácticas de algunas instituciones de salud no son favorables al amamantamiento con leche materna. Además la industria de alimentos infantiles ha realizado por muchos años una labor de mercadeo activo con el personal de salud y las mismas madres, para el fomento del consumo de alimentos sucedáneos de la leche materna todo lo cual podría explicar la baja prevalencia de lactancia materna y alto uso del biberón en esta población.

- De acuerdo con las prácticas de alimentación para los menores de dos años se podría concluir que las familias no ofrecen la alimentación de acuerdo a las recomendaciones que está promoviendo el programa HCB-FAMI, según la edad de los niños y las niñas; por el contrario las prácticas de alimentación complementaria ponen en riesgo a los menores de adquirir algunas enfermedades prevalentes en la primera infancia como diarrea y desnutrición. Es de anotar que las prácticas de consumo de alimentos esta influenciada por las costumbres y la tradición de las familias; lo cual ha tenido la influencia de la industria de alimentos infantiles y sus prácticas de comercialización que desde hace por lo menos cuatro décadas han impulsado el consumo de alimentos sucedáneos de la leche materna y una cultura del uso del biberón, que ha permeado el imaginario colectivo y el cambio en las prácticas de alimentación infantil.
- Las prácticas de alimentación de las gestantes reportaron que toman los tres momentos de comida, en particular el almuerzo; la dieta diaria de las gestantes tiene una mayor proporción de carbohidratos y azúcares; seguido por el consumo de carnes, huevo y productos lácteos. Al menos la mitad de ellas consume verduras, pero el consumo de frutas es mucho menor. Llama mucho la atención el bajo consumo de alimentos ricos en proteínas, vitaminas y minerales, como las carnes, frutas y verduras, alimentos fundamentales en esta etapa de la gestación, especialmente porque el estado nutricional previo y la ganancia adecuada de peso durante la gestación garantizan un peso adecuado del recién nacido.

- Los lineamientos del programa (2005) no contemplan dentro de sus objetivos y acciones una estrategia clara para acompañar, educar o introducir mejores prácticas de alimentación complementaria en las familias usuarias. La estrategia que expresa con mayor claridad la preocupación del ICBF por la dieta de los menores y las gestantes se refiere al complemento alimentario y a la práctica de la lactancia materna. Sin embargo al parecer el hecho de otorgar frecuentemente un paquete de alimentos para una adecuada alimentación de los usuarios y orientar el consumo de estos no es garantía para que usuarios y familias obtengan prácticas adecuadas de alimentación, más aún en sectores con alta vulnerabilidad y pobreza crónica, donde el riesgo de desnutrición es real.
- El paquete o complemento alimentario si bien esta orientado a ser una fuente de alimentación del usuario del programa, en familias con escasos recursos como estas, es recurrente que éste sea compartido por padres, esposos, hijos y otros familiares que residen en el hogar.

Salud materno infantil

- Las familias beneficiarias de la modalidad, cuentan con adecuados conocimientos en cuidados para la salud de la gestante, así como del niño o niña menor de dos años. Temas como signos de peligro, cuidados durante el embarazo, prácticas de higiene, cuidado del recién nacido, lactancia materna y prevención de accidentes son mencionados con frecuencia en las sesiones educativas e, igualmente reconocidos por las familias.
- Se encontró que la asistencia a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como vacunación, controles prenatales, controles de crecimiento y desarrollo y planificación familiar, no es tan alta como se esperaría, en una población a la que permanentemente se le está insistiendo en ello. Son particularmente preocupantes los datos de vacunación de los niños y planificación familiar de la pareja.

- Aunque la asistencia a los controles prenatales no fue óptima, si hubo un aumento en la asistencia de gestantes con previos embarazos, lo cual indica una influencia positiva de la modalidad HCB- FAMI, en el cuidado de la gestante que fue confirmado en sus testimonios.
- Se encontró que es una población que presenta una incidencia elevada de enfermedades prevenibles, como la diarrea o la infección respiratoria aguda. En las prácticas para el manejo de las enfermedades, se observó que si bien se usa la hidratación oral ante la diarrea, no se hace en todos los casos. Tampoco se usan en la mayoría de los casos las medidas recomendadas para el manejo casero de las infecciones respiratorias agudas. Un porcentaje importante acude al médico, aunque también utilizan con alguna frecuencia la automedicación.

Estimulación del Desarrollo

- Los conocimientos y prácticas de estimulación del desarrollo de los niños y niñas por parte de padres, madres y cuidadores es una forma de dar cuenta de los resultados y efectos que produce en las familias todo el componente educativo de estimulación adecuada del programa HCB-FAMI.
- A través de esta evaluación se identificó que los cuidadores logran tener un mejor conocimiento de las edades a las cuales los niños y las niñas realizan las conductas del desarrollo motor, mientras que las relacionadas con el desarrollo del lenguaje no fueron tan acertadas.
- Los aspectos que los cuidadores consideran que contribuyen con el desarrollo del niño son, en orden de importancia: la buena alimentación, el trato afectuoso, la estimulación por parte de los adultos, juego y jugar con él. Hubo una menor la referencia de los cuidadores sobre aspectos que suelen derivarse de las costumbres o imaginarios culturales, como por ejemplo “dejarle que haga cosas” “el número de hermanos”, “la herencia”.

- La madre del niño o la niña es la persona que realiza en promedio un mayor número de actividades de estimulación adecuada, lo cual se mantiene en los diferentes grupos de edad y está relacionado con el hecho de que la mayoría de los cuidadores que respondieron la entrevista eran madres. Los padres no realizan un número importante de actividades de estimulación, al contrario, un segundo actor para las actividades de estimulación lo constituye el “otro pariente”, corroborando de esta forma que el involucramiento del padre en la crianza de los hijos todavía está lejos de lograrse aún en programas educativos como éste en el cual se enfatiza en la participación del padre en la crianza y cuidado. El promedio de actividades de estimulación de la madre también supera a aquellas realizadas por el padre u otro pariente, aún cuando éstas decrecen en la medida que el hijo (a) aumenta la edad, lo cual podría estar relacionado con la vinculación de la madre a actividades laborales fuera de casa.
- Las actividades que mas realiza la madre en los diferentes grupos de edad están relacionadas con los cuidados de salud, higiene, estimulación del lenguaje e introducción a la sociedad (bañarse las manos y la cara, mostrarle lo que hay a su alrededor, enseñarle su nombre y permitirle comer con cubiertos); mientras que las actividades que menos realiza la madre como animarlo a saltar y a patear y lanzar una pelota, son suplidas por otro pariente o el padre, quien a su vez es el que con mayor frecuencia acompaña a los niños y niñas a pasear, es decir participa en la socialización del bebe.
- Los datos muestran como las madres gestantes tienen un mayor conocimiento sobre la importancia de estimular a los bebes mediante el contacto físico y verbal. Es importante señalar que la estimulación mediante el juego o la actividad lúdica (baile y música) no se le dio la importancia esperada.
- Las madres gestantes identificaron cuatro actividades de estimulación para los recién nacidos. De estas actividades el “conversar con él o ella” fue la de mayor frecuencia; seguida por acariciar su cuerpo; hacerle masajes y realizar ejercicios suaves. Llama la atención que el 23.5% de las gestantes entrevistadas no identificó ninguna actividad de estimulación para los recién nacidos.

- Las actividades de estimulación intrauterina que mas realizan las gestantes están relacionadas con la estimulación a través del contacto físico y verbal. El estímulo a través de los sonidos, el baile, el canto y la luz fueron los recursos que menos refirieron las gestantes para estimular a sus bebés durante la gestación.

Relaciones al interior de la familia

- En términos generales, si bien el programa ha intentado influir en los espacios de socialización de niños y niñas, a través de la difusión del conocimiento sobre las formas más adecuadas de orientar y regular su comportamiento, la tendencia a recurrir a métodos de corrección como el castigo físico y verbal, aún es importante. La promoción del buen trato encuentra dos obstáculos importantes: por un lado, el proceso de socialización está altamente influenciado por factores culturales, que tienden a sobrevalorar unos conocimientos frente a otros, por otro lado, la dificultad de llevar a la práctica temas tan intangibles para los padres como por ejemplo los derechos de los niños.
- Si bien se reconoce una tendencia a rechazar las posiciones autoritarias tradicionales, es innegable la dificultad que encuentran los padres para asumir una posición de autoridad más democrática, además, algunos padres parecen aplicar sólo aquel conocimiento que realmente entienden y pueden llevar a la práctica con facilidad y de manera más explícita (como la lactancia materna y los cuidados de la salud).
- Aún no existe una plena conciencia de la importancia del papel de la familia en el proceso de socialización, de las implicaciones que trae para los niños y las niñas la transmisión de las normas, creencias y valores comunes a los miembros de su comunidad. Es importante seguir trabajando en el fortalecimiento de los vínculos familiares y en el reconocimiento de la importancia de la participación de padres y madres en crianza de los niños y niñas.

- Sin embargo, es importante reconocer que como hemos mencionado que se han suscitado pequeños cambios que dan cuenta de una representación social de los niños y las niñas como personas con necesidades y capacidades particulares que deben atenderse y promoverse.

Participación en redes sociales e institucionales

- Se destaca como factor positivo, el compartir de conocimientos que existe entre los beneficiarios y sus redes primarias, tanto familiares como de amistades. No obstante, hay una baja participación en redes institucionales o comunitarias, y es nula la vinculación a grupos de apoyo a la lactancia materna. En este sentido, la modalidad debe reforzar las estrategias para que las familias beneficiarias puedan ampliar sus redes de apoyo externas que conlleven a un tejido social más fuerte donde se gestione y garantice la satisfacción de necesidades básicas.

Beneficios del programa, según cuidadores

- Los cuidadores de menores de dos años valoraron el mejoramiento de la salud propia y la de sus hijos(as), las condiciones de vida en el hogar, la alimentación y nutrición de madres, niñas y niños; como los beneficios mas importantes del programa para ellos. De esta manera priman los beneficios en la mejora de la salud y bienestar propia y de sus hijos, sobre la entrega del complemento alimentario.
- Con relación a la capacitación, los cuidadores valoran el haber aprendido sobre el cuidado de los niños y las gestantes, pautas de crianza, mejora en el nivel educativo y la formación en otros oficios; y haber recibido el complemento alimentario y orientaciones para la alimentación de la familia. Todo lo anterior está en directa relación con los objetivos que pretende el programa como es el de *Fomentar una cultura de estilos de vida saludable que contribuya a mejorar la calidad de vida de las familias en desarrollo.*

- Los beneficios que valoran los cuidadores sobre los niños, producto de las acciones del programa, son aprender sobre los cuidados de los niños desde la gestación así como las pautas de crianza; el esparcimiento, recreación y socialización de los niños y las niñas; y el apoyo con el complemento alimentario y las orientaciones para la familia a cerca de la alimentación infantil.
- Los cuidadores identifican como principal beneficio para sus familias, derivado de la participación en el HCB- Fami, la promoción de la convivencia familiar; sin embargo identificaron mas facilmente beneficios para los niños y niñas y para ellos como cuidadores que para las familias.
- En forma general los beneficios mas identificados por los cuidadores de su participación en el HCB-Fami son: recibir el apoyo del complemento alimentario, que fue mencionado en una proporción importante como beneficio para los tres grupos(cuidadores, los niños y niñas, y la familia); el haber aprendido a cerca de los cuidados de los niños y las gestantes, que aparece como el mas mencionado en los dos primeros grupos (cuidadores y niños y niñas); y la promoción de la convivencia familiar que también es identificado como beneficio para los tres grupos aunque en una menor proporción.
- Otro categoría que apareció en los beneficios para los cuidadores y las familias fue la de “mejorar el nivel educativo y la formación en otros oficios”. Esta categoría aunque no sería un objetivo propio del programa HCB- Fami, al parecer los cuidadores logran identifican como un beneficio el haber recibido todo el componente educativo que les permita estar mas preparados para el desarrollo de otros oficios.

6.2 CONCLUSIONES DERIVADAS DEL ANÁLISIS BIVARIADO

- De las doce variables de resultados y efectos que se cruzaron con las variables independientes de tiempo de permanencia en el programa, solamente cuatro están

asociadas significativamente con el programa. Se puede afirmar entonces que el uso de métodos anticonceptivos, que las gestantes asistan a control prenatal, que los niños y niñas tengan registro civil y que los padres o compañeros sean mas partícipes de la modalidad son los resultados y efectos estadísticamente asociados con el tiempo de permanencia en el programa.

- Adicionalmente la lactancia materna exclusiva a menores de seis meses y las actividades de estimulación realizadas por la madre están asociadas en forma negativa con la permanencia de los usuarios en el programa, es decir los cuidadores que menos tiempo llevan en el programa realizan más estas actividades. Esto podría estar relacionado con el hecho de que cuidadores que tienen menos tiempo en el programa logran llevar a cabo las orientaciones educativas dadas por las agentes FAMI, especialmente en lo que tiene que ver con lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y las actividades de estimulación adecuada para los niños y niñas.

6.3 RECOMENDACIONES

6.3.1 Sobre el funcionamiento

- Promover y realizar la divulgación y reconocimiento de la labor de los agentes educativos FAMI, se constituyen en un mecanismo para hacer evidentes las fortalezas y ventajas que tiene este programa gubernamental, en la atención integral a la primera infancia.
- Generar un formato de sistematización para que las EC en asocio con los agentes educativos FAMI, de los CZ considerados como modelos, puedan registrar su proceso, para tener una memoria histórica del programa, y lecciones aprendidas durante los años de desarrollo de la modalidad.

- Definir desde el CZ o la EC un profesional que brinde las posibilidades de realizar un acompañamiento técnico, más allá de la supervisión del registro de formatos y entrega de complementos alimentarios; que ofrezca la oportunidad de compartir sus conocimientos y experiencias en las áreas de trabajo de los agentes educativos FAMI.
- Requerir de los CZ o de las EC con capacidad de recurso, una persona con conocimiento y apropiación de temas que, según los lineamientos de la modalidad, deben abordar los agentes educativos FAMI con sus usuarios.
- Exigir que la EC con capacidad de recursos (Cajas de Compensación, ONG's y Cooperativas), vaya más allá del ejercicio de supervisión y acompañamiento técnico; que desde su papel social, reconocimiento y cabildeo genere espacios y alianzas de cooperación interinstitucional e intersectorial, para fortalecer la modalidad en sus diferentes componentes.
- Promover el seguimiento permanente y aleatorio de los hogares comunitarios FAMI, favorece el control y ajuste de los objetivos de la modalidad de acuerdo con cada contexto socio-cultural.
- Reconocer las diferencias socio-culturales en las dinámicas de desarrollo de la modalidad y los contextos de cada región, permite formular de manera coherente y por metas a corto, mediano y largo plazo, los objetivos de los lineamientos de la modalidad.
- Mejorar la normatividad en varios aspectos, permite reorganizar y focalizar el funcionamiento de la modalidad; esto es: i) reconocer la calidad y logros del programa; ii) establecer funciones de CZ y EC de acuerdo con competencias institucionales, capacidad de recursos y resultados de funcionamiento; iii) definir con mayor claridad y límites los objetivos propuestos en la normatividad; iv) reconocer y garantizar la labor del agente educativo FAMI; v) incluir los procesos formativos y de cualificación de la labor como responsabilidad de CZ y EC; vi) asignar procesos de participación institucional que promuevan el reconocimiento de la modalidad HCB-FAMI en el Sistema de Bienestar Nacional; vii) Destinar recursos financieros institucionales para

aumentar la calidad de la Beca, dotación y complemento alimentario; viii) extender la práctica de gestión que promueve la inclusión en Planes de Desarrollo Municipal y Departamental de la modalidad HCB-FAMI, como un programa de atención integral a las Familias en Desarrollo articulado a los que el ICBF ejecuta, ix) organizar los tiempos de ejecución del programa, identificando con precisión las horas asignadas a la planeación de actividades por parte de los diferentes actores, CZ, EC y agente educativo FAMI.

6.3.2 Sobre resultados y efectos de la modalidad.

- Sería deseable diseñar estrategias específicas para el acompañamiento de las madres adolescentes, quienes tienen un mayor número de factores de riesgo. Así mismo, orientar acciones para fortalecer la vinculación de los padres a las tareas de crianza de niños y niñas.
- La baja asistencia de los usuarios a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, indican que debe reforzarse las acciones mancomunadas con el sector salud para garantizar una mayor cobertura y sensibilización sobre la importancia de la puesta en práctica de estas acciones que protegen la salud del individuo y de su familia.
- En las capacitaciones debe reforzarse la preparación y uso de suero oral u otro tipo de hidratación como primera medida en el tratamiento de la diarrea y debe desestimularse la automedicación.
- Es importante trabajar en lo que podríamos llamar la disociación entre conocimientos y prácticas relacionadas con estilos de vida saludables.
- Se evidencia la necesidad de generar estrategias que permitan un acompañamiento más regular a las agentes FAMI en las fases de planeación, desarrollo y ejecución de las actividades; este acompañamiento pasa por aspectos básicos como aumentar la

oferta de capacitaciones específicas con respecto al grupo etéreo que se atiende, información actualizada que vaya acorde a los avances investigativos en temas de desarrollo, nutrición, salud, que deben ser de conocimiento obligatorio para su labor. La información actualizada de las agentes educativas repercutiría directamente en la información y por tanto la forma como la madre o cuidador de los niños y niñas actuaría en su hogar. El conocimiento no garantiza la práctica, pero si aumenta las posibilidades de que una practica en particular se instaure al interior de la familia.

- Si bien el programa ofrece una estrategia de atención que permite llegar a la población beneficiaria con unos criterios unificados, deberían generarse alternativas que se adecuen a las particularidades y dinámicas de cada región y tradición cultural.
- Los cambios que se puedan considerar no son posibles sin el aumento en los recursos económicos que se destinan a esta modalidad, las becas de las agentes educativas no permiten un mayor nivel de compromiso en la mayoría de ellas, además de no garantizar condiciones mínimas de reconocimiento al trabajo comunitario que por su mismo carácter no puede ser subvalorado, teniendo en cuenta que este aspecto fundamenta el programa; este apoyo económico debe considerar la infraestructura, dotación de material de calidad y adecuado a las necesidades de la población beneficiaria en general, tanto para gestantes, madres y los niños y niñas menores de dos años.
- Para lograr mejorar los resultados y efectos de la modalidad HCB-FAMI en los usuarios es necesario fortalecer las acciones educativas de los agentes FAMI en cuanto a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, no solo enfatizando en los beneficios de esta práctica sino también desestimulando el uso del biberón en las familias usuarias. Es recomendable que el programa enfatice sobre los riesgos para la salud derivados de la toma de biberón, a través de un mayor énfasis en este punto en las actividades educativas. Lo cual se debe hacer explícito en los objetivos, estrategias y acciones que el programa plantee.
- Es necesario fortalecer los lineamientos de la modalidad HCB-FAMI con relación a la educación y acompañamiento a las familias en cuanto a la alimentación

complementaria adecuada para los niños y niñas; articulando acciones con las instituciones de salud mas cercanas al sitio de residencia de los agentes educativos FAMI y específicamente con estrategias institucionales, que están incluidas dentro de las prioridades en salud pública (Circular 018 de 2004 del Ministerio de la Protección Social), como IAMI- Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia; AIEPI- Atención Integral a Eventos Prevalentes en la Infancia, especialmente en el componente comunitario.

- El programa tiene el reto de diseñar una línea de alimentación infantil y de madres en gestación que contribuya a mejorar las prácticas culturales y a propiciar un mejor acceso a la oferta de alimentos que se producen en cada región del país.
- El programa debe continuar fortaleciendo la educación con relación a la presencia del padre en el cuidado y estimulación del desarrollo de las niñas y los niños, enfatizando en las actividades de socialización que la figura paterna puede y le gusta realizar. Por lo cual el programa debe reforzar un mayor acompañamiento y capacitación a las familias en desarrollo con los temas sobre desarrollo y estimulación adecuada.
- Es necesario fortalecer el rol de las agentes educativas FAMI, a través de un diseño de estrategias de comunicación que les permita, no solo transmitir conocimientos en las áreas de salud, nutrición, alimentación, desarrollo y prácticas de crianza, sino que también produzcan una real sensibilización y apropiación del conocimiento por parte de los beneficiarios que conduzca efectivamente a la transformación en su dinámica de vida. Esto incluye, además, un diálogo de saberes con los beneficiarios, en el cual se reconozca los conocimientos que existen en sus tradiciones culturales y que pueden potencializar el desarrollo de los niños, niñas y las familias.
- La propuesta de “paternar” también requiere una nueva estrategia que involucre procesos dinámicos y dialógicos con los padres para generar acciones que fomenten su participación activa en las actividades de la modalidad y por ende, en la crianza de los niños y niñas.

- Se requiere dirigir las actividades de la modalidad HCB- FAMI hacia el fortalecimiento de redes primarias, en las que haya una mayor difusión de conocimientos por parte de las mujeres hacia sus hijos y parejas, así como a las redes más extensas para que se obtenga un trabajo articulado en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias beneficiarias o no, del programa.

BIBLIOGRAFIA

- ACOSTA, A. *Hacia la construcción de una política pública de primera infancia en Colombia*. Bogota: Cinde.
- ALZATE, M. C. *La estratificación socioeconómica para el cobro de los servicios públicos domiciliarios en Colombia ¿Solidaridad o focalización?*. CEPAL. Bogotá, 2006 (Consultado en: www.eclac.org/publicaciones/xml/1/2724/LCL.2604-9.pdf)
- Acuerdo 021 de 1989. Por el cual se dictan procedimientos para el desarrollo del programa hogares comunitarios de bienestar. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Acuerdo 004 de 1990. Por el cual se fija la cuota de participación para los Hogares Comunitarios de Bienestar. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Acuerdo 005 de 1991. Mediante el cual se adiciona el Acuerdo 021 del 14 de noviembre de 1989, que hace referencia a la modalidad “Hogares Comunitarios de Bienestar, Modalidad Atención a Mujeres gestantes, Madres lactantes y niños de cero a dos años” HCB- FAMI. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Acuerdo 027 de 1993. Por el cual se modifican los artículos tercero y cuarto del Acuerdo No. 005 del 8 de marzo de 1991”. Mediante el cual se reorganizan los Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad FAMI. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Acuerdo 021 de 1996. Por el cual se dictan lineamientos y procedimientos técnicos y administrativos para la organización y funcionamiento del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Acuerdo 039 de 1996. Por el cual se dictan lineamientos y procedimientos técnicos y administrativos para la organización y funcionamiento de los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Acuerdo 018 de 2000. Cada familia beneficiaria deberá cancelar una cuota de participación. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- AGUIRRE, E. *Prácticas de crianza y pobreza*. En: Diálogos: Discusiones en la psicología contemporánea. Bogotá. Departamento de psicología. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. 2000.
- AGUIRRE, E. y DURÁN, E. *Socialización: prácticas de crianza y cuidado de la salud*. Bogotá. CES. Universidad Nacional de Colombia. 2000.

- BARRERO, J.; PORRAS, H., _& QUIROGA, E. *Contribución a la construcción de un modelo preliminar de evaluación de impacto de los programas de complementación alimentaria para escolares atendidos por el ICBF*. Informe de pasantía para optar al título de Nutricionista- Dietista. Facultad de Medicina. Departamento de Nutrición y Dietética. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C. 2001.
- BONILLA, E., et.al. *El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, balance de una gestión y propuesta de futuro*. Bogotá: Facultad de Administración de Empresas, Universidad de los Andes, 1998.
- BRONFENBRENNER, U. *Contextos de crianza y desarrollo del niño. Problemas y perspectiva*. *Infancia y Aprendizaje*.1985, pp. 29, 45-55.
- CHADI, M. *Redes sociales en el trabajo social*. 1ª edición. Argentina: Editorial Espacio, 2000.
- CENTRO NACIONAL DE CONSULTORÍA. *Percepción que tienen las usuarias de los Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI*. Bogotá, Colombia. 2000.
- DPPI. CEPAL - ECLAP Serie Manuales Nº 15 El uso de Indicadores socioeconómicos en la formulación y evaluación de proyectos sociales. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. Santiago de Chile, noviembre de 2001
- Circular externa 000091 de 2004. *Seguridad Social en Salud de las Madres Comunitarias*. Ministerio Protección Social.
- COCHRAN, W. G. *Técnicas de muestreo*. 3ra edición. John Wiley & Sons, Inc. 1977.
- COHEN, E., y FRANCO, R. *Evaluación de proyectos sociales*. 1ª edición. Argentina: Grupo editor latinoamericano –GEL-. 1988.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Capitulo 2. *De los derechos sociales, económicos y culturales*. Artículo 44. Congreso de la República de Colombia. 1991.
- CORREDOR, C. “Impacto de la pobreza en el desarrollo de la primera infancia”. En: *Movilización por la primera infancia. 2º Foro Internacional. Memorias*. ICBF, FPAA. Colombia. 2006.
- Decreto 1340 de 1995 Por el cual se dictan disposiciones sobre el desarrollo del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar. Ministerio Salud Pública.
- Decreto 047 de 2000. Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones. Ministerio Salud Pública.

- DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA –DANE-. BOLETÍN: CENSO GENERAL 2005. Censo ampliado (Consultado en: www.dane.gov.co) 2005.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN –DNP-; ORGANIZACIÓN ESTADOS AMERICANOS –OEA. Manual metodológico general. 1994.
- FERES, J. & Mancero, X. *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina*. Serie estudios estadísticos y prospectivos. CEPAL, Santiago de Chile. 2001.
- FLOREZ J. & MAZUERA. M. E. *Curso Modular de Epidemiología Básica*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. 1991.
- FLOREZ, L. Atlas Lingüístico Etnográfico de Colombia (ALEC). Bogotá: Instituto Caro y Cuervo, 1961.
- GUIO, C. & IRIARTE, D. Estudio descriptivo de prácticas de crianza asociadas a la lactancia y el contacto físico, en madres con formación universitaria de niños a término menores de un año. Trabajo de Grado para optar el título de psicóloga. Facultad de Ciencias Humanas. Carrera de Psicología. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., 2003.
- GUTIÉRREZ DE PINEDA, V.. *Familia y Cultura en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2000.
- HURTADO, N. Prácticas de autocuidado que realiza durante la gestación un grupo de mujeres que asisten a control prenatal al CAMI Pablo VI de Bosa, durante los meses de julio a septiembre de 2001. Tesis de maestría. Facultad de Enfermería. Maestría en enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C.2002.
- ICBF. *Fundación de Estudios Superiores. Investigación sobre el maltrato infantil en Colombia*. Estado del arte. Colombia. 1985-1996.
- ICBF. *Evaluación de los hogares de Bienestar*. Informe técnico final. Bogotá, Colombia. 1992.
- ICBF. *Primera encuesta sistema de evaluación de impacto Hogares Comunitarios de Bienestar 0-6 años*. Conceptos, métodos y resultados. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Santafé de Bogotá, Colombia. 1997.
- ICBF. *Guías alimentarias para la población colombiana mayor de dos años*. Caracterización de la población. Bogotá, Colombia. 2000.
- ICBF. Sistema de Evaluación SNBF, Bogotá. 2003.

- ICBF. Documento borrador “Diseño de la evaluación del programa FAMI - Modalidad Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar. Familia Mujer e Infancia-“. Bogotá, D.C. 2004.
- ICBF. Subdirección de Programación. Informe Ejecución de metas sociales. 2004.
- ICBF. Reseñada en el documento borrador: ICBF. Dirección de Evaluación, “Diseño de la Evaluación del Programa FAMI”. Bogotá. 2004.
- ICBF *Lineamientos de programación* 2005. 2005.
- ICBF. *Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia*. Bogotá. 2005.
- ICBF. *Términos de referencia para seleccionar el contratista que realice el diseño y aplicación del sistema de evaluación del Programa FAMI*. 2005.
- ICBF. *Registro nacional de Madres Comunitarias: Conocer el número de madres comunitarias en todo el territorio nacional. Informe sobre madres FAMI*. Bogotá DC. 2005.
- ICBF. *Metas sociales y financieras. Lineamientos programación y ejecución. Vigencia 2007*. Bogotá, 2007.
- INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI. *Atlas de Colombia* [CD-ROM]. 2005.
- LALONDE. “A new Perspective on the health of Canadians”. 1974. En: RESTREPO, H. & MÁLAGA, H. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana, 2001.
- Ley 89 de 1988 Mediante la cual absorbe la asignación de recursos por parte del congreso de Colombia. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)
- Ley 100 de 1993 Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Protección Social. Congreso de la Republica de Colombia.
- Ley 509 de 1999 *Por la cual se disponen unos beneficios en favor de las Madres Comunitarias en materia de Seguridad Social y se otorga un Subsidio pensional*. Congreso de la República de Colombia.
- MARTÍNEZ, J., ASTIASARÁN, I., & MADRIGAL, H. *Alimentación y salud pública*. 2ª edición. España: McGraw Hill interamericana, 2001.
- MÉNY, Y. & THOENIG, J. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel S.A. 1995.

- MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL; ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS –OEA. *Pautas y prácticas de crianza en familias colombianas*. 1ª edición. Bogotá, D.C: Punto Exe Editores, 2000.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Proyecto “Así Vamos Salud”*, provista por PROINAPSA-UIS. 2004.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, et al. *Guías alimentarias para los niños y niñas colombianos menores de dos años*. Bogotá. 2004.
- MOKARE, K. *Un análisis de alternativas metodológicas y evaluación de proyectos sociales: la atención primaria en salud*. Trabajo de Grado. CEDE. Universidad de los Andes, Colombia. 1987.
- MOURA, M.L. & Ribas, A. Desenvolvimento e contexto sociocultural: a gênese da atividade mediada nas interações iniciais mãe-bebê. *Psicol. Reflex. Crit.*, 13, (2). 2000, pp. 245-256.
- MYERS, R. “Atención y desarrollo de la primera infancia en Latinoamérica y El Caribe: Una revisión de los diez últimos años y una mirada hacia el futuro”. En: *Revista Iberoamericana de Educación*. Nº 22 , 2000.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CHILD AND HUMAN DEVELOPMENT (NICHD) EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK . “Study of Early Child Care”. In: *American Educational Research Journal*, 39 (1). 2002
- NAVARRO, H. *Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza*. Santiago de Chile: ILPES- CEPAL. 2005.
- NUTBEAM, D. “Glosario de Promoción de la Salud”. En Restrepo, H. & Málaga, H. (Eds.) *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana. 1996.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS-, Ministerio de salud pública de Tailandia, 2005.
- OMS *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Ottawa: Asociación canadiense de salud pública, 1986.
- OMS. *Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural*. Ginebra, 1998.
- OMS. “Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado”. 6ª. *Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*. Bangkok: OMS. Ministerio de Salud Pública de Tailandia. 2005.

- OROZCO, M., PERINAT, A., & SÁNCHEZ, H. *El desarrollo infantil en contextos de pobreza. Informe de Investigación*. Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad del Valle, 2006
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE TAILANDIA. *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. 6ª. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok: OMS. 2005.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS-; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS-. *Pautas para la evaluación de programas de capacitación de personal de salud*. México, 1981.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Saludos Cordiales, y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS. 1986.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD –OPS-; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD –OMS-. *Evaluación de programas de salud y toma de decisiones*. 1992.
- OROZCO, M., PERINAT, A., & SÁNCHEZ, H. *El desarrollo infantil en contextos de pobreza*. Informe de Investigación. Universidad Autónoma de Barcelona y Universidad del Valle, 2006.
- PEÑA, C., OCHOA, G., & BARBOSA, V. *Situación actual de la práctica y de los factores que favorecen y obstaculizan la lactancia materna en la población o lugar de ejecución atendida en los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar*. Fundación Colombiana para la Nutrición Infantil. Bogotá: Centro de Estudios e Información en Salud, 1997.
- PROFAMILIA. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá, D.C., 2005.
- QUINTERO, V. *Evaluación de Proyectos Sociales*. Bogotá, 1997.
- Resolución 1822 de 1979 Sobre el compromiso de los padres y vecinos de la comunidad, dentro de la administración de los hogares infantiles. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Resolución 0680 de 1991 Por la cual se establecen procedimientos y se fijan costos para el Programa Hogares Comunitarios de Bienestar modalidad Atención a Mujeres Gestantes, Madres Lactantes y Niños Menores de dos años”. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Resolución 2718 de 1993 Por la cual se establecen los procedimientos para la operacionalización de las modificaciones de que trata el Acuerdo 027 del 23 de junio

- de 1993". Enfatizando en el trabajo con los niños y sus padres, y clarificando las funciones de la Madre comunitaria. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- Resolución 4646 de 1999 Por la cual se fija la estructura del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el nivel Regional y Municipal y se establecen las funciones de las diferentes dependencias. (ICBF).
- RESTREPO, E. Afrocolombianos, Antropología y Proyecto de Modernidad en Uribe, M. V. & Restrepo, E. (Eds.) Antropología en la Modernidad. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología, Colcultura. 1997.
- RESTREPO, H., & MÁLAGA, H. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana. 2001.
- Rondón, Lina María. Diseño de indicadores para la evaluación de impacto del proyecto de protección al niño abandonado. Trabajo de Grado. Universidad de los Andes, Colombia. 2001.
- ROSSI, P.; & FREEMAN, H. Evaluación. Un enfoque sistemático para programas sociales. 1ª edición. México: Editorial Trillas. 1989.
- ROTH, D., & ANDRÉ, Noël. *Políticas públicas. Formulación, interpretación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora. 2002.
- SHONKOFF, J., & PHILLIPS, D. (2000). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, DC: National Academy Press. (Eds.)
- SIABATO, R., GÓMEZ, L., & TORRADO, M. *Evaluación de impacto Hogares Comunitarios de Bienestar 0-6 años. Conceptos, métodos y resultados*. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Bogotá. 1997.
- SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACIÓN – SEI-; PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS –PMA. *Estado nutricional de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en Colombia. Instrumentos de recolección*. Bogotá, D.C., 2005.
- SIERRA, P. Crecimiento y desarrollo del niño. En: *Pediatría. Diagnóstico y tratamiento*. Hospital Pediátrico Universitario de la Misericordia. CELSUS, Bogotá, 1994.
- SIGERIST, H. "Health". 1945. En: RESTREPO, H. & MÁLAGA, H. *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá: Panamericana. 2001.
- TENORIO, M. C. Deberes y Derechos de los padres y los hijos. *En: Pautas y prácticas de crianza en familias colombianas*. 1ª edición. Ministerio de Educación Nacional; OEA. Bogotá, 2000.

TERRIS, M. *Conferencia sobre la Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C., 1992.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA; DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL MEDIO AMBIENTE. *Canasta Básica de alimentos para el área rural del Distrito Capital de Bogotá*. Instructivo para la aplicación de la encuesta. Departamento de Nutrición y Dietética. Bogotá, D.C., 2002.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA -PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE APOYO A LA COMUNIDAD –PRIAC. *Del socavó a la vida. Línea de base para el acercamiento a la erradicación y prevención del trabajo infantil en la minería artesanal colombiana. Instrumentos de recolección- Instrucciones generales a encuesta en hogares*. Bogotá, D.C., 2003.

Vega, E., et al. *Evidencia Internacional sobre Políticas de la Primera Infancia que Estimulen el Desarrollo Infantil y Faciliten la Inserción Laboral Femenina*. Documento de Trabajo, Oficina del Banco Mundial para Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. 2006.

VARIOS AUTORES. "Movilización por la primera infancia". *2° Foro Internacional. Memorias*. Bogotá. 2006.

WABA ALIANZA MUNDIAL PRO-LACTANCIA MATERNA. "Amamantar en su derecho". En: *Boletín Semana Mundial de la Lactancia Materna*. Malasia, 2000.