

Evaluación de Procesos del Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario en la Alta Guajira

Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales: Mario Fernando Cruz Vargas

Responsables de la Evaluación: Mauricio Aguilar¹, Bibiana Quiroga Forero²

Asistentes de Investigación: María Angélica Ardila Lara, Lina Yahaira Suárez Ariza³

Resumen

Antecedentes: El *Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario, dirigido a Familias en Condición de Vulnerabilidad de Territorios Rurales y Rurales Dispersos*, en la Alta Guajira, surgió como respuesta del Gobierno Nacional a la crisis de salud y nutrición que enfrenta la población de esta zona. En este estudio se evaluó el proceso de implementación del Programa.

Metodología: Métodos cualitativos y cuantitativos fueron usados para realizar 32 entrevistas semi-estructuradas y 36 encuestas a los actores clave para la implementación. Así mismo, se llevó a cabo una revisión detallada de los principales documentos rectores de la intervención.

Resultados y conclusiones: La implementación del Programa se hace con base en la definición del lineamiento único para el tratamiento de la desnutrición desde el Sector Salud, el cual surgió como respuesta a la necesidad de tratar el problema de manera estandarizada en el país. Así mismo, hay evidencia suficiente de que las atenciones en salud y nutrición están siendo bien recibidas en las comunidades. No obstante, en el campo operativo, hubo dificultades en el alistamiento y se hace necesario ajustar temas de gerencia y administración en los municipios, mientras que en el campo técnico, se deberá mejorar la articulación, principalmente con los aseguradores y prestadores en salud, y con los encargados de la seguridad alimentaria y nutricional.

Agosto de 2016

1 Economista (Universidad Nacional de Colombia); Magister en Economía (Universidad Nacional de Colombia), MSc in Evidence-Based Social Intervention and Policy Evaluation (University of Oxford). Contratista del Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia.

2 Economista (Universidad Nacional de Colombia); Magister en Economía (Universidad de los Andes), MSc in Social Policy Research (London School of Economics). Contratista del Ministerio de Salud y Protección Social – Colombia.

3 Estudiantes de Economía (Universidad Nacional de Colombia). Pasantes del Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla de contenido

I.	Introducción	5
1.1	Antecedentes de la Atención Extramural	5
1.2	El Programa.....	6
1.3	¿Por qué es importante hacer esta evaluación?.....	10
II.	Metodología	12
2.1	Objetivo de la Evaluación.....	12
2.2	Diseño de la Evaluación	12
2.3	Conformación de la Muestra	13
2.4	Recolección de Información	14
2.5	Análisis de los Datos	15
2.6	Calidad de los Datos.....	15
2.7	Aprobación del Estudio.....	16
III.	Resultados	17
3.1	Características de los Participantes	17
3.2	Resultados Generales del Análisis Cualitativo	18
3.3	Evaluación de las Fases de Implementación de la Política Pública	21
3.3.1	Fase de Planeación	22
3.3.2	Fase de Alistamiento	25
3.3.3	Fase de Implementación	37
3.3.4	Fase de Monitoreo y Seguimiento	60
3.3.5	Lecciones Aprendidas Generales.....	62
IV.	Limitaciones	67
V.	Conclusiones y Recomendaciones	68
	Bibliografía	74

Siglas

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CDI	Centro de Desarrollo Infantil
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DPS	Departamento para la Prosperidad Social
DTS	Dirección Territorial de Salud
EEVV	Estadísticas Vitales
ENSIN	Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MNP	Micronutrientes en Polvo
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OAPES	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
Programa	Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario dirigido a Familias en Condición de Vulnerabilidad de Territorios Rurales y Rurales Dispersos
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SNAB	Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

I. Introducción

1.1 Antecedentes de la Atención Extramural

Las acciones del gobierno están encaminadas hacia la solución efectiva de un problema público, como respuesta a múltiples necesidades y preferencias de los ciudadanos (Podestá, 2001). Sin embargo, no siempre estas políticas responden a las necesidades de las personas a quienes están dirigidas y puede existir una probabilidad de fracaso en su implementación (Chalrmers, 2003). Este es el caso de la provisión de los servicios de salud, en donde las zonas dispersas o de difícil acceso, se caracterizan por presentar rezagos en los indicadores de salud y dificultades en la operación del sistema.

El enfoque extramural es una alternativa importante para garantizar una atención oportuna y de calidad en estas zonas, considerando el difícil acceso a los servicios de salud, la infraestructura deficiente y la baja calidad en la prestación del servicio. Esta atención es aquella que es prestada fuera del centro de atención médica, como por ejemplo, la que puede ser entregada en la comunidad o en los hogares (New Brunswick Extra-Mural Program, 2016).

Las actividades dentro de los centros médicos se han desplazado afuera de ellos, a través de la prestación de los servicios de salud con un enfoque extramural. De este modo, nuevos programas de atención integral domiciliaria se han implementado en diferentes países, estos se han orientado a poblaciones altamente vulnerables que por sus condiciones precarias de salud o por la existencia de barreras geográficas presentan dificultades para acceder a un centro médico, como pacientes con enfermedades terminales (Stewart, et al., 2010; Bookbinder, et al., 2011; Lucas, et al., 2008), pacientes con VIH (Uys, 2001) y adultos mayores (Grande, 2013; Naglie, et al., 2015).

En general, se evidencia que los equipos extramurales se asocian con mejores resultados en los programas de promoción y prevención en salud. El aumento de la disponibilidad de atención especializada en las comunidades permite un control adecuado de los síntomas en pro de un menor deterioro del paciente a causa de la enfermedad y una reducción importante del número de visitas a urgencias.

“Entre los resultados se encontró que el 74% de los adultos mayores no había visto a un médico de atención primaria en el año anterior, y dentro del programa cada paciente

recibió de 6 a 12 visitas al año. Además, con la atención médica oportuna en el hogar, se evitó aproximadamente el 80% de hospitalizaciones o visitas a urgencias” (Grande, 2013)

Así mismo, las comunidades tienen una buena percepción sobre estos programas, pues manifiestan altos niveles de satisfacción sobre estos y sus profesionales, quienes a su vez resaltan la importancia del acceso de las comunidades a conocimientos especializados.

“Con este programa se reconoció la movilización, la coordinación y el fortalecimiento de la capacidad de las comunidades para hacer frente al cuidado de personas con VIH” (Uys, 2001).

Es importante mencionar que la atención extramural no es una estrategia reciente. En la mayoría de países se ha concentrado en adultos mayores y pacientes con enfermedades terminales, que requieren de cuidados paliativos. No obstante, la atención extramural ya se está considerando no solamente en el tratamiento sino también en la promoción y prevención de enfermedades, o en acciones de alto impacto social en poblaciones vulnerables.

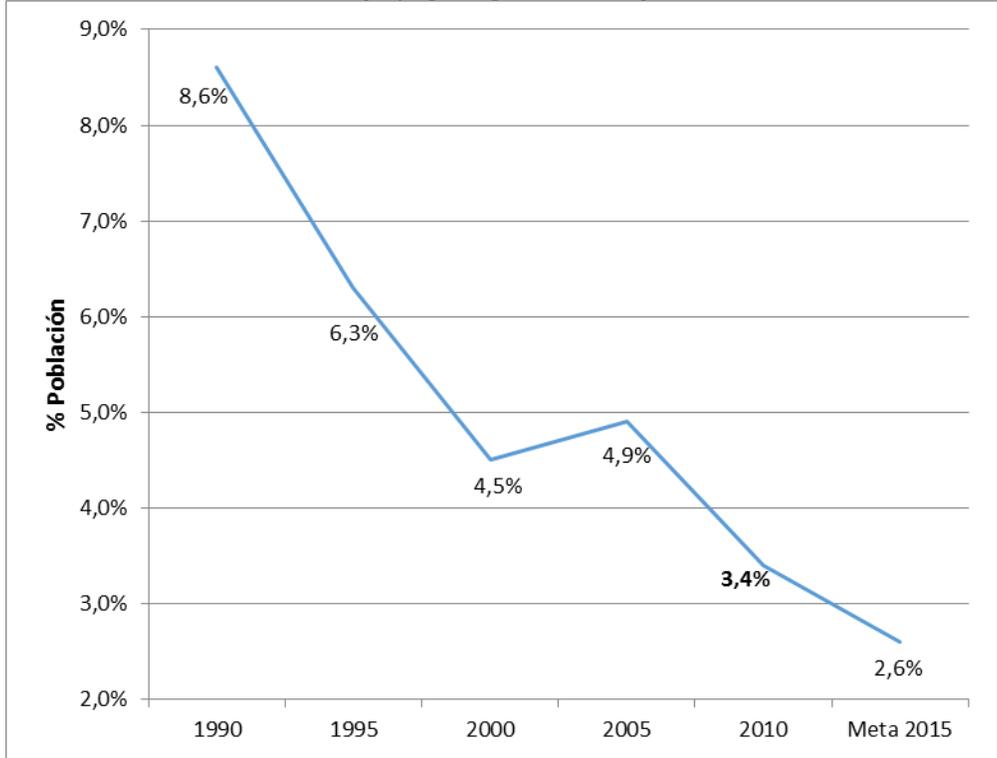
En este caso, un factor determinante que afecta negativamente la salud es el difícil acceso a estos servicios por parte de las poblaciones altamente dispersas, junto a una mala alimentación y pésimas condiciones sanitarias. Como solución a este problema, se proponen los equipos extramurales que constituyen un modelo de atención integral en salud, en aquellas poblaciones vulnerables que se encuentran en zonas rurales de alta dispersión, que además de presentar barreras geográficas presentan barreras socioculturales, creando un punto de enlace entre las familias y el equipo médico.

1.2 El Programa

En Colombia, el departamento de La Guajira se ha identificado como uno de los más vulnerables junto con departamentos como Chocó, Vichada y Guainía por los altos indicadores de mortalidad infantil, mortalidad por desnutrición y mortalidad materna. La prevalencia de la desnutrición global en este departamento para el año 2010 fue de 11,2%, la cual difiere considerablemente con respecto a la media nacional que, de acuerdo con cifras de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN), para el año 2010 fue de 3,4% (Ver Gráfica 1).

Gráfica 1

Prevalencia de Desnutrición Global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años en Colombia



Fuente: (MSPS, Dirección de Epidemiología y Demografía, 2010)

Adicionalmente, durante los últimos 8 años, entre 2006 y 2013, de acuerdo con las Estadísticas Vitales (EEVV) reportadas por el DANE, en La Guajira han muerto 2.582 niños y niñas menores de 5 años. En el mismo departamento, entre 2006 y 2013, se registraron un total de 334 muertes de niños menores de 5 años por desnutrición (EEVV) (MSPS, 2016).

De acuerdo con la UNICEF, la desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Por tanto, las actividades de promoción y prevención enfocadas a mejorar las prácticas de cuidado y alimentación en los niños son importantes, así como la propensión de cambios en el entorno de las comunidades a través de mejores condiciones de saneamiento y agua potable. Una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño (UNICEF & Wisbaum, 2011)

En este caso, es importante tener en cuenta que las características del área de residencia, las diferencias geográficas, la limitación en el acceso a los servicios públicos (agua potable, saneamiento, acueducto y alcantarillado), la oferta sanitaria y las condiciones socioculturales,

tienen efectos significativos sobre los resultados en salud (MSPS, 2016). Así mismo es importante mencionar la **Ley 1438 de 2011**, que establece en el **Artículo 30°** el **Aseguramiento en Territorios con Población Dispersa Geográficamente**. En este caso, el Gobierno Nacional define los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecer el aseguramiento.

En este contexto y bajo estas motivaciones, el MSPS decidió implementar a partir del segundo semestre de 2015 un programa que respondiera a las características de estas zonas, valiéndose de los mecanismos que le otorga la ley. Así, emerge el *Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario*, cuyo principal objetivo es contribuir en el mejoramiento de la situación de salud y nutrición de las mujeres gestantes, niñas y niños menores de cinco años de edad y sus familias, que residen en zonas rurales dispersas en los municipios priorizados en el Departamento de La Guajira (MSPS, 2016).

Para dar cumplimiento al objetivo propuesto, el Programa cuenta con tres líneas estratégicas de operación: atención en salud y nutrición en el curso de la vida, gestión de la atención integral, y vigilancia comunitaria (MSPS, 2016). En la primera línea, atención en salud y nutrición en el curso de la vida, se definen las atenciones que se llevarán a cabo considerando cuatro aspectos: el contexto social y cultural de la población intervenida; los entornos (laboral, educativo, comunitario) de la comunidad, en los cuales existen unos roles definidos y una estructura jerárquica; el enfoque étnico diferencial, el cual hace alusión al reconocimiento y la organización del modelo de atención frente a las diferencias individuales y colectivas; y la aplicación de la ruta integral de atención, en donde se especifican las atenciones de acuerdo a la etapa de la vida en la que se encuentran los miembros de la comunidad (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, adultez, vejez, ancianidad).

En la segunda línea, gestión de la atención integral, se define la gestión en salud pública por parte de los actores involucrados en la atención integral, quienes deben trabajar de manera coordinada con las entidades territoriales y las aseguradoras. En esta línea, la articulación es fundamental para la consecución de resultados favorables de salud conforme a los acuerdos sectoriales, intersectoriales y comunitarios establecidos para el desarrollo de los procesos de gestión de salud pública. Adicionalmente, se especifican aspectos como la oferta de los servicios y sus diferentes modalidades, los sistemas de incentivos y las responsabilidades del prestador

primario, y los miembros que conforman los equipos multidisciplinares (equipo coordinador y equipo extramural).

De esta manera, las responsabilidades, según el lineamiento, de cada actor se describen a continuación:

Actor	Principales responsabilidades	Actor	Principales responsabilidades
Coordinador general (nivel nacional)	Gestión administrativa y de salud pública y coordinación de información con los coordinadores municipales sobre consolidación de datos.	Médico	Apertura de historia clínica, seguimiento por perímetro braquial talla y peso, y evaluación de consumo de alimentos, educación a gestantes y sus compañeros.
Coordinadores municipales (ESE)	Coordinación logística y operativa, coordinación con EPS e IPS para asegurar la atención integral en salud, capacitación a los equipos, vigilancia comunitaria y elaboración de informes según requerimientos.	Enfermera	Detección temprana de alteraciones de crecimiento en niños menores de 10 años, toma de citología a mujeres en edad fértil y consejería individual o grupal a adolescentes.
Nutricionista	Seguimiento a gestantes, niños que hayan iniciado tratamiento, casos de alteraciones nutricionales, orientación a equipos en lactancia materna y elaboración de informes.	Trabajador social	Planificación del cronograma de visitas a las comunidades, socialización del Programa, caracterización familiar y gestión de la inclusión de niños con desnutrición una vez terminen el tratamiento.
Agente comunitario	Planificación del cronograma de visitas a la comunidad junto con el líder comunitario, orientación a familias, detección de factores de riesgo y seguimiento semanal, como mínimo, a las comunidades.	Auxiliar de enfermería	Verificación de carné de vacunación de los niños y aplicación de los biológicos de acuerdo al esquema de vacunación, toma de prueba de hemoglobina y registro de la información en los formatos determinados para ello.

Fuente: (MSPS, 2016). Resumen del equipo evaluador.

En la última línea, vigilancia comunitaria, se definen las acciones que permiten empoderar a la comunidad en el alcance de los objetivos del Programa a través de la identificación de redes sociales comunitarias existentes y el establecimiento de redes de vigilancia. Cabe resaltar que el despliegue de vigilancia por parte de la comunidad se realiza a través de la figura del agente comunitario, quien es el enlace entre la comunidad y las instituciones. De igual forma, se definen las actividades en vigilancia que serán realizadas por parte de los equipos extramurales y agentes comunitarios, con el acompañamiento de los equipos de coordinación.

Finalmente, es importante mencionar que, si bien el Programa inició en el año 2015, para el 2016 el MSPS debió suscribir contratos nuevos con las ESE operadoras, quienes realizaron nuevamente el proceso de vinculación de las personas para todos los roles requeridos. En este sentido, para 2016 hay personas antiguas, que estuvieron en la implementación desde 2015 y lograron mantenerse, y personas nuevas, que no necesariamente conocían el Programa o habían participado en él. Lo mismo sucede con los insumos requeridos para las atenciones extramurales, pues para 2016 se mantuvieron los del año anterior que no sufrieron mayor desgaste.

1.3 ¿Por qué es importante hacer esta evaluación?

Se estima que la atención extramural contribuye a la mejora de los indicadores de salud, en particular al tratamiento de la desnutrición aguda, severa y moderada. En este caso se espera que este tipo de atenciones, en combinación con acciones de promoción y prevención, contribuyan positivamente en los indicadores de salud materna e infantil y la detección y el tratamiento de enfermedades crónicas, especialmente entre las poblaciones más vulnerables, las cuales tienen una mayor dificultad para acceder a los servicios de salud debido a su limitada movilidad (BID, 2010).

Por esta razón, y dadas las particularidades sociales, económicas, políticas, culturales y geográficas de la Alta Guajira, es necesario establecer si con la implementación del Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario, se logran reducir o eliminar las barreras de acceso y si los procesos establecidos en el lineamiento técnico contribuyen a explicar esos resultados. Es importante aclarar que esta evaluación se concentró en los procesos, actores y roles tal como se desarrollan en 2016, involucrando por igual a los actores nuevos y antiguos, pero sin hacer diferenciación entre ellos, ni respecto al funcionamiento en 2015, para los análisis.

Todo lo anterior permitirá que se puedan tomar decisiones basadas en evidencia, no solamente para la mejora de esta intervención, sino también para su posible escalamiento en otras zonas del país.

II. Metodología

2.1 Objetivo de la Evaluación

Este estudio buscó evaluar el proceso de implementación del “*Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario, dirigido a Familias en Condición de Vulnerabilidad de Territorios Rurales y Rurales Dispersos*” en la Alta Guajira. En particular, se pretenden identificar los aspectos positivos, las lecciones aprendidas, los cuellos de botella y los escenarios de oportunidades de mejora en el proceso de implementación del Programa. La evaluación cuenta con los siguientes cinco objetivos específicos:

- i) Identificar los aciertos y/o cuellos de botella de la puesta en marcha del Programa, según las fases del ciclo de la política pública (planeación, alistamiento, implementación, monitoreo y seguimiento, lecciones aprendidas).
- ii) Identificar si existen procesos que hacen parte del lineamiento del Programa, pero no se están ejecutando o cumpliendo en territorio, o actividades que se están desarrollando, sin que estén contempladas dentro de los documentos para todas las fases, y cómo esto influye en el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- iii) Identificar si los actores involucrados en todas las fases de ejecución del Programa, cumplen con las responsabilidades establecidas para el logro de los objetivos.
- iv) Identificar cómo es el proceso de entrega de las atenciones en salud y nutrición a las comunidades y cuáles aspectos facilitan o dificultan su aceptación, desde la percepción de los equipos multidisciplinares.
- v) Generar recomendaciones respecto a las oportunidades de mejora para el proceso de implementación del Programa y su posible expansión a otras zonas del territorio nacional.

2.2 Diseño de la Evaluación

Para llevar a cabo la evaluación de procesos, se recolectó información de tipo cualitativo y cuantitativo, usando entrevistas semi-estructuradas⁴ a los actores claves del Programa y encuestas

⁴ Las entrevistas de profundidad son uno de los métodos de recolección de información en el marco de una evaluación de procesos, resultados o impacto. Buscan hacer preguntas abiertas a los actores relevantes, con el fin de recoger sus opiniones sobre un programa, para luego analizarlas y contrastarlas. En particular, la entrevista semi-estructurada se realiza a partir de una guía de temáticas y preguntas estandarizadas, pero lo suficientemente flexible como para permitir

a los promotores⁵. En su orden, se realizaron entrevistas con secretarios municipales de salud, gerentes de las Empresas Sociales del Estado (ESE) encargadas de la implementación del Programa en cada municipio, coordinadores y nutricionistas municipales, equipos extramurales y promotores.

Así mismo, se realizaron entrevistas a los funcionarios encargados de dirigir el diseño y la implementación desde el MSPS. Las guías de estas entrevistas semi-estructuradas cubrieron los siguientes siete temas, según aplicaran o no, de acuerdo con los roles del informante: aspectos de la planeación, capacitación de los equipos extramurales, insumos provistos, entrada a campo del equipo extramural, articulación con otras entidades y actores involucrados, aspectos clave de las comunidades y los promotores, y lecciones aprendidas. Por su parte, las encuestas a promotores constaban de 12 preguntas referentes a su nivel educativo, su experiencia laboral, fechas de contratación y honorarios, dominio de la lengua Wayuunaiki, si se auto-reconocen o no como miembros de la comunidad Wayuu, número de comunidades que atienden, manejo de casos críticos, entre otros.

Finalmente, se realizó revisión documental, basada en primera medida en un estudio detallado del lineamiento del *“Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario, dirigido a Familias en Condición de Vulnerabilidad de Territorios Rurales y Rurales Dispersos”* (MSPS, 2016), que es el direccionamiento base para todos los actores, además de la revisión de los contratos con los hospitales, incluyendo estudios previos, y en segunda medida la bibliografía relacionada pertinente.

2.3 Conformación de la Muestra

Dada la importancia de cada uno de los municipios donde se implementó el Programa, se decidió entrevistar a la totalidad de actores municipales, incluyendo a los equipos extramurales⁶. Así, se programaron 39 entrevistas en total, para los municipios de Riohacha, Maicao, Uribia y Manaure, sin incluir a los promotores. Adicionalmente, se programaron 46 encuestas para cubrir a la totalidad de promotores que atienden los cuatro municipios anteriormente mencionados.

hacer otras preguntas que aclaren o amplíen un tema en particular, de tal manera que se logre una conversación fluida con el entrevistado (Navarro, 2005).

5 Como Anexo a este documento, se presentan las guías de entrevista semi-estructurada y el formulario de encuesta a promotores, utilizados para el levantamiento de información.

6 A excepción de Manaure, que cuenta con 4 equipos extramurales, los demás municipios cuentan con 3 equipos para la implementación del Programa. Nazareth, corregimiento del municipio de Uribia, que está incluido en el Programa, también tiene 4 equipos extramurales que no pudieron ser entrevistados por las limitaciones que se mencionan al final de este documento.

En este caso, se programó una vez realizada la encuesta, seleccionar un grupo de promotores a través de una asignación aleatoria por municipio sobre el total de personas contratadas (46 promotores en total: 15 del municipio de Uribia, 11 de Manaure, 10 de Maicao y 10 de Riohacha), para realizar entrevistas grupales semi-estructuradas. El proceso consistió en la generación y asignación de números aleatorios en el intervalo [0,1] a cada promotor dentro de cada municipio. A continuación, se ordenó de menor a mayor y se seleccionaron los 5 primeros dejando como reemplazo las posiciones posteriores. Para garantizar la posibilidad de réplica del ejercicio se utilizó un número semilla propio para cada municipio⁷.

Finalmente, se realizaron entrevistas a actores clave del MSPS, la Subdirectora de Salud Nutricional Alimentos y Bebidas (SNAB), Ana Patricia Heredia, la Coordinadora Nacional del Programa, María Consuelo Tarazona, y la consultora del Ministerio – OPS, Marcela Escobar.

2.4 Recolección de Información

El levantamiento de información en los municipios se realizó en tres momentos del tiempo y estuvo a cargo de los autores principales de este documento. Un primer operativo de campo los días 20, 21 y 22 de abril, con los secretarios, coordinadores y equipos extramurales de Maicao y Riohacha; el segundo operativo los días 25, 26 y 27 de mayo, con los secretarios, coordinadores y equipos extramurales de Uribia y Manaure y, el tercer operativo de campo, los días 7 y 8 de julio, con los gerentes de las ESE y promotores de los cuatro municipios. Esto en razón de que los equipos extramurales iniciaron operación en diferentes momentos del tiempo; así, se dio suficiente tiempo desde la entrada a campo hasta el momento en que se realizaron las entrevistas⁸. Igualmente, se realizó una primera sistematización de la información de los dos primeros operativos de campo, con el fin de indagar en las entrevistas restantes sobre algunos de los hallazgos preliminares.

Por parte del MSPS, se entrevistó en las instalaciones en Bogotá a la Subdirectora y Coordinadora de la SNAB los días 27 y 30 de junio respectivamente, y a la consultora MSPS-OPS en el municipio de Riohacha el 8 de julio, donde se encuentra radicada actualmente. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente.

7 Para la generación de números aleatorios se usó una función uniforme y los siguientes números semilla: Uribia (1234567); Maicao (564646); Riohacha (789455); Manaure (564646).

8 Los equipos extramurales de Maicao y Uribia reportaron haber iniciado trabajo en terreno el 15 de marzo de 2016. Por su parte, los de Riohacha reportaron haber iniciado el 31 de marzo de 2016. Finalmente, Los equipos extramurales de Manaure reportaron haber iniciado trabajo en terreno entre el 4 y el 18 de abril de 2016.

2.5 Análisis de los Datos

La información cualitativa recogida a través de las entrevistas semi-estructuradas, que constituye el mayor volumen de datos para la evaluación, se procesó y analizó por medio del software NVivo 11 (QSR International, 2015). El procedimiento inició con el alistamiento de los datos, se definieron los criterios de codificación, y se importaron los recursos al programa. Posteriormente, se codificaron los datos de acuerdo con la desagregación por temas iniciales, temas emergentes y citas memorables. Finalmente, se llevaron a cabo actividades descriptivas, como conteo de palabras, cobertura de la codificación⁹, porcentaje de referenciación, nodos frecuentes y, actividades de análisis más riguroso, como consultas avanzadas por actor y municipio, y la generación de matrices de marcos de trabajo para llevar a cabo el estudio en profundidad de la información. Para el análisis de los datos cuantitativos provenientes de las encuestas a promotores se usó Excel.

2.6 Calidad de los Datos

Se considera que los datos recogidos, tanto cuantitativos como cualitativos, tienen una alta calidad. Esto debido a que todas las entrevistas y encuestas se hicieron de manera presencial, en espacios adecuados y con total consentimiento de los informantes. Así mismo, las grabaciones y la transcripción textual y completa permiten volver sobre las conversaciones para analizar con más detalle. El posible desfase en términos de calidad de los datos viene por cuenta de la falta de entendimiento del informante sobre la pregunta planteada en la encuesta (especialmente por eventuales dificultades con la lectura del español de las personas indígenas), por posibles sesgos de personas que no asistieron a las citaciones para los levantamientos de información o que decidieron participar de entrevistas grupales de forma voluntaria, incentivos a no proveer la información completa o verdadera, mala calidad de los audios en las grabaciones, o fallas en la digitación y transcripción de las entrevistas.

Teniendo esto en cuenta, durante el proceso de análisis se regresó a la fuente de información (audios y encuestas) cuantas veces fue necesario, con el fin de tener completa claridad y/o rectificación. Así mismo, se hizo control sobre un número menor de entrevistas para verificar que la transcripción fuera de óptima calidad.

⁹ No se codificaron nombres propios, anécdotas de campo, anécdotas personales. Así, se logró codificar alrededor del 90% de la información disponible en los recursos (transcripciones de entrevistas).

2.7 Aprobación del Estudio

La aprobación general de esta evaluación está dada por el Ministro de Salud y Protección Social y el Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios y el Jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES), conscientes de la baja probabilidad de daño a terceros en el proceso, y de la importancia de recoger información que les permita la toma de decisiones de política pública, y la rendición de cuentas a todos los actores involucrados con la situación de salud y nutrición de la Alta Guajira. Así mismo, fue priorizada dentro de la agenda de estudios, investigaciones y evaluaciones del MSPS, y su diseño y desarrollo estuvo expuesto al acompañamiento y supervisión permanente por parte de los integrantes del Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Políticas Públicas, de la OAPES.

Además, la evaluación obtuvo aprobación y recibimiento adecuado por parte del 100% de los participantes, quienes no presentaron negativas, ni inconformismos. Es importante aclarar que previo a la participación en cada entrevista, se hizo lectura del consentimiento informado, el cual fue firmado por cada uno de ellos. Cada entrevista tuvo permiso de ser grabada para su posterior transcripción y todos los datos se mantienen de manera confidencial y no están relacionados con identificadores personales.

III. Resultados

3.1 Características de los Participantes

Como se mencionó en la sección 2.3, las entrevistas se realizaron a funcionarios del MSPS, secretarios de salud municipales, gerentes de las ESE, equipos de coordinación del Programa en los municipios, equipos extramurales y promotores. El equipo de coordinación, en concordancia con lo estipulado en los estudios previos de los contratos con las ESE, consta de un profesional de la salud, un profesional de nutrición y dos consejeros de lactancia materna, mientras que los equipos extramurales están conformados por un profesional de medicina, un profesional de enfermería, un profesional de trabajo social y un auxiliar de enfermería. En cuanto a los promotores no se evidencia homogeneidad en la formación profesional requerida, pues los estudios finalizados de aquellos que respondieron las encuestas realizadas van desde bachiller académico hasta auxiliar de enfermería¹⁰.

Así, de las 39 entrevistas semi-estructuradas inicialmente programadas, 32 se completaron de manera satisfactoria: 13 se hicieron de manera grupal a los equipos extramurales de los cuatro municipios, 4 fueron entrevistas grupales a promotores de los cuatro municipios, 4 a equipos de coordinación o parte de él, 5 a gerentes o subgerentes¹¹ de los hospitales, y 3 fueron entrevistas a secretarios municipales de salud¹². No obstante, por razones logísticas no fue posible concretar el trabajo de campo con los equipos extramurales y demás agentes que atienden la zona de Uribia-Nazareth, lo cual explica las 7 entrevistas faltantes¹³.

Finalmente, se realizaron 3 entrevistas al equipo de coordinación del Programa, perteneciente al MSPS. Es importante mencionar que los coordinadores municipales tienen experiencia en la implementación del Programa desde el año anterior, con excepción de Manaure; los gerentes o equipos de gerencia también tienen experiencia desde el año anterior, e incluso en

10 Los roles de cada profesional están descritos en la sección 1.2

11 En el municipio de Riohacha, la Gerente de la ESE delegó a sus dos Subgerentes para que respondieran la entrevista según sus competencias.

12 No se entrevistó al Secretario de Salud de Riohacha porque no se encontraba nombrado al momento de los dos primeros trabajos de campo y no fue posible concretar la cita para el tercer trabajo de campo.

13 Si bien Nazareth hace parte del municipio de Uribia, por su lejanía geográfica se atiende como una zona aparte, y está a cargo de una ESE diferente. Esta lejanía y sus difíciles condiciones de acceso hicieron imposible realizar el trabajo de campo con los equipos extramurales, los promotores, el equipo de coordinación y el gerente de la ESE. Por tanto, todo el análisis de resultados de la presente evaluación omite lo que ocurre en Nazareth.

trabajo con equipos extramurales propios, o en asocio con UNICEF o con actores privados, con excepción de los gerentes de ESE de Maicao y Manaure. La Gerente de este último municipio se encontraba en encargo para la fecha de la entrevista.

Adicionalmente, de las 46 encuestas programadas a promotores se alcanzaron 36 puesto que personas de algunos municipios no pudieron asistir. Así mismo, en el caso de Uribia no se entrevistaron los cinco primeros de la selección aleatoria, sino que se optó por entrevistar a los promotores que llegaron, dado que no todos cumplieron la citación. En el caso de Maicao, más de las cinco primeras personas decidieron de forma voluntaria participar en la entrevista grupal¹⁴.

3.2 Resultados Generales del Análisis Cualitativo

Una vez codificadas y analizadas las 32 entrevistas realizadas, se procedió a categorizar los resultados según las temáticas más frecuentes (Quintana, 2006). En este ejercicio, se encontró que el 90% de los temas mencionados por los informantes, pertenece a las clasificaciones incluidas por el equipo evaluador en las guías de entrevista semi-estructurada. El 10% restante, corresponde a los temas emergentes, es decir, hallados en el análisis, que si bien eran claros para los involucrados en el diseño e implementación del Programa, no eran evidentes para los evaluadores en la etapa de revisión documental de la evaluación.

Para la codificación de la información se utilizaron 7 nodos para las categorías de las entrevistas semi-estructuradas: planeación, capacitación, insumos, entrega, articulación, promotores, y lecciones aprendidas. Al interior de cada uno de estos nodos se definieron subnodos, incluyendo también temas emergentes relacionados. Así mismo, se utilizaron 3 nodos principales para las temáticas emergentes del trabajo de campo: acciones de los equipos de coordinación, medicamentos y elementos de la administración. Entre los temas más recurrentes, las particularidades correspondientes a insumos y al proceso de entrega de las atenciones en las comunidades, son los que tienen más relevancia, con al menos 360 y 214 citaciones respectivamente, entre un total de 1.500.

En la Tabla 1 y en la Tabla 2 se presenta con más detalle la conformación de los nodos principales y emergentes de análisis.

¹⁴ Ver mención al respecto en la sección 2.6

Tabla 1
Resultados Generales de la Evaluación. Nodos más Mencionados.

Temas Iniciales			
2. Insumos		3. Entrega	
1. Insumos		4. Metas y Seguimiento	
VACUNAS TRANSPORTE ALIMENTO TERAPEÚTICO HEMOCUE - KIT		FAMILIAS CUMPLIR SEGUIMIENTO INFORMACIÓN	
		2. Atenciones Mejor...	
		DESPARASITACIÓN MICRONUTRIENTES FORMULA MORBILIDAD	
		3. Atenciones Peor R...	
		CITOLOGÍA PLANIFICACIÓN	
		5. Medicina Tradicional	
		PLANTAS NIÑOS WAYUU (cultura)	
0. Recurso Humano		4. Rutas	
MÉDICOS CAPACITACIÓN CONTRATO NUTRICIONISTA		COMUNIDAD ZONA CONCERTAR COORDINADOR(A)	
		2. Implicaciones	
		NIÑOS HEMOGLOBINA MOTOS KIT (alimento terapéutico)	
5. Diagnóstico Comunidades		4. Articulación	
FORMATOS PREGUNTAS DIGITAR - INFORMACIÓN CAPACITACIÓN - CAMBIO		Generalidades SECRETARÍA SALUD ARTICULAR (opiniones y propuestas) NIÑOS COMUNIDADES	
		1. Remisión	
		NIÑOS COMUNIDADES PACIENTE COMIDA	
		Ministerio	
		APOYO/ASISTENCIA COMUNICACIÓN BIEN/BUENO (Ma. Consuelo Tarazona)	
		ICBF	
		PROGRAMAS ATENCIÓN RECUPERACIÓN	
		EPS	
		MEDICAMENTOS IPS CONTRATOS	
		CDJ	
		NIÑOS ALIMENTACIÓN	
		3. Soluciones	
		SACAR (recursos propios) COORDINADOR(A) CAMINAR	

Fuente: 32 Entrevistas Alta Guajira. Elaboración propia utilizando NVivo. Ver Anexo para temáticas de entrevistas.

Tabla 2
Resultados Generales de la Evaluación. Nodos Secundarios y de Temas Emergentes.

6. Lecciones aprendidas		1. Aspectos Positivos		2. Aspectos Negativos		1. Capacitación		Temas Emergentes	
3. Propuestas		NIÑOS COMUNIDAD ATENCIÓN LLEGAR		INFORMACIÓN MEDICAMENTOS COMUNICACIÓN COMIDA		Calificación de Capacitación		Equipo Coordinación	
PROGRAMA (intervención) NIÑOS / COMUNIDADES (opciones) EPS (roles) MEDICAMENTOS (disponibilidad)						BUENA AÑO PASADO		Gestión	
								SEGUIMIENTO INFORMACIÓN COMUNIDADES COMUNICACIÓN	
						Nuevos temas capacitación		Nutricionista	
						FORMATOS		SEGUIMIENTO	
								Medicamentos	
								COMUNIDAD ATENDER / ENTREGA FÓRMULAS EPS	
5. Promotores				3. Capacidad de Prom...		0. Planeación		Pagos y Administración	
1. Rol Promotores						Gestión		PAGOS MESES CONTRATOS MINISTERIO RECURSOS	
COMUNIDAD (consenso) NIÑOS/CASOS HABLAR/CONCERTAR/AYUDAR SEGUIMIENTO - CHARLAS (algunos)						CONTRATOS ESTRATEGIA			
						Diagnóstico			
						DESNUTRICIÓN MORTALIDAD			
				2. Suficiencia Promot...					
				COMUNIDADES CORREGIMIENTOS CASOS ZONA / DISPERSIÓN					

Fuente: 32 Entrevistas Alta Guajira. Elaboración propia utilizando NVivo. Ver Anexo para temáticas de entrevistas.

NVivo ofrece técnicas de visualización para obtener una perspectiva diferente sobre lo que sucede en los datos. En particular, el mapa ramificado presentado en la Tabla 1 y Tabla 2 permite la comparación de nodos por el número de referencias que contienen (la intensidad del color está asociada con el número de referencias al tema). Por ejemplo, los nodos más mencionados fueron en su orden: insumos, entrega, y articulación. Dentro de la categoría de insumos, los sub nodos más mencionados fueron en su orden: insumos, recursos humanos, diagnóstico de comunidades, rutas, implicaciones y soluciones. Por otro lado, los nodos secundarios más mencionados de acuerdo con el número de referencias encontradas fueron: lecciones aprendidas, promotores, capacitación y planeación.

Entre los nodos principales, los temas más críticos para los entrevistados son la disponibilidad de los insumos básicos para las atenciones en salud y los aspectos relacionados con el recibimiento que dan las comunidades a los equipos extramurales. En los temas emergentes, los comentarios sobre los equipos de coordinación y la problemática de medicamentos son los más recurrentes. Para cada uno de los nodos se determinaron las palabras más frecuentes, con el fin de generar elementos que guiaran el análisis por parte de los evaluadores, y que a la vez sirvieran como resumen para los lectores. Posterior a este análisis global, se hizo un análisis más detallado para cada nodo, el cual se presenta en la siguiente sección.

3.3 Evaluación de las Fases de Implementación de la Política Pública

En esta sección se presentan los resultados de la evaluación, según lo sucedido en cada una de las etapas de la política pública o ciclo de gestión: planificar, hacer, seguir/verificar, ajustar y evaluar (García, 2011). En este sentido, en términos de **planificar**, se exponen los resultados para la fase de planeación, que incluye el diagnóstico del problema y los pasos que debieron seguirse para iniciar el piloto, así como los hallazgos para la fase de alistamiento, que consisten en indicar cómo se conformaron y prepararon los equipos para salir al terreno.

En cuanto a **hacer**, se evidencian los logros para la fase de implementación, que incluye el proceso de entrega o prestación de las atenciones (servicios de salud y nutrición de los equipos extramurales), los aspectos administrativos propios de la ejecución, y los atributos de la articulación entre actores involucrados. En cuanto a **seguir/verificar**, se ponen de manifiesto los mecanismos mediante los cuales se hace seguimiento a la implementación del Programa, acompañados de estrategias de los municipios para el cumplimiento de metas, que hacen parte

del *ajustar*. Finalmente, la *evaluación* de las fases mencionadas para esta intervención es el contenido de este documento, la cual permitirá generar insumos importantes para la toma de decisiones de política pública.

3.3.1 Fase de Planeación

i. Diagnóstico

En conversación con el nivel nacional, los secretarios de salud y los gerentes de las ESE se indagó sobre las razones por las cuales se origina la intervención para la Alta Guajira. En este sentido, en el MSPS resaltan tres motivos principales que generan la urgencia manifiesta de atender este territorio de manera especial: i) la grave sequía que afectó al departamento de La Guajira entre 2014 y 2015, que disminuyó la disponibilidad de agua para consumo humano y para las actividades agropecuarias que generan ingresos y alimentos en las comunidades; ii) el deterioro de relaciones con Venezuela, y más específicamente el cierre del paso fronterizo, hecho que golpea de manera importante las fuentes de generación de ingresos para las familias Wayuu; y iii) como consecuencia de las características socio-económicas del Departamento (Ver Sección 1.2), junto con los dos sucesos anteriores, se empezaron a reportar los casos de muerte por desnutrición. Ante esta situación, las esferas más altas de Gobierno, los organismos de control, e incluso organismos internacionales, demandaron de una manera más enfática intervenciones para afrontar la situación y evitar muertes, especialmente de los niños y niñas de la Alta Guajira.

En el mismo sentido, los secretarios de salud reportan tener indicadores de seguimiento, los del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) e incluso algunos adicionales, pero coinciden en la necesidad imperiosa de unificar fuentes, datos y hablar todos de las mismas magnitudes (Sector Salud - ICBF). Así mismo, todos revelan que en el Departamento hay subregistro de las cifras de desnutrición y de las muertes asociadas a esta causa, principalmente atribuible al hecho de tener zonas tan dispersas, con población indígena nómada, en donde es muy difícil hallar y registrar todos los casos de morbilidad y mortalidad que se presentan. Un aspecto importante por mencionar es que el tema de desnutrición es primordial en sus agendas, puesto que explican que, por los diagnósticos disponibles, este es el principal problema de salud pública de la región. Así, todos los secretarios entrevistados coinciden en tener un apartado de atención en salud nutricional en sus planes de desarrollo territoriales, o como parte de los planes de intervenciones colectivas (PIC), algunos con mayor alcance que el de los equipos extramurales, y otros con elementos de búsqueda activa de casos críticos.

Adicionalmente, estos funcionarios pertenecen a las administraciones que iniciaron labores en 2016 y, si bien algunos tienen trayectoria y experiencia en los temas y espacios de política pública en salud de los municipios o el Departamento, llegan a un escenario en el que el Programa *ya* está diseñado y en implementación. No obstante, se resalta positivamente que solo uno de ellos mencionó que el MSPS no tiene en cuenta a la DTS municipal para la ejecución y seguimiento de las actividades.

Por su parte, todos los gerentes de las ESE aseguraron que tienen caracterizaciones de su población beneficiaria en términos de salud y nutrición, y que sus instituciones tienen experiencia previa en el manejo de equipos extramurales y, por tanto, se sienten cómodos con el diseño y los procesos de la intervención. Incluso, mencionan que es lo mismo que ya se había hecho con la Gobernación o UNICEF en años anteriores. No obstante, ninguno sintió haber hecho parte del diseño y planeación de este Programa en específico, puesto que aseveran que en 2015 hicieron estrictamente lo que convinieron con la Gobernación y para el 2016 el MSPS llegó con la intervención definida incluyendo costeos, requisitos, instrucciones e incluso metas (Entrevistas a gerentes, 2016).

ii. Diseño del Programa

En la etapa de diseño, el MSPS asegura haber trabajado en varios frentes:

- i) La construcción de un lineamiento, que guiara el accionar técnico y operativo de los equipos extramurales, pero que además indicara con precisión, cómo manejar la desnutrición desde el sector salud, tal como lo menciona una funcionaria del nivel nacional:

"...empezamos a encontrar muchas falencias porque en el Ministerio, así como hay una guía para el manejo de enfermedades cardiovasculares, o de tal [tema]... existe una guía, por [ejemplo], la 412 del manejo de la desnutrición, pero nada que ver con realmente lo que se hace desde salud, entonces en el seguimiento que hace el Instituto Nacional de Salud, sobre las muertes, empezamos a encontrar un manejo inadecuado desde la parte incluso hospitalaria... entonces también [tenemos] una responsabilidad directa desde Min Salud, nosotros como cabeza del sector, de hacer unos lineamientos para el manejo de la desnutrición...". Entrevista MSPS, (2016).

Así, en un comienzo no se hablaba del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), pero ya se estaba pensando en estrategias para la atención integral a los niños y la llegada a zonas rurales dispersas. Este fue un esfuerzo importante, que contó con el apoyo técnico y financiero de la UNICEF, y la participación de algunos grupos del MSPS.

- ii) La definición de los aspectos administrativos que permitan la operacionalización de la intervención: definición de los roles, sus perfiles, honorarios y responsabilidades; plan de capacitación y consecución de insumos –incluyendo la fórmula terapéutica lista para consumir–; aliados en el nivel nacional, departamental y local, incluso en las comunidades. Para esto, hubo acercamientos con la Gobernación y con las ESE de los municipios objeto de la intervención.
- iii) La valoración de los diferentes escenarios y aspectos contractuales, identificando cuál es el mejor método de contratación, así como el manejo y transferencia de los recursos. Con el fin de avanzar con las atenciones, el MSPS suscribió contratos con las ESE en 2016, dejando en el anexo técnico todas las instrucciones sobre cómo ejecutar el Programa, que además del lineamiento, incluye documentos para la gestión de los insumos y el recurso humano.

iii. Definición de Metas

Por otro lado, se preguntó a los gerentes, coordinadores y equipos extramurales sobre la definición de las metas dentro del Programa, aspecto de vital importancia en los contratos y su seguimiento. En este caso, 19 de los 32 entrevistados respondieron al respecto.

Según lo que se evidencia en las entrevistas a gerentes y coordinadores, en los municipios consideran las metas como dadas, definidas en el MSPS, pero sin tener una claridad homogénea de por qué son estas y cómo se calcularon. Es importante mencionar que los gerentes de las ESE no tienen total claridad sobre las metas, y aunque mencionan estar en contacto permanente con los coordinadores de los equipos para el seguimiento, este es un tema que no se tiene presente.

Por su parte, el equipo de coordinación del nivel nacional manifiesta que todas las metas se definieron teniendo en cuenta la problemática que se quería atender, es decir, población Wayuu habitante en las zonas rurales y dispersas de la Alta Guajira que podría recibir atención integral en salud y nutrición, y que las cifras exactas fueron calculadas a partir de los datos proyectados por el DANE.

En cuanto al trabajo operativo, basados en las metas del municipio, los coordinadores definen para cada equipo extramural un número de familias por atender semanal o mensualmente, que cubre tanto a familias nuevas, como a las de seguimiento, para un total de 120 familias por mes, en promedio. En este sentido, el equipo de coordinación de cada municipio hace la planeación de sus actividades partiendo del compromiso contractual a su cargo.

Claramente el Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario es una intervención de emergencia. Puede suceder que, con este tipo de estrategias,

al tener que ponerlas en marcha muy rápidamente, se deje poco espacio para la fase de concertación y pilotaje, y de ahí puede surgir que los actores involucrados no se sientan suficientemente tenidos en cuenta para el montaje, que muchos aspectos del alistamiento sucedan sin método y homogeneidad, e incluso que sea necesario iniciar las acciones y actividades, sin haber hecho la adaptación cultural del modelo de medicina, y sin dar espera a que estén listos los documentos técnicos (Conclusiones a partir de las entrevistas al nivel nacional, secretarios de salud y gerentes de las ESE, 2016).

Aun así, se destaca como uno de los resultados más positivos de la intervención que, esta se basa en la definición del lineamiento único para el manejo de la desnutrición desde el Sector Salud, el cual, independientemente de lo que suceda con las estrategias de atención integral extramural, genera las pautas y se constituye como un hito para la gestión de esta calamidad de salud pública.

3.3.2 Fase de Alistamiento

i) Recurso Humano

Ministerio de Salud y Protección Social

El MSPS cuenta con un equipo coordinador, el cual está conformado por tres personas. En primer lugar, se cuenta con un coordinador general, el cual está a cargo de la Subdirectora de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas. Adicionalmente, existe una coordinadora temática para la implementación, seguimiento, monitoreo y expansión del Programa, la cual se encuentra en Bogotá y es el enlace entre el terreno y el MSPS. Así mismo, efectúa labores de capacitación del recurso humano, el cual no se limita a los equipos extramurales, dado que en algunas ocasiones incluye al personal de las IPS. Lo anterior con el fin de mejorar el manejo intrahospitalario de la desnutrición.

Finalmente, se cuenta con un apoyo en terreno, el cual está contratado bajo un convenio de cooperación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En este caso, sus labores están encaminadas a apoyar al MSPS en temas técnicos y administrativos, es decir, ayudando a solucionar temas del día a día, prestando asistencia técnica y realizando seguimiento detallado en terreno, así como apoyando las capacitaciones de la coordinadora temática. Finalmente, es importante resaltar que en la cadena de mando, ni el apoyo en terreno, ni la coordinadora temática, toman decisiones importantes. En este sentido solo notifican los temas al MSPS.

Gerentes

En términos generales, los gerentes manifiestan que su rol se centra en una supervisión al Programa, labor que delegan en los coordinadores de los equipos extramurales. En este sentido, algunos indican que realizan supervisión del personal y de los insumos, así como de temas administrativos y financieros. Para cumplir con estas tareas, realizan reuniones con la coordinación, aunque sin una periodicidad establecida.

Adicionalmente, los gerentes están a cargo de la selección de personal, labor que comparten con el área de talento humano o con la coordinación de los equipos extramurales. Así mismo, en algunos casos se menciona que los equipos ya estaban seleccionados cuando empezaron sus labores como gerentes. En el mismo sentido, en cuanto a la consecución de personal, los gerentes acuden a canales como las secretarías de salud u otros médicos.

Coordinadores

En cuanto a los coordinadores, se encuentra que estos identifican dentro de sus labores hacer acompañamiento a los equipos, estar pendientes de las remisiones y presentar informes. Así mismo, identifican que deben estar pendientes de los insumos y resolver los problemas del día a día. En los casos de Uribia y Manaure, los coordinadores manifestaron adicionalmente realizar capacitaciones tanto a los promotores, como a los equipos extramurales.

Por su parte, desde el MSPS se percibe que los coordinadores se cargan con mucho trabajo y que deben apoyarse mucho más en los otros integrantes del equipo coordinador, es decir, en los nutricionistas y las consejeras de lactancia materna. Del mismo modo, se identifica como positivo que los coordinadores cuenten con experiencia de su participación en el convenio pasado, dado que esto los beneficia al tener el modelo en su cabeza. Sin embargo, en ocasiones se percibe, en el nivel nacional, que esta experiencia puede ser un factor que los hace inflexibles a los cambios, lo cual se manifiesta en las quejas que elevan los coordinadores al MSPS cuando este último les asigna una tarea nueva. Finalmente, se encontró que un aspecto que influye negativamente en el desempeño de los coordinadores es la falta de compromiso por parte de la ESE. En esos casos, los equipos extramurales y el nivel nacional coinciden en indicar que los coordinadores realizan un trabajo aislado y sin el acompañamiento del personal del Hospital.

Por su parte, en el nivel territorial, en Manaure la DTS manifestó que la coordinadora de los equipos extramurales le reporta directamente los avances en materia de inspección, vigilancia y control. Así mismo, los equipos de Gerencia de las ESE resaltan el rol de los coordinadores

haciendo seguimiento y coordinación, y estando pendientes de los insumos. Adicionalmente, afirman que es una ventaja que los coordinadores tengan experiencia en la implementación del Programa.

En la misma vía, desde el punto de vista de los equipos extramurales, otro rol muy mencionado para los coordinadores es el de servir como enlaces entre los equipos y el hospital. Adicionalmente, señalan labores como estar pendientes de los insumos o distribuir a los equipos en terreno. Así mismo, es importante resaltar que la mayoría de comentarios acerca de los coordinadores son positivos, indicando que estos realizan sus labores adecuadamente. Igualmente, sobresale que los equipos extramurales son conscientes de que los coordinadores no pueden resolver todos los problemas.

En contraste, los equipos mencionan algunos aspectos negativos sobre los coordinadores, dentro de los que se incluyen dudas sobre las situaciones que se les presentan y no saben resolver fácilmente por su inexperiencia, no comunicar bien las cosas o no atender sus solicitudes.

Finalmente, los promotores perciben, al igual que los equipos extramurales, que los coordinadores sirven de puente entre lo que pasa en campo y el hospital y que son claves además para resolver inconvenientes. Así mismo, destacan como un aspecto negativo las sobrecargas de trabajo, manifestando que los coordinadores les asignan muchas tareas.

Nutricionistas

En cuanto al rol de los nutricionistas, lo que más se resaltó es el trabajo que realizan con los promotores. En particular, se percibe que estos capacitan a los promotores, organizan los seguimientos y priorizan las atenciones. Así mismo, los nutricionistas son los encargados de realizar la valoración nutricional de los niños y niñas cuando estos llegan al hospital.

Dentro de los cuellos de botella que se han presentado con los nutricionistas, desde el nivel nacional se encuentra la percepción que existe falta de articulación con el resto del equipo de coordinación. Sin embargo, durante las capacitaciones se ha tocado el tema y se ha avanzado a partir de empoderarlos más en sus labores. Adicionalmente, se ha encontrado que los nutricionistas, al igual que los coordinadores, presentan algunas demoras en los reportes de la información a su cargo. Finalmente, algunos equipos perciben que hay desarticulación entre la atención de los médicos y la que hacen los nutricionistas. En este sentido, algunos equipos

manifestaron que no hay una buena comunicación y que los equipos extramurales no tienen claridad de las atenciones que hacen los nutricionistas, en particular con los seguimientos¹⁵.

Cumplimiento de los Perfiles (Equipos Extramurales)

En general, la experiencia de los profesionales que conforman los equipos extramurales es amplia en todos los municipios (Ver Tabla 3). En este caso, la experiencia promedio de los médicos es de 96 meses, siendo la experiencia mínima de 12 (dos médicos en Uribia y un médico en Manaure) y la máxima 408.

Tabla 3
Experiencia en Meses Total y por Profesional

Equipo Extramural	Promedio	Mínimo	Máximo	Mínimo requerido
Médicos	96	12	408	12
Enfermeras	89	24	240	12
Trabajadores Sociales	60	18	144	12
Auxiliares de Enfermería	130	48	396	12
Total	94	12	408	12

Equipo Coordinador	Promedio	Mínimo	Máximo	Mínimo requerido
Coordinadores	119	30	192	20
Nutricionistas	168	156	180	24
Consejeras Lactancia Materna	54	48	60	-
Total	114	30	192	20

Fuente: Entrevistas Alta Guajira. Elaboración propia.

En cuanto a las enfermeras, la experiencia promedio es de 89 meses, siendo la experiencia mínima de 24 y la máxima de 240. En cuanto a los auxiliares de enfermería, la experiencia promedio es de 130 meses (mínimo de 48 y máximo de 396). Por último, la experiencia promedio de los trabajadores sociales es de 60 meses (mínimo de 18 y máximo de 144).

Por su parte, el nivel educativo de los profesionales muestra que la mayoría del personal entrevistado no manifestó contar con cursos de posgrado. Así, del total de 62 profesionales evaluados en los cuatro municipios, solo nueve señalaron contar con alguna especialización o maestría.

Entre los médicos, 2 de 13 cuentan con un título adicional a su pregrado, uno en Maicao con una maestría en Psicología Infantil y otro en Manaure con una especialización en Gerencia en Salud. En el grupo de enfermeras, 2 de 13 (1 en Maicao y 1 en Uribia) cuentan con una especialización en Gerencia en Auditoría. En el caso de los auxiliares de enfermería, ninguno

¹⁵ Es importante mencionar que a las entrevistas de coordinación solo asistieron dos de los cuatro nutricionistas.

cuenta con estudios adicionales de pregrado o postgrado. Finalmente, en el grupo de trabajadores sociales, 2 de los 13 cuentan con alguna maestría (Recursos Humanos – Manaure) o especialización (Gerencia en Salud – Uribia).

En términos cualitativos, tanto la coordinación como la gerencia de la ESE manifestaron en la mayoría de los casos que los profesionales de los equipos extramurales cumplen con los perfiles establecidos. Sin embargo, los gerentes resaltan que es difícil conseguir el personal en la región, por falta de profesionales con la calificación o experiencia definida por la intervención.

En este sentido, en Manaure algunos promotores no cumplen con el perfil establecido. En particular, en este municipio se enfrentaron a un dilema, entre no hacer la atención o contratar a una persona que no cumplía con el perfil:

“Porque no teníamos el personal, por eso sinceramente que ya al final tenemos a esas personas o no tenemos a nadie” Entrevista a Equipo de Coordinación de los Equipos Extramurales (2016).

Contratación de Personal Adicional

En tres de los cuatro municipios se encontró personal adicional o diferente al requerido en los convenios. En particular, en Maicao señalaron que se contrataron dos auxiliares de vacunación y un equipo de digitadores. En el caso de Uribia se manifestó que fueron incluidos promotores adicionales para responder a la gran extensión del territorio. En contraste, en el caso de Riohacha se les dio la función de consejería en lactancia materna a las enfermeras, reconociendo un sueldo adicional en comparación con el encontrado en otros municipios por esta misma labor, aspecto que difiere a lo establecido en los documentos contractuales para las ESE operadoras del Programa.

Por otro lado, en todos los municipios se coincidió en la necesidad de contar con personas adicionales a las que están establecidas. En particular, en tres de los cuatro municipios se mencionó que se necesitan más nutricionistas. Específicamente, se afirma que un solo nutricionista para tres equipos no es suficiente, de tal forma que si hubiera adicionales no deberían dividirse para el manejo de los casos críticos y la realización de los seguimientos. Así mismo, los equipos de coordinación mencionaron la necesidad de contar con pediatras. Finalmente, los equipos demandan más auxiliares para mejorar la atención y la calidad del servicio y poder hacer más seguimientos en campo, dado que con el personal que tienen no es suficiente.

Cambios de Personal

En términos generales no se habían tenido cambios de personal durante la implementación del Programa hasta el momento en el que se levantó la información en cada municipio. La excepción a este hallazgo es Manaure, lo cual presentó serias implicaciones. En este caso, se encontró que además de las dificultades de encontrar el personal, se presentaron renuncias por parte de algunos médicos. Cuando se indagó por las razones de estas renuncias, la coordinación manifestó que las personas aludían causas relacionadas con lo duro del trabajo en terreno, o las demoras que ocurren con el pago de salarios. En este sentido, tanto el MSPS como la DTS municipal manifestaron que así como hay personas de los equipos que sí están empoderados con el Programa, también existe falta de compromiso por parte de algunos integrantes de otros equipos.

En este caso, estas renuncias tuvieron implicaciones en la capacitación, dado que los reemplazos de este personal no tuvieron el mismo entrenamiento que tuvo el resto del grupo antes de entrar a terreno. Adicionalmente, los diferentes actores del municipio manifestaron no contar con el personal completo desde el principio, lo que sumado a las rotaciones que se dieron a causa de las renuncias, tuvo consecuencias en el cumplimiento de las metas programadas.

Para hacer frente a estos inconvenientes, los actores desarrollaron diferentes estrategias. El MSPS realizó capacitaciones al nuevo personal, valiéndose incluso de mecanismos virtuales. Así mismo, los coordinadores de los equipos programaron capacitaciones sobre el manejo del lineamiento, las cuales pretendieron suplir las capacitaciones que no fueron tomadas por el nuevo personal. Finalmente, y de forma aislada, es importante resaltar que en Riohacha una persona llegó tarde y no recibió la capacitación. Sin embargo, no se encontraron renuncias ni cambio de personal en este municipio.

Como conclusión se puede afirmar que, en términos generales, los roles que suceden y que se auto-reconocen por los agentes en la operación están acordes con lo establecido por el MSPS en el lineamiento, lo cual es efectivo en términos del proceso, al menos en lo concerniente al desempeño individual de los involucrados. Así mismo, se resalta como positivo que a pesar de que el Programa se enfrentó a un proceso expreso de convocatoria, selección y contratación de personal, en la mayoría de municipios se logró conformar los equipos extramurales sin mayores inconvenientes para llevar a cabo las intervenciones. Finalmente, en los casos donde se

presentaron dificultades, estas tuvieron implicaciones para iniciar las visitas, para desarrollar la operación en campo y para completar las capacitaciones.

ii) Capacitación

Con el fin de evaluar la pertinencia y calidad de la capacitación recibida, se pidió a los equipos extramurales, a los promotores y a los coordinadores que le dieran una calificación. En promedio, estos profesionales la califican con 4 sobre 5; no obstante, al indagar por los aspectos positivos y negativos del proceso, se encuentra que solo para el 41% de los entrevistados la capacitación fue buena, mientras que para el 59% restante fue regular. La principal razón para calificarla como buena es la claridad que se daba sobre los temas tratados y los equipos manifiestan que encuentran útil lo aprendido cuando van a terreno. En cambio, la falta de planeación de la capacitación y desorganización en la agenda, la falta de profundidad en temáticas y el no separar a las personas por rol para profundizar los aspectos que son importantes para su labor, son los asuntos por los cuales la califican como regular.

Particularmente, en Maicao los equipos manifestaron que fue problemático haber hecho la capacitación con personas nuevas y antiguas en el mismo espacio, pues los primeros consideran que faltó profundizar en los temas, mientras que los segundos piensan que hubo mucha repetición de lo visto el año anterior. Por su parte, en Manaure no fue posible hacer un proceso de capacitación completo, puesto que los equipos extramurales no se conformaron a tiempo y, al momento del levantamiento de información, se había dado rotación de personal. Así mismo, el grupo de coordinación indicó haberla recibido de manera virtual y haber tenido que replicarla luego con los demás integrantes en el municipio, sin mayor intervención por parte del MSPS. Finalmente, en este mismo municipio se planteó la necesidad de insistir más en las capacitaciones sobre los roles y responsabilidades de cada profesional del equipo, lo cual puede estar relacionado con la rotación de personal, lo cual dificulta la programación de las capacitaciones, y cuando este personal empieza a trabajar no tiene claro del todo lo que debe hacer.

En general, los coordinadores y promotores tuvieron una mejor percepción de la capacitación, en comparación con lo reportado por los equipos extramurales, pues manifiestan que incluso ésta se hace permanentemente. En el nivel nacional hay dos preocupaciones relevantes: por un lado, se menciona que la formación que tienen los médicos frente al manejo de la desnutrición podría ser insuficiente y por tanto se debe reforzar mucho en las capacitaciones, y

por otro lado, afirman que hay evidencias, tanto de las capacitaciones, como del trabajo en terreno, de que los equipos no han leído completamente el lineamiento.

Respecto a los temas para reforzar en las capacitaciones, la mayoría de entrevistados refirió la necesidad de explicar mejor los formatos, su intención, su forma de uso y reporte. Así mismo, según ellos deben reforzar el tema de tratamiento de la desnutrición aguda y signos de alarma, asunto que es compartido en el nivel nacional, en donde indican además que es imperioso reforzar en técnicas de toma de medidas antropométricas. Finalmente, los equipos manifestaron la importancia de reforzar la capacitación en temas de lactancia materna y los promotores en temas de vigilancia epidemiológica.

En términos del proceso, tener a los miembros de los equipos bien capacitados implica una mayor probabilidad de que las personas sigan las actividades, con la secuencia y la rigurosidad que se requiere, que le den un buen manejo a los temas cotidianos, emergentes y casos críticos, y que se generen capacidades en los municipios que permitan dar sostenibilidad al manejo de la desnutrición. Se infiere que la urgencia de iniciar la implementación del Programa pudo causar las fallas logísticas que revelan la evaluación, y que la escasez y rotación del recurso humano en los municipios mencionados impide el logro de los objetivos de un plan de capacitación, pero son temas que pueden solventarse con un plan que sea continuo, con agenda y por profesionales, que profundice en los temas álgidos, tanto en lo que resta de intervención, como para cualquier ampliación que quiera hacerse. Finalmente, el equipo evaluador percibe como positivo que desde el MSPS se tiene la idea de implementar un proceso de evaluación pre y post capacitación, que permita determinar el grado en el cual los profesionales interiorizan los conceptos de las mismas.

iii) Rutas

En general, la mayoría de los informantes considera que las rutas están bien planeadas. En particular, se aprecia que se atiende la mayor cantidad de personas posible con estas.

En términos de la persona responsable, se encuentra que algunos equipos (4 de 13) y todos los promotores afirman que las personas a cargo de las rutas de atención en los municipios son los equipos junto con los coordinadores. En este caso, el rol de los promotores en el proceso de las rutas es el de organizar la concertación. Así mismo, se encontró que al interior de los equipos, las rutas pueden estar a cargo del trabajador social o de los auxiliares de enfermería. Lo anterior coincide a cabalidad con lo planteado en el lineamiento.

En cuanto a los mecanismos de priorización, se coincide en la necesidad de empezar por las comunidades más lejanas. En este caso, en 3 de los 4 municipios la priorización se dio bajo este criterio, siendo Manaure el único municipio donde se empezó por las comunidades con mayor población. En algunos casos, se ha utilizado la micro-focalización del ICBF o el recorrido presidencial para esta priorización; sin embargo, este no es el mecanismo predominante.

Sobre las dificultades presentadas durante la entrada a terreno, la llegada de la época de lluvias es lo que más preocupa a los equipos extramurales. Con respecto a esto, tanto los coordinadores como los equipos manifiestan que durante el invierno los accesos a las rancherías son más complicados, en muchos casos los carros se quedan atascados y en otros simplemente el acceso se vuelve imposible. Así mismo, emergen otras razones como el desconocimiento de la zona o los rechazos de las comunidades, las cuales en algunas ocasiones han cerrado los caminos para evitar la entrada de los equipos extramurales.

Respecto a los aspectos positivos en este proceso, se resalta que se está llegando a los lugares más lejanos:

“El año pasado, no se atendieron la parte de los corregimientos, no se alcanzó atender, por lo cual esta vez se implementó en esta ruta los corregimientos donde hay varias comunidades que son zonas dispersas”. Entrevista a Equipo de Coordinación (2016).

Finalmente, en algunos casos se han tenido que cambiar las rutas que se tenían planeadas. Los principales motivos para estos cambios responden a: eventos fortuitos como velorios, condiciones climáticas por temas de lluvias, o por situaciones en las que los mismos líderes de la comunidad lo solicitan. Dentro de los ajustes propuestos a las rutas para atender más población, los equipos extramurales consideran que se debe tener en cuenta por un lado la reducción de las metas de familias por atender, y por otro, más equipos y más tiempo de intervención.

iv) Insumos

En general, los equipos contaron con la mayoría de los elementos definidos en el lineamiento para la atención extramural antes de entrar a terreno. En algunos casos hubo insumos que no estuvieron a tiempo, siendo la constante que fueran entregados después de las primeras atenciones. No obstante, la excepción a esto se dio en Manaure, en donde además de no contar con algunos insumos, los equipos extramurales y la coordinación manifestaron que la mayoría de insumos se encontraban en mal estado, descalibrados o no funcionaban para el momento de las entrevistas.

En términos generales, dentro de los insumos *faltantes o incompletos* se encuentran los hemocue (7 de 13 equipos), el kit de alimento terapéutico (6 de 13) y los glucómetros (3 de 13). Así mismo, los equipos no llevaban a campo elementos como la planta eléctrica (9 de 13) y los biombos (6 de 13) por temas relacionados con el espacio en los vehículos. Adicionalmente, un tema recurrente fue el no uso de las tabletas (7 de 13). Finalmente, 2 de 4 vehículos en el municipio de Manaure, llegaron una semana después de lo programado.

En los casos en los que la entrega de insumos funcionó bien se resalta que la coordinación menciona que se utilizan los insumos que quedaron del contrato pasado, a los cuales se les hizo el mantenimiento correspondiente. Así mismo, en los casos en los cuales los anticipos se demoraron, las ESE asumieron estos costos, por ejemplo, apoyando con los recursos para papelería.

Hemocue

En general, 3 de los 4 municipios tuvieron inconvenientes con los Hemocue. En particular, el municipio con más problemas con este instrumento fue Manaure. En este caso, tanto la coordinación como los equipos extramurales manifestaron que los hemocue estaban dañados o descalibrados. Así mismo, la gerencia de la ESE manifestó que la razón por la que estaban descalibrados correspondía a que no se les hizo el mantenimiento adecuado. En el caso de Maicao, algunos equipos manifestaron que no contaban con las microcubetas. Finalmente, en Riohacha algunos equipos mencionaron que las microcubetas estaban empezando a escasear, razón por la cual empezaron a racionalizar las pruebas.

Las implicaciones de estos inconvenientes con los Hemocue son importantes. El personal en el MSPS afirma que esto afecta la correcta implementación del Programa, tanto para los diagnósticos como para los seguimientos:

“pues porque no tenemos datos de hemoglobina, no sabemos si los micronutrientes que se están dando están siendo efectivos o no, y no sabemos cuántos niños están con anemia y cuántos no, entonces eso de entregar micronutrientes, de una manera tan arbitral, sin saber cuál es el valor de la hemoglobina, pues tampoco es lo más adecuado” Entrevista a Equipo de Coordinación MSPS (2016).

No obstante, este hecho no es percibido de igual manera por la coordinación y los equipos, donde manifiestan en su mayoría que las implicaciones son no dar la atención completa o no hacer el reporte de la forma como se solicita, o que simplemente se deja la información de los formatos en blanco.

En el caso de Manaure, los equipos han intentado escalar estos problemas a la coordinación, pero no se habían dado soluciones al momento de las entrevistas. Así mismo, la coordinación planteó que la solución era darle mantenimiento a los hemocue. No obstante, no se percibió una claridad del tema técnico por parte de la coordinación, pues no hubo claridad sobre si hay que arreglar los equipos o hay que reemplazarlos.

Por lo anterior, algunos médicos han decidido diagnosticar la anemia a partir de la sintomatología. Así mismo, algunos manifestaron que se les planteó como solución tomar la prueba en terreno y llevarla al hospital. No obstante, los equipos afirmaron que esto no es posible, dado que ellos no son idóneos para hacer las pruebas. Esta misma solución es la planteada por la gerencia de la ESE, donde se empezó a implementar una estrategia de tomar las muestras en campo y hacer el laboratorio en el hospital:

“El plan b fue que, a partir de hoy, eso lo organicé la semana pasada, una de las auxiliares de laboratorio se debe subir con el equipo y rotarse para ir tomando las muestras de hemoglobina para esos niños, en los seguimientos, como está establecido en el contrato.” Entrevista a Gerencia de la ESE (2016).

Finalmente, en el caso de Riohacha los equipos son conscientes de la importancia de tomar las pruebas. En particular, ellos saben que deben regresar a campo y que esto generará un reproceso es sus actividades.

Kit de Alimento Terapéutico

En el caso de los Kit de Alimento Terapéutico, se encontró que los municipios que tuvieron problemas con este elemento fueron Manaure y Riohacha. Así, tanto la coordinación como todos los equipos extramurales de estos municipios manifestaron que los Kit no traían la lonchera para su entrega. Este hallazgo muestra serias implicaciones dado que los equipos entienden que existen riesgos en el manejo del alimento, dado que éste queda expuesto a la intemperie. Como solución, el personal de los equipos ha decidido entregar la fórmula terapéutica en bolsas plásticas, explicándoles a las comunidades que deben asegurarse de que ésta esté protegida en un recipiente cerrado. En este sentido, manifiestan que esto se les explica a las comunidades y ellas entienden el manejo que se le debe dar.

Glucómetros

Si bien tan solo hay tres equipos que mencionaron que no contaban con los elementos apropiados para hacer pruebas de glucemia, las implicaciones que tiene este hallazgo son grandes. En este

caso, el personal del MSPS resalta la importancia de hacer un diagnóstico adecuado con los insumos completos:

“la atención pre hospitalaria es básicamente atacar tres cosas: la deshidratación, la hipoglucemia y la hipotermia, y cuando ella les dijo “bueno, tiene que hacer una prueba de glucemia... no, es que nosotros no tenemos eso”, no tienen el equipo de atención pre hospitalaria, entonces, grave, porque pueden encontrar un niño en una situación de deshidratación severa, y no tener ahí los insumos para poderlo atender, porque así no lo podrían trasladar”. Entrevista a Equipo de Coordinación MSPS (2016).

En este sentido, se resaltan las implicaciones que tuvieron la llegada de insumos tarde o la falta de tirillas para hacer las pruebas. Sin embargo, los equipos no señalaron ninguna implicación por la falta de este insumo.

Biombos

En general, los biombos fueron relacionados como un insumo ausente en todos los municipios con excepción de Uribia. En este caso, se resaltó que estos son demasiado grandes y que ocupan mucho espacio en los carros. Así, en los casos en que se necesita un espacio privado, los equipos prefieren instalar la camilla detrás de los vehículos, o dentro de una casa o rancho.

Tabletas

Un tema recurrente en los cuatro municipios fue el no uso de las tabletas. En el caso de Maicao aludieron no llevarlas por temas de seguridad. Adicionalmente, en Manaure la mayoría de los equipos indicó que estaban dañadas y en el caso de Riohacha un equipo mencionó que no se las habían entregado. Finalmente, los equipos también manifestaron que es incómodo trabajar en ellas en el terreno mientras deben hacer las atenciones.

En este sentido, uno de los equipos resaltó que cuando usan las tabletas las atenciones se demoran mucho, además de ser un instrumento que no facilita el trabajo de varias personas al tiempo. En estos casos, los equipos han optado por digitar la información en la casa. Sin embargo, en algunos municipios los equipos se han visto renuentes a esta actividad dado que ocupa tiempo de sus horas de descanso. Como solución, la coordinación en Uribia no les exige fecha para la entrega de la información, lo que puede explicar las demoras en los reportes en este municipio.

Otros Insumos

Si bien la mayoría de equipos mencionaron no tener o no llevar la planta eléctrica, en todos los casos manifestaron no necesitarla. Así, se resalta que los equipos manifiestan que casi siempre

encuentran energía o una planta eléctrica en las comunidades que atienden. En este sentido, este no ha sido un insumo determinante para la atención en La Alta Guajira.

Por su parte, los equipos manifestaron no contar con GPS o no haber recibido capacitación para manejar los mismos, lo cual tiene implicaciones para su ubicación, llegada a las rancherías y diligenciamiento de las coordenadas en los formatos. Lo anterior fue corroborado en las entrevistas con el equipo de coordinación del MSPS. En cuanto a la papelería, algunos equipos en Riohacha y Manaure manifestaron no contar con este insumo. En este caso, los equipos sacan las copias a los formatos, las cuales son pagadas con recursos propios.

Finalmente, los equipos manifiestan que sería deseable contar con otros insumos para mejorar su desempeño en terreno. Por ejemplo, una demanda recurrente es contar con agua para los integrantes de los equipos mientras trabajan en terreno. En este sentido, algunos gerentes manifestaron que en contratos pasados tenían una partida destinada a este rubro. Sin embargo, afirman que dado que los recursos para este contrato son limitados, no fue posible contar con un rubro para gastos como agua o merienda.

3.3.3 Fase de Implementación

i) Entrega

Entre los 32 entrevistados, 26 se manifestaron sobre el recibimiento que han tenido los promotores y equipos extramurales por parte de las comunidades y, en promedio, otorgaron una calificación de 4,5 sobre 5 a este proceso.

No obstante, al indagar sobre los cuellos de botella que han enfrentado, 13 entrevistados indicaron que es realmente fácil llegar a las comunidades (50%), 5 entrevistados mencionaron que el proceso es de dificultad intermedia (19%), y los 8 restantes reconocieron que el proceso es realmente difícil (31%). En todo caso, ningún equipo mencionó rechazos significativos, pues a pesar de las dificultades, casi en la totalidad de rancherías han logrado el acceso.

Independientemente de las barreras propias del proceso, tanto para quienes fue fácil, como para quienes fue difícil, el aspecto clave es la concertación con la autoridad indígena y los líderes de las comunidades. En el nivel nacional mencionan que este proceso fue difícil, pues teniendo en cuenta las medidas cautelares alrededor del tema, y la obligación de responder muy rápidamente por la situación, no hubo tiempo suficiente para hacer concertación a profundidad y

tener en cuenta a las autoridades y líderes indígenas para el diseño del Programa, sino solo hubo tiempo para la socialización del mismo.

Así mismo, los espacios de concertación a los que se logra acceder desde el nivel nacional, específicamente la Mesa de Diálogo y Concertación para el Pueblo Wayuu, representan a un porcentaje muy bajo de las comunidades que existen en la zona de intervención. En el nivel territorial, los secretarios de salud reconocen que, para lograr la concertación con las comunidades, deben trabajar articuladamente con la Secretaría de Asuntos Indígenas, y hacer reuniones donde se explique al detalle lo que se va a implementar, y se escuche las inquietudes, opiniones y solicitudes especiales de las autoridades, ojalá por cada uno de los corregimientos.

Del mismo modo, en el terreno, los promotores son los actores clave para lograr la concertación, pues son quienes la mayoría de las veces inician el contacto puntual para la programación de la cita en la que llegará el equipo extramural, seguidos por los trabajadores sociales. A pesar de que, aparentemente ya se ha logrado una autorización inicial gracias a la concertación del nivel nacional o del territorial a través de la DTS, los promotores entrevistados dicen que deben iniciar todo el proceso nuevamente, y lograr la firma del acta de autorización o rechazo.

Su percepción de dificultad es muy distinta a la del equipo extramural, por ejemplo, mencionan que algunas comunidades les dicen:

"...ustedes solo vienen a ganarse la plata, porque no nos traen nada, tráigannos comida, aquí lo que hay es hambre, por eso es que se mueren los niños". Entrevistas a Promotores (2016).

Incluso manifiestan que casi la mayoría de las veces han convencido a las autoridades y líderes porque los conocen de muchos años, por tareas de vacunación o promoción de la salud:

"...a veces es por cariño en la zona de nosotros, hay veces que conocían a mi abuela, a mi abuelo, a mi mamá, a mis tíos, y ellos me aceptan por eso...". Entrevistas a Promotores (2016).

O porque definitivamente se deciden a llevarles algo, como mercados o medicamentos, principalmente:

"Nosotros manejamos una estrategia para ir a hablar con la autoridad y llevarle un café y azúcar, ¿de dónde sale?, gestionamos con familiares, en Bogotá, en Medellín, porque la costumbre del Wayuu es llevarle algo antes de entrar a su casa" Entrevistas a Promotores (2016).

"Yo pienso que ella dejaría atender a la niña si de pronto se le llevara un mercadito, pero lo que pasa es que lo podemos hacer una vez... pero es algo que siempre no lo vamos a tener, si lo hacemos la primera vez lo tenemos que seguir haciendo". Entrevistas a Equipo Extramural (2016).

Además de que una buena concertación es la mejor garantía para ingresar bien a las comunidades, la socialización del Programa y sus atenciones es realmente importante. Si se explica bien qué se va a hacer, por qué eso es importante, qué se pretende lograr y cuáles son las diferencias de un equipo extramural y una brigada de salud, tanto la autoridad, como las familias, se disponen para la atención.

En este sentido, no resulta extraño que los equipos extramurales que mejor calificaron el recibimiento obtenido por parte de las comunidades, son los que a su vez tienen promotores con estas características: i) se reconocen como Wayuu; ii) hablan Wayuunaiki; iii) viven en las rancherías y iv) tienen los números más bajos de comunidades asignadas¹⁶. Así mismo, los equipos que peor calificación le dieron al recibimiento, tienen promotores con el mayor número de comunidades asignadas y/o no hablan Wayuunaiki (triangulación a partir de entrevistas a equipos extramurales versus encuestas a promotores, 2016). Sin embargo, un análisis más detallado se presentará en la sección “ii. Promotores”.

No obstante, es importante aclarar que no tener promotores Wayuu, parlantes de su lengua, no es un impedimento para obtener buenos resultados en los equipos, pues también se evidenció en las entrevistas realizadas que ellos se apoyan en la trabajadora social para lo referente a concertación y socialización, y en cualquier otro miembro del equipo que hable Wayuunaiki para efectos de la comunicación. Incluso, algunos equipos manifestaron que ya muchas comunidades entienden bien el español. En este caso, lo importante es que la coordinación sea efectiva en la conformación de los equipos (incluyendo promotores), promoviendo las complementariedades.

Entre los aspectos que dificultan el ingreso a las comunidades, el principal es la falta de medicamentos, pues los equipos solo llevan lo básico de promoción y prevención y no están autorizados a entregar nada diferente. Lo anterior desanima a las comunidades e incluso genera resistencia para dejarse atender, por ejemplo, mencionan comunidades que les dicen “...no, ellos para que vienen aquí, ellos no traen nada, no traen medicamentos, y para qué vamos a perder tiempo con ellos...” (Entrevista a Promotores, 2016). Este es uno de los temas emergentes dentro de la evaluación, puesto que, aunque no se preguntó específicamente en las entrevistas, varios

16 Este número de comunidades asignadas se tomó de la encuesta cuantitativa que se realizó a los promotores, aunque no se corroboró con sus coordinadores, ni se verificó su distancia a las cabeceras municipales, ni ninguna otra variable de control a la asignación por individuo y entre municipios.

equipos y promotores lo referían como determinante en el momento de hablar de la implementación del Programa y será desarrollado al final de esta sección.

Aparte de la disponibilidad de los medicamentos, otro aspecto que dificulta el ingreso a las comunidades son las características propias de la cultura Wayuu. Por ejemplo, los miembros de la comunidad se pueden sentir invadidos o intimidados y por esta razón rechazan el ingreso. Así mismo, si tienen velorios o actividades propias de su comunidad, no permiten que se acerquen desconocidos. Incluso, si entre ellos tienen conflictos u otros problemas, se dificulta la autorización o se presenta que la autoridad acepta y la comunidad no, o viceversa. Este problema se agudiza teniendo en cuenta que los equipos extramurales y los promotores no tienen ningún elemento de identificación, algo que les permita ganar confianza y credibilidad porque se haría claro que trabajan con la ESE.

De la misma manera, las acciones de otros programas inciden en la percepción de las comunidades. En este caso, las comunidades piensan que, si aceptan esta intervención, van a perder la posibilidad de pertenecer a otros programas de seguridad alimentaria "*...ellos piensan que por recibir este Programa los van a excluir de los de alimentación complementaria...*", o complementación alimentaria, "*...tienden a tener comparaciones con otros programas donde se les ha brindado un paquete alimentario...*".

En otros casos tienen la idea de que los programas están allí para hacer una tarea más punitiva "*...cuando ellos saben que tienen un niño muy mal, se portan agresivos para no dejarlo atender, o no dejarle ver el bebé al médico...*" (Entrevistas a Equipos Extramurales, 2016). Finalmente, mencionan que ya otros programas han estado allí, han prometido cosas y luego nunca vuelven.

Diagnóstico de las Comunidades

Una vez han ingresado los equipos extramurales a las rancherías, la etapa de diagnóstico está a cargo de los trabajadores sociales. Este hallazgo, que va de la mano completamente con lo establecido en el lineamiento, es ratificado por los coordinadores de todos los municipios. En principio, salvo contadas excepciones, las familias reportan su información y se muestran dispuestas a colaborar. No obstante, para este diagnóstico el cuello de botella no se encuentra en los beneficiarios, sino que surge por el tema de los formatos. En este caso, varios equipos se mostraron inconformes con los cambios realizados y la falta de información y capacitación al respecto.

Así mismo, los equipos identifican en los formatos preguntas repetidas, o sin justificación aparente, manifestando que son muy largos y que no tienen en cuenta el enfoque diferencial. Estos inconvenientes generan re-procesos en los equipos o doble trabajo al tener que digitar la información en sus casas. De igual forma los coordinadores expresan dudas sobre la consolidación de las bases de datos y la falta de tiempo para diligenciarlos. Por último, uno de los equipos en Maicao se refiere a las barreras de la lengua en el momento de diligenciar los formatos, que son solucionadas a través de las personas en las comunidades que saben hablar español y wayuunaiki.

Atenciones en Salud Mejor y Peor Recibidas

La pregunta de las atenciones en salud que fueron mejor y peor recibidas por parte de la comunidad se realizó únicamente a los 13 equipos extramurales entrevistados. De ello se encuentra que, en su opinión, la atención mejor recibida es la desparasitación y suplementación con micronutrientes a niños, niñas y madres gestantes (MNP), seguida de vacunación y finalmente las atenciones de crecimiento y desarrollo, y el manejo de la desnutrición aguda con fórmula terapéutica. En contraste, se encuentra que la atención peor recibida es la citología, seguida de la planificación familiar –incluyendo la entrega de anticonceptivos–, y finalmente las atenciones en morbilidad¹⁷.

Respecto a las razones por las cuales eligen las atenciones mejor recibidas, las respuestas se pueden agrupar dentro de tres grandes categorías: i) la percepción de recibir algo tangible, como desparasitantes, MNP o fórmula terapéutica, lo que los dispone a recibir a los equipos por primera vez y para los seguimientos; ii) la atención directamente en el hogar, como el control de crecimiento y desarrollo, o la vacunación, pues por la dificultad de las rutas y la lejanía de las rancherías de los centros de atención en salud, el hecho de no tener que trasladarse representa un aspecto positivo para ellos; o iii) porque generan incentivos externos para las familias, como los carnés que les exigen en otras intervenciones o programas a los que pertenezcan.

Uno de los equipos extramurales entrevistados refiere que *“en la cultura Wayuu son muy dados siempre a recibir”*, así que por estas preferencias, y por las evidencias en terreno, es posible afirmar que el tema con más peso dentro de las atenciones mejor recibidas, es la percepción de recibir algo.

¹⁷ Es importante destacar que esta atención se encuentra dentro de las tres peor recibidas por la comunidad, asociado al hecho de la falta de medicamentos. Sin embargo, también es mencionada como una de las mejor recibidas en algunos municipios, especialmente en los que han indicado que, si se explica con claridad el alcance de la intervención, las comunidades aceptan la ausencia de medicamentos (5 referencias positivas).

En cuanto a las razones para rechazar las atenciones, se pueden mencionar tres grandes bloques: i) el factor cultural, pues los nativos prefieren no hablar de ciertas cosas, sus costumbres no les permiten hacerlo, o lo consideran ofensivo, como en el caso de la atención de salud sexual y reproductiva, incluyendo la citología; ii) los medicamentos, porque al saber que no hay entrega de estos, optan por negarse incluso a recibir el diagnóstico o servicio, como en el caso de planificación familiar, o atenciones en morbilidad, especialmente para el adulto mayor; y iii) la medicina tradicional, específicamente en el tema de planificación, pues muchos equipos destacan que las comunidades creen en la efectividad de sus métodos autóctonos.

En conclusión, se puede afirmar que los factores de mayor peso para recibir de forma negativa, o no recibir, las atenciones en salud prestadas por los equipos, son la influencia cultural y la ausencia de medicamentos.

Medicina Tradicional

El tema de la medicina tradicional en relación con la medicina occidental se trató en 18 de las 32 entrevistas realizadas (equipos y coordinadores). Todos los entrevistados coinciden en afirmar que no han tenido problemas significativos para trabajar la medicina occidental, a causa de la medicina tradicional. Así mismo resaltaron que, en ningún caso, incluirían atenciones propias de la cultura Wayuu en el paquete de intervención de los equipos extramurales, pues son dos modelos de medicina diferentes.

En el mismo sentido, aunque en algunos casos ha sido difícil convencer a los miembros de la comunidad de que la medicina occidental no va en contra de sus culturas o creencias, casi siempre se logra y es posible prestar las atenciones sin mayores inconvenientes. En el tema de tratamiento a las gestantes, algunos equipos destacan la importancia de las parteras y la necesidad de capacitarlas para poder trabajar en conjunto con ellas y obtener mejores resultados, especialmente en los municipios de Uribia y Manaure, que son justo los que tienen la mayor dispersión y cantidad de comunidades.

Finalmente, los entrevistados destacan la importancia de que todos los involucrados en la implementación del Programa conozcan más el modelo de medicina tradicional, y de la misma manera las comunidades comprendan los aspectos básicos de la medicina occidental, como mecanismo para lograr la convivencia de los dos modelos de medicina en el territorio. Así, el respeto debe primar y ninguno de los dos modelos se debe imponer sobre el otro, por el contrario,

se pueden complementar si hay más conocimiento científico de las propiedades de las plantas y mezclas que usan los indígenas.

Medicamentos

Además de lo mencionado anteriormente, en la parte de medicamentos se encontró que, aunque los equipos extramurales han recibido la instrucción clara de no manejarlos, y que algunos gerentes de las ESE hicieron mención específicamente al tema, un grupo pequeño de médicos está optando por llevar provisiones para evitar dejar a sus pacientes con el diagnóstico y sin una solución clara, especialmente si se trata de un adulto mayor. Uno de los médicos entrevistados manifestó:

"...como médico yo uso mi estrategia, en mi bolsillo cargo una caja de captopril 50 mg, porque tampoco podemos dejar esa persona de morbilidad ahí, yo sé que está fuera de los lineamientos, pero no puedo dejar esa persona ahí...". Entrevista a Equipo Extramural (2016).

En medio de la angustia por no lograr fácilmente la entrada a las comunidades, un gerente de ESE optó por autorizar a los equipos la entrega de medicamentos, y al poco tiempo debió retractarse, probablemente cuando evidenció la dificultad que tendrá más adelante para tramitar los pagos con las EPS y la carga financiera que esto puede traer para su institución.

"...actualmente estamos entregándole medicamentos a todos los usuarios, yo creo que somos el único hospital que está haciendo eso, porque es que tenemos ese problema con las comunidades, si no hacemos eso pues no podemos atender..." Entrevista a Coordinadores (2016).

"... [Ahora] nos dijeron que no, que los medicamentos no, nada más eran para los beneficiarios del hospital...". Entrevista a Equipo Extramural (2016).

Al respecto, en el municipio de Uribe sostienen que la mejor estrategia es ser muy claros con las comunidades desde la concertación, pasando por la socialización, y hasta las atenciones, diciendo que no habrá medicamentos y evitando las falsas expectativas que puedan generarse en las familias. Por su parte, en el nivel nacional reconocen lo delicado del asunto, y manifiestan:

"...la entrega de los medicamentos es algo que no hemos podido solucionar, porque el único que es prestador exclusivo de la zona es Nazareth, o sea ellos sí tienen los contratos con las diferentes EPS y entonces ellos son únicos prestadores... ellos no tienen dificultad en entregar un medicamento porque se los reintegran... [En cambio, las demás IPS, al no tener un proceso de recobro definido y garantizado, prefieren no entregarlos]". Entrevista a MSPS (2016).

ii) Promotores

*“El cargo mío allá es, mejor dicho,
yo ya soy una líder allá,
las dos estamos en el proceso de ser líderes jóvenes”
Entrevista a Promotores de Uribia (2016)*

En términos de los promotores (agentes comunitarios), estos fueron evaluados en tres aspectos claves: su rol, su capacidad técnica para hacer el trabajo y si son suficientes para el terreno que deben cubrir. Antes de ahondar en estos temas, a continuación se presentarán algunas generalidades que arrojó el análisis cuantitativo:

- i) Como se indicó en la sección 3.1, a pesar de que se pretendía encuestar a la totalidad de los promotores de cada municipio, las tasas de respuesta fueron menores en los casos de Manaure (10 de 11) y Uribia (6 de 15). En los casos de Maicao y Riohacha se encuestó la totalidad de agentes (10 de 10).
- ii) El 75% de los promotores indicó el nombre de la ranchería en donde vive
- iii) 34 de ellos (equivalente al 94%) se auto reconocen como miembros de la comunidad Wayuu mientras que el 6% restante no respondió.
- iv) El 100% declaró hablar español
- v) Solo 83,3% (30 agentes) reconoció hablar Wayuunaiki

Rol de los Promotores

En 23 de las 32 entrevistas se identificó el rol de los promotores. En este caso, los entrevistados coinciden en que su principal rol está en liderar la concertación (15 de 23), siendo este uno de los puntos clave para el éxito del Programa:

“llegamos a la ranchería, abrimos la puerta para el grupo extramural, hacemos todo el trabajo más que todo con las comunidades, [los equipos] hacen su trabajo y después nos queda hacerle el seguimiento al niño, entonces nosotros somos los que abrimos la puerta, somos los que más trabajamos...”. Entrevista a Promotores (2016).

Así mismo, se resalta dentro de las labores de los promotores hacer seguimiento a la atención, incluyendo el consumo de la fórmula terapéutica (15/23). Igualmente, se resaltan tareas como dar charlas o capacitaciones a las familias (13/23), seguimiento a casos críticos (9/23),

ayudar a los equipos mientras estos están en campo (9/23), hacer vigilancia epidemiológica (7/23), estar constantemente en la comunidad (7/23) y servir como traductores (4/23).

“[Su rol] es determinante... porque ellos son los que llegan a las comunidades inicialmente y hacen socialización para que luego los equipos lleguen a las comunidades, en conjunto con el trabajo de la trabajadora social, ellos identifican las familias, las necesidades de esas familias, cómo están ubicados, como un mapeo de la comunidad y esa información se la pasan a los equipos extramurales y ya teniendo la información de cuántas familias, cuántos niños menores de 5 años, cuántas gestantes, cuántas madres lactantes, para identificar los grupos de la comunidad”. Entrevista a Equipo de Coordinación (2016).

En el caso de hacer seguimiento a la atención, desde el MSPS se tiene en cuenta que es muy difícil que los equipos extramurales regresen a las comunidades cada 8 o 12 días, en este sentido el rol de los promotores es fundamental. En el caso de la coordinación, en Uribe se identifica que los promotores son claves para determinar si los niños están consumiendo o no la fórmula terapéutica. Por su parte, los equipos extramurales identifican que los promotores son los encargados de hacer los reportes a ellos, a los nutricionistas o a la coordinación. En este caso, algunos promotores se comunican directamente con los equipos, o estos les asignan tareas de verificación. En los casos en los que la comunicación es con la coordinación, ellos notifican si hay una epidemia y el coordinador le asigna el caso a un equipo. Finalmente, se resalta que el trabajo de los promotores es continuo y oportuno:

“Nosotros como parte médica hacemos el seguimiento a la semana, o sea comenzando el tratamiento, ellas siempre al tercer día van y ven cómo está tolerando el tratamiento y todo eso y nos lo informan a nosotros”. Entrevista a Equipo Extramural (2016).

Por su parte, en las ocasiones en las que se han presentado casos críticos, los equipos resaltan la labor fundamental de los promotores para explicar el proceso a las familias. Particularmente, se identifica que si bien las familias tienen algunos prejuicios, la tendencia es que al explicar lo que se va a hacer la familia tiende a ceder.

En cuanto a las charlas, se identifican diferentes temas que son abordados por los promotores. Así, todos coinciden en relacionar temas de lactancia materna, maternidad segura, e higiene y lavado de manos. Adicionalmente, los equipos extramurales resaltan el abordaje de los hábitos de higiene y los temas de morbilidad. Finalmente, dada la importancia que tienen estas conversaciones dentro del Programa, en Uribe están implementando una estrategia de evaluación a las familias para identificar si se está teniendo algún efecto con las mismas:

“Nosotros hemos implementado... una estrategia para medición, que eso no estaba dentro de la estrategia, pero que sabemos que nos va a servir para saber, de una u otra manera, qué tanto impacto han tenido las charlas o las actividades que desarrollan los agentes en la comunidad”. Entrevista a Equipo de Coordinación de Uribia (2016).

Así mismo, en los casos en los que se manifestó que uno de los roles de los promotores es ayudar a los equipos extramurales cuando estos están en campo, se encuentra que ambos actores coinciden en afirmar que una tarea fundamental en que los promotores ayudan es a tallar y pesar. En este sentido, se resalta que en algunos casos los promotores llenan los formatos, explican las fórmulas médicas, o ayudan a subir o bajar los elementos de los vehículos. Finalmente, algunos promotores han implementado estrategias como dar turnos a las familias, los cuales ayudan a mejorar la atención y facilitan el trabajo de los equipos extramurales:

“Hacen sus charlas educativas mientras nosotros llegamos, van organizando, por lo menos una de las promotoras tomó la iniciativa de entregarles fichitas, la primera familia que llegó la 1, la 2 como para tener un orden y así nos facilita el trabajo”. Entrevista a Equipo Extramural (2016).

Adicional a las actividades anteriores, algunos promotores identifican dentro de sus tareas reportar los casos para el cargue en el SIVIGILA, identificar cuantas familias hay, mapear las comunidades y entregar la información a los equipos extramurales, o gestionar todas las cosas que puedan. En este último aspecto se resaltan temas como agua, alimentos, ropa o identificaciones ante la Registraduría:

“Pienso que gestor es gestionar lo que más uno pueda para las comunidades y lo venimos haciendo desde el Programa pasado, nos hemos movido, hemos llamado a los amigos más cercanos para que ellos nos colaboren en las comunidades, hemos recogido comida, hemos recogido ropa, hemos llevado gestión de agua, hasta nosotros mismos nos hemos traído a personal de las comunidades, o para que comiencen sus controles de crecimiento, los niños que no tienen las vacunas” Entrevista a Promotores (2016).

Así mismo, en el caso de Manaure se resalta que las promotoras ayudan a gestionar las fórmulas y llevar la medicina a las comunidades:

“nuevamente tiene que llegar uno como promotor para no quedarle mal a la comunidad, se encarga de recoger la fórmula para otra vez devolverse al día siguiente y llevarle la fórmula”. Entrevista a Promotores de Manaure (2016).

Los anteriores resultados, sin embargo, no resaltan las dificultades del trabajo de los promotores. En este caso, y en sintonía con lo que se mencionó en la sección de Entrega, es

importante mencionar que los promotores coinciden en que su rol en la concertación no es un tema fácil:

“A veces hasta nos insultan... nosotros estamos insistiendo para que abran las puertas, y [los equipos extramurales] entran fácil, como decir, si no encuentra la autoridad uno tiene que ir al día siguiente hasta que lo consiga, entonces esos son gastos de uno, y ellos entran fácil”. Entrevista a Promotores (2016).

En cuanto a los aspectos a mejorar o que pueden ser un cuello de botella, se identificó desde el MSPS que es muy difícil hacer seguimiento al trabajo de los promotores y que en particular no se ha visto en campo cómo funcionan. Así mismo, un equipo extramural manifestó en Maicao que hace falta articulación con los promotores y que estos no reportan los casos directamente. En Manaure, un equipo extramural manifestó que no tienen conocimiento de las comunidades donde están trabajando los promotores, lo cual refuerza la idea de que en algunos casos hay falta de articulación. En este mismo municipio, un equipo manifiesta que algunos promotores no son Wayuu o no dominan la lengua. Sin embargo, esto no se considera una limitación dado que las comunidades los identifican porque han trabajado en otros programas de atención extramural.

Así mismo, un equipo manifestó que la vigilancia no está a cargo de los promotores, sino de los médicos:

“Bueno ahora que hicieron porque el año pasado no lo hacían, pero este año sí dijeron que tenía que ser el médico para la vigilancia, en la capacitación que dieron dijeron que tenía que ser el médico el que tenía que llevar todo eso”. Entrevista a Equipo Extramural (2016).

Por otro lado, en el municipio de Uribia algunos equipos extramurales se quejan de que los promotores no los acompañan a campo. En este caso, preocupa la idea que tienen los equipos donde el tiempo del promotor es absorbido por la nutricionista en temas como las capacitaciones o los seguimientos:

“Él si nos da el apoyo, de pronto la limitante es que aquí la nutricionista lo absorbe demasiado”. Entrevista a Equipo Extramural de Uribia (2016).

En este sentido, los equipos decidieron aclarar la situación con la coordinación, de tal forma que se determinaran los roles y pedir que la nutricionista no exceda el tiempo que debe ocupar el promotor. Así mismo, en este municipio surgen algunas dudas en términos del trabajo de los promotores:

“Tengo dos y de pronto que lleguen a la comunidad, pero que hagan un reporte o estén muy pendientes, a mí no me parece... [Dada] la educación que tienen que hacer”. Entrevista a Equipo Extramural de Uribia (2016).

Esto se suma a la confusión con el número de promotores disponibles para el Programa:

“nosotros tenemos 18 agentes comunitarios, 15 que son del Programa y 3 que contratan por recursos del hospital... el grupo 1 tiene 10, el grupo 2 tiene 3, y el grupo 3 tiene 5”. Entrevista a Equipo de Coordinación de Uribia (2016).

En este caso, el número de promotores asignados por el municipio para atender este Programa no coincide con el número que fue reportado por los equipos extramurales en las entrevistas, pues estos indicaron tener contacto solamente con 6 promotores, 3, 1 y 2 respectivamente para cada grupo. Lo anterior coincide exactamente con el número de promotores que llegó a la entrevista: 3, 1 y 2¹⁸, lo cual puede ser un indicio de que la cifra de promotores disponible en este municipio es la reportada por los equipos extramurales.

Es importante aclarar que este resultado no pretende auditar el número de promotores que están disponibles para el Programa. En este caso, este hallazgo busca resaltar que algunos equipos ven como un cuello de botella la disponibilidad de los promotores y que esto efectivamente puede estar afectando la consecución de productos relevantes, como el ingreso a las comunidades, y la vigilancia epidemiológica. Dada la importancia que tiene este rol para la implementación del Programa, lo cual se ve reflejado en los hallazgos anteriores, es importante que se tomen los correctivos necesarios para que el Programa y los equipos extramurales dispongan del número adecuado de promotores.

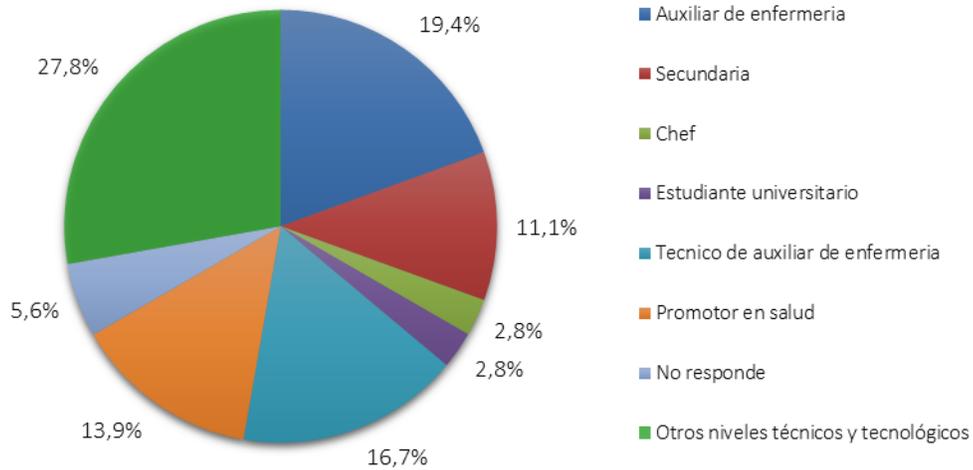
Capacidad Técnica de los Promotores

Estudios Finalizados

El 19,4% de los promotores son auxiliares de enfermería, el 16,7% técnico en auxiliar de enfermería y cerca del 14% son promotores en salud. Otros estudios con porcentaje destacado son el de bachiller y los técnicos en primera infancia (Ver Gráfica 2).

¹⁸ En este caso no se menciona a qué equipo pertenecen los entrevistados para cumplir con la confidencialidad de los hallazgos.

Gráfica 2
Estudios Finalizados



Fuente: Encuestas a Promotores. Elaboración propia. La categoría otros recoge: Técnico, Técnico Ambiental, Técnico en Auxiliar de Farmacia, Técnico en Primera Infancia, Técnico en Seguridad Ocupacional, Técnico en Sistemas, Técnico en Trabajo Social, Tecnólogo en Sistemas.

Experiencia en Meses

En términos generales se podría decir que los promotores no poseen un nivel estandarizado de experiencia laboral. En promedio, un promotor cuenta con 32 meses de experiencia, siendo la máxima 240 y la mínima 3. Los promotores con mayor experiencia promedio se encuentran en Maicao (53 meses) y los que menos experiencia tienen son los que se encuentran en Uribia (un poco menos de 12 meses) (Ver Tabla 44).

Tabla 4
Experiencia en Meses Total y por Municipio

Municipio	Promedio	Máximo	Mínimo
Maicao	52.78	240	3
Manaure	32.56	120	5
Riohacha	22.44	48	11
Uribia	11.60	18	6
Total	32.13	240	3

Fuente: Encuestas a Promotores. Elaboración propia.

¿Están los Promotores lo Suficientemente Calificados?

A la pregunta de si los promotores están suficientemente calificados, las opiniones generales por parte de la coordinación y los equipos extramurales son positivas. En este caso, todos los coordinadores y 10 de los 13 equipos afirman que los promotores están suficientemente calificados para hacer vigilancia epidemiológica. En particular, los equipos resaltan que los promotores tienen experiencia haciendo su trabajo y conocen los procesos que se adelantan. Así mismo, algunos equipos sustentan su percepción positiva en lo observado en el trabajo de campo, afirmando que ellos hacen lo que deben hacer. Finalmente, algunos equipos manifiestan que el buen desempeño de los promotores responde a que han recibido las capacitaciones necesarias.

No obstante, al menos un equipo extramural en los municipios de Manaure, Riohacha y Uribia manifiesta que los promotores no están suficientemente calificados. En estos casos los equipos resaltan que los promotores no hacen las labores que deberían hacer:

"Porque entiendo que el promotor cuando hace la concertación, debería tomar los perímetros braquiales a los niños cuando él entra al campo, debería, es lo que yo creo que él debe hacer, y no lo hace". Entrevista a Equipo Extramural (2016).

Por su parte, cuando se les preguntó en las entrevistas a los promotores que si se sentían bien calificados para las labores que hacían, estos en su totalidad respondieron de forma afirmativa. En el caso de Manaure resaltaron que, aun así estén bien calificados, son conscientes de que es necesario tener más capacitaciones. Lo anterior contrasta con el caso de Uribia, donde se sienten sobre capacitados y que esto responde a que cada vez les cargan una tarea nueva. Finalmente, en el caso de Riohacha se resalta que en algunos casos han necesitado el apoyo de compañeros, lo cual ha acrecentado el compañerismo entre ellos:

"Por ejemplo, en el grupo mío nos conocemos y son pilosos, estamos el uno para el otro como dice mi compañera, cuando yo no puedo hacer algo llamo a la compañera o lo llamo a él, para eso estamos". Entrevista a Equipo Promotores (2016).

En este caso, se podría concluir que en general, los promotores están bien capacitados. Sin embargo, a excepción del municipio de Uribia, los promotores sienten que necesitan más capacitaciones para realizar su trabajo.

Suficiencia de Promotores

En la Tabla 55 se muestra el total de comunidades a cargo por municipio y por cada agente comunitario. El municipio de Riohacha es donde cada promotor atiende más comunidades en

promedio (16, mínimo 7, máximo 22). En contraste, en Maicao es donde se presentan menos comunidades por promotor (5, mínimo 1, máximo 12). A partir de esta información, se podría decir que la estrategia atiende un total de 415 comunidades repartidas entre los 4 municipios.

Tabla 5
Comunidades a Cargo por Promotor

Municipio	Promedio	Mínimo	Máximo	Total
Maicao	5	1	12	52
Manaure	15	9	38	149
Riohacha	16	7	22	159
Uribia	9	2	14	55
Total	12	1	38	415

Fuente: Encuestas a Promotores. Elaboración propia.

No obstante, a partir de las entrevistas se puede concluir que la anterior información solo resulta indicativa. En este caso, los promotores afirman que el número de comunidades no es determinante, sino que los factores clave son el número de familias y qué tan dispersas están.

Cuando se indagó a los equipos extramurales si el número de promotores es suficiente, se encuentran resultados poco concluyentes. En este sentido, en Uribia y Riohacha los equipos extramurales estuvieron de acuerdo en que el número de promotores son insuficientes. Sin embargo, los equipos no llegan a un consenso sobre cuántos promotores deberían ser. En algunos casos mencionan que deben ser 1 o 2 por cada corregimiento, o simplemente dicen que deben tener al menos tres veces los que tienen. En otros casos, mencionan que debe haber un agente por comunidad, o que se debe definir el número de comunidades y que cada promotor tenga cinco.

Así mismo, en los casos en los que los equipos extramurales mencionan que no hay suficientes agentes, la razón que más se repite en sus respuestas es que las comunidades son muy dispersas y es muy difícil hacer control de los casos. Igualmente, se resalta que los corregimientos son bastantes grandes. Finalmente, algunos equipos mencionan que la razón para requerir más agentes es para darle más confianza a la comunidad. En este caso, se afirma que para que exista la confianza, en cada comunidad se debe contar con un agente comunitario.

En contraste, en Maicao y Manaure la mayoría de los equipos extramurales opina que los promotores sí son suficientes para las labores que desempeñan. En este caso, los equipos

mencionan que la razón corresponde a que el número de casos para hacer seguimiento es reducido. Así mismo, hay un equipo de estos municipios que opina que los promotores son insuficientes, básicamente porque no trabajan de forma adecuada:

“pero de pronto la promotora de nosotros debería de informarnos qué comunidades tienen concertadas para no ir de pronto a la loca... ella a nosotros no se acerca, dicen que a la coordinadora, o sea como que sí se le acercan a la coordinadora, pero el grupo somos nosotros, somos los que estamos saliendo, entonces deberían decirnos a nosotros o a la trabajadora social, y no lo hacen”. Entrevista a Equipos Extramurales (2016).

Finalmente, la información de los equipos extramurales fue contrastada con la percepción de los promotores. Particularmente, en Maicao, Manaure y Riohacha los promotores coincidieron en decir que el número de promotores no es suficiente. En este caso, hubo consenso en decir que las comunidades son muy dispersas y que por esta razón es muy difícil hacer los seguimientos. Por su parte, en Uribia los promotores no llegaron a un consenso. Si bien entienden que hay bastante trabajo, llegaron a la conclusión que dado que la estrategia es de 6 meses, es posible que se tenga el tiempo suficiente para cubrir todo el terreno, de acuerdo a las metas que tienen establecidas.

iii) Remisiones

Tanto los equipos extramurales como los equipos de coordinación de todos los municipios plantean con claridad el mismo procedimiento a seguir en caso de requerirse una remisión. Los equipos extramurales realizan una valoración del paciente que requiere atención inmediata. De necesitarse, este es trasladado al hospital donde es recibido en el área de urgencias. No obstante, antes de iniciar el traslado del paciente es fundamental el rol del promotor o del trabajador social, quienes dialogan con las familias y los líderes para obtener el permiso.

El principal medio de transporte en la remisión es el vehículo del equipo extramural. Sin embargo, en algunos casos los niños han sido buscados en ambulancias. En algunos municipios se mencionan otros actores involucrados en el proceso, como lo son la Policía de Infancia, la Comisaría de Familia, el ICBF, la Secretaría de Asuntos Indígenas y la Defensoría del Pueblo.

En términos de las barreras culturales y económicas, 7 de los 29 informantes (equipos, coordinadores, promotores, secretarios, gerentes) manifiestan la existencia de las mismas:

“No es fácil por la cultura, de hecho se tenía que traer un niño ayer, que estaba en unas condiciones bastantes deterioradas, y el papá no dejó sacar al niño... se llamó a la autoridad y dijo que no, y firmó hasta el acta de que no lo dejaba sacar...”. Entrevista a Gerencia (2016)

Las soluciones planteadas a dichas barreras están en cabeza de los promotores. En este caso es clave la comunicación con la autoridad y con la familia, donde hablar Wayuunaiki es percibido como fundamental. De igual forma, los coordinadores también mencionaron algunos actores que contribuyen a la sensibilización de las familias como la Secretaria de Asuntos Indígenas y el ICBF.

Las barreras económicas también están presentes en el proceso de atención, donde se mencionan como puntos clave a atender la falta de alimentación, transporte, hospedaje, entre otros. En estos casos, los equipos y la coordinación han ayudado a las familias con recursos propios.

Por su parte, la encuesta a promotores indagó sobre el número de casos críticos y remisiones intrahospitalarias manejadas desde el inicio de trabajo en terreno en 2016 hasta la fecha de realización de la entrevista (Ver Tabla 66). En este caso se puede observar que Uribia es el municipio que más presenta tanto casos críticos como remisiones, mientras que Manaure es el municipio en el cual se ha presentado el menor número de estos casos. Sin embargo, estos hallazgos no fueron contrastados con registros administrativos.

Tabla 6
Casos críticos y remisiones por municipio

Municipio	Casos Críticos	Remisiones
Maicao	18	14
Manaure	5	7
Riohacha	10	7
Uribia	36	18
Total	69	46

Fuente: Encuestas a Promotores. Elaboración propia.

Por último, se encuentra que los promotores han reportado el 72% de la totalidad de los casos críticos tanto al coordinador como al médico del equipo extramural mientras que el 47% de éstos se ha reportado al nutricionista. Así mismo, se podría decir que las remisiones hacia otros municipios han sido muy pocas, al igual que la recepción de pacientes desde otros municipios. Finalmente, en Manaure y Uribia se reportaron remisiones hacia otros municipios, y en el caso de Maicao fue donde se recibieron pacientes desde otros municipios.

iv) Administración y Pagos

En cuanto a los salarios de los profesionales se encontró que estos oscilan entre \$1.300.000 y \$5.500.000 de acuerdo al rol que tienen en el Programa. Sin embargo, se encontraron algunas diferencias para los mismos roles en diferentes municipios. En algunos casos, las explicaciones a estas diferencias responden a la asignación de funciones adicionales. Como ya se mencionó, en el caso de Riohacha las enfermeras cubren la función de ser consejeras en lactancia materna. En otros casos, como en los promotores, la diferencia aparente radica en la inclusión o no del auxilio de transporte, que oscila alrededor de los \$200.000.

En este caso, si bien el MSPS define el monto total de los recursos que deben ser destinados para la contratación de personal, cada Hospital tiene la autonomía para definir el monto final a pagar a cada profesional. En este sentido, se tiene la percepción desde el MSPS que los profesionales reciben una buena remuneración. Sin embargo, esta remuneración tiene problemas, en muchos casos por retrasos que se han dado en los pagos.

En Manaure tanto los equipos extramurales como los promotores se quejaron de forma generalizada por los retrasos en los pagos. En este caso, la explicación que han recibido por parte del Hospital es que el contrato con el MSPS es bimensual y que por esta razón se han presentado los retrasos. Esta información fue corroborada en la entrevista con la coordinación de los equipos.

Finalmente, la gerencia del hospital menciona que la institución se encuentra en riesgo financiero y por lo tanto no tienen más recursos. Sin embargo, al triangular la información, lo que se evidencia son falencias en la planeación en el manejo del recurso de acuerdo a las condiciones del contrato. Así mismo, se podría argumentar que lo anterior ha tenido implicaciones en la contratación y en la renuncia de varias personas de los equipos, incluyendo un nutricionista que había anunciado su renuncia en la víspera a la entrevista con la gerencia de la ESE.

En Maicao las demoras en los pagos estuvieron relacionadas con el anticipo. En este caso, el cuello de botella se identificó en el momento de pasar la cuenta de cobro. De tal forma, para solucionar esta situación se hicieron los ajustes de acuerdo a los requerimientos del MSPS y aunque quedó de manifiesto que los pagos de los equipos dependen de la llegada de los recursos del MSPS, una vez solucionados los trámites, los pagos se han dado a tiempo.

En el caso de Uribia, los promotores se quejaron porque no habían recibido los pagos. Al igual que en Maicao, se identificó la dependencia que existe con los pagos del MSPS para cubrir los sueldos del personal asociado al Programa:

“Bueno, en el tema de los honorarios se me dificulta porque uno no puede coger plata que está destinada para algo, para cubrir gastos de otro [rubro], ojalá, yo quisiera, y el hospital puede tener de pronto en estos momentos para cubrir, mira que ellos prácticamente van para 3 meses con el mes de julio que no se les paga... el hospital de pronto tiene para cubrirlo, pero lastimosamente no lo puedo hacer, porque son recursos específicos, entonces eso sí no lo puedo hacer.” Entrevista a Gerencia (2016).

En este caso, las implicaciones por la falta de salario no solo afectan la motivación de los equipos, sino que pueden llegar a afectar el trabajo de los promotores, quienes deben cubrir con su salario el transporte:

“Doctor usted me va disculpar, pero yo le voy a decir la verdad, yo estaré trabajando hasta este mes, porque ya el transporte de allá no me quiere llevar porque les debo dos meses y de pronto uno trabaja para sustentarse a un mismo uno”. Entrevista a Promotores (2016).

Finalmente, en el caso de Riohacha no se identificaron retrasos en los pagos por ninguno de los entrevistados. Sin embargo, se identificó que la apropiación que hicieron para los salarios de los equipos se hizo por debajo de lo que se acordó en los contratos.

“[los salarios se definieron] de acuerdo a la tabla que nos vino... el recurso total no lo garantizaba [los pagos], nos autorizaron en el Gobierno que tomáramos recursos de los gastos de manutención, para poder apropiar el talento humano, o si no, no se podía de acuerdo a la tabla que nos dio el Ministerio. Lo hicimos para garantizar la contratación completa del recurso humano”. Entrevista a Sub-Gerencia Riohacha (2016).

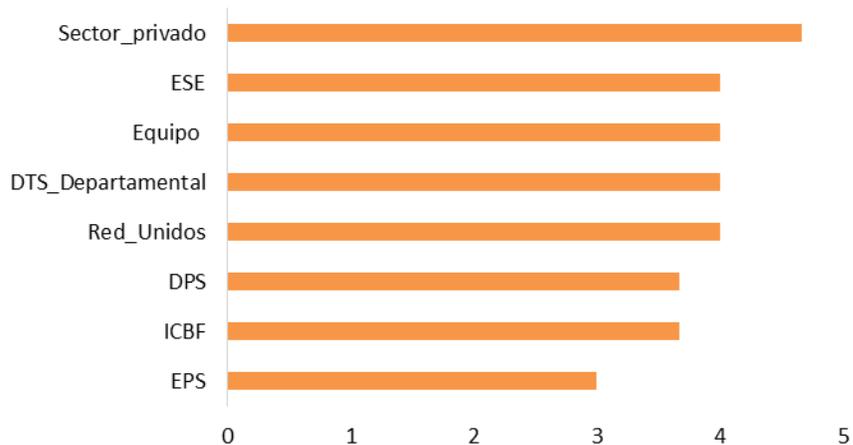
En conclusión, se encontraron variaciones en el pago de los salarios, los cuales en algunos casos responden a nuevas tareas encomendadas. Así mismo, existe una gran dependencia de los desembolsos por parte del MSPS para cumplir con los sueldos de los contratistas, lo cual ha tenido implicaciones en las quejas generalizadas que se encuentran en los equipos extramurales y los promotores. Finalmente, las demoras en los pagos también ponen en riesgo la atención, no solamente desde el punto de vista anímico de los contratistas al recibir sus honorarios, sino desde la perspectiva de los promotores quienes deben pagar el transporte de su salario.

v) Articulación

En el caso de la articulación, se solicitó tanto a secretarios municipales de salud como a la coordinación de los equipos extramurales que calificaran la articulación con algunas entidades u organizaciones. En este caso, la calificación numérica va de 1 a 5, siendo 1 muy mala y 5 muy buena. Para los otros actores, si bien no se solicitó la calificación, se pidió que evaluaran la

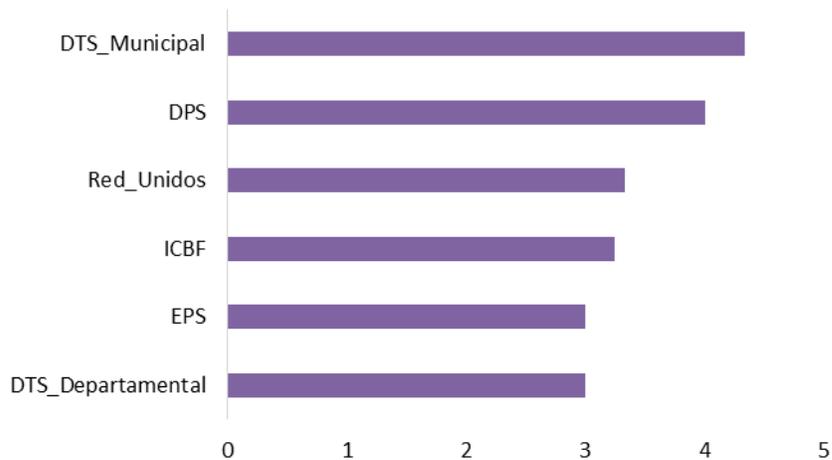
articulación con estas entidades. Los resúmenes de las calificaciones de secretarios y coordinadores se pueden observar en las Gráficas 3 y 4.

Gráfica 3
Calificación de la Articulación por parte de los Secretarios Municipales de Salud



Fuente: Entrevista a Secretarios Municipales de Salud. Elaboración propia.

Gráfica 4
Calificación de la Articulación por parte de los Coordinadores



Fuente: Entrevista a Coordinación Equipos Extramurales. Elaboración propia.

Articulación Equipos Extramurales – ESE – Secretarías de Salud

Los secretarios califican positivamente la articulación con la ESE, en este caso se resalta que la comunicación entre los dos actores es adecuada. Esta misma calificación es la otorgada a la articulación con los equipos extramurales. Sin embargo, en Uribe se afirma que el vínculo de la

Secretaría con este Programa no se encuentra explícito en el convenio, lo que reduce la incidencia de la DTS en las acciones que implementa el Programa.

En el caso de Maicao, se resalta como una debilidad que los equipos extramurales tengan prioridad para el manejo del alimento terapéutico. Finalmente, en el caso de Manaure, se está prestando especial atención a los avances en la atención por parte de los equipos. En este caso, se sabe que se podrían tener, o se requerirían, más equipos extramurales, pero no se pueden solicitar si no se muestra una atención óptima por los equipos que actualmente tienen asignados.

En cuanto al equipo de coordinación, estos otorgan la mejor calificación en promedio a la DTS municipal (4,3). En este caso se resalta el constante flujo de información sobre los niños y niñas, así como la solución que dan a los menores que no tienen aseguramiento.

ICBF

El ICBF recibe una calificación promedio de 3,6 por parte de los secretarios de salud. En este caso, la articulación se ha dado para solicitar la inclusión de los niños en los programas de complementación alimentaria, así como para intercambiar listados de bases de datos. Así, la falta de cupos se identifica como el cuello de botella más importante.

En el caso de los coordinadores, el ICBF recibe una calificación en promedio de 3,2. Así, si bien se reconoce que el Instituto ha apoyado algunas labores administrativas, o han ayudado en ocasiones donde las familias muestran resistencia a la atención del Programa, los coordinadores coinciden en afirmar que hay demoras en las atenciones.

Por su parte, los equipos extramurales mencionan que han intercambiado listados en contadas ocasiones con esta entidad. Finalmente, el MSPS menciona que aunque se intentó que la atención del ICBF fuera de la mano con el Programa, no fue posible esta acción por falta de recursos y por la baja interoperabilidad entre los sistemas de información.

Finalmente, para el caso de los CDI, los equipos resaltan el rol de los docentes en la protección y atención de los niños. Así mismo, se destacan los intercambios de información con las bases de datos, que apoya la identificación de casos, de tal forma que hay articulación en algunos aspectos para vincular y hacer seguimiento a los niños.

EPS

Desde el MSPS se percibe que la atención intramural no se está dando de una manera adecuada, puesto que las EPS no asumen sus responsabilidades y no brindan el apoyo requerido. Además, se critica desde el MSPS que las EPS demanden la fórmula sin antes haber recibido la capacitación.

Respecto a las entidades territoriales, los secretarios coinciden en afirmar que la articulación con las EPS es regular. En este caso, aunque hay una buena comunicación, se percibe desde la DTS que las EPS no brindan una atención adecuada a los pacientes, no dan respuesta cuando se hacen solicitudes, no hacen el acompañamiento que se requiere a los pacientes que se remiten a hospitales, y solo aceleran los procesos cuando hay quejas con entidades de control como la Superintendencia Nacional de Salud.

Por su parte, las gerencias de las ESE indican que se remiten los pacientes y que existe colaboración compartiendo la información de dónde están los niños. Por su parte, los coordinadores también califican como regular la calificación con las EPS. En este caso, se resaltan las demoras cuando se hacen las remisiones de los pacientes. Adicionalmente, se ve problemático que no cubran los gastos complementarios de las familias, los cuales en ocasiones son asumidos por la coordinación o los equipos extramurales.

Por su parte, los equipos resaltan que las EPS tienen muchas falencias y no llegan a las comunidades. En este caso, se percibe que las EPS ponen muchas barreras como no validar o autorizar las fórmulas o remisiones de los médicos de los equipos, no asignar rápidamente citas, o no entregar fácilmente medicamentos, lo que además influye de forma negativa en la atención de los equipos extramurales. En este sentido, se identifican como cuellos de botella el tema de los medicamentos, los problemas de falta de sistema para asignación de citas, que los miembros de una misma familia se encuentren afiliados a diferentes EPS y que estas no ayudan con los gastos complementarios que se dan en las remisiones.

Finalmente, dentro de las estrategias para mejorar la articulación con las EPS, la gerencia de Manaure sugiere dar a conocer a estas entidades los resultados del Programa. Así mismo, desde el MSPS se espera que las EPS asuman efectivamente las labores de PyP y en particular el liderazgo del modelo de atención extramural.

MSPS

Para el caso del MSPS se encuentra que hay una percepción generalizada de un contacto constante y de calidad con las personas encargadas. Tanto gerentes, como coordinadores y equipos destacan la disponibilidad del Ministerio para solucionar dudas y atender peticiones. Además, resaltan que han tenido contacto con al menos una persona del Ministerio, no sólo por cuestiones técnicas de seguimiento y control sino también en aspectos de capacitación. En

contraste, destaca el tema de los formatos como un aspecto negativo o que requiere revisión y la necesidad de mayor asistencia técnica para el manejo integral de la desnutrición.

Así mismo, al interior del MSPS surge la necesidad de que otras dependencias se involucren más en el Programa y que se considere oficialmente el rol de la Secretaría de Salud y de las EPS dentro de la intervención.

Otras Entidades

Prosperidad Social

En el caso de la articulación con Prosperidad Social, los secretarios otorgan una calificación de 3,6. Lo anterior se explica porque en algunos casos se menciona que no han tenido contacto con esta entidad. En los casos que sí se ha dado la articulación, se menciona la necesidad de más cogestores que apoyen y se articulen con el Programa. Adicionalmente, se recomienda que la articulación con el DPS incluya atenciones complementarias y fuentes alternativas de generación de ingresos.

UNICEF

Respecto a UNICEF el MSPS mantiene un vínculo constante y adecuado. En este caso se relacionan para validar y hacer seguimiento al lineamiento dado que esta organización maneja la fórmula terapéutica. Así mismo, algunos gerentes han tenido reuniones con UNICEF para generar sinergias con otras intervenciones y para dar capacitaciones.

A manera de conclusión de la fase de implementación del Programa, se identificó que el factor de éxito más relevante es poder llegar a la comunidad y prestar los servicios a los individuos. Por esta razón, es muy importante para los encargados conocer qué elementos facilitan o dificultan la aceptación de las familias al equipo extramural en primera instancia, y a todas las intervenciones en segunda, con el fin de realizar los ajustes necesarios que aumenten la probabilidad de éxito, que está totalmente ligada a la consecución de los objetivos perseguidos.

En particular, se resalta el rol de los promotores dentro del Programa, los cuales son la puerta de entrada de los equipos extramurales. En este caso, las labores de concertación y las charlas que realizan resultan clave para el desarrollo de la intervención.

3.3.4 Fase de Monitoreo y Seguimiento

Uno de los aspectos más importantes en la implementación de las políticas públicas es definir adecuadamente y ejecutar el esquema de monitoreo y seguimiento. Solo de esta manera será posible evidenciar los aspectos que van bien, y los que requieren atención o ajustes, para tomar decisiones oportunamente y así lograr los objetivos propuestos (Zall & Rist, 2004). En este sentido, se indagó con el equipo de coordinación a nivel nacional, los gerentes de las ESE, los coordinadores y equipos extramurales sobre las actividades de monitoreo y seguimiento que tienen para el Programa.

El monitoreo y seguimiento al trabajo en terreno, sus aciertos y dificultades, y el cumplimiento de las metas, es un tema importante para los coordinadores de los equipos extramurales en cada municipio. La razón de esto es que el equipo de coordinación del nivel nacional les está *pidiendo cuentas* permanentemente, según los parámetros, variables y periodicidad establecidos en el lineamiento. Así, se puede afirmar que el esquema es piramidal, puesto que los coordinadores consolidan los reportes y novedades de sus equipos, y la coordinación en el nivel nacional consolida la información de todos los municipios.

En este proceso, los equipos de gerencia de las ESE se involucran relativamente poco, puesto que no tienen un mecanismo permanente de seguimiento y toma de decisiones, sino que conversan con los coordinadores cada uno o dos meses “*para ver cómo vamos*”. Casos especiales son los municipios de Maicao, en el que hay funcionarios de la ESE que están muy al tanto de las cosas, y Manaure, en donde el Secretario de Salud y la Gerente de la ESE tienen un comité de gestión de los equipos extramurales. Estos son buenos esfuerzos, aunque no estén formalmente establecidos, ni se hagan con método y frecuencia definida.

La periodicidad del reporte para los equipos extramurales es diaria, y sus coordinadores consolidan semanal o mensualmente para remitir al equipo de coordinación del nivel nacional. Sin embargo, se encuentra como positivo que algunos municipios están reportando a diario, o máximo semanalmente, la información más relevante y las novedades.

Para este monitoreo y seguimiento, los equipos de coordinación territoriales y el nacional, utilizan tres canales principalmente: i) Bases de datos en formato Excel que se deben alimentar conforme van atendiendo las familias; ii) Informes de implementación que generan los coordinadores mensualmente; iii) Reuniones de seguimiento que son semanales o quincenales entre equipos y coordinadores, mensuales entre los 5 coordinadores de equipos y la coordinación

del nivel nacional, y mensuales o bimensuales con los gerentes de las ESE. Los dos primeros a la vez alimentan los reportes que se hacen a la Presidencia de la República, o los documentos para enviar a terceros, como la CIDH.

Un hallazgo relevante es la falta de un sistema de información, que permita consolidar estructuradamente los resultados del Programa, y así mismo proporcione insumos para el monitoreo y seguimiento. En este sentido, además de los cambios que se dieron en los formatos después de iniciada la intervención (Ver sección 3.3.3), el Programa no contó desde el primer momento con una estructura de base de datos, que estuviera articulada con los formatos que los equipos están diligenciando en terreno (a medida que van caracterizando y prestando atenciones a las comunidades), que incluyera mallas de validación que contribuyeran a la calidad de los datos, y que permitiera la fácil y rápida consolidación de la información de los 17 equipos extramurales.

La información existe, pero ha sido recogida, reportada y consolidada *artesanalmente*, y por lo tanto han sido evidentes las dificultades para generar datos o informes oportunos y totalmente confiables, de manera tal que en la actualidad en el nivel nacional se hace un gran esfuerzo para generar la base de datos de forma definitiva del Programa, que permita realizar el cálculo de coberturas e indicadores de la atención, e incluso sirva como insumo para una evaluación de resultados.

Por otra parte, los cuatro municipios poseen estrategias específicas para cumplir las metas planteadas. Algunos de ellos las ajustan de acuerdo con los rendimientos, otros se programaron para lograr mucho más en los primeros meses e ir suavizando el ritmo en los meses finales. En otros casos, se exigen más metas para garantizar el cumplimiento de los mínimos acordados, porque se tomó como una forma de salvaguardar factores contingentes como el invierno, o porque haber iniciado más tarde implica esforzarse más para *ponerse al día*.

Se destaca que en el municipio de Uribia se definió la estrategia denominada *semaforización*, en la que escogen varias comunidades, revisan el cumplimiento de compromisos y los avances que presentan, y de acuerdo con los resultados califican en rojo, amarillo, o verde. Posteriormente, el seguimiento se realiza por medio del incremento de familias en verde y/o la reducción de familias en rojo (Entrevista a Promotores, 2016).

Finalmente, en cuanto al tema de cumplimiento de metas, los equipos manifestaron constantes dificultades. Aunque en algunos municipios se ha mostrado la disponibilidad de los equipos a trabajar duro por el cumplimiento porque *“hasta los sábados salen para cumplir las*

metas” (Entrevista a Gerente, 2016), en otros no se evidencia el mismo nivel de optimismo. No obstante, se encuentra que a pesar de las complicaciones, las metas se cumplen o se acercan al ideal.

A partir de la revisión del cumplimiento de metas, se desprende de igual manera el tema de la sobrecarga de trabajo. En este aspecto se encuentra que los equipos no sólo tienen a cargo su labor definida contractualmente dentro del Programa, sino que además deben encargarse de actividades administrativas como la digitación, o en el caso de los coordinadores que uno sólo debe hacer todos los procedimientos de cobros.

“Nosotros tenemos que hacer 50 o 45 viviendas nuevas a la semana y en seguimiento aproximadamente 5 por día, es una meta siempre pesada. A veces uno habla con otros compañeros de otros municipios y dicen ‘no, pero ustedes están haciendo tanto, si nosotros apenas tenemos tanto’...” Entrevista a equipo extramural, (2016).

La falla principal en el tema de la presión por el cumplimiento de las metas y la sobrecarga es que empiezan a *“...tratar de cumplirlas como por competencia...”*, o para cumplir *“...toca atender a los pacientes muy rápido, no puede detenerse en nadie...”* (Entrevista a equipo extramural, 2016) y esto es un factor que le resta calidad al servicio prestado a la comunidad.

3.3.5 Lecciones Aprendidas Generales

El aspecto final que abordaron las entrevistas a cada uno de los actores fue el tema de las lecciones aprendidas. Al respecto se respondieron tres ejes centrales: aspectos positivos, oportunidades de mejora y propuestas para ajustar la intervención.

i. Aspectos Positivos

Después de las experiencias que han tenido en terreno, los equipos se manifestaron sobre los aspectos que han sido positivos, relevantes, que implican cambios o mejoras en algo o para alguien. Los más mencionados durante las entrevistas pueden recogerse dentro de cinco grandes bloques: i) aceptación por parte de la comunidad, ii) cambios de actitudes o hábitos en la comunidad, iii) compromiso de los actores en los municipios y trabajo en equipo, iv) surgimiento de nuevos temas, y v) logros propios de las atenciones o prestación de los servicios.

En primer lugar, los agentes en el territorio indican que con el tiempo las comunidades se han venido mostrando más dispuestas a autorizar la entrada de los equipos extramurales, a recibir

las atenciones, y a participar activamente en los seguimientos, puesto que han tomado confianza en los equipos y han evidenciado las bondades de las actividades que realizan.

Segundo, también mencionan los entrevistados, especialmente equipos y promotores, que se vislumbran cambios en las familias, por concepto de la *educación* que se está dando a padres y niños y niñas, la mayoría de sus miembros se han hecho más conscientes de las necesidades de los menores, y conocen y usan más los servicios de salud, como asistir a los controles prenatales, las citas de crecimiento y desarrollo, vacunarse, o simplemente lavarse las manos y mantener aseado su hogar.

Tercero, los equipos demuestran compromiso, pues entregan todo para trabajar con las comunidades, se esfuerzan en las atenciones y en los reportes, e incluso se inventan maneras para que las comunidades se sientan bien atendidas, especialmente a través de mejorar la forma en la que se comunican, o generan elementos lúdicos y didácticos (opiniones principalmente de coordinadores). Así mismo, en especial los gerentes de las ESE, han empezado a evidenciar que los equipos extramurales, y los de atención intrahospitalaria, están teniendo mejor entendimiento y trabajo en equipo.

Cuarto, se presentó la necesidad de conocer mejor ciertos temas, profundizar en ellos e incluirlos en las capacitaciones de los equipos, como anemia, la preponderancia de la atención extramural, incluso para atenciones más especializadas y el manejo de la desnutrición aguda que es una competencia directa e inmediata del sector salud, signos de alarma y otros.

Por último, en cuanto a los logros que se recogen con mayor entusiasmo y en el que coinciden casi todos los actores, es la posibilidad de atender la desnutrición en ámbito comunitario, sin tener que sacar a los miembros de las familias, especialmente a los niños y niñas, de sus comunidades. Adicionalmente, se reconocen logros como llegar hasta zonas muy apartadas, a donde no han llegado las EPS en mucho tiempo, brindar atención oportuna, e incluso salvar vidas.

Eso mismo lleva a sentir que el Programa está reviviendo la confianza de las comunidades en el sector salud en general, pues ellos tendían a sentirse abandonados tanto por el Sector como por el Gobierno. En este sentido se percibe que ahora han vuelto a confiar y notan que los resultados son adecuados y desinteresados. Algunos entrevistados, en menor medida, indican que los indicadores de salud están mejorando, y que se reflejan cambios en las condiciones de salubridad e higiene.

Finalmente, en todos los niveles destacan la cohesión y la voluntad política y social de los actores, a pesar del bajo grado de articulación que todos evidencian. La mayoría de entrevistados reportó más aspectos positivos, que oportunidades de mejora del Programa.

ii. Oportunidades de Mejora

De la misma manera, de las experiencias en terreno surgen dificultades, cuellos de botella y aspectos por mejorar de los equipos extramurales. Los aspectos más mencionados durante las entrevistas pueden recogerse en cuatro grandes bloques: i) diseño, ii) operación, iii) gestión y iv) articulación.

Respecto al *diseño*, fue recurrente que se mencionara como aspecto negativo el hecho de no poder entregar medicamentos, y que no se hayan definido los mecanismos para gestionarlos con las EPS, pues como se mencionó en la sección de Entrega de este documento, esto influye directamente en la aceptación por parte de las comunidades, y genera oportunidades perdidas al ir a comunidades muy apartadas y no entregar una atención integral por no contar con medicamentos.

Así mismo, se destaca que la duración del Programa es muy corta y esto impide la obtención de indicadores o resultados concluyentes, y que la ausencia de otros profesionales (como pediatras, odontólogos, optómetras, entre otros), limitan la integralidad de las atenciones. Por último, se destaca la falta de capacitación adecuada para algunos temas específicos, especialmente para los profesionales de las EPS e IPS, en temas trascendentales como el manejo de la desnutrición en el ámbito intrahospitalario.

“Pienso que se podría mejorar, para que se vea como el impacto del Programa en las comunidades, tratar de darle más continuidad, no sé si para el próximo año el Programa continúe con recursos del Ministerio o buscar otro tipo de recursos, pero sería importante porque cuando se termina el Programa quedan las comunidades sueltas...” (Entrevista a Gerente ESE, 2016)

Por su parte, en términos de *operación*, lo más repetido es el tema de la continuidad, pues varios actores resaltan que la estrategia no puede ser de seis meses o un año, y tener periodos de espera muy extensos, o no retomarse, sino que debe mantenerse, tanto por la credibilidad que va ganando el Programa, como por el círculo virtuoso de tratamiento-cuidado-prevención que se genera al interior de las familias. En este aspecto, también se encuentra la inconformidad generalizada, especialmente por parte de los equipos, de los formatos y la falta de estandarización y capacitación al respecto, incluyendo el tema de la digitación y el recurso humano idóneo para

realizar esta actividad. Así mismo, mencionan la falta de insumos, tanto de recurso humano (nutricionistas, equipos incompletos, o insuficientes), como físicos (elementos médicos, fórmula terapéutica, papelería), como aspectos que también dificultaron la prestación del servicio integral y finalmente la sobrecarga en el tema de las metas. Todos estos temas mencionados en el capítulo 3 de este documento.

En cuanto al tema de *gestión*, refieren los coordinadores y encargados del MSPS, que aún hay miembros de la comunidad sin afiliación al SGSSS, tema que deberían solucionar las secretarías de salud, y que en algunos municipios han tenido que ser gestionados por las ESE. Debido a esta complicación en la gestión, hay una evidente falta de sincronía entre lo que hace el Programa y lo que hacen las EPS e IPS, y con otras entidades y organizaciones que se encargan de temas muy similares, lo cual limita la cobertura y la calidad de la prestación del servicio. Así mismo, los equipos extramurales refirieron numerosos problemas administrativos, en cuanto a pagos, transporte y manejo contractual.

En cuanto a la *articulación*, aparecen las dificultades asociadas a los determinantes sociales, tales como, la falta de agua en las comunidades, que obstaculizan el logro o la sostenibilidad de los resultados. Sin embargo, lo más relevante, es la mención que hacen los entrevistados a la necesidad de fortalecer los espacios intersectoriales, especialmente los que se encargan de tratar las políticas de SAN y generación de ingresos, pues esto hace que las intervenciones no sean sostenibles.

iii. Propuestas

En concordancia con las oportunidades de mejora observadas, varios de los actores hicieron propuestas de ajuste valiosas, que se pueden abarcar en dos grandes grupos: primero, los ajustes que pueden hacerse al Programa en el corto plazo, y segundo, las modificaciones que deberán darse para extensiones o próximas intervenciones, a fin de garantizar la sostenibilidad.

En primera instancia, respecto a los ajustes, lo más propuesto es obtener la autorización para llevar medicamentos esenciales a las comunidades, pues aunque son conscientes de que esa es una responsabilidad de las EPS la cual es extensible a todas las IPS (no solo a la ESE encargada), consideran que lo básico de promoción y prevención les permitiría tratar ciertos diagnósticos más fácilmente en las comunidades.

Adicionalmente, proponen, especialmente coordinadores tanto en el nivel nacional como en el local, capacitar a los equipos mucho mejor, en un plan de formación continuo, e incluir a

otros profesionales en los equipos, como odontólogos o pediatras. Los equipos sugieren que se les dote de elementos como agua, radios para la comunicación donde no hay señal -lo cual es particularmente útil para las remisiones-, dinero para imprevistos, como en el caso del invierno y laboratorio portátil para incrementar la resolutivez en las comunidades. Finalmente, recibir más apoyo por parte de los promotores, pues varios equipos no lo perciben como debe ser, y abrir espacios de discusión y lluvia de ideas entre municipios, y entre niveles de gobierno, para retroalimentar constantemente al Programa.

En segunda instancia, para garantizar la sostenibilidad del Programa, se manejan tres enfoques en las propuestas recibidas: primero, que sean las EPS quienes se encarguen del tema, de hacer promoción y prevención a través de equipos extramurales en las comunidades, pues son las que tiene la responsabilidad directa, incluso manteniendo o incorporando el recurso humano que ya ha sido capacitado; segundo, fortalecer en la zona los programas de seguridad alimentaria, que son los que en términos prácticos evitarían que los niños recaigan en el factor que dio surgimiento al Programa, es decir, a la desnutrición, y también los programas de generación de ingresos para que las comunidades sean más autónomas; y tercero, enfatizar en los programas de prevención, en vez de atención:

“si no le damos fuerza a la prevención, a lo que antecede a llegar al estado patológico y en esto fundamentalmente lactancia materna, estamos hablando menores de dos años, ese es un punto que yo creo que garantizaría la sostenibilidad”. Entrevista a MSPS, (2016).

IV.Limitaciones

Es importante mencionar los aspectos que podrían mejorarse para versiones futuras de esta evaluación o, en general, investigaciones y análisis de este tipo. En primer lugar, como se mencionó en la sección 2.4, el trabajo de campo para la recolección de información se hizo en tres momentos diferentes, con un mes de diferencia entre ellos, lo cual hace que el tiempo de exposición en el Programa sea distinto para los actores entrevistados y, por tanto, puedan cambiar las opiniones y percepciones de los aspectos que están siendo indagados. No obstante, se trató de entrevistar a los municipios según el orden en que iniciaron la implementación del Programa, de tal manera que al menos ellos llevaran el mismo tiempo de exposición; así mismo, al equipo de coordinación del nivel nacional se le entrevistó en la misma semana.

Segundo, no era posible, ni deseable según los objetivos de la evaluación, separar las entrevistas entre personas nuevas y antiguas, según lo que se explicó al final de la sección 1.2. En este sentido, puede suceder que no todos los entrevistados estuvieran hablando específicamente del Programa en su versión 2016, y puede haber sesgos hacia posiciones y percepciones tanto positivas como negativas, según las experiencias de cada individuo en terreno en el año anterior.

Tercero, como se mencionó en la sección 3.1, para esta evaluación no fue posible concluir todas las entrevistas programadas. Por dificultades en el desplazamiento, tanto de los encargados de la evaluación, como de los equipos extramurales, promotores y coordinadores, no se tiene ninguna información sobre Nazareth. Así mismo, por temas de disponibilidad y agenda, tampoco fue posible entrevistar al Secretario de Salud de Riohacha. Sin embargo, en una evaluación de corte mayoritariamente cualitativo como la presente, no es necesario que la cobertura de trabajo de campo sea universal. Igualmente, en las entrevistas realizadas se evidencia algún grado de saturación de la información, lo que permite soportar los resultados de la investigación.

Finalmente, esta evaluación no contó con acercamiento a los beneficiarios del Programa, con el fin de evaluar el proceso de entrega del bien o servicio al usuario final, a pesar de que sí se evaluó este aspecto a través de preguntas a los promotores y equipos extramurales. Este es un aspecto muy importante en una evaluación de procesos y, por tanto, podría ser incluido como parte de una siguiente evaluación o como complemento a la presente.

V. Conclusiones y Recomendaciones

A continuación se relacionan las principales conclusiones de la evaluación:

i. Fase de Planeación

A partir de los resultados encontrados, se rescata la generación del lineamiento de atención a la desnutrición como algo positivo. En este caso, a pesar de ser una intervención de emergencia, en la que las fases de planeación, diseño y puesta en marcha deben suceder muy rápidamente, se destaca como aspecto crucial y positivo, que se haya logrado generar dicho lineamiento técnico, que en adelante permitirá dar un adecuado manejo al tema de la desnutrición, tanto en el ámbito comunitario, como intrahospitalario.

Así mismo, es importante subrayar que los secretarios de salud municipales reconocen la desnutrición como el principal problema de salud pública en la región, e incluyeron líneas de acción al respecto en sus Planes de Desarrollo. No obstante, los gerentes de las ESE no tienen claridad sobre las metas que deben cumplir y de cómo se definieron. Sería importante profundizar con ellos en este aspecto, dado que algunos manifestaron no haber sido incluidos en la fase de planeación del Programa.

ii. Fase de Alistamiento

Como resultado de la evaluación se evidenciaron fallas en la fase de alistamiento, las cuales están asociadas a la conformación de equipos, la programación y desarrollo de las capacitaciones, y la provisión de insumos. Así, es posible argumentar que estos elementos afectaron de forma negativa la adecuada implementación del Programa en sus inicios. Sin embargo, es importante mencionar que estas son fallas que son bastante probables que ocurran en una intervención de emergencia.

Así, se evidenció que las dificultades para la conformación de los equipos extramurales tuvieron implicaciones en términos de la capacitación, donde algunos profesionales no pudieron participar de las mismas. En este caso, los problemas en la conformación de los equipos tuvieron implicaciones tanto operativas, por las salidas al terreno con personal sin el entrenamiento completo, como técnicas, por una posible inadecuada prestación de las atenciones en terreno.

Por su parte, los equipos extramurales indicaron haber recibido la mayoría de sus insumos antes de iniciar el trabajo en campo. La excepción a este resultado es Manaure, donde los cuatro equipos y la coordinación manifestaron haber tenido alguna dificultad con al menos un insumo.

No obstante, algunos equipos reportaron insumos faltantes o incompletos: hemocue (7/13), kit de alimento terapéutico (6/13), o glucómetros (3/13) al momento de iniciar el trabajo en campo, los cuales en su mayoría llegaron durante el primer mes de iniciada la intervención. La excepción a esto es Manaure, donde aún faltaban los hemocue al momento del tercer trabajo de campo (7 de julio).

Finalmente, es importante resaltar que la ausencia de estos insumos, en los casos mencionados y por el tiempo que faltaron, tuvo severas implicaciones para el diagnóstico, la atención, el reporte y el seguimiento de las patologías en las comunidades.

iii. Fase de Implementación

En cuanto a la implementación, los resultados muestran que ésta en general ha sido adecuada, a pesar de las dificultades que se evidenciaron en la fase de alistamiento. En esta vía, independientemente de las barreras propias del proceso, tanto para quienes fue fácil, como para quienes fue difícil, el aspecto clave es la concertación con la autoridad indígena y los líderes de las comunidades.

En este caso, los promotores han sido clave para lograr la entrada de los equipos a las comunidades. Así, se reconoce que los promotores son uno de los actores más importantes para la implementación del Programa, y que la efectividad de estos aumenta cuando son Wayuu y hablan Wayuunaiki. Sin embargo, que no sean parlantes de esta lengua, no es un impedimento para obtener buenos resultados. Así mismo, los agentes se apoyan en la trabajadora social para lo referente a concertación y socialización, y en cualquier otro miembro del equipo que hable Wayuunaiki para efectos de la comunicación. En todos los casos, los promotores mantienen su rol de vigilancia epidemiológica en las comunidades.

De forma complementaria, uno de los cuellos de botella identificados para el Programa es la disponibilidad de los promotores. Dada la importancia que tiene este rol para el desarrollo de la intervención, es importante que se tomen los correctivos necesarios para que el Programa y los equipos extramurales dispongan del número adecuado de los mismos.

En el tema de la medicina tradicional, esta no ha sido un obstáculo para las atenciones brindadas y los actores involucrados reconocen la importancia de respetar y conocer su modelo. Así mismo, las remisiones han sido pocas y han funcionado bien, y todos los involucrados conocen y siguen el mismo procedimiento.

No obstante, la ausencia de medicamentos en el Programa dificulta la implementación en dos vías: i) complica el proceso de concertación con las autoridades y líderes indígenas puesto que, de acuerdo con lo que manifiestan los entrevistados, la cultura Wayuu demanda recibir algo tangible como parte de las intervenciones; ii) reduce el porcentaje de resolutivez de ciertas atenciones en morbilidad, en especial en las zonas más apartadas. Esto último es identificado como una oportunidad perdida en la atención, dadas las dificultades que tienen las comunidades, especialmente en las zonas más apartadas, para acceder a los servicios de salud y los medicamentos.

Por su parte, la evidencia muestra que algunos aspectos de la implementación se han visto afectados por la inadecuada gestión administrativa por parte de las ESE operadoras del Programa. En este caso se encontraron algunas falencias en la planeación financiera del uso de los recursos por parte de las ESE, de acuerdo con las condiciones contractuales pactadas. Así mismo, se evidencia que algunas gerencias han mostrado desinterés sobre la implementación del Programa. Lo anterior ha obstaculizado una adecuada gestión administrativa que soporte la consecución de los resultados, que ha tenido efectos principalmente en los insumos, los pagos a los equipos y promotores, y la toma oportuna de decisiones.

En cuanto a la articulación con otras instituciones, la mayoría de actores demanda mayor coordinación con entidades tales como las EPS, el ICBF y el DPS. En este caso, se encontró que aunque la relación con el ICBF es buena en la fase de identificación de casos de desnutrición, se han presentado dificultades en la parte de complementación alimentaria de los niños atendidos, principalmente por falta de cupos. Así mismo, todos los actores coinciden en reclamar una mayor participación, responsabilidad y empoderamiento por parte de las EPS en los diferentes eslabones de la intervención: afiliaciones, intervenciones de promoción y prevención, manejo de las remisiones, provisión de medicamentos, prestación de servicios complementarios, entre otros. En última instancia, los actores en territorio manifiestan la necesidad de más asistencia técnica tanto por parte del MSPS, como de la DTS Departamental.

A manera de conclusión de la fase de implementación del Programa, sería importante que en las capacitaciones se ajuste el tema de acercamiento, concertación y trato a las comunidades, así como que se revise el diseño del Programa para garantizar la disponibilidad de medicamentos y se generen mecanismos que permitan una mejor articulación entre entidades. Con lo anterior, no

solo mejoraría la aceptación e incursión, sino también la resolutivez en terreno y por ende el estado de salud en general de las comunidades indígenas de la Alta Guajira.

iv. Fase de Monitoreo y Seguimiento

En términos generales, se encontró que el monitoreo se ha llevado a cabo de manera adecuada por parte de los coordinadores nacionales y locales. Se destaca positivamente que la coordinación nacional hace seguimiento mensual, lo que permite tomar de decisiones e intercambiar experiencias.

No obstante, la consolidación de los datos ha sido limitada por los constantes cambios en los formatos (después de iniciada la intervención), y porque la labor de digitación fue asignada a los miembros de los equipos extramurales quienes no usan las tabletas. Así, la ausencia de un sistema de información ha dificultado el monitoreo y seguimiento del Programa, la producción de información única y consolidada, y tener insumos para una evaluación de resultados.

v. Lecciones Aprendidas

Todas las personas involucradas encuentran muchos más aspectos positivos que negativos en el desarrollo de la intervención. En particular, los entrevistados coinciden en afirmar que el principal logro de esta intervención es atender la desnutrición en el ámbito comunitario, sin sacar a las personas de las rancherías. Así mismo, se destaca que el Programa ha sido efectivo en llegar hasta zonas rurales muy apartadas y trabajar temas de promoción y prevención. No obstante, la mayoría de actores solicitó revisar la duración del Programa, pues indicaron que en 6 meses es difícil conseguir resultados, mantenerlos y hacer los seguimientos correspondientes. Finalmente, los diferentes actores propusieron que para hacer la atención más integral, es deseable incluir otros profesionales tales como, pediatras, odontólogos y optómetras.

vi. Recomendaciones

Como resultado de las entrevistas y de los análisis correspondientes, se presentan las recomendaciones. Estas se encuentran priorizadas entre acciones inmediatas y temas que pueden desarrollarse en el mediano y largo plazo. Así mismo, se incluyen recomendaciones que deben ser tenidas en cuenta para cualquier intervención que se realice con la participación directa del MSPS.

En primer lugar, es necesario desarrollar y aplicar un plan de capacitaciones permanente, el cual debe complementar el manejo de la desnutrición en el ámbito intrahospitalario, incluyendo a las EPS e IPS. Igualmente, es importante dar continuidad a la intervención, pues la mayoría de los

equipos manifestó que durante los tiempos de renovación de los contratos, han visto cómo se revierten algunos resultados alcanzados (refiriéndose al paso 2015-2016). Lo anterior es importante tenerlo en cuenta tanto en el escenario que el Programa sea extendido, como en el caso de que este sea transferido a las EPS. Finalmente, surge como un tema importante generar un programa de auditorías financieras y contables, el cual se espera que impacte de forma positiva los inconvenientes de gestión y administración encontrados en la presente evaluación.

En segundo lugar, es imperante generar mecanismos de incentivos y apoyo total a los promotores. En particular, se encontró que estos agentes son los más expuestos a las dificultades de la implementación, incluyendo los temas asociados al incumplimiento de los pagos que influyen directamente en sus posibilidades de transportarse a las rancherías. Así mismo, se espera que en el mediano plazo se fortalezca el rol de las gerencias y los apoyos administrativos de las ESE, los cuales deben permitir una mejor administración de recursos. En este caso, se espera con esta acción lograr mejorar capacidades en estos actores, lo que a la larga permitirá una mejor gestión del talento humano. Finalmente, se espera que se gestione una mejor articulación, por un lado con las EPS para lograr la entrega de medicamentos, al menos, los esenciales de promoción y prevención, y por el otro lado, con la Gobernación para que brinde el apoyo requerido a los municipios.

En tercer y último lugar, es importante que el MSPS tenga en cuenta en cualquier intervención que realice los siguientes aspectos:

Desarrollar completamente los documentos, guías, lineamientos y formatos antes de empezar la intervención, especialmente si éstos se constituyen como insumos para la ejecución de las actividades contempladas, con el fin de reducir al mínimo el traumatismo que puede causar en terreno cualquier modificación que se realice. En el mismo sentido, es indispensable trabajar desde el comienzo en el sistema de información para este tipo de intervenciones. Es suficiente con que se defina rigurosamente una estructura de base de datos, que permita recoger y conectar las variables clave, y que pueda disponerse en una hoja de cálculo o en una plataforma Web sencilla.

Por otra parte, respecto a la arquitectura institucional, es importante gestionar que todos los actores relevantes conozcan y asuman sus roles y responsabilidades. En particular para estas intervenciones de atención integral en salud y nutrición, es imperioso conducir a las EPS a que asuman sus responsabilidades generales de promoción y prevención de la salud en estas comunidades, y definir los mecanismos de coordinación para solucionar temas críticos como la

provisión de medicamentos y servicios complementarios según sus competencias. Así mismo, mejorar la articulación con los programas de SAN y de generación de ingresos, que permitan no solo el logro y sostenibilidad de los resultados para el gobierno, sino también la co-gestión de su propio desarrollo a estas comunidades Wayuu.

Bibliografía

BID, 2010. *Program to support the extension of social protection and comprehensive health care*, s.l.: s.n.

Bookbinder, M. y otros, 2011. Nurse Practitioner-Based Models of Specialist Palliative Care at Home: Sustainability and Evaluation of Feasibility. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), pp. 25-34.

Chalmers, I., 2003. Trying to Do More Good than Harm in Policy and Practice: The Role of Rigorous, Transparent, Up-to-Date Evaluations. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Volume 589, pp. 22-40.

García, M., 2011. *Gestión para resultados en el desarrollo en gobiernos subnacionales*. [Online] Available at: <http://planeacion.finanzasdurango.gob.mx/doctos/documentos/BID%20Curso%20GPR/Modulo%206%20Seguimiento%20y%20evaluacion%20de%20los%20resultados.pdf> [Accessed 11 Agosto 2016].

Grande, E., 2013. *Innovative Models for the Evolving Home Health and Hospice Industry*. [Online] Available at: <http://www.vnaa.org/files/Education-Quality/VNAA%20CSfinal.pdf> [Accessed 11 Agosto 2016].

Lucas, B., Small, N., Greasley, P. & Daley, A., 2008. A reassuring presence: An evaluation of Bradford District Hospice at Home service.. *BMC Palliative Care*, 7(9).

MSPS, Dirección de Epidemiología y Demografía, 2010. *Encuesta Nacional de Situación Nutricional*. s.l.:s.n.

MSPS, 2016. *Insumos Técnicos y Operativos del Modelo Integral de Atención en Salud en Zonas Rurales Dispersas*. s.l.:s.n.

Naglie, G. y otros, 2015. The integrated community care team: An innovative care model for frail seniors.. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), p. S75.

Navarro, H., 2005. Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza. *Serie Manuales. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES)*, Issue 41, p. 85.

New Brunswick Extra-Mural Program, 2016. *Extra-Mural Program*. [Online] Available at: http://www2.gnb.ca/content/gnb/en/services/services_renderer.8975.Extra-Mural_Program.html

[Accessed 01 Junio 2016].

Podestá, J., 2001. Problematización de las políticas públicas desde la óptica regional. *Última Década*, 9(15), pp. 163-175.

QSR International, 2015. *NVivo 11 (Version 11.3)*. s.l.:s.n.

QSR International, 2015. *NVivo 11 Starter for Windows*. s.l.:s.n.

Quintana, A., 2006. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Psicología: Tópicos de actualidad*, pp. 47-84.

Stewart, M. y otros, 2010. Integrating Physician Services in the Home: Evaluation of an innovative program.. *Canadian Family Physician*, 56(11), pp. 1166-1174.

UNICEF & Wisbaum, W., 2011. *La Desnutrición Infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. [En línea] Available at: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf> [Último acceso: Agosto 2016].

Uys, L., 2001. Evaluation of the integrated community-based home care model. *African Journal of AIDS Research*, 5(3), pp. 75-82.

Zall, J. & Rist, R., 2004. *Manual para gestores del desarrollo: 10 pasos hacia un sistema de seguimiento y evaluación basado en resultados*. [Online] Available at: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/254101468183894894/pdf/296720SPANISH0101OFFICIALOUSEOONLY1.pdf>

[Accessed 11 Agosto 2016].