

# **Evaluación de la efectividad y sostenibilidad de la Estrategia Seres de Cuidado desde 2015 hasta 2019, en los departamentos de Chocó, Córdoba y La Guajira**

## **Producto 3 – Informe Final**

**Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - Cinde**

**Mauricio Aguilar – Director de la evaluación**

**Orlando Scoppetta – Experto cuantitativo**

**Paula Quintero – Experta cualitativa**

**Daniela Vélez – Asesora en muestreo**

**Alejandra Prada – Asistente de investigación**

**Presentado a: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF**

09 de diciembre de 2020

## Tabla de contenido

I.	Resumen ejecutivo .....	6
II.	Aspectos generales .....	8
2.1	Antecedentes .....	8
2.2	Descripción del modelo .....	9
2.3	Propósito y objetivos de la evaluación .....	13
2.4	Metodología de la evaluación.....	14
2.4.1	Preguntas Orientadoras .....	15
2.4.2	Estrategia cualitativa .....	17
2.4.3	Estrategia cuantitativa .....	20
2.4.4	Estrategia de muestreo cuantitativo.....	21
2.4.5	Triangulación de la información.....	24
2.5	Criterios de evaluación.....	24
III.	Hallazgos .....	25
3.1	Características generales de las muestras efectivas .....	25
3.2	Resultados de la estrategia: Prácticas.....	27
3.2.1	Práctica 1 - Brindando apoyo a la mujer embarazada con cuidados adecuados.....	28
3.2.2	Práctica 2 - Asegurando que niñas y niños tengan el esquema de vacunación adecuado para la edad.....	30
3.2.3	Práctica 3 - Compartiendo espacios de afecto, estímulo, juego y comunicación con niñas y niños.....	31
3.2.4	Práctica 4 - Brindando cuidados y tratamiento apropiado a niñas y niños .....	32

3.2.5	Práctica 5 - Alimentando a niñas y niños solo con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad .....	33
3.2.6	Práctica 6 - Complementando la alimentación de niñas y niños a partir de los 6 meses de edad, sin interrumpir la lactancia materna hasta los 2 años. ....	34
3.2.7	Práctica 7 - Adoptando medidas saludables de preparación, manipulación, conservación y consumo de los alimentos.....	35
3.2.8	Práctica 8 - Lavando las manos con agua y jabón en los momentos clave .....	36
3.2.9	Práctica 9 - Asegurando que las niñas y niños reciban los cuidados necesarios para una buena salud oral.....	37
3.2.10	Práctica 10 - Tomando las medidas adecuadas para tener agua segura para consumo y aseo personal .....	39
3.2.11	Práctica 11 - Manteniendo la casa limpia y dando un tratamiento adecuado a las excretas, las aguas residuales y los residuos sólidos .....	41
3.2.12	Práctica 12 - Protegiendo a la familia de moscas, cucarachas, ratas, zancudos, murciélagos y otros animales que representan un peligro para la salud .....	42
3.2.13	Práctica 13 - Tomando medidas adecuadas para mantener la cocina libre de riesgos y prevenir accidentes en el hogar y su entorno.....	43
3.2.14	Enfermedades o accidentes .....	44
3.2.15	Comparación con resultados del seguimiento .....	45
3.2.16	Análisis cualitativo.....	48
3.3	Análisis de asociación.....	58
IV.	Conclusiones .....	61
V.	Recomendaciones .....	64
	Anexos.....	68
	Anexo 1. Matriz de consistencias.....	68
	Anexo 2. Instrumentos de recolección de información cualitativa .....	68

Anexo 3. Instrumentos de recolección de información cuantitativa.....	68
Anexo 4. Revisión documental.....	68
Anexo 5. Equipo evaluador .....	68
Anexo 6. Términos de referencia .....	68

## Figuras

Figura 1. Cadena de Valor de la Estrategia Seres de Cuidado.....	13
Figura 2. Representación factorial de las familias.....	58
Figura 3. Representación simultánea de familias y variables .....	59

## Tablas

Tabla 1. Categorías y variables de la estrategia cualitativa.....	17
Tabla 2. Resumen de la recolección información cualitativa por municipio.....	19
Tabla 3. Hogares dentro de la estrategia Seres de Cuidado en los municipios priorizados por el número de mediciones realizadas.....	21
Tabla 4. Número de encuestas realizadas por departamento y nivel de error alcanzado.....	23
Tabla 5. Datos básicos de la muestra.....	26
Tabla 6. Distribución de género por municipio.....	26
Tabla 7. Estadísticos de la edad por municipio .....	27
Tabla 8. Apoyo a la mujer embarazada.....	29
Tabla 9. Signos de alarma durante el embarazo.....	29
Tabla 10. Esquema de vacunación para niñas y niños .....	30
Tabla 11. Registro civil para niñas y niños .....	30
Tabla 12. Espacios de afecto, estímulo, juego y comunicación con niñas y niños .....	31
Tabla 13. Corrección de faltas con niños y niñas .....	32
Tabla 14. Atención de enfermedades en niños y niñas .....	32
Tabla 15. Calostro a niños y niñas recién nacidos.....	33
Tabla 16. Apoyo a la madre lactante .....	34
Tabla 17. Alimentos complementarios para niñas y niños mayores de 6 meses.....	34
Tabla 18. Condiciones de alimentos y área de preparación .....	35
Tabla 19. Lugar y lavado de manos.....	36
Tabla 20. Lavado de manos en niñas y niños.....	36
Tabla 21. Asistencia a control Odontológico .....	37
Tabla 22. Control odontológico por rango de edad.....	37
Tabla 23. Lavado de dientes de niñas y niños.....	38

Tabla 24. Lavado de dientes de niñas y niños.....	38
Tabla 25. Uso y creencias sobre el chupo y el tetero .....	38
Tabla 26. Creencias sobre el uso y el tetero .....	39
Tabla 27. Procedencia del agua .....	39
Tabla 28. Tratamiento del agua en el hogar .....	40
Tabla 29. Almacenamiento agua .....	40
Tabla 30. Observación del agua almacenada.....	40
Tabla 31. Tipo de servicio sanitario y manejo de basuras.....	41
Tabla 32. Presencia de vectores en el hogar .....	42
Tabla 33. Control de mosquitos y roedores en el hogar.....	42
Tabla 34. Existencia y alcance de las niñas y niños de instrumentos potencialmente peligrosos en los hogares.....	43
Tabla 35. Ubicación de la cocina dentro del hogar.....	44
Tabla 36. Enfermedades o accidentes en el hogar .....	44

## I. Resumen ejecutivo

Entre los años 2010 y 2011, se integraron 3 estrategias bajo el nombre de “estrategia integradora de prácticas clave a promover con comunidades indígenas y afrocolombianas de Chocó”. Este sería el cimiento de la estrategia Seres de Cuidado, que nace en 2015, buscando alcanzar el cambio social sostenible beneficiando la salud, nutrición y vida de niñas y niños, mujeres en embarazo y mujeres lactantes. Esta estrategia prioriza 13 prácticas basadas en la evidencia científica y catalogadas como las de mayor alcance en la familia y la sociedad y con mayores efectos en niñas, niños y madres.

Para el desarrollo de la estrategia, se juntaron familias, agentes comunitarios, la comunidad y los agentes institucionales garantes de derechos, con la asistencia técnica y financiera de UNICEF y sus trabajadores territoriales. En coordinación, se priorizaron las familias y territorios seleccionados, los agentes comunitarios hicieron el acompañamiento para la iniciación de las prácticas contempladas en la estrategia, su continua evaluación, el desarrollo de actividades comunales y acompañamiento institucional en las comunidades. Lo anterior, se desarrollaba con el objetivo de aplicar las prácticas a nivel familiar, las cuales se convertirían en prácticas que se desarrollan a nivel comunitario y movilizaciones por los derechos de niños, niñas y adolescentes, así como mujeres gestantes y madres lactantes. Así mismo, el diseño buscó que los cambios derivados de la aplicación de las prácticas se tradujeran en mejoras en la salud tanto de los niños y niñas como de las mujeres en estado de embarazo y lactancia, al haber mayor control prenatal, a la vez que se aumenta la cobertura de vacunación, el número de niñas y niños con registro civil y la presencia institucional, mientras se disminuye la presencia de enfermedades como la diarrea.

Así, la presente evaluación, ejecutada por una firma externa bajo el financiamiento y apoyo técnico de UNICEF y que sigue las políticas y procedimientos de esta entidad, tiene como objetivo valorar la efectividad y sostenibilidad de la estrategia, usando herramientas cuantitativas y cualitativas. Por un lado, la estrategia cuantitativa consistió en realizar una medición de las prácticas clave en las familias participantes, la cual se comparó con el seguimiento hecho al interior de la estrategia. Por otro lado, la estrategia cualitativa contempló una revisión documental con una recolección de información de las familias participantes, de los agentes comunitarios (agentes educativos), los coordinadores de campo y los agentes institucionales mediante entrevistas semiestructuradas y grupos focales. La información se consolidó, se analizó y se trianguló cuidadosamente para el desarrollo de los hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

En esta línea, la efectividad de la estrategia se expresa en el cumplimiento de los resultados esperados del programa, los cuales son: (i) más del 90% de las familias identifique las prácticas clave y conozcan cómo implementarlas, (ii) más del 90% de los hombres de las familias conozcan su rol en el cuidado integral de la primera infancia, (iii) las comunidades desarrollen iniciativas para fortalecer y mantener las prácticas clave, y (iv) se cuenten con respuestas coordinadas con instituciones locales de gobierno a las demandas de las familias y la comunidad, donde todos estos resultados contribuyen a la

implementación de prácticas apropiadas, movilizaciones por derechos y garantía institucional de derechos de tal forma que se impacten las condiciones de salud de niños y niñas, mujeres gestantes y madres lactantes. Por su parte, la sostenibilidad se midió como el acompañamiento a las entidades territoriales, el acompañamiento por parte del agente educativo, la continuidad de las actividades comunitarias y la recordación que tienen las familias sobre las prácticas aprendidas y si, mejor aún, las implementan de manera satisfactoria.

En este punto se encuentra que las prácticas más recordadas fueron las mismas donde se registró un mayor porcentaje de cumplimiento, como aquellas relacionadas con *cuidarnos en casa*, específicamente las prácticas asociadas al uso y manejo del agua, de las basuras, las excretas y la manipulación de alimentos. De esta forma, se encuentran ejemplos como la adecuada separación del agua de consumo (95.8% de los hogares), el uso de tapas para los recipientes de agua (95.9%), el buen manejo de basuras (sólo el 6.1% de las familias la tiran a fuentes hídricas o al piso) y la correcta preparación de alimentos (el lugar de preparación de los alimentos se ve aseado y limpio en 91.3% de las familias).

Paralelamente, las prácticas menos recordadas tienen menores niveles de cumplimiento, este es el caso de los cuidados prenatales y durante el periodo de lactancia, la salud oral y el cuidado de las niñas y niños. En este caso se encuentran resultados como: poco reconocimiento de los signos de alarma durante la gestación por parte de la gestante y su pareja (72% y 60%, respectivamente), bajo apoyo a la madre lactante en las tareas del hogar (57.9%), un deficitario control odontológico anual (31.5%) y métodos violentos en la corrección de faltas de niños y niñas (43% de niños y niñas afirman ser gritados o castigados físicamente).

Por otro lado, al comparar los resultados de la medición realizada en esta evaluación con los de seguimiento propios de la estrategia, se destaca un balance positivo. En particular, las prácticas asociadas al apoyo a mujeres embarazadas, así como a la adecuada corrección de niños y niñas (sin gritos o castigos físicos) son más frecuentes en comparación con los resultados de seguimiento. No así, la identificación de signos de alarma, la asistencia a controles odontológicos, el uso de chupo y biberón, y, en menor medida, el aseo del hogar, el tratamiento de excretas y la protección del hogar frente a animales que pueden representar riesgos en salud, que mostraron un porcentaje de cumplimiento mayor en el seguimiento.

Adicionalmente, se observan varios factores facilitadores, así como riesgos para la sostenibilidad de la estrategia. En este sentido, se observa como factor facilitador el rol del agente educativo que, al ser un miembro de la comunidad facilita tanto la implementación de la Estrategia, como su aprendizaje y oportuna solución de dudas. En contraste, algunos factores que pueden obstaculizar la sostenibilidad de las prácticas se refieren a los daños o pérdida de los implementos entregados, así como a factores regionales que pueden ser minimizados por la estrategia, pero no borrados como las barreras de acceso a servicios públicos.

En lo relativo al rol de los hombres y la perspectiva de género, se evidencian avances en la transformación del rol masculino dentro de la estructura de las familias, que se expresan a través de su

integración a las prácticas, el reconocimiento de la importancia del cuidado de los niños y la expresión del afecto así como la participación en las labores domésticas y de cuidado. Aun cuando las estructuras familiares mantienen la asignación tradicional de los roles, y los hombres tienen restricciones en su vinculación y participación en las actividades por sus compromisos laborales, han podido dar cuenta de la estrategia y la valoran como positiva para su vida y la de sus familias. En menor medida, reconocen la importancia de los procesos comunitarios como parte de la estrategia y así mismo, muestran poco reconocimiento de las instituciones y su presencia en los territorios y las comunidades. En este mismo sentido, se observa que el acompañamiento de agentes educativos masculinos incentiva la participación de los hombres, su involucramiento en las actividades y la valoración que hacen de la estrategia.

Frente al empoderamiento comunitario, a partir de las actividades propuestas por la estrategia en el espacio público, se ha potencializado el liderazgo femenino y juvenil, generando de esta forma condiciones para la sostenibilidad de la estrategia. Pese a estos avances, la presencia institucional y por consiguiente la garantía de derechos de niños y niñas presenta posibles retos a la sostenibilidad ya que la institucionalidad está mediada por agentes educativos o por el equipo de la estrategia, haciendo que no haya un reconocimiento sin actores externos.

Finalmente, las recomendaciones para futuras implementaciones de esta estrategia o similares, las cuales aumentan la efectividad, son el incentivo y recordatorio de las prácticas no urgentes en las familias para garantizar un desarrollo más homogéneo de las 13 prácticas; y el trabajo comunitario con agentes educativos hombres y actividades enfocadas en los roles masculinos dentro del hogar en horarios no laborales. Por su parte, para aumentar la sostenibilidad, se recomienda el aprovisionamiento continuo de materiales a favor de la implementación de las prácticas dado los desgastes posibles y los materiales no entregados; el trabajo diferenciado con hogares jóvenes donde la probabilidad de cambio es mayor; la apropiación de la estrategia, visitas y jornadas comunitarias por parte de las instituciones territoriales garantes de derecho; la gestión de alianzas para asegurar la continuidad y la visibilización de las brechas regionales, por ejemplo, en el tema de aprovisionamiento de servicios públicos.

## II. Aspectos generales

### 2.1 Antecedentes

La Estrategia Seres de Cuidado surge como respuesta a la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios integrales de la primera infancia en las poblaciones rurales dispersas, indígenas y afros que ha dado lugar a brechas históricas en temas de salud y educación en menores de 5 años, además de responder a las prácticas inadecuadas que las familias realizan alrededor de la salud, la nutrición y el desarrollo de niños y niñas menores a 5 años.

Seres de Cuidado nació con la integración conceptual y metodológica de tres estrategias que se venían implementando a nivel familiar y comunitario mediante la participación y acercamiento de las



comunidades (AIEPI, IAMI y entornos saludables). Estas tres últimas incluían unas prácticas clave a favor de la salud, la nutrición y la vida de niños y niñas, mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia. La integración se dio entre los años 2010 y 2011 bajo el nombre de “estrategia integradora de prácticas clave a promover con comunidades indígenas y afrocolombianas de Chocó”, en la cual se priorizaron trece (13) prácticas con respaldo científico, consideradas como las de mayor impacto en la salud y desarrollo de los niños, niñas y madres, así como de mayor incidencia en las familias y las poblaciones. Luego de una consulta participativa con las comunidades del departamento de Chocó en 2012 y un proceso de ejecución, ajuste y consolidación entre 2013 y 2015, se implementó el nombre “Seres de Cuidado: cuidamos a quienes deben ser cuidados” (UNICEF, 2018).

Es importante señalar que antes de esta integración, las prácticas trabajadas con las comunidades estaban sustentadas en evidencia; sin embargo, el proceso de incorporación por parte de las poblaciones vulnerables no se conocía. Dado lo anterior, la estrategia Seres de Cuidado responde este punto teniendo como eje y centro de acción la familia, ya que ésta es el ámbito de socialización primaria y sujeto de crianza de niños y niñas, transmisora de valores, hábitos y costumbres (UNICEF, 2018), además de incidir en las acciones comunitarias donde se refuerzan las prácticas.

## 2.2 Descripción del modelo

La estrategia, desarrollada entre los años 2015 y 2019 en los departamentos de Córdoba, Chocó y La Guajira, priorizó trece (13) prácticas bajo una intervención centrada en el cambio social sostenible, es decir en la continuidad de las prácticas luego de terminado el acompañamiento. El proceso de fomentación de las prácticas en las familias se definió mediante dos criterios de intervención: (i) el acompañamiento permanente y (ii) el acompañamiento por parte de un miembro de la propia comunidad (agente educativo comunitario), el cual da ejemplo de las prácticas, buscando así garantizar la mayor probabilidad de cambio<sup>1</sup> en las poblaciones. Estos acompañamientos están sustentados en que las familias aprenden de sus pares, de sus vecinos, generando mayor interés hacia el cambio y legitimidad al proceso. Además, el agente educativo al pertenecer a la comunidad no solo lleva un conocimiento sino un valor social, esta situación hace que el aprendizaje se genere desde el mismo contexto y por tanto facilite el cambio (UNICEF, 2018).

Así, la estrategia llega a la familia por medio de un agente educativo comunitario, haciendo la valoración inicial conjunta entre la familia y el agente educativo de las trece (13) prácticas clave - “deber ser” -, y sus respectivos comportamientos el - “es”-. El diagnóstico inicial de las prácticas por familia se condensa en un semáforo: rojo (alto riesgo), amarillo (mediano riesgo) y verde (sin riesgo). Con esta semaforización, se inicia un trabajo conjunto con la familia para definir qué práctica cambiar y cómo hacerlo. El cambio es orientado por el agente educativo quien, previamente capacitado, ya ha hecho cambios en su propia familia (UNICEF, 2018).

---

<sup>1</sup> Identificar situaciones (prácticas y comportamientos) a nivel familiar que, de acuerdo con la evidencia, tienen un efecto positivo en el desarrollo infantil temprano, y pasar esta práctica individual/familiar a una norma social (UNICEF, 2018)

Una vez se identifican las prácticas y comportamientos a nivel familiar, se promueve el cambio en el hogar con los propios recursos de la familia, involucrando a varios actores de la familia, de la comunidad y de la institucionalidad (sector salud, la registraduría y las empresas prestadoras de servicios públicos, entre otras), que, se espera, con el tiempo identifiquen un beneficio tanto individual, familiar y comunitario.

Así, el agente educativo hace visitas domiciliarias periódicas de acompañamiento y de educación a las familias, incentivando el cambio y los vínculos entre los miembros de las familias con el niño y niña, las familias con las comunidades y las familias con las instituciones garante de derechos. En estas visitas, el agente acompaña y valora el progreso de las prácticas usando el material educativo puesto a su disposición, el cual le permite identificar qué debe saber, qué aprendió, cómo aplicar lo aprendido y cómo consolidar la práctica en la familia y a nivel comunitario. Pasado un tiempo de acompañamiento y de acción conjunta entre familia, niña-niño, comunidad e institución se valoran nuevamente los comportamientos y prácticas y se hace la valoración del cambio<sup>2</sup> (UNICEF, 2018).

De esta manera, los actores involucrados en la estrategia son, por una parte, Unicef que desde su oficina en Colombia asiste técnica y financieramente la implementación de la estrategia en los terrenos y cuenta con el apoyo de Unicef Noruega, la Unión Europea, el Banco de Bogotá y la Unión de Colegios Bilingües, además de tener aliados como el MEN para el componente de sostenibilidad institucional. Por otra parte, se encuentran los socios implementadores que apoyan la operación en regiones específicas. Además, se encuentra: (i) el coordinador general, el cual se encarga de la selección tanto de los territorios como de los coordinadores de campo, a quienes también capacita, organiza y distribuye en el territorio; (ii) los coordinadores de campo que capacitan a los agentes educativos, les asignan territorios, les entregan kits y los organizan por familias; (iii) el coordinador general que, además de seleccionar a los agentes educativos y a las familias con las que se trabajarán junto con el coordinador de campo, realizan el reconocimiento del territorio asignado con el coordinador de campo.

Así mismo, están las familias participantes de la estrategia y los vínculos de cada miembro del hogar con el interior de la familia, con las comunidades y con las instituciones que prestan los servicios de salud, la registraduría y las empresas prestadoras de servicios públicos. Adicionalmente, los equipos en los territorios cuentan con documentos insumo para los agentes educativos como guías para la operación en campo, los instrumentos para la recolección de la información y kits<sup>3</sup>.

Entonces, para que la estrategia sea implementada de manera exitosa, es necesario suponer que los actores tienen claridad respecto a su rol y responsabilidades y los cumplan. También, se requiere que los actores se articulen correctamente, que los insumos entregados como los kits sean pertinentes y que los recursos humanos, físicos y financieros sean suficientes y adecuados. Similarmente, es necesario que: (i) la priorización y reconocimiento de territorios sea adecuada, a la vez que los coordinadores de

---

<sup>2</sup> El grupo de coordinación establece el inicio de la actualización de datos generales una vez al año y el monitoreo de las prácticas claves cada 3 o 4 meses.

<sup>3</sup> El kit consta del manual del agente educativo, cuaderno planeador, colores, lápiz, esfero, borrador, regla, borrador, pegante, rotafolio, sombrilla y maletín.

campo y los agentes educativos se organicen y distribuyan correctamente; (ii) haya aceptación de la estrategia por parte de las autoridades y la comunidad; (iii) las convocatorias sean transparentes y cumplan con estándares de calidad; (iv) las capacitaciones a los agentes educativos sean adecuadas e implementen las trece (13) prácticas enseñadas; (v) la comunidad vea como un ejemplo a los agentes educativos; (vi) las familias escogidas efectivamente debían ser priorizadas; (vii) el mapa comunitario del territorio se realiza de forma correcta; (viii) el diagnóstico, la clasificación, presentación de resultados y monitoreo a las familias se llevan a cabo correctamente; (ix) la planeación con cada familia es clara y se cumple; (x) no se elige como comunidad a un grupo de personas que no se identifica como tal; y (xi) el agente educativo es empático y cumple con su rol y la comunidad asistente a las actividades establecidas.

Igualmente, con el fin de tener los efectos deseados, a nivel de producto, se requiere que las familias se sensibilicen sobre la importancia de las prácticas clave de tal forma que las identifiquen e implementen, además de que los hombres de las familias participen y se concienticen de su rol en el cuidado integral de la primera infancia. En cuanto a la comunidad, es necesario que esta participe en las actividades y ejecute iniciativas para mejorar y fortalecer las prácticas claves, tomando conciencia para empoderarse de sus derechos y, posteriormente, movilizarse para exigirlos. Además, las instituciones locales deben ser fortalecidas para que garanticen una respuesta a las necesidades de las comunidades. A nivel de resultados, se supone que las familias ofrecen lactancia materna exclusiva hasta los seis meses a sus hijas e hijos, e inician de manera adecuada el esquema de alimentación complementaria; las dinámicas familiares cotidianas reflejan la participación del hombre en el cuidado y crianza y la promoción de espacios de afecto, juego y estímulo con las niñas y los niños; continúa el suministro adecuado de agua segura a las diferentes comunidades en los territorios, donde se implementa la estrategia; y continúa el compromiso de las instituciones de gobierno en los territorios, para garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes (UNICEF, 2018). A nivel de impacto, se tiene como supuesto que la implementación de las prácticas clave se vuelva un hábito y se perciban como normas sociales, además la institucionalidad local debe mantener su compromiso de dar respuesta a las necesidades de la comunidad, a la vez que se promueve la participación y empoderamiento de la comunidad.

Con los supuestos anteriores en mente, se tienen 6 procesos en el marco de la estrategia, empezando por el alistamiento logístico, donde se reconocen los territorios para la implementación de la estrategia, continuado por una socialización con las comunidades y autoridades. Al obtener la aceptación por parte de estos últimos, se seleccionan y capacitan los coordinadores de campo, y se abre la convocatoria en los territorios para los agentes educativos. Luego de su elección, los agentes educativos son capacitados, organizados y distribuidos en los territorios.

El segundo proceso corresponde al diagnóstico sobre las prácticas, donde se realiza la primera visita domiciliaria del agente educativo a la familia, la cual concluye con el diagnóstico inicial de las 13 prácticas (línea de base) y la información de datos generales de la familia. Se clasifican las prácticas clave por nivel de riesgo a nivel familiar y comunitario por colores de acuerdo con la semaforización (color rojo-riesgo alto, color amarillo-riesgo medio y color verde-sin riesgo) y se inicia el trabajo de

acompañamiento por parte del agente educativo. Cabe indicar que se realizan valoraciones 2 veces al año.

Este segundo punto abre el camino a los siguientes procesos: la sensibilización a las familias sobre las trece (13) prácticas clave por parte del agente educativo; la realización de jornadas lúdicas con las familias y la comunidad para compartir espacios de afecto, estímulo y comunicación; desarrollo de iniciativas comunitarias como talleres de capacitación, jornadas de aseo, vacunación, fumigación y prevención de enfermedades o festivales de ternura o la creación de redes comunitarias con el apoyo de los líderes comunitarios y las instituciones; y finalmente, el desarrollo de un plan de abogacía e incidencia institucional para responder las necesidades en los territorios de acuerdo con el diagnóstico. Cabe indicar que estos procesos no siguen una lógica lineal, pueden desarrollarse de manera paralela.

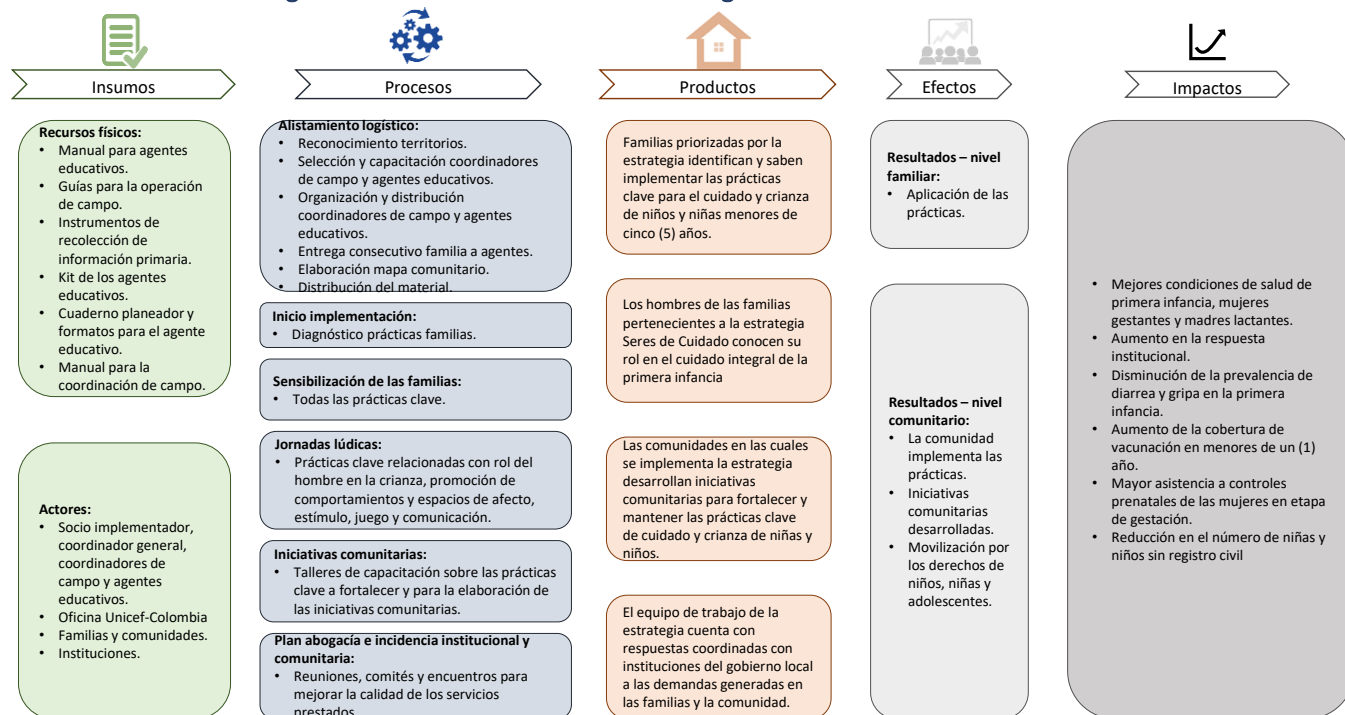
Como producto directo de la estrategia, se espera que: (i) las familias se sensibilicen y, por ello, más del 90% de las familias priorizadas por la estrategia identifiquen y sepan implementar las prácticas clave para el cuidado y crianza de niños y niñas menores de cinco (5) años, (ii) dada la sensibilización y concientización promovida, más del 90% los hombres de las familias pertenecientes a la estrategia Seres de Cuidado conozcan su rol en el cuidado integral de la primera infancia, (iii) las comunidades en las cuales se implementa la estrategia desarrollen iniciativas comunitarias para fortalecer y mantener las prácticas clave de cuidado y crianza de niñas y niños, y (iv) el equipo de trabajo de la estrategia cuente con respuestas coordinadas con instituciones del gobierno local a las demandas generadas en las familias y la comunidad (UNICEF, 2018).

Como resultado de la estrategia se espera que las familias apliquen las prácticas y comportamientos apropiados, es decir, la implementación de las trece (13) prácticas clave, en particular, se debe concluir que todas ellas o la mayoría están clasificadas en la valoración comunitaria sin ningún riesgo (UNICEF, 2018). De igual manera, con el desarrollo de iniciativas comunitarias y las respuestas institucionales acorde a las peticiones de las comunidades, se tiene como resultado la movilización y empoderamiento de las comunidades en cuanto a la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes (UNICEF, 2018).

Finalmente, a nivel de impactos, se espera que la estrategia contribuya a cambiar, debido a que no depende exclusivamente del desarrollo de la estrategia, a nivel familiar y comunitario, el cuidado y la crianza de los niños y niñas en primera infancia, mejorando la salud materna e infantil, aumentando las respuestas institucionales, promoviendo comportamientos de cuidado y espacios de afecto, estímulo, juego y comunicación con niños y niñas, así como la alimentación e higiene adecuadas. Lo anterior se manifiesta en hechos como la disminución de la prevalencia de diarrea y gripa en la primera infancia, el aumento de la cobertura de vacunación en menores de un (1) año y una mayor asistencia a controles prenatales de las mujeres en etapa de gestación. De manera similar, se espera que se promueva la participación y rol del hombre en la crianza y desarrollo de niños y niñas a la vez que se generan procesos de participación y empoderamiento de la comunidad, por lo que se reduciría el número de niñas y niños sin registro civil (UNICEF, 2018).

A continuación, se presenta la cadena de valor de la estrategia:

Figura 1. Cadena de Valor de la Estrategia Seres de Cuidado



Fuente: Elaboración propia (2019).

## 2.3 Propósito y objetivos de la evaluación

El propósito de la consultoría, cuyo equipo de trabajo se presenta en el Anexo 5, es evaluar la efectividad y sostenibilidad de la estrategia “Seres de Cuidado”, como estrategia de cambio social con respecto a las 13 prácticas priorizadas y promovidas entre los años 2015 y 2019 en los municipios priorizados de los departamentos de Córdoba, Chocó y La Guajira<sup>4</sup>.

Los objetivos específicos de la evaluación están definidos así:

1. Identificar - en cada territorio priorizado - la efectividad y continuidad de las trece (13) prácticas en las familias focalizadas en donde se implementó la estrategia, entre 2015 y 2019.
2. Identificar los factores (e. g. sociales y culturales) internos y externos a la familia - y a la propia estrategia - que facilitaron o dificultaron la efectividad y continuidad de la estrategia Seres de

<sup>4</sup> Tomado de los términos de referencia (anexo 6).

Cuidado, en el cambio social propuesto, relacionado con la transformación y apropiación de prácticas de cuidado para la primera infancia, a través del tiempo.

3. Identificar en la implementación de la estrategia, los cambios en los roles y relaciones en torno a la igualdad y no-discriminación por razones de género, en particular lo referido a la transformación del rol masculino en el cuidado y crianza del niño/a dentro de la familia, en sus respectivas comunidades.
4. Evaluar, según la información disponible, el impacto generado por el desarrollo de la estrategia en lo referente a la salud del niño-niña menor de cinco años, la tenencia del registro civil y la reducción de la desnutrición aguda.
5. Establecer los hallazgos, conclusiones y recomendaciones que permitan mejorar la efectividad y sostenibilidad de la Estrategia Seres de Cuidado.

## 2.4 Metodología de la evaluación

El marco de la evaluación está compuesto por los objetivos planteados, las preguntas orientadoras para cada objetivo<sup>5</sup>, los métodos de recolección de información cualitativa y cuantitativa, y la triangulación de la información recolectada. Cabe indicar que la matriz de consistencias (Anexo 1) permite visualizar la integración y relación de estos elementos que componen la evaluación, facilitando la triangulación de la información. Así, en términos generales, la evaluación utilizó una aproximación de métodos mixtos – cuantitativos y cualitativos- para recolectar la información que responde las preguntas de evaluación. Por un lado, la estrategia cualitativa recurrió a la revisión documental, así como al desarrollo de 2 grupos focales presenciales en la comunidad Ishotshimana en La Guajira y 42 entrevistas semiestructuradas vía telefónica en La Guajira, Córdoba y Chocó<sup>6</sup>. Por otro lado, la estrategia cuantitativa contempló la revisión de información existente y el levantamiento de información adicional en los municipios de Quibdó, Manaure, Uribia, Montelíbano, Tierralta, Puerto Libertador y Ayapel, de los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba, tal como se explica a continuación.

Además, es pertinente aclarar que, en el marco de la evaluación, se identifican unas categorías de análisis que surgen de los objetivos del proceso de evaluación y de los elementos que estructuran la teoría del cambio que fundamenta la estrategia tal como se explica en la estrategia cualitativa. Las categorías principales son: (i) Implementación de las prácticas clave por parte de las familias, (ii) rol activo del hombre en el cuidado integral de la primera infancia, (iii) empoderamiento comunitario para mantener las prácticas clave, y (iv) garantía institucional de los derechos de niñas y niños. Adicionalmente, en las categorías de evaluación se encuentran los Derechos Humanos, Niñez, Equidad

---

<sup>5</sup> Los objetivos de la evaluación fueron presentados en la sección 2.3. Para las preguntas orientadoras, dirigirse al anexo 1.

<sup>6</sup> El desarrollo de las entrevistas por vía telefónica se asocia a las dificultades en la movilización por Covid-19, estas limitaciones se explican a profundidad en la estrategia cualitativa.

y Género, los cuales son comprendidos de manera transversal en todos los procedimientos y los procesos contemplados en la evaluación.

### 2.4.1 Preguntas Orientadoras

A continuación, se presentan las preguntas orientadoras diseñadas para responder los objetivos de la evaluación y que dan respuesta a las categorías anteriormente escritas:

#### Preguntas de efectividad

- ¿Las familias conocían las prácticas? ¿les parecieron difíciles? ¿algo mejoró al ponerlas en práctica?
- ¿Conocían si sus vecinos estaban en el mismo proceso de cambio que ustedes, a través de quién se enteraban?
- ¿Se realizaron acciones comunitarias para fortalecer y mantener las prácticas clave de cuidado y crianza de niñas y niños? Si la respuesta es afirmativa ¿cuántas? ¿con qué periodicidad? ¿cuáles fueron las temáticas que se abordaron con las acciones comunitarias? ¿Quiénes participaron en las acciones comunitarias?
- ¿Qué tanto participaba la comunidad en las actividades? ¿Quiénes organizaban las actividades?
- ¿Percibió la familia cambios en la respuesta institucional? si es afirmativo, ¿qué cambios percibió?
- ¿El equipo de trabajo de la estrategia, coordinó con instituciones locales de gobierno respuestas a las demandas generadas en las familias y las comunidades? ¿Cuáles fueron esas respuestas?
- ¿Con qué frecuencia recibía visitas del agente educativo y cuánto tiempo duraba?
- ¿Cómo era la participación del agente educativo? ¿explicaba con claridad, participaba dando ejemplos, tenía paciencia, cómo reaccionaba frente al cambio o a las dificultades?
- ¿El agente educativo generaba confianza entre las familias, respecto a sus recomendaciones? ¿se le consultaba a él/ella sobre otros temas relacionados o problemas que se les presentaban?
- ¿Qué motivó al agente educativo a formar parte del grupo de agentes educativos de la estrategia Seres de cuidado?
- ¿Los materiales elaborados como apoyo a la labor del agente educativo fueron de utilidad para el trabajo con las familias y comunidades? ¿Fueron de fácil manejo? ¿Las temáticas incluidas fueron pertinentes para el trabajo con las familias y comunidades?
- ¿Se realizaron visitas del equipo de trabajo a las comunidades? Si la respuesta es afirmativa ¿cuántas? ¿con qué periodicidad?

- ¿En el tiempo de implementación de la estrategia la institucionalidad hizo presencia? ¿Qué instituciones y cómo lo hacía?
- ¿Qué miembros de la familia cooperaron con los cambios?
- ¿Qué actitud hubo frente a los cambios? ¿Cambió alguien de la familia y en qué?
- ¿Cuál es el porcentaje de las familias en la que los hombres participan en actividades de cuidado y atención integral a la infancia?
- ¿Cuál es el porcentaje de las familias que participaron en la estrategia Seres de Cuidado, en las cuales los hombres aún participan de manera activa en el cuidado y crianza de niñas y niños?
- ¿Participaban otros miembros de la familia en las visitas del agente educativo, quiénes (autoridad y género)?
- ¿Qué actividades se hicieron para promover la participación del hombre en el cuidado y crianza?
- ¿Cuál es el porcentaje de familias que participaron en la estrategia Seres de Cuidado, que identificaron-reconocieron las prácticas clave para el cuidado y crianza de niños y niñas menores de cinco años?
- ¿El agente educativo generaba confianza entre las familias, respecto a sus recomendaciones? ¿se le consultaba a él/ella sobre otros temas relacionados o problemas que se les presentaban?
- ¿Qué factores favorecen o limitan la implementación de las prácticas clave por parte de las familias en términos de procesos, eventos y actores involucrados?
- ¿Qué factores favorecen o limitan el ejercicio de un rol activo del hombre en el cuidado integral de la primera infancia en términos de procesos, eventos y actores involucrados?
- ¿Qué factores favorecen o limitan el empoderamiento comunitario para mantener las prácticas clave de las familias en términos de procesos, eventos y actores involucrados?
- ¿Qué factores favorecen o limitan la garantía institucional de los derechos de niñas y niños en términos de procesos, eventos y actores involucrados?

#### **Preguntas de sostenibilidad**

- ¿Continúan las comunidades realizando actividades grupales?
- ¿Siguen las familias teniendo en cuenta a los agentes educativos? ¿En qué los tienen en cuenta?
- ¿Actualmente cuando la institucionalidad no responde a sus peticiones, hacen ustedes algo?
- ¿Actualmente las comunidades se movilizan para exigir la garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes? ¿Cuáles movilizaciones se han realizado?
- ¿Continúa o no el agente educativo visitando las familias y haciendo acciones educativas?



- ¿Qué factores han hecho que el agente educativo continúe o no en su rol de educador y guía para las familias?
- ¿Actualmente usted como agente educativo aún sigue siendo un referente para las familias en lo concerniente a la puesta en marcha de las prácticas de cuidado y crianza? ¿Por qué?
- ¿Por qué las familias siguen implementando las prácticas? ¿Los hombres?
- ¿Qué los motiva para continuar con estas actividades grupales?
- ¿La respuesta institucional ha cambiado o permanece igual desde el momento en que finalizó la implementación de la estrategia?

Estas preguntas orientadoras se respondieron en el levantamiento de información cualitativa y cuantitativa. A continuación, se presenta detalladamente el proceso de recolección de información.

#### 2.4.2 Estrategia cualitativa

El componente cualitativo del análisis es crucial para comprender los mecanismos subyacentes que explican los efectos de la estrategia. Las metodologías definidas para este componente se encuentran estructuradas a partir de las categorías de análisis determinadas para el proceso de evaluación que, a su vez, están asociadas a unas variables o códigos en las que se desea profundizar a través de las preguntas orientadoras seleccionadas para cada una; tales variables le apuntan a la identificación de factores relacionados con la efectividad o con la sostenibilidad de la Estrategia. Enseguida, se observa un cuadro resumen que explicita la estructura subyacente de las metodologías cualitativas de evaluación:

**Tabla 1. Categorías y variables de la estrategia cualitativa.**

CATEGORÍAS PRINCIPALES	VARIABLES/CÓDIGOS		
		EFFECTIVIDAD	SOSTENIBILIDAD
<b>Implementación de prácticas clave por parte de las familias.</b>	Identificación de prácticas clave y de sus formas de implementación por parte de las familias	Apropiación de las prácticas clave por parte de las familias.	Continuidad en la implementación de prácticas clave por parte de las familias.
<b>Rol activo del hombre en el cuidado integral de la primera infancia.</b>	Conocimiento del propio rol de cuidado y crianza de niñas y niños de primera	Participación activa de los hombres en el cuidado integral de niñas y niños.	Continuidad de la participación activa de los hombres en el cuidado y crianza de niñas y niños.

infancia por parte de los hombres.

<b>Empoderamiento comunitario para mantener las prácticas clave.</b>	Desarrollo de iniciativas comunitarias para fortalecer y mantener prácticas clave.	de Movilización y empoderamiento de comunidades para promover la garantía de los derechos de niñas y niños.	y Continuidad de las acciones de movilización y empoderamiento de comunidades para promover la garantía de los derechos de niñas y niños.
--	--	---	---

<b>Garantía institucional de los derechos de niñas y niños.</b>	Respuestas coordinadas a demandas de familias y comunidades por parte de las instituciones locales y el equipo de la estrategia.	Garantía de los derechos de niñas y niños por parte de las instituciones locales de gobierno.	Continuidad en la garantía de los derechos de niñas y niños por parte de las instituciones locales de gobierno.
---	--	---	---

Fuente: Elaboración propia (2020).

Para este propósito, se utilizaron distintas herramientas metodológicas, que incluyen la revisión documental, grupos focales y entrevistas semiestructuradas.

En primer lugar, se hizo una revisión documental que incluyó material propio de la Estrategia (documentos conceptuales, rotafolios, manuales y guías de operación en campo), los informes de los operadores, material institucional de diversas fuentes sobre los municipios priorizados por la Estrategia, que van a aportar a la triangulación de los resultados de la información recolectada (Ver Anexo 4). Esta revisión propició una lectura global del contexto y de la implementación de la Estrategia desde la cual se pudo afinar el componente cualitativo de la evaluación.

En segundo lugar, se utilizó la técnica de grupos focales para identificar “la percepción de las personas respecto a lo que genera o impide un comportamiento” (Escobar & Jiménez-Bonilla, s.f), además, de ser “particularmente útil para explorar los conocimientos, las prácticas y las opiniones, no solo en el sentido de examinar lo que la gente piensa sino también cómo y por qué piensa como piensa” (Salinas & Carnedas, 2009). Inicialmente se planteó el desarrollo de 2 grupos focales por territorio, divididos entre hombres y mujeres participantes. de la estrategia, respectivamente. Sin embargo, dada la contingencia del COVID-19 y las restricciones nacionales alrededor de viajes y aglomeraciones, los grupos focales en los departamentos de Córdoba y Chocó se sustituyeron por entrevistas semiestructuradas con

participantes directos en cada municipio, considerando el criterio de distribución equitativa por sexo, y que fueron seleccionadas entre las personas participantes del proyecto de manera aleatoria por bola de nieve<sup>7</sup>, de acuerdo con la disponibilidad para hacer la entrevista, y fueron contactadas a través del equipo que recolectó la información cuantitativa de la evaluación. Así, el equipo de investigación llevó a cabo 2 grupos focales en la comunidad Ishotshimana en el departamento de La Guajira, uno con mujeres y otro con hombres participantes de la estrategia. En el Anexo 2, se encuentran los instrumentos utilizados para la recolección de información cualitativa de los datos.

En tercer lugar, se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales son “un recurso privilegiado para acceder a la información desde la perspectiva del actor. El objetivo central es captar lo que es importante en la mente de los informantes: sus significados, perspectivas y definiciones; en suma, el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan el mundo. Esta técnica permite obtener información contextualizada y holística, en palabras de los propios entrevistados” (Salinas & Carnedas, 2009). El equipo investigador realizó 3 entrevistas a mujeres participantes por municipio, 3 entrevistas a hombres participantes por municipio, 2 o 3 a agentes educativos por municipio, así como otra al coordinador general y al agente institucional por departamento, logrando así un total de 42 entrevistas semiestructuradas.

Los grupos focales desarrollados en Uribia se realizaron presencialmente, mientras que las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo vía telefónica. Así mismo, los grupos focales tuvieron una duración aproximada de 1 hora y 5 minutos; mientras que, las entrevistas a mujeres y hombres participantes tuvieron una duración promedio de 20 minutos; las entrevistas a los agentes educativos duraron aproximadamente 33 minutos y las entrevistas a los coordinadores de campo y los agentes institucionales fueron de aproximadamente 45 y 20 minutos, respectivamente. En total se obtuvo 20 horas y 30 minutos de información cualitativa. Estas actividades fueron grabadas posterior consentimiento de los participantes y transcritas para su análisis.

**Tabla 2. Resumen de la recolección información cualitativa por municipio**

Municipio	Grupos Focales		Entrevistas semiestructuradas				
	Hombres	Mujeres	Mujeres	Hombres	Agentes educativos	Coordinadores generales	Agentes institucionales
<b>Ayapel</b>	-	-	3	3	2		
<b>Montelíbano</b>	-	-	3	3	3	1	1
<b>Tierralta</b>	-	-	3	2	2		
<b>Uribia</b>	1	1	1	-	2	1	1
<b>Quibdó</b>	-	-	3	3	3	1	1

Fuente: Elaboración propia (2020)

Se resalta aquí el efecto de la virtualización de la evaluación en términos del control de sesgos metodológicos en la aplicación, que, si bien fueron sorteados logrando completar la muestra esperada,

<sup>7</sup> Esta estrategia de aleatorización consiste en contactar los participantes por el voz a voz de otros participantes que conocen personas que hicieron parte de la estrategia, a los cuales se les consulta su disponibilidad para hacer la entrevista.

deben considerarse en cuanto al rigor metodológico del estudio. De una parte, la situación de entrevista pudo completarse y ser exitosa dependiendo de la efectividad en la comunicación y conexión telefónica de las personas entrevistadas. Esto redujo las posibilidades de lograr una muestra cualitativa más grande. De otro lado, la comunicación fluida con el entrevistado dependió también de la estabilidad de la conexión telefónica, imposibilitando además de la presencia física, el establecimiento de una relación entre el entrevistado y el investigador, conocido como “rapport” que asegura la probabilidad de obtener la mayor cantidad de información detallada y profunda respecto al tema conversado. Así, la ausencia de lenguaje no verbal en el momento de la entrevista limitó la cantidad de información recolectada, pues la interacción telefónica o virtual plantea retos en el establecimiento de la confianza inicial para la entrevista.

### 2.4.3 Estrategia cuantitativa

Para el desarrollo del componente cuantitativo, se realizó la revisión de la información existente sobre la Estrategia Seres de Cuidado, para describir lo que pasó con la evolución de las prácticas y sus comportamientos, desde el seguimiento hecho al interior de la estrategia de 2015 a 2017, hasta la última medición obtenida; adicionalmente, se realizó una nueva medición cuantitativa que permitió levantar un registro de la situación de las prácticas en una muestra de hogares en donde Seres de Cuidado se desarrolló.

Para el levantamiento de la información por parte del equipo investigador, se desarrolló un instrumento que dio cuenta de todas las variables involucradas en la estrategia, y que además estuvo orientado a la evaluación de resultados con un marco técnico que incluye variables según el estándar metodológico del DANE utilizado en las encuestas nacionales y, cuando esto no fue posible, preguntas orientadas a informantes específicos. Lo anterior responde a que el instrumento usado hasta la fecha tenía utilidad para efectos del seguimiento, pero tenía limitaciones para el desarrollo de una evaluación de resultados. Esto, porque el instrumento utilizado por la estrategia para el seguimiento no recoge información del entorno de las familias.

El instrumento tomó como base el seguimiento aplicado durante la implementación de la estrategia, incluyendo sus mismos contenidos, en un operativo de recolección de información que debería ser claramente acotado en términos de qué preguntar, a quién preguntar y en términos de qué observar. Para la construcción de este instrumento se desarrollaron reuniones con UNICEF, en las cuales se estableció que con la aplicación del instrumento se cubrían todos los comportamientos de las prácticas, se incluía todo lo que tiene el instrumento propio de la estrategia y se podría adicionar la información que los evaluadores consideraran necesaria. El instrumento se presenta en el Anexo 3.

Para el levantamiento de la información, se trabajó con los equipos territoriales, contando con el acompañamiento de los coordinadores de campo y los agentes educativos, los cuales visitaron a las familias seleccionadas aleatoriamente por el equipo investigador. Para el levantamiento, se realizaron capacitaciones a los agentes educativos sobre el uso del nuevo instrumento de recolección y, posteriormente, se realizó una capacitación sobre los protocolos de bioseguridad y entrega de

materiales de cuidado para los agentes educativos del departamento de Córdoba. La capacitación y entrega de materiales de bioseguridad no se realizó con los equipos de Quibdó y Uribia dado que se contó con el apoyo de UNICEF y sus equipos en estos municipios.

#### 2.4.4 Estrategia de muestreo cuantitativo

A continuación, se presenta el diseño muestral finalmente implementado para la medición cuantitativa de los hogares que hicieron parte de la estrategia Seres de Cuidado entre los años 2015 y 2019 en los municipios determinados para la evaluación y que reportan el seguimiento hecho al interior de la estrategia de 2015 a 2017.

##### *Definición del objeto de observación dentro del contexto de la evaluación.*

La población objetivo estuvo compuesta por los hogares participantes de la estrategia Seres de Cuidado entre los años 2015 y 2019 ubicados en los municipios de Quibdó, Manaure, Uribia, Montelíbano, Tierralta, Puerto Libertador y Ayapel, de los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba. En los años de implementación del programa se realizaron diferentes mediciones entre 2015 y 2017 en los hogares que a la fecha eran participantes, esto con el fin de conocer la continuidad de las prácticas.

La siguiente tabla resume la cantidad de hogares participantes en cada municipio priorizado y la cantidad de mediciones realizadas (cantidad de hogares con un determinado número de mediciones).

**Tabla 3. Hogares dentro de la estrategia Seres de Cuidado en los municipios priorizados por el número de mediciones realizadas**

Departamento	Municipio	Cantidad Mediciones	Nro Hogares
Córdoba	Ayapel	1	3
		Dos o más mediciones	113
	Montelíbano	1	3
		Dos o más mediciones	150
	Puerto Libertador	1	2
Dos o más mediciones		316	
	Tierralta	Dos o más mediciones	459
Choco	Quibdó	1	71
		Dos o más mediciones	126
Guajira	Manaure	1	9
		Dos o más mediciones	166
	Uribia	1	2
Dos o más mediciones		531	

**Total**

**1.861**

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos entregadas por UNICEF (2019).

El universo de estudio corresponderá a los hogares dentro de la estrategia Seres de Cuidado que tengan 2 o más mediciones de la estrategia, esto con el fin de identificar la continuidad de las prácticas hoy en día. Por otro lado, fue necesario excluir a Manaure porque la estrategia terminó más temprano que en los otros territorios y las otras comunidades por razones de seguridad y lejanía. Las comunidades excluidas fueron: El Palmar en Montelíbano, 9 de Agosto y Juan José en Puerto Libertador, Aipir, Dividivi, Ishoshitmana, Jepirol, Paliserru y Shirulema en La Guajira.

Finalmente, el universo de estudio se restringe a 805 hogares en los municipios de Ayapel, Montelíbano, Tierralta, Quibdó y Uribia.

Las unidades de observación y análisis serán los hogares dentro de la estrategia en los municipios del universo de estudio. Para implementar el diseño, fue necesario definir las siguientes unidades de muestreo: Para los departamentos de Córdoba y Chocó, Unidad Primaria de Muestreo (UPM) los hogares y para La Guajira, la Unidad Primaria de Muestreo (UPM) fue la comunidad de los hogares del universo de estudio y la Unidad Secundaria de Muestreo (USM) los hogares.

#### ***Descripción y justificación del diseño de muestreo.***

El marco de muestreo está compuesto por todos los hogares de la estrategia Seres de Cuidado con 2 o más mediciones realizadas en los municipios y comunidades de interés, esta información fue proporcionada por UNICEF.

El diseño de muestra general que se implementó es un diseño probabilístico estratificado en varias etapas. Los departamentos fueron los estratos y dentro de los departamentos de Córdoba y Chocó el diseño de muestra fue un diseño probabilístico en una etapa (MAS<sup>8</sup>), en esta única etapa se seleccionaron los hogares. Para el departamento de La Guajira, el diseño de muestra fue un diseño probabilístico en dos etapas ( $\pi$ pt – MAS), donde en la primera etapa se seleccionaron comunidades por medio de un muestreo proporcional al tamaño usando como variable auxiliar la cantidad de hogares del universo de estudio en cada comunidad y en la segunda etapa se seleccionaron los hogares por medio de un muestreo aleatorio simple. Se usó como algoritmo de selección para el MAS el algoritmo Coordinado Negativo y para el  $\pi$ pt el algoritmo Sunter.

#### ***Hogares finalmente encuestados.***

Siguiendo el diseño planteado, se realizó una simulación de la población de interés en el departamento de La Guajira para determinar la cantidad de comunidades óptimas para seleccionar. Así se determinó que seleccionando 6 comunidades se obtendría un coeficiente de variación del 8.9%.

<sup>8</sup> Muestreo Aleatorio Simple sin reemplazo

Finalmente, la recolección de información primaria se realizó en 305 hogares. Este número de encuestas permite estimaciones a nivel total con un error de 4.6% y a nivel de estratos o departamentos en promedio es de 8.6%. La siguiente tabla resume la cantidad de encuestas realizadas en cada departamento y el error que se obtiene al realizar estimaciones a este nivel.

**Tabla 4. Número de encuestas realizadas por departamento y nivel de error alcanzado**

Departamento	Encuestas realizadas	Error máximo
Córdoba	141	6,3%
Choco	48	11,6%
La Guajira	116	7,9%
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>4,6%</b>

Fuente: Cinde

### **Factores de expansión**

El factor de expansión general de los hogares seleccionados fue dado por el inverso de la probabilidad de inclusión de cada unidad de muestreo y son los elementos que permiten expandir los resultados de la muestra a la población de estudio.

En el departamento de La Guajira se realizó una selección de comunidades, donde la probabilidad de inclusión de las comunidades seleccionadas fue dada por:

$$\pi_{Comunidad} = \frac{nx_k}{T_x}$$

Donde  $n$  es el número de comunidades seleccionadas en La Guajira,  $x_k$  es el número de hogares dentro del universo de interés en la comunidad  $k$  y  $T_x$  es el número total de hogares dentro del universo de interés en La Guajira.

Como se explicó en el desarrollo de trabajo de campo, existió un porcentaje alto de hogares que no se encontraron (40%). Si los resultados se expanden a todo el universo de estudio, se estaría asumiendo que los hogares no encontrados tienen comportamientos similares en las variables de estudio a los que sí se encontraron y encuestaron. Este supuesto es importante, ya que dados los indicadores de la evaluación se tiene la hipótesis que los hogares que no se encontraron abandonaron las comunidades por temas económicos, de seguridad u otros y la continuidad de las prácticas impartidas por la estrategia Seres de Cuidado en los años anteriores difícilmente se mantendrían.

Así, considerando solo la selección de comunidades realizada para La Guajira, la muestra encuestada solo reconstruye a los hogares encontrados en las comunidades y departamentos de interés, lo cual corresponde a 399 hogares de la estrategia Seres de Cuidado. Con adición a lo anterior se presenta un

análisis que compara los resultados del seguimiento presentados en un informe anterior, con los resultados actuales.

#### 2.4.5 Triangulación de la información

Con el fin de implementar una aproximación de métodos mixtos que integre tanto la metodología cuantitativa como la cualitativa, se aplicó una metodología de triangulación convergente dada la complementariedad entre la información documental, cualitativa y cuantitativa. En particular, la triangulación planeada consiste en realizar el análisis de cada tipo de información de manera independiente, para luego comparar o relacionar los resultados. Así, los hallazgos de una fuente de información, como los indicadores, pueden ser validados por hallazgos en otras fuentes tales como las entrevistas o los grupos focales. Es de resaltar que este planteamiento metodológico no consiste solo en comparar información (Rodríguez, Pozo, & Gutiérrez, 2006), también reduce los posibles problemas de sesgos, a la vez que aumenta la validez de la evaluación al comparar diferentes fuentes de información (Gavira & Osuna, 2015).

Todo el planteamiento anterior se ve manifestado en el desarrollo de la matriz de consistencias (Anexo 1), instrumento que permite estructurar el análisis al relacionar las preguntas orientadoras con los objetivos de la evaluación, los criterios claves de la evaluación, las categorías y dimensiones de análisis, así como los actores y las fuentes de información. En la matriz de consistencias se presentan los hallazgos por fuente de información de tal forma que puedan ser comparados y conlleven a conclusiones frente a cada pregunta orientadora. En términos operativos, una vez levantada y analizada la información, el equipo se reunió a trabajar en cada una de las respuestas, argumentando sus hallazgos en la evidencia, de forma tal, que los resultados están basados en los hallazgos de las diferentes fuentes de información.

### 2.5 Criterios de evaluación

Ahora bien, con la información recolectada por el equipo evaluador, se desarrolló un análisis de sostenibilidad y efectividad basándose en las mediciones anteriormente realizadas por UNICEF, los resultados en términos de enfermedades y accidentes, y con la información presentada por los actores territoriales.

En primer lugar, se calificó la sostenibilidad entendida como la posibilidad de continuar las acciones establecidas por la estrategia una vez que se haya completado su ejecución, investigando los factores institucionales, sociales, financieros, ambientales y técnicos, ya sean internos o externos, que podrían determinar la sostenibilidad de Seres de Cuidado. Así, la calificación cuantitativa se basó en el nivel de cumplimiento de las prácticas y su comparación con el nivel presentado en la última medición desarrollada por UNICEF; específicamente, la práctica se sostuvo si el porcentaje de cumplimiento es al menos igual al porcentaje de cumplimiento en la medición pasada. En este punto, se debe recordar que el instrumento de recolección de información se modificó y se alcanzó a las poblaciones mediante muestreo. Por otro lado, el análisis de sostenibilidad se desarrolló desde la información cualitativa,



contrastando las voces de los participantes mediante las entrevistas, midiéndose como el nivel de recordación y ejecución de las prácticas, la continuidad de las actividades comunitarias, el acompañamiento por parte del agente educativo y el acompañamiento de las entidades territoriales.

En segundo lugar, la efectividad, entendida como el logro de los objetivos de la estrategia, se evaluó cuantitativamente mediante preguntas que indagan sobre: (i) el número de casos de enfermedades transmitidas o asociadas a la presencia de animales transmisores o a faltas de cuidado e higiene y accidentes en el entorno del hogar que se presentan en la familia en el último año; (ii) el riesgo nutricional entendido como la desnutrición; y (iii) la corrección con violencia en niñas y niños menores de 6 años. Este diagnóstico se realiza con un análisis de asociación, donde se observaron diferencias territoriales. Así mismo, la efectividad se mide desde la información cualitativa comparando las voces de los participantes en las entrevistas en cuanto a la afirmación en mejoras asociadas al nivel de resultados presentado en la descripción del modelo, esto es, en el bienestar de niñas, niños y madres, y el desarrollo de movilizaciones comunitarias para procurar o exigir la garantía de los derechos de niñas y niños.

### III. Hallazgos

La presentación de los hallazgos estará dividida en tres partes: i. características generales de las muestras efectivas; ii. Resultados de estrategia: prácticas; y iii. Análisis de asociación de las prácticas.

#### 3.1 Características generales de las muestras efectivas

En los cinco territorios incluidos en la evaluación (Quibdó, Uribia, Ayapel, Montelíbano y Tierralta), la muestra estuvo compuesta por 305 familias con un total de 1440 integrantes. La muestra expandida llega a 398 familias con 1867 personas. En la Tabla 5 se presenta la configuración básica de la muestra en cada uno de los territorios.

En términos generales, hubo 25 mujeres embarazadas, una de ellas menor de edad (15 años al momento de la encuesta), en el municipio de Uribia. Entre las mujeres lactantes, todas fueron mayores de edad.

De acuerdo con la información recolectada, el mayor número de observaciones se recogieron en Uribia (40%), seguido de Tierralta y Ayapel (20% y 17% respectivamente). Estos porcentajes responden a las familias que cumplían el proceso de elegibilidad en cada territorio y al número de familias que se lograron entrevistar efectivamente. En promedio los hogares están constituidos por 4.7 personas, estando Uribia y Quibdó por encima del promedio. En este aspecto, resalta Montelíbano al tener un promedio bajo de 4 personas por hogar. Así mismo se observa que el rango de integrantes va desde 1 hasta 10 personas por hogar. Se debe resaltar que los hogares unipersonales se excluyeron de los análisis en el cumplimiento de las prácticas. De acuerdo con la información presentada desde los territorios, estos casos se presentaron por cambios en la configuración de los hogares.

**Tabla 5. Datos básicos de la muestra**

Datos básicos	Total	Quibdó	Uribia	Ayapel	Montelíbano	Tierralta
Total de personas (%)	1440	230 (16%)	583 (40%)	244 (17%)	101 (7%)	282 (20%)
Total de familias (%)	305	48 (16%)	116 (38%)	52 (17%)	25 (8%)	64 (21%)
<b>Menores de edad (%)</b>	<b>849</b>	<b>(16.5%)</b>	<b>(6.4%)</b>	<b>(15.3%)</b>	<b>(17.8%)</b>	<b>(44.1%)</b>
Promedio de personas por familia (Mínimo , máximo)	4.7	4.8 (1 , 9)	5.0 (2 , 10)	4.7 (2 , 10)	4.0 (1 , 8)	4.4 (1 , 9)
Menores de 7 años (%)	288	49 (17%)	154 (53%)	28 (10%)	14 (5%)	43 (15%)
Mujeres en embarazo (%)	25	3 (12%)	15 (60%)	3 (12%)	1 (4%)	3 (12%)
Mujeres lactantes (%)	38	5 (13%)	27 (71%)	1 (3%)	0 (0%)	5 (13%)
Personas con discapacidad (%)	24	9 (38%)	2 (8%)	2 (8%)	1 (4%)	10 (42%)

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Además, en la tabla 6, se observa la configuración de los integrantes de las familias por género: en total 742 de los entrevistados (51.5%) fueron de género femenino y 698 de género masculino (48.5%). Adicionalmente, se observa en la tabla 6 que la distribución entre hombres y mujeres fue parcialmente equitativa. En Quibdó, Uribia y Tierralta se tuvo un mayor porcentaje de mujeres, mientras que en Ayapel fue exactamente el mismo que el porcentaje de hombres y en Montelíbano hubo más hombres que mujeres.

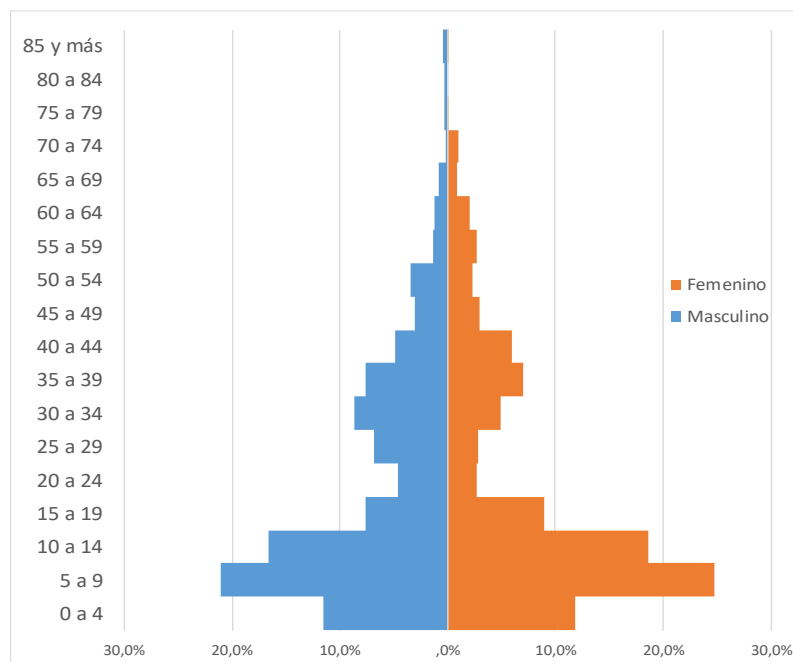
**Tabla 6. Distribución de género por municipio**

Municipio	Quibdó	Uribia	Ayapel	Montelíbano	Tierralta
<b>Masculino (%)</b>	114 (49.6%)	273 (46.7%)	122 (50%)	55 (54.5%)	134 (47.5%)
<b>Femenino (%)</b>	116 (50.4%)	310 (53.3%)	122 (50%)	46 (45.5%)	148 (52.5%)

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Ahora bien, con respecto a la edad de los integrantes de las familias, el promedio fue de 21.1 años (DE=17.6; mediana=14), relativamente una muestra joven. No obstante, el rango de edad va desde los 0 hasta los 91 años. En la figura 1 se presenta la pirámide poblacional de la muestra diferenciada por género. De acuerdo con esta figura, se observa que las distribuciones por edad son similares entre las mujeres y los hombres. Finalmente, El 60% de los participantes en el estudio son menores de 18 años y el 15.7% fueron menores de seis años.

**Figura 1. Pirámide poblacional de la muestra**



Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Así mismo, la división de la edad por municipio se observa en la tabla 7. Como se muestra, el territorio con menor promedio en edad fue Uribia, mientras que el más alto fue Ayapel (19 y 23.2 años respectivamente). Así mismo, la edad máxima en los territorios difiere fuertemente; en Uribia y Ayapel se encuentran personas de hasta 90 años, mientras que en Montelíbano la edad máxima fue de 64.

**Tabla 7. Estadísticos de la edad por municipio**

Municipio	Quibdó	Uribia	Ayapel	Montelíbano	Tierralta
Mínima edad	0	0	1	1	1
Máxima edad	81	90	90	64	90
Media	20.2	19	23.2	22.6	23
Desviación	16.34	17.0	18.82	16.67	18.15
Mediana	14	12	14	15	16

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

En adelante los análisis se hacen con la expansión de la muestra.

### 3.2 Resultados de la estrategia: Prácticas

Este análisis sigue el orden de las prácticas de la estrategia, como aparecen dispuestas en el Manual del Agente Educativo. Los resultados cuantitativos se muestran en porcentajes para facilitar la lectura de

los datos salvo cuando el número total de personas en cada caso sea pequeño, además de mostrar los resultados generales de las 13 prácticas clave, se hace una comparación con los resultados del seguimiento hecho al interior de la estrategia. Lo anterior permite abordar las preguntas orientadoras asociadas al porcentaje de participación, a saber: (i) ¿Cuál es el porcentaje de las familias en la que los hombres participan en actividades de cuidado y atención integral a la infancia?, (ii) ¿Cuál es el porcentaje de las familias que participaron en la estrategia Seres de Cuidado, en las cuales los hombres aún participan de manera activa en el cuidado y crianza de niñas y niños? Y, (iii) ¿Cuál es el porcentaje de familias que participaron en la estrategia Seres de Cuidado, que identificaron-reconocieron las prácticas clave para el cuidado y crianza de niños y niñas menores de cinco años?

Posteriormente, se presentan los hallazgos cualitativos analizando la información recolectada, esta subsección aborda la totalidad de preguntas orientadoras excepto aquellas de efectividad asociadas al porcentaje de participación que son tratadas por el componente cuantitativo.

### **3.2.1 Práctica 1 - Brindando apoyo a la mujer embarazada con cuidados adecuados**

La primera práctica está desarrollada alrededor del apoyo a la mujer embarazada y los cuidados adecuados. Esta práctica está compuesta por la asistencia a control prenatal, provisión de afecto por parte de la pareja y la familia, apoyo y cuidados durante el embarazo e identificación de los signos de alarma.

Los resultados de esta práctica están basados en un total de 29 mujeres en estado de embarazo (aplicando los factores de expansión). Los resultados se observan a continuación en la tabla 8. En primer lugar, en términos de asistencia al control prenatal, el 91.7% de las mujeres tuvieron este control, de las cuales el 63.7% fueron acompañadas. De acuerdo con los datos, el acompañante más frecuente es la pareja, al ser la compañía en el 50% de los casos, mientras que el 33% de las mujeres asistieron solas. Por otro lado, la fecha más antigua del control se ubica en mayo del año 2020 y la más reciente en agosto del mismo año.

En el caso de las mujeres que no asistieron a control prenatal (8.3%), las encuestadas están ubicadas en Quibdó y Uribia, respectivamente.

Así mismo, se observa en la tabla 8 que la pareja de la mujer le brinda afecto y la cuida durante el embarazo; el 77.3% de las mujeres asegura que su pareja le brinda afecto y el 80.9% asegura que su pareja la cuida. Además, estos tratos suceden siempre o casi siempre; sólo el 11.8% de las mujeres respondieron que su pareja casi nunca le da afecto, aun cuando respondieron que sí es afectuoso. Paralelamente, las mujeres embarazadas son cuidadas por su familia; el 87.4% de las mujeres respondieron afirmativamente esta pregunta.

Ahora bien, estos resultados se complementan con el apoyo en las labores del hogar. Aun cuando el 96.8% de las mujeres en estado de embarazo realizan labores del hogar, el 83.7% afirma que recibe ayuda, y de éstas el 71.8% afirma que le ayudan más ahora en comparación a antes de estar en embarazo. Para complementar, ninguna mujer (de las que recibe apoyo en las labores del hogar) afirma

que ahora le ayudan menos. No obstante, se debe tener en cuenta que el 17.3% de las mujeres que realizan labores del hogar afirman no recibir colaboración por parte de los miembros del hogar.

Tabla 8. Apoyo a la mujer embarazada

<b>Asistieron a control prenatal</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	91.7		8.3	
<b>Quién la acompañó</b>	<b>Pareja</b>	<b>Sola</b>	<b>Mamá</b>	<b>Otro familiar</b>
	52.2	33.0	10	5.8
<b>¿Su pareja le brinda afecto durante el embarazo?</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	77.3		22.7	
<b>¿Qué tan seguido le brinda afecto?</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Casi nunca</b>	
	51.8	39.3	11.8	
<b>¿Su pareja la cuida durante el embarazo?</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	80.9		19.1	
<b>¿Qué tan seguido la cuida?</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Casi nunca</b>	
	57.8	23.8		
<b>¿El resto de su familia la cuida durante el embarazo?</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	87.4		13.4	
<b>¿Qué tan seguido la cuida?</b>	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>Casi nunca</b>	
	40.3	54.5	4.5	
<b>¿Durante el embarazo, realiza tareas del hogar?</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	96.8		4	
<b>¿Durante el embarazo, le ayudan con las tareas del hogar?</b>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	83.7		17.3	
<b>¿Le ayudan más, menos o igual?</b>	<b>Más</b>	<b>Menos</b>	<b>Igual</b>	
	71.8		29.2	

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Alrededor de identificar los nueve signos de alarma durante el embarazo, el 91% de las madres dice conocerlos, sin embargo, sólo el 72% acertó al menos a cinco de ellos en el momento de reconocerlos. En las parejas los porcentajes fueron 61.5% y 60% respectivamente. Finalmente, aunque solo tres madres o tías respondieron a esta pregunta, la totalidad dice conocerlos e identifica al menos cinco signos de alarma. Estos resultados se observan en la tabla 7.

Tabla 9. Signos de alarma durante el embarazo

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
<b>La gestante dice conocer los signos de alarma durante el embarazo</b>	91.7	8.3
<b>La gestante reconoció cinco signos de alarma</b>	72	28
<b>La pareja dice conocer los signos de alarma durante el embarazo</b>	61.5	38.5
<b>La pareja reconoció cinco signos de alarma</b>	60	40

<b>La mamá o tía dice conocer los signos de alarma durante el embarazo</b>	100
<b>La mamá o tía reconoció cinco signos de alarma</b>	100

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Como dato adicional alrededor de los embarazos en las mujeres, también se preguntó por el número de embarazos a lo largo de su vida aun si no estaban en estado de gestación en el momento de la encuesta. Las mujeres que han estado en embarazo respondieron que han tenido entre 1 y 15 embarazos, siendo lo más frecuente haber tenido tres embarazos. El promedio de embarazos por mujer fue de 4.6, estando por encima de la tasa de fecundidad en zonas rurales de acuerdo con los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud 2015, la cual corresponde a 2.6 (ENDS, 2015). Las edades de los primeros embarazos van desde 12 a 39 años, siendo el valor más frecuente 16 años y el promedio de 18.5 años.

### 3.2.2 Práctica 2 - Asegurando que niñas y niños tengan el esquema de vacunación adecuado para la edad

Para evaluar esta práctica, se solicitó el carné de vacunación de cada niña o niño. Con respecto a la vacunación, el análisis se hizo sobre un total de 355 niñas y niños hasta los cinco años. Como se observa en la tabla 10, el 98.9% de las niñas y niños cuentan con su carné de vacunación, y el 88.3% tiene el esquema de vacunación completo. Hay que resaltar que estos datos se recolectaron corroborando directamente con el carné vacunación, dando validez a los porcentajes encontrados.

**Tabla 10. Esquema de vacunación para niñas y niños**

	Sí	No
<b>Niños y niñas tienen carné de vacunación</b>	98.9	1.1
<b>Niños y niñas tienen esquema completo de vacunación</b>	88.3	11.7

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Así mismo, aunque no hace parte de esta práctica, se preguntó por el registro civil de los niños y las niñas como complemento del análisis de los documentos. Los porcentajes de registro civil son cercanos al 100%: el 95.5% de las niñas y niños tienen registro civil. En números absolutos, en 16 casos no se reportó registro civil. Hay que anotar que en 15 de los 16 casos son niñas y niños menores de un año; en la muestra hubo una niña de dos años sin registro civil.

**Tabla 11. Registro civil para niñas y niños**

Registro civil	%
<b>Tiene registro civil</b>	95.5
<b>Niñas</b>	95.5
<b>Niños</b>	96.0

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.3 Práctica 3 - Compartiendo espacios de afecto, estímulo, juego y comunicación con niñas y niños

Esta práctica está enfocada en las actividades y en el afecto brindado por la mamá, papá y otros miembros del hogar a las niñas y niños. Para evaluar esta práctica, en el instrumento de recolección se estableció preguntar a una niña y un niño por hogar acerca de cada uno de los integrantes de la familia, con respecto a la provisión de cariño y juego.

Este análisis se hizo sobre 209 niñas y 207 niños que respondieron a las preguntas correspondientes. De acuerdo con la información recolectada, las actividades de juego se realizan de manera constante; el 40.5% de las niñas y el 37.3% de los niños respondieron que la mamá juega casi todos los días con ellos, mientras que los que respondieron que la mamá juega todos los días fueron el 18.5% y 20%, respectivamente. Si se conjugan las respuestas, un 85.2% de las niñas y un 83.1% de los niños, dijo que al menos mamá, papá u otro adulto, juegan todos los días o casi todos los días con ellos.

Adicionalmente, con respecto a brindar afecto, la respuesta de mayor frecuencia alrededor del cariño que reciben por parte de la mamá es *Todos los días*, siendo estos valores 53% y 49% respectivamente en niñas y niños. En contraste, al preguntar por el cariño por parte del papá, la respuesta con mayor frecuencia fue *Casi todos los días*.

No se observa un trato claramente diferenciado entre niñas y niños dentro de los hogares, mientras sí se observa un trato más constante por parte de las mamás que de los papás. Así mismo, se observa que se realiza más la actividad de dar cariño que de juego.

**Tabla 12. Espacios de afecto, estímulo, juego y comunicación con niñas y niños**

**Qué tan seguido realizan las siguientes actividades con las niñas y niños**

	Juegan						Les dan cariño					
	Niñas			Niños			Niñas			Niños		
	Mamá	Papá	Otro adulto	Mamá	Papá	Otro adulto	Mamá	Papá	Otro adulto	Mamá	Papá	Otro adulto
<b>Todos los días</b>	18.5	20.6	20.5	20	20	23.7	53.0	42.6	22	49	41.4	26
<b>Casi todos los días</b>	40.5	35.2	59.2	37.3	37.3	55	40.1	43.9	52.6	45.1	43.5	56.8
<b>Casi nunca</b>	33.5	33.7	17.6	31.6	31.6	15.7	6.2	12.5	21	5.8	12.5	17.4
<b>Nunca</b>	7.7	10.4	2.9	10.9	10.9	5.5	0.5	1.3	4.5	0.0	2.6	0.0

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.4 Práctica 4 - Brindando cuidados y tratamiento apropiado a niñas y niños

Esta práctica incluye la asistencia a controles de crecimiento y desarrollo, las formas en que se corrigen las faltas, la forma en la cual se atienden enfermedades en las niñas y los niños pequeños (para el caso de esta evaluación, se incluyeron las conductas asumidas en el último episodio de EDA) y el cuidado a las niñas y niños con discapacidad.

De un total de 325 niñas y niños hasta los cinco años, se estableció que un 91.3% asiste a controles de crecimiento y desarrollo. Entre los que asistieron a esos controles, la fecha más lejana fue en febrero de 2015. Los que asistieron a los controles en 2020 fueron el 56.3% de las niñas y niños.

Las familias en la que las niñas y niños van a controles de crecimiento y desarrollo fueron el 89.7%, mientras que las familias en las que hay al menos una niña o un niño que no asiste a los controles fueron el 10.3%.

Con respecto a las niñas y niños de quienes se reportó no asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo, 13 se reportaron en Uribia (en ocho familias), 11 en Quibdó (en siete familias), 7 en Tierralta (en cinco familias).

Por otro lado, como se observa en la tabla 13, la forma de corrección más frecuente a niñas y niños es el diálogo; siendo este método más usado por los papás que las mamás (57.3% vs 51.1% en niñas, y 40.5% vs. 48.1% en niños). En segundo lugar, se encuentra el castigo, seguido de castigo físico y gritos. El 43% de las niñas y los niños dijeron que habían sido reprendidos con gritos o golpes por algún adulto. Tales formas de corrección tienden a ser más frecuentes en niños que en niñas, tanto por parte de la mamá como del papá.

**Tabla 13. Corrección de faltas con niños y niñas**

	¿Cómo corrigen a las niñas y niños las siguientes personas?					
	Niñas			Niños		
	Mamá	Papá	Otro adulto	Mamá	Papá	Otro adulto
Habla con ella/él	54.1	57.3	43.2	48.1	50.5	39.6
La castiga	23.8	16.4	5.1	24.9	23.3	11.4
Le pega	12	10.1	1.7	15.2	13.6	0.8
La grita	6.5	6.0	2.7	7.0	3.9	6.1
No le dice nada	3.6	10.2	47.3	4.9	8.8	42.1

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Con respecto a las medidas tomadas en el caso del último episodio de EDA con niñas y niños menores a seis años, se observa que la medida más frecuente fue la administración de suero, seguido de la visita a un centro de salud y proporción de más líquidos (39.6%, 29.6% y 18.6% respectivamente). En el 0.8% de los casos se suministró medicamentos y en el 0.3% se suspendieron los alimentos. Finalmente, en ningún caso se reportó suspensión de la leche materna.

**Tabla 14. Atención de enfermedades en niños y niñas**



**¿Qué hizo la última vez que a uno de sus hijos menores de 6 años le dio diarrea?**

Le dio suero	39.6
Lo llevó al servicio de salud	29.6
Le dio más líquidos	18.6
Remedios alternativos	8.2
Le dio medicamentos	0.8
Le suspendió alimentos	0.3
Le suspendió la lactancia	0.0

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

El análisis sobre discapacidad se hizo sobre 12 menores de 18 años. En el caso de dos de ellos, se dice que no han sido llevados a un servicio de salud. La fecha más distante de la consulta en un servicio de salud fue junio de 2016 y la más reciente, julio de 2020.

Se pidió a los encuestadores que calificaran en una escala de uno a diez, subjetivamente, qué tan bien cuidados se veían las niñas y niños con discapacidad, siendo uno el valor más bajo y 10 el más alto. Fue posible observar a diez niñas y niños, de los cuales cuatro tuvieron una calificación de diez. La calificación más baja fue de 4.

**3.2.5 Práctica 5 - Alimentando a niñas y niños solo con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad**

Para la evaluación de esta práctica se incluyeron preguntas acerca del suministro de calostro y creencias relacionadas con este comportamiento y con respecto al apoyo dado a la madre lactante en las tareas del hogar.

Por esto, en esta práctica se incluye el dar el calostro, esto es, la primera leche materna, a recién nacidos, así como la alimentación con leche materna exclusiva hasta los seis meses y la provisión de cuidado y afecto a las madres lactantes.

De las 379 madres que respondieron sobre el calostro, el 92.9% respondieron que dieron calostro a su último hijo, mientras que el 7.1% no lo hizo. Un 100% negaron que se debe dar leche al bebé sólo cuando esta salga blanca o que el calostro fuera una leche podrida. En todo caso, 12 madres creen que el calostro es una leche que duró mucho tiempo en el seno y otras 12 dijeron no saber qué era el calostro.

**Tabla 15. Calostro a niños y niñas recién nacidos**

<b>¿Le dio calostro a su último hijo?</b>	
Sí	92.9
No	7.1
<b>¿Qué piensa sobre el calostro?</b>	
El bebé sólo debe tomar leche cuando salga blanca (no)	100
Debe darse a los niños	95.5
Es una leche que duró mucho tiempo en el seno	3.2

No sabe qué es calostro	3.2
Es una leche podrida	0.0

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Con respecto a la lactancia materna, se presentan los datos en números absolutos por tratarse de pocos casos. De 20 niños y niñas hasta los seis meses de edad, 14 estaban recibiendo lactancia. Sólo hubo un caso en el que se daban otros alimentos (sopas de fideo y mazamorra de maíz) a los bebés lactantes.

Con relación al apoyo a la madre lactante, se incluyeron preguntas relativas al oficio en el hogar. De acuerdo con la tabla 16, de 63 madres lactantes, el 90.5% reportó haber hecho oficios de la casa el día de la encuesta, de las cuales un 58% los hizo acompañada. Paralelamente, un 54.6% reportó que le ayudaban más en los oficios del hogar que antes de la lactancia, mientras que sólo un 1.6% dijo que ahora le ayudaban menos.

**Tabla 16. Apoyo a la madre lactante**

	Sí	No		
¿Hoy hizo oficios de la casa?	90.5	9.5		
¿Los hizo sola?	42.1	57.9		
¿Le ayudan en los oficios del hogar?	Más	Menos	Igual (me ayudan antes y después)	Le ayudan poco o nada (igual que antes)
	54.6	1.6	42.9	37.0

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.6 Práctica 6 - Complementando la alimentación de niñas y niños a partir de los 6 meses de edad, sin interrumpir la lactancia materna hasta los 2 años.

La práctica seis corresponde a los alimentos a niñas y niños a partir de los 6 meses de edad, así como al uso de un plato o taza aparte y el uso de cucharita. En las familias entrevistadas, hubo en total 20 niñas y niños desde los 6 meses hasta un año, Todos recibían alimentación complementaria y 15 (75%) continuaron recibiendo leche materna no exclusiva,. Adicionalmente, 15 comían en plato aparte, todos tomaban líquidos en un recipiente propio y 19 recibían la comida en cucharita.

La tabla 17 muestra el listado de los alimentos que las madres informaron dar de manera complementaria a la leche materna, estando en primer lugar las sopas.

**Tabla 17. Alimentos complementarios para niñas y niños mayores de 6 meses**

Tipo de alimento	Frecuencia
Sopas	18
Leche	7
Lenteja	5
Coladas/papillas	4
Arroz	4
Carne	3

Chicha	3
Ahuyama	1
Banano	1
Fríjol	1
Huevo	1
Jugos	1
Pan	1

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.7 Práctica 7 - Adoptando medidas saludables de preparación, manipulación, conservación y consumo de los alimentos

Esta práctica está relacionada con la seguridad alimentaria de las familias, por lo que contempla recomendaciones sobre la disponibilidad de alimentos, así como su conservación, manipulación, preparación y consumo, haciendo énfasis en la alimentación de niños y niñas menores de 5 años.

Con esto en mente, se pidió a quienes recogieron la información que observaran las condiciones de almacenamiento de alimentos, el área donde se preparaban y la producción propia de alimentos que se relaciona con la disponibilidad de estos. Esto es, los recolectores de información observaron si los alimentos eran guardados con las precauciones precisas para mantener su buen estado, si la cocina estaba limpia, si se evitaba la contaminación de alimentos y si las familias producían sus alimentos, tal como muestran los resultados en la tabla 18.

De esta forma, por una parte, se reporta que, técnicamente, 323 de las familias tenían buenas condiciones de aseo con respecto a los alimentos. En particular, la mayoría tenía los alimentos almacenados en recipientes tapados (97.6%), donde la tapa de almacenamiento se encontraba en buen estado (97.9%) y limpia (89.9%). Además, el lugar donde se preparan los alimentos estaba limpio (93.1%) y las personas se lavaban las manos antes de consumirlos (93.7%).

Por otra parte, con respecto a la producción propia de alimentos que puede mejorar la disponibilidad de estos, fue más frecuente la cría de animales (68.6%) que el cultivo (46.2%). Es importante precisar que si no se incluye a Uribia, la proporción con animales de cría disminuye al 53.4%, por lo que se resalta la importancia de esta actividad en este municipio particular.

**Tabla 18. Condiciones de alimentos y área de preparación**

	Sí	No
¿Los alimentos se almacenan en recipientes tapados?	97.6	2.4
¿La tapa de almacenamiento de los alimentos está en buen estado?	97.9	2.1
¿La tapa de almacenamiento de los alimentos se ve limpia?	89.9	10.1
¿El lugar de preparación de alimentos se ve limpio y aseado?	93.1	6.9
¿La persona que cocina lava los alimentos antes de consumirlos?	93.7	6.3
¿Tiene un lugar de cultivo de alimentos para consumo propio?	46.2	53.8

¿Tiene animales de cría?	68.6	31.4
¿Tienen espacios fuera de la casa para la tenencia de animales de cría?	71.9	28.1
¿Tiene un lugar de cultivo de alimentos para consumo propio? (Sin Uribia)	45.5	54.5
¿Tiene animales de cría? (sin Uribia)	53.4	46.6
¿Tienen espacios fuera de la casa para la tenencia de animales de cría? (Sin Uribia)	70.4	29.6

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.8 Práctica 8 - Lavando las manos con agua y jabón en los momentos clave

En el marco de esta práctica, se destaca la importancia del correcto lavado de manos con agua y jabón para eliminar gérmenes y suciedad, evitando así la transmisión de enfermedades como la diarrea, la neumonía, enfermedades de la piel, enfermedades de los ojos y parásitos intestinales. Es de anotar que el lavado de manos se debe realizar en momentos clave como antes de preparar los alimentos y de comer, luego de ir al baño o cambiar el pañal y luego de tener contacto con animales.

Para verificar esta práctica se preguntó a las madres de familia acerca del lavado de manos y también se observó el lugar donde se mantiene el agua y el jabón disponible, como lo ilustra la tabla 19. De esta manera, el 91.9% indica que en el lugar de lavado de manos hay agua limpia, pero solo en el 80.7% de los casos hay jabón. Además, se observa que la mayoría sigue las indicaciones del momento adecuado para lavarse las manos. De hecho, en el 99.5% de las ocasiones, la persona que cocina se lava las manos, a su vez, el 90.2% de las personas que cambian pañales se lavan las manos. Adicionalmente, el 72.9% de los niños y niñas se lavan las manos tres o más veces al día.

**Tabla 19. Lugar y lavado de manos**

En el lugar de lavado de manos hay	SÍ	No	
Agua limpia	91.9	8.1	
Jabón	80.7	19.3	
La persona que cocina se lava las manos	99.5	0.5	
La persona que cambia los pañales se lava las manos	90.2	9.8	
Los niños y las niñas se lavan las manos	Lo hacen tres o más veces al día	Lo hacen una o dos veces al día	No se las lavan durante el día
	72.9	24.1	2.9

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Así mismo, para afianzar la evaluación de la práctica, se preguntó a un niño y a una niña por familia acerca del lavado de manos, donde la frecuencia mayor se dio después de ir al baño (90.4%). Lo anterior contrasta con el lavado de manos antes de comer (82.8%) y después de tener contacto con animales (84.9%).

**Tabla 20. Lavado de manos en niñas y niños**

¿Se lavan las manos?		
	Niñas	Niños

	Sí	No	Sí	No
Después de ir al baño	90.4	9.6	92.6	7.4
Antes de comer	82.8	17.2	84.7	15.3
Después de jugar o tocar animales	84.9	15.1	79.8	20.2

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.9 Práctica 9 - Asegurando que las niñas y niños reciban los cuidados necesarios para una buena salud oral

La buena salud oral hace parte de la salud general. Esta comienza en el embarazo con la correcta alimentación de la mujer y continúa a lo largo de la vida, por lo que es indispensable adquirir buenos hábitos de alimentación e higiene oral desde los primeros años de vida. Las buenas prácticas están relacionadas no solo con el cepillado de los dientes luego de cada comida, también con la asistencia a controles odontológicos y el no uso de chupos o biberones.

Entonces, para evaluar este aspecto, se preguntó por el control odontológico de los miembros de la familia (tabla 21), obteniendo que en el 31.5% de los casos, todos los miembros de la familia han asistido alguna vez a un control de este tipo, a la vez que el 30.1% afirma que todos los miembros fueron en el último año. Es importante aclarar que la asistencia a un control odontológico aumenta cuando se acota la pregunta a los menores entre 1 y 17 años, encontrándose que el 45.3% han asistido a un control de este tipo y que el 44.3% fue en el último año.

**Tabla 21. Asistencia a control Odontológico**

Personas que han ido a control odontológico	Sí	No
	Todos	31.5
Han ido en el último año (todos)	30.1	69.9
De 1 a 17 años	45.3	54.7
Han ido en el último año (de 1 a 17 años)	44.3	55.7

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

En línea con lo anterior, como se puede observar en la Tabla 22, la proporción de asistencia a control odontológico cae a medida que se tiene mayor edad. De esta forma, los niños y niñas entre 1 y 4 años reportan mayor asistencia a controles odontológicos (73%) que los menores de 5 a 9 años (52.5%), de 10 a 14 años (22.7%) y de 15 a 17 años (14.8%).

**Tabla 22. Control odontológico por rango de edad**

Grupo de edad	%
1 a 4	73.0
5 a 9	52.5
10 a 14	22.7

15 a 17      14.8

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Adicionalmente, se preguntó directamente a niñas y a los niños si se habían lavado los dientes el día en que fueron encuestados. Se encontró que las niñas practicaron en mayor proporción el lavado de dientes (90.4%) que los niños (88.8%). Bajo esta línea, también se observa que el 66.3% de las niñas y los niños se lavan los dientes solos siempre, mientras que una menor proporción señala que su mamá (36.2%), su papá (18.5%) u otro adulto (23.2%) siempre le lavan los dientes.

**Tabla 23. Lavado de dientes de niñas y niños**

Hoy se lavó los dientes	Sí	No
<b>Niñas</b>	90.4	9.6
<b>Niños</b>	88.8	11.2

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

**Tabla 24. Lavado de dientes de niñas y niños**

	Quién lava los dientes de las niñas y niños			
	Mamá	Papá	Otro adulto	Solos
<b>Siempre</b>	36.2	18.5	23.2	66.3
<b>Casi siempre</b>	7.8	4.8	3.6	9.9
<b>A veces</b>	17.0	16.9	19.6	16.3
<b>Nunca</b>	39.0	59.7	53.6	7.6

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

En lo relativo al uso del chupo y tetero, se encuentra que es más frecuente el uso del tetero que del chupo. En particular, el 9.3% de los hijos de los encuestados ha usado chupo, mientras que esta cifra aumenta al 64.8% cuando se trata del tetero. Lo anterior es respaldado por la observación, donde en un 2% de los hogares se observó directamente a niñas o niños usando chupos y en un 3.8% teteros.

**Tabla 25. Uso y creencias sobre el chupo y el tetero**

¿Sus hijos han usado?	Sí	No
<b>Chupo</b>	9.3	90.7
<b>Tetero</b>	64.8	35.2

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Frente a las creencias sobre el chupo y el tetero, se observan varias diferencias con una mejor percepción del tetero que del chupo (tabla 25). Por un lado, un 58.9% sabe que el chupo puede dañar la dentadura, cifra que desciende al 12.9% cuando se habla del tetero. Así mismo, el 41.1% considera que el chupo enferma a los bebés frente al 17% que considera que el tetero tiene este efecto.

Por otro lado, un 4.2% considera que el chupo es bueno para los bebés, al igual que un 24.6% en el caso del tetero. Es más, el 22% cree que el chupo ayuda a calmar a los bebés, tal como el 33.9% en el caso del tetero, además de un 50.9% que considera que el tetero ayuda a la alimentación de los bebés.

**Tabla 26. Creencias sobre el uso y el tetero**

¿Qué piensa del chupo y el tetero?	Chupo	Tetero
Es bueno para los bebés	4.2	24.6
Ayuda a calmarlos	22.0	33.9
Ayuda a la alimentación de los bebés	N.a.	50.9
Enferma a los bebés	41.1	17
Daña los dientes de los bebés	58.9	12.9

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.10 Práctica 10 - Tomando las medidas adecuadas para tener agua segura para consumo y aseo personal

La décima práctica se relaciona con el consumo de agua limpia y segura, lo cual se traduce en un proceso de purificación, conservación adecuada y protección de fuentes hídricas. De esta manera, la práctica evita posibles contaminaciones y la generación de enfermedades como la EDA, el cólera y enfermedades de la piel.

Con este punto de partida, es importante tener en cuenta que para esta práctica se capacitó a los encuestadores para que observaran y registraran el manejo del agua en los hogares. Además, solo 78 familias informaron que el agua para beber y preparar alimentos provenía de algún acueducto, situación que es la más deseable. Lo más común es que el agua proceda de un pozo sin agua/ jagüey (38.3%), seguido de un carrotanque (16.1%), agua de lluvia (10.8%) y pozo con bomba (10.8%).

**Tabla 27. Procedencia del agua**

Procedencia del agua	%
Pozo sin bomba, jagüey	38.3
Acueducto público, comunal o veredal	19.6
Carrotanque	16.1
Agua lluvia	10.8
Pozo con bomba	10.8
Río, quebrada, manantial, nacimiento	4.0
Aguatero	0.3

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

En cuanto al tratamiento del agua en el hogar, el 77.4% de las familias informó que hacía algún tratamiento en casa al agua, asegurando un consumo seguro. En estas familias, el tratamiento más común fue hervir el agua (59.8%) y filtrarla (30.2%), siendo menos recurrente añadir químicos (8.1%), usar varios procedimientos (1.6%) u otros métodos (0.3%).

**Tabla 28. Tratamiento del agua en el hogar**

Cómo tratan del agua	%
La hierven	59.8
La filtran	30.2
Le añaden químicos	8.1
Otro	0.3
Usan varios de esos procedimientos	1.6

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Con respecto al almacenamiento del agua, se observó en una alta proporción que el agua para cocinar y beber se encontraba tapada (95.8%), donde la tapa estaba en buen estado (95.9%) y limpia (89.8%), cumpliendo con los requisitos mínimos para el consumo humano (tabla 29).

Por su parte, la presencia de contaminantes visibles fue muy baja, rectificando el cumplimiento de las medidas adecuadas para tener agua limpia y segura (tabla 30). En particular, solo se observaron productos o cuerpos extraños en el agua en el 1.8% de los casos, así como manchas de aceite en el 0.6% y larvas de insectos en el 0.8% de las ocasiones.

**Tabla 29. Almacenamiento agua**

	Sí	No
¿El agua para cocinar y beber la tienen en recipientes tapados?	95.8	4.2
¿La tapa está en buen estado?	95.9	4.1
¿La tapa se ve limpia?	89.8	10.2

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

**Tabla 30. Observación del agua almacenada**

En el agua almacenada se ven:	%
Manchas de aceite	0.6
Rastros de jabón o detergentes	0
Larvas de insectos (gusarapos)	0.8
Otros productos o cuerpos extraños	1.8

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Por último, en un 99.3% de los hogares se cuenta con una llave de paso o con un recipiente para extraer el agua de donde la tienen almacenada, evitando de esta forma meter las manos al recipiente de



almacenamiento. Solo un 7.9% de las familias dijo que metían directamente las manos o la boca en los depósitos de agua limpia.

### 3.2.11 Práctica 11 - Manteniendo la casa limpia y dando un tratamiento adecuado a las excretas, las aguas residuales y los residuos sólidos

Esta práctica consiste en mantener la casa limpia, contribuyendo de esta manera a la defensa contra las enfermedades. Específicamente, esta práctica involucra el buen manejo de los residuos sólidos (basura), es decir, su separación, uso y disposición final. Igualmente, se desarrolla alrededor del adecuado manejo de las excretas, la tenencia adecuada de los animales, así como el manejo de aguas residuales y estancadas.

Así, es importante tener en mente que solamente un 1% de las familias tenían inodoros conectados a alcantarillado y que casi un 60% no tenía servicio sanitario. El servicio de recolección de residuos es prácticamente inexistente, solo el 8.1% informa que la recogen los servicios de aseo. De hecho, como se constata en los datos, la disposición va por cuenta de cada familia, siendo lo más común que se queme (55%).

**Tabla 31. Tipo de servicio sanitario y manejo de basuras**

Servicio sanitario	%
No tiene servicio sanitario	58.9
Inodoro conectado a pozo séptico	30.9
Inodoro sin conexión	6.5
Letrina	2.2
Inodoro conectado a alcantarillado	1.0
Bajamar	0.5
Cómo disponen las basuras	%
La entierran	28.2
La queman	55.0
La recoge un servicio informal	2.2
La recogen los servicios de aseo	8.1
La tiran al patio, lote o baldío	5.0
La tiran al río, caño o quebrada	1.5

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

En esta misma línea, en el 79.9% de los casos en que no se cuenta con servicio sanitario, las familias informan que tapan o entierran sus deposiciones. Por otra parte, un 6.5% de las familias disponen de la basura tirándola a cielo abierto o a fuentes de agua.

Además, en la práctica 7 se hizo referencia a la tenencia de animales de cría como una estrategia de autoconsumo y seguridad alimentaria. No obstante, esta tenencia debe ser cuidadosa en términos de

limpieza, recomendándose que sea fuera de la vivienda. En este sentido, el 94.9% de las familias que tenían animales de cría contaban con espacios para su tenencia fuera del lugar de vivienda.

### 3.2.12 Práctica 12 - Protegiendo a la familia de moscas, cucarachas, ratas, zancudos, murciélagos y otros animales que representan un peligro para la salud

Esta práctica está relacionada con la eliminación de animales que representan riesgos para la salud como las moscas, los zancudos, las ratas y pito, que son transmisores de enfermedades como el paludismo, la fiebre amarilla, el dengue, chikunguña, la cólera, la disentería, la diarrea, chagas, entre otras. De esta manera, la tabla 32 muestra el reporte de la presencia de vectores biológicos en los hogares, siendo lo más común, los mosquitos con un 48.5%, seguido de ratas o ratones (36.9%) y murciélagos (14.3%).

**Tabla 32. Presencia de vectores en el hogar**

	Sí	No
<b>Mosquitos</b>	48.5	51.5
<b>Ratas/ Ratones</b>	36.9	63.1
<b>Murciélagos</b>	14.3	85.7
<b>Pito (chinche)</b>	2.5	97.5

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Ahora bien, algunas maneras de controlar estos animales transmisores de enfermedades están asociadas a la limpieza de la casa y sus alrededores, incluyendo el control de malezas, el manejo de residuos sólidos, excretas y aguas empozadas. En este punto, los datos muestran que en un 26.4% de las viviendas se observó monte o maleza.

Además, con el fin de controlar los animales transmisores de enfermedades más comunes, estos son, los mosquitos y los roedores, las familias optan por métodos de control. En el caso de los mosquitos, el 92.6% tiene algún control, siendo los más frecuentes el uso de toldillos (63%) y la fumigación (43.1%). Para los roedores, solo el 15.6% de las familias no tiene control, siendo la tenencia de gatos el método más frecuente (64.6%).

**Tabla 33. Control de mosquitos y roedores en el hogar**

<b>Control de mosquitos</b>	<b>%</b>
No los controlan	7.4
Usan toldillos	63.0
Fumigan	43.1
Humo	9.3
Tienen anjeo	8.8
Se envuelven en la hamaca o chinchorro	8.8
<b>Control de roedores</b>	<b>%</b>
No los controlan	15.6

Tienen gatos	64.6
Usan trampas	39.5
Veneno	32.0

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.13 Práctica 13 - Tomando medidas adecuadas para mantener la cocina libre de riesgos y prevenir accidentes en el hogar y su entorno

Algunos accidentes ocurren por falta de conocimiento o descuido, por lo que una gran parte de ellos se puede prevenir. A esto se suma la curiosidad propia de los niños, que carecen además de las experiencias y conocimientos que los adultos han adquirido, haciéndolos más propensos a accidentes.

En esta línea, esta práctica desarrolla estrategias para hacer la casa más segura y prevenir accidentes, haciendo énfasis en la cocina, una de las áreas más peligrosas por el fuego y los utensilios peligrosos que allí se encuentran. Con esto en mente, se reporta que un 17% de las niñas y los niños menores de 14 años cocinan en el hogar.

Otro riesgo en los hogares se relaciona con los instrumentos potencialmente peligrosos al alcance de las niñas y los niños. En este punto, los instrumentos peligrosos más frecuentes fueron los limpiadores y detergentes, al alcance de los niños y las niñas en un 13.3%. Por su parte, los machetes fueron las más accesibles para un 25.7% de los hogares donde hay estos elementos, seguido de otros elementos como las tijeras (15%), los azadones o picas (20%) y los insecticidas (14.6%). En general, en un 25.7% de las familias había al menos un elemento peligroso al alcance de los niños.

**Tabla 34. Existencia y alcance de las niñas y niños de instrumentos potencialmente peligrosos en los hogares**

Existencia/alcançe		
<b>Limpiadores y/o detergentes</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Hay?	81	19
¿Están al alcance de los niños y las niñas?	13.3	86.7
<b>Tijeras</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Hay?	72.8	27.2
¿Están al alcance de los niños y las niñas?	14.8	85.2
<b>Hachas</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Hay?	39.8	60.2
¿Están al alcance de los niños y las niñas?	5.2	94.8
<b>Machetes</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Hay?	27	73
¿Están al alcance de los niños y las niñas?	25.7	74.3
<b>Combustibles</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
¿Hay?	18.5	81.5
¿Están al alcance de los niños y las niñas?	6.9	93.1

Azadones o picas	Sí	No
¿Hay?	16.7	83.3
¿Están al alcance de los niños y las niñas?	20	80
Insecticidas	Sí	No
¿Hay?	10.5	89.5
¿Están al alcance de los niños y las niñas?	14.6	85.4

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Con respecto a la ubicación de la cocina, solo en un 4.3% de las familias, la cocina estaba ubicada en una habitación también usada para dormir. En contraste, en el 70.9% de los casos la cocina estaba ubicada en un espacio exclusivo para cocinar.

**Tabla 35. Ubicación de la cocina dentro del hogar**

Ubicación de la cocina	%
Un cuarto usado sólo para cocinar	70.9
Un patio, corredor, enramada, al aire libre	14.2
Una sala	10.1
Un cuarto usado para también dormir	4.3
No hay cocina	0.5

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

### 3.2.14 Enfermedades o accidentes

Para complementar el análisis de las prácticas, con énfasis en las prácticas 12 y 13, se preguntó por enfermedades o accidentes en la familia en el último año, así como por el riesgo nutricional. Los resultados muestran que las enfermedades fueron más frecuentes que los accidentes. El análisis no mostró diferencias significativas entre tener enfermedades o accidentes y el número de miembros de la familia.

En total, 158 personas (8.4%) habrían padecido de alguna enfermedad o accidente, paralelo a 71 familias (17.8%). Por un lado, 142 personas (7.6%) padecieron algún tipo de enfermedad en el año anterior a la evaluación en 62 familias (15.6%). Las más comunes fueron las enfermedades respiratorias (3.1%), las enfermedades de la piel (2.6%) y diarrea (1.6%), todas enfermedades relacionadas con animales transmisores (práctica 12).

Por otro lado, 29 personas (1.6%) sufrieron algún tipo de accidente en 20 familias (5%). De este total, los accidentes más comunes se relacionaron caídas en el hogar (0.8%), cortaduras (0.4%), mordedura de animales (0.3%) y picaduras de animales ponzoñosos (0.3%). De estas, solo las cortaduras se pueden relacionar con la práctica 13.

**Tabla 36. Enfermedades o accidentes en el hogar**

Enfermedad o accidente	%
------------------------	---

Dengue	0.0
Zika	0.1
Chikunguña	0.4
Chagas	0.0
Malaria	0.8
Diarrea	1.6
Enfermedad respiratoria	3.1
Enfermedad de la piel	2.6
Caídas fuertes en el hogar	0.8
Quemaduras	0.1
Cortadas	0.4
Accidentes con electricidad	0.1
Intoxicación alimentos	0.0
Intoxicación productos no alimenticios	0.1
Mordedura de animales	0.3
Picaduras animales ponzoñosos	0.3

Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

Finalmente, se evaluó el riesgo nutricional, donde solo en un caso el contorno medio del brazo dio una medición de 12 centímetros. En todos los demás, el contorno fue igual o superior a 13 centímetros.

### 3.2.15 Comparación con resultados del seguimiento

Para esta comparación se contrastaron los niveles en los reportes finales del seguimiento con los datos obtenidos en la medición actual.

Los niveles de la práctica *brindando apoyo a la mujer embarazada con cuidados adecuados*, son altos en comparación con los resultados finales del seguimiento. En el último seguimiento hecho en Quibdó y Ayapel se encontraron porcentajes de asistencia de mujeres a control prenatal por debajo del 70%. Aunque en la medición actual no se pueden comparar estos resultados por municipio y las familias que no pudieron encontrarse en Quibdó podrían ser aquellas con menores porcentajes de asistencia a estos controles, el nivel actual de 91.7% sugiere un nivel alto y sostenido de la práctica.

Con respecto a la identificación de signos de alarma, esta práctica tuvo niveles altos en el último seguimiento. En la medición actual se notaron niveles más bajos de reconocimiento real de los signos de alarma: el 75% de las gestantes acertó a los signos de alarma y el 61.5% de las parejas.

En cuanto a la práctica *asegurando que niñas y niños tengan el esquema de vacunación adecuado para la edad*, la medición actual coincide con un nivel alto (98.9%) respecto a la tenencia de carné de vacunación. Sin embargo, el porcentaje de niños y niñas con esquema completo fue del 88.3%. Esta reducción podría estar asociada a la coyuntura generada por el COVID-19.

Con relación a la práctica *compartiendo espacios de afecto, estímulo, juego y comunicación con niñas y niños*, los niveles se mantienen altos, ya que la proporción de niñas y niños que reportan que los adultos juegan con ellos o les dan cariño, están por encima del 80%.

Los datos correspondientes a la práctica *brindando cuidados y tratamiento apropiado a niñas y niños*, muestran que los niveles de asistencia a controles de crecimiento y desarrollo son altos, aunque no del 100%. Este comportamiento puede verse afectado por la pandemia en curso.

Adicionalmente, un 33% de las niñas y un 53.1% de los niños dijeron que algún adulto en la familia los corregía con gritos o castigo físico. Esto contrasta con los resultados cercanos al 100% en el reporte final del seguimiento.

Los comportamientos relativos a las medidas con respecto a malestares como fiebre y diarrea en los niños y niñas fueron relacionados con prácticas apropiadas, aunque con porcentajes relativamente bajos en cuanto a acciones como suministrar más líquidos. En todo caso, la suspensión de la lactancia materna no fue una opción en ninguno de los casos.

Fueron pocas las familias con menores de edad con alguna discapacidad. Como se explicó en el análisis de la práctica número cuatro, se pidió a los encuestadores que calificaran en una escala qué tan cuidado se veía el niño o la niña con discapacidad. Aunque los encuestadores observaron casos en los cuales las condiciones de los niños y niñas en esta condición no era la más apropiada, esta apreciación es subjetiva, por lo que este aspecto ameritaría una indagación más detallada.

Los resultados referidos a *alimentando a niñas y niños solo con leche materna desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad*, muestran altos niveles de suministro del calostro a recién nacidos. Las mediciones de seguimiento mostraron porcentajes fluctuantes en Quibdó. Podría ser que las familias con una baja adherencia en Quibdó en este comportamiento estuvieran dentro de aquellas que no pudieron ser incluidas en esta medición. En esta medición, un 95.5% respondieron que el calostro debe darse a los niños y pocas mujeres tenían ideas negativas acerca de este alimento.

Los números de niños y niñas hasta los seis meses fueron bajos en esta medición como para establecer los niveles de lactancia materna exclusiva. Solo hubo 20 niños y niñas hasta los seis meses, por lo que el análisis cuantitativo no es concluyente acerca de la extensión de la lactancia materna exclusiva.

El reporte que dieron las madres lactantes con respecto a la ayuda recibida en las labores del hogar como comportamiento específico de apoyo por parte de la familia, indica que la mayoría de las lactantes lo tenían, aunque en un nivel moderado (57.9%), con respecto a los reportes del seguimiento que con excepción de Quibdó mostraron niveles del 100%.

En lo concerniente a *complementando la alimentación de niñas y niños a partir de los 6 meses de edad, sin interrumpir la lactancia materna hasta los 2 años*, también fueron bajos los números de niñas y niños como para comparar los resultados.

La práctica, *adoptando medidas saludables de preparación, manipulación, conservación y consumo de los alimentos*, mantiene niveles altos en los comportamientos que tienen que ver con manejo de alimentos, aunque hubo pocas familias con cría de animales y cultivos para obtener alimentos.

Los comportamientos de higiene en la práctica *lavando las manos con agua y jabón en los momentos clave*, presentan altos porcentajes al final del seguimiento, aunque cerca un 20% de las niñas y los niños no se lavan las manos antes de comer o de tocar animales en la medición actual. En 20% de las familias no se observó jabón disponible para lavado de manos.

En la práctica *asegurando que las niñas y niños reciban los cuidados necesarios para una buena salud oral*, los resultados del seguimiento mostraron altos porcentajes en las últimas mediciones del seguimiento. En la medición actual, en el caso de los controles odontológicos la asistencia tiene proporciones bajas, aunque es más alta en las niñas y niños más pequeños. A su vez, el lavado de dientes es del 90% en niñas y niños.

En cuanto al uso de chupo y biberones, en las mediciones del seguimiento se reportó que prácticamente en un 100% padres y madres evitaban que sus hijos los usaran. En esta medición un 9.3% afirmó que sus hijos habían usado chupos y que un 64.8% biberón, a su vez 24.5% respondieron que creían que el tetero era bueno para los niños por lo que hay diferencias entre los reportado en los seguimientos y lo que se informó en esta oportunidad.

La información del seguimiento con respecto a la práctica *tomando las medidas adecuadas para tener agua segura para consumo y aseo personal*, mostraba niveles cercanos al 100% en todos los municipios, con excepción de Quibdó. En la medición actual se registró que el almacenamiento de agua se hacía en condiciones adecuadas en más del 95% de las familias. En todo caso, un 23% de las familias no hacen un tratamiento adicional del agua, aunque muy pocas tengan acceso a agua proveniente de acueductos.

Para el caso de la práctica *manteniendo la casa limpia y dando un tratamiento adecuado a las excretas, las aguas residuales y los residuos sólidos*, es importante tener en mente que como en el caso del servicio de acueducto, pocas familias cuentan con recolección de residuos (8.1%) y solo un 1% cuentan con un servicio sanitario conectado a alcantarillado. Así mismo, de las familias que no cuentan con servicio sanitario, un 20% no tapan sus deposiciones a cielo abierto. En el seguimiento los porcentajes de cumplimiento de esta práctica fueron cercanos al 100%, con excepción del comportamiento en mención, particularmente en Quibdó.

La tendencia de animales de cría en sitios fuera de la vivienda, fue un comportamiento con altos porcentajes tanto en el seguimiento, como en esta medición.

En lo que corresponde a *protegiendo a la familia de moscas, cucarachas, ratas, zancudos, murciélagos y otros animales que representan un peligro para la salud*, aquí también los porcentajes de adherencia en el seguimiento estuvieron cercanos al 100%, con excepción de Quibdó, en donde se observan malezas alrededor de un 20% de las familias y de vectores en un 24%. En la medición actual se observó la presencia de maleza en un 24.6% de las viviendas y la presencia de mosquitos en aproximadamente la mitad de las viviendas. Sin embargo, la mayoría de las viviendas tienen previsiones para el control de

los vectores estudiados (mosquitos, roedores, pitos, murciélagos). Probablemente el conjunto de estas medidas se refleje en el bajo porcentaje de enfermedades relacionadas con vectores que se reportaron en esta medición.

En cuanto a la práctica *tomando medidas adecuadas para mantener la cocina libre de riesgos y prevenir accidentes en el hogar y su entorno*, en las últimas mediciones en el seguimiento, los porcentajes de familias que tenían elementos potencialmente peligrosos al alcance de los niños fueron muy bajos, aunque no tan bajos en Quibdó (12%). En esta medición se constató por observación que un 25.7% de las familias tendrían al menos un elemento peligroso al alcance de los niños y niñas, siendo lo más frecuente los machetes. Adicionalmente, en un 30% las familias no contarían con un espacio separado para la cocina.

De todas maneras, los porcentajes de personas en el hogar que han padecido enfermedades (8.4%), como ya se dijo, o accidentes (1.6%), es relativamente bajo. Lo anterior refleja la implementación tanto de la práctica asociada a la protección del hogar frente a animales que representan un peligro para la salud como de la práctica relativa a la prevención de accidentes en el hogar.

### 3.2.16 Análisis cualitativo

Para el análisis cualitativo se considera la relación de productos y efectos esperados de la cadena de valor de la Estrategia, así como las categorías explicadas en la estrategia cualitativa. En este sentido, y frente a la experiencia de las familias participantes priorizadas por la estrategia, la información cualitativa evidencia que estas reconocen y recuerdan con facilidad las prácticas clave y describen además los comportamientos que se asocian a ellas, ejemplificando su uso constante en la vida familiar y cotidiana. Los hombres y las mujeres participantes de la Estrategia Seres de Cuidado pueden recordar con facilidad las prácticas que le fueron compartidas por parte del Agente Educativo, relatan los usos que le da cotidianamente a aquellas prácticas que utilizan con mayor frecuencia o que más han representado cambios en la dinámica de la vida familiar. El grupo de prácticas que recuerdan con mayor frecuencia es el de *cuidarnos en casa*, mencionando las prácticas relacionadas con el uso y filtrado del agua, el manejo adecuado de las basuras y las excretas en los territorios en los que no hay acceso a baterías sanitarias.

*“ya después que aprendimos todas esas cosas, tratamos de mantener la casa limpia, no tener agua estancada para evitar los mosquitos, y el espacio limpio más que todo por los niños, (\_09:11) también por fuera. Y el pozo séptico, se hicieron los pozos sépticos, nosotros no contábamos con esos servicios, eso mejoró mucho porque ya no se ven cosas por ahí, popó por ahí regado que los vecinos tiraban a veces y eso, ya eso cambió, ya eso no lo hay. Ya cada uno tiene su pozo séptico y los mismos nos cubren esa necesidad”<sup>9</sup>*

---

<sup>9</sup> Participante, Ayapel



Al preguntar a las familias por las prácticas clave que recuerdan, aparece el agua y las prácticas relacionadas con su correcto uso en primer lugar; esto es: lavado de manos, manejo del filtro, lavado de los alimentos, disposición del agua filtrada, lavado de la casa, entre otras, evidenciando fácil incorporación de las prácticas del grupo *cuidarnos y cuidarnos al comer* e inclusive su aplicación durante y después de finalizada la estrategia.

*“[Antes] no estábamos pendientes de los niños del lavado de manos, tal vez uno los llamaba para los alimentos y no estaba pendiente que se lavaran las manos ni nada, y ellos comían así y los niños se enfermaban mucho. Nosotros aprendimos eso, que tocaba estar pendiente, que ellos vinieran de la calle, y les servimos los alimentos y los mandamos a lavarse las manos, y eso les ha servido mucho a ellos, ya no se enferman tanto”.<sup>10</sup>*

Así mismo, la incorporación de las prácticas de este grupo en particular, fueron valoradas como fáciles de aplicar en la vida cotidiana, argumentando una mejora evidente en la salud de niños y niñas, la protección de toda la familia en el período de aislamiento y distanciamiento social necesario por la pandemia, así como el beneficio de contar con el dispositivo que les permite tener agua potable para consumir y lavarse confiadamente.

*“Le enseñábamos, por ejemplo, [el manejo de las basuras] (\_4:23) la mosca llega a la basura, luego de la basura se va a un plato que hayamos servido, a un jugo a cualquier cosa, y nosotros pues no lo tomamos, prácticamente nos estamos tomando toda la suciedad que la mosca tenía en las patas. Todo eso era lo que se les enseñaba a las familias y con ejemplos simples se le hacía ver las consecuencias que eso le traía, porque podría darle una diarrea, podría darle un daño de estómago o ya yéndonos a lo más profundo podría llegar a una bacteria en el estómago y quizá hasta la muerte, y las personas iban creando consciencia y ya iban teniendo más precauciones”.<sup>11</sup>*

*“Pues, en mi caso, por lo que tomaba el agua así; no la hervía, ni la filtraba tampoco. La consumía así normal de la llave. Eso, tanto en mi caso. Ya vi la importancia que tiene uno de hirviendo el agua o filtrándola. Y en familia, por lo de los residuos de las basuras. Habían partes en que yo llegaba y las basuras las tenían era así en bolsa; no tenían un recipiente, no tenían nada. Como en otras, tenían el balde pero no tenían la tapa. Entonces, ahí buscamos una estrategia de colocarle una tapa bien fuera de cartón o un pedazo de tabla.”*

Este grupo de prácticas fue mencionado de manera constante en el discurso de las personas participantes, pero también por parte de los agentes educativos y de los agentes institucionales. Valoran con mucha fuerza el hecho de tener acceso a agua potable a través de la utilización de los filtros y, en algunos municipios en los que no se contaba con baterías sanitarias, pudieron tener acceso a ellas a través de la Estrategia. De la misma manera aprender a disponer las basuras de manera correcta para que no exponga a contaminación a la familia, y el manejo de las excretas en donde no hay acceso a

---

<sup>10</sup> Participante, Ayapel

<sup>11</sup> Agente educativo, Quibdó

batería sanitaria, fueron prácticas valoradas como altamente positivas y de muy fácil incorporación en la vida cotidiana de las familias beneficiarias.

Otras prácticas también fueron recordadas frecuentemente por los participantes, aunque con menor frecuencia. En el grupo de las prácticas relacionadas al *cuidarnos* aparece la vacunación y el buen trato a los niños en el discurso de las personas entrevistadas. Se pudo evidenciar el trato amable y sin castigo hacia los niños en el relato de las madres y padres, identificado también por los agentes educativos, quienes consideran la importancia de mantener la expresión del afecto, el trato respetuoso tanto de los padres como de las madres hacia los niños.

*“¿Del afecto a los niños?, Ellos allá quieren mucho a sus hijos, es lo primordial... eso si se los dijo - que los niños no se deben de maltratar, que a los niños se les habla- ... eso si lo tienen ellos, y mi mamá como es la solidaria allá, está muy pendiente, ella no permite eso en la comunidad.”<sup>12</sup>*

Las prácticas de la Estrategia relacionadas con el cuidado a las mujeres embarazadas, la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria fueron mencionadas por los participantes en menor medida, aunque estuvieron también presentes en los relatos. Probablemente esto obedece a un menor número de participantes que requirieran poner en práctica los comportamientos, por no encontrarse recientemente en una situación de embarazo, o al cuidado de bebés en los primeros meses de nacimiento y cuidado. Sin embargo, al insinuar las prácticas, reconocieron la importancia de su utilización y una información valiosa para compartir con otras personas de la comunidad.

Los cambios que se pudieron evidenciar a partir de la incorporación y apropiación de las prácticas por parte de los participantes son reconocidos por las mismas personas de la comunidad, pero también por agentes educativos y los agentes institucionales. Al parecer, dichos cambios impactan de manera positiva sobre todos los miembros de la comunidad, incluyendo los y las jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad por la realidad de sus contextos.

*“Sí claro, cambios hartísimos en la parte de salud, en la parte de educación, en hábitos de higiene, hábitos de la limpieza en las comunidades. Se ve el acompañamiento de los padres en la parte de los controles prenatales; en el papá acompañando al niño a la parte de la vacuna que aquí por cultura, eso antes no se veía. Entonces sí, hemos logrado un impacto, hemos logrado cambios muy significativos en las diferentes comunidades en las cuáles está brincando la estrategia. Es más, hay líderes que han solicitado que si esa estrategia no la pueden llevar a otros sitios de aquí del municipio de Uribia”.<sup>13</sup>*

Frente a la implementación de las prácticas y sus comportamientos asociados por parte de las familias participantes, no se evidencian diferencias significativas desde el punto de vista cualitativo entre los departamentos de Chocó, Guajira y Córdoba, en los municipios priorizados. Las familias de los cinco municipios muestran comportamientos similares, siendo diferente la forma como manejaban las

---

<sup>12</sup> Agente educativo, Uribia

<sup>13</sup> Agente Institucional, Uribia

basuras o el acceso al agua antes de la implementación de la estrategia. Se destaca el municipio de Quibdó en este sentido, en donde las basuras y excretas eran arrojadas al río por algunas de las familias, antes de la llegada de la Estrategia.

Con relación al rol de los hombres en el cuidado integral de la primera infancia, se contempla el ejercicio de un involucramiento activo del hombre en la crianza y el cuidado de niños y niñas de los hombres de las familias pertenecientes a la Estrategia, lo cual implica ejercer un rol de padre presente, comprometido y afectivo que “influye positivamente en el desarrollo y bienestar de sus hijas e hijos en diversas áreas” (Aguayo & Kimelman, 2014)

El rol activo del hombre en el cuidado integral de sus hijas e hijos supone el establecimiento de relaciones afectuosas, en la construcción de un vínculo cariñoso, de apego mutuo y de cercanía afectiva. Igualmente, comprende el involucramiento en el cuidado cotidiano en acciones relacionadas con la alimentación, el vestido, el sueño, el aseo, etc., así como en los diferentes momentos de desarrollo, incluso en la gestación y el nacimiento. De igual manera, el rol activo del padre supone el ejercicio de una crianza respetuosa a través del buen trato, el diálogo y el respeto con todos los miembros del hogar (Aguayo & Kimelman, 2014).

Los padres y madres entrevistados participantes de la Estrategia Seres de Cuidado conocen y reconocen los comportamientos adheridos a las prácticas propuestas y encuentran relación con los tres grupos de prácticas. En particular, los hombres identifican la importancia de incorporar las prácticas relacionadas con la limpieza, el uso y manejo de aguas, basuras y excretas, **aunque reconocen no apropiarlas necesariamente como parte de su rutina diaria ni de su responsabilidad en casa**. Por otra parte, en cambio, reconocen la importancia de manifestar el afecto a los niños y niñas, evitar el castigo físico o bien encontrar alternativas de educación para regular el comportamiento de los niños y niñas y corregir con afecto.

En las voces de los padres participantes se evidencia el esfuerzo para incorporar prácticas y comportamientos que se distancian de los roles masculinos tradicionales, esto en los cinco municipios priorizados, aún con las diferencias culturales que pudieran estar presentes en cada contexto. Los hombres, las mujeres, los agentes educativos e incluso los coordinadores de la Estrategia en el territorio reconocen la presencia más constante de los padres acompañando los procesos de vacunación, visitas médicas y su presencia en general en espacios relacionados con la familia y las actividades familiares.

Los hombres reconocen haber experimentado en primer lugar un proceso de concientización, aprendizaje y de resignificación de los roles asignados a hombres y a mujeres en lo relacionado con las labores de casa y crianza.

*“A mí me dio duro, ..., no tengo la costumbre de cómo tratar una mujer o un niño. Digamos un niño de uno, en mi casa nos tratábamos así diferentísimo, eso también me dio duro. [Cuando era pequeño, yo] era muy rebelde con mi familia, con mi papá y con mi mamá”<sup>14</sup>*

---

<sup>14</sup> Participante, Quibdó

En el mismo sentido, las mujeres participantes reconocen un aprendizaje que ayuda a resignificar el rol masculino dentro del sistema familiar, naturalizando la distribución equitativa de las labores de cuidado y crianza de los hijos y las hijas.

*“Algunas veces trabajan los dos papitos o hay veces si no están con la mamá están con el papá. Pues yo no le veo nada de eso porque un hombre cocina, un hombre puede llevar sus hijos a vacunar, un hombre le puede lavar la fruta, así como le hacen las mamás, pues porque yo veo que, el punto de vista que no es duro para ninguno, ni para el hombre ni para la mujer.”<sup>15</sup>*

Los actores de la Estrategia identifican desde distintos puntos de vista la apropiación de las prácticas de la Estrategia por parte de los hombres y del cambio de percepción de lo que el rol masculino significa en el sistema familiar. Cuando la estrategia llega al entorno familiar en etapas tempranas de su conformación, es posible observar mayor apropiación de los roles compartidos y la asunción equitativa de las labores de cuidado y crianza.

*“Ella estaba mudándose con el muchacho con el que ella tuvo a el niño, entonces ellos aprendieron de Seres de Cuidado, ... el empezó a acompañarla a los controles, él siempre está pendiente de ella, antes de Seres de Cuidado, como ella tenía una casa muy pequeña él empezó a participar en los quehaceres del hogar, el empezó por la cocina, le hizo su mesón y tenían en cuenta cómo debían hacer las cosas, entre los dos se decían el ir a los controles. Ahora el niño esta grandecito y cuando comete sus travesuras el (papá) más habla con él y le dice que vamos a hacerlo de esta forma, que no tiene que llorar y que mire que si se le regaña no es porque uno quiera sino porque lo quiere mucho y es lo mejor para el niño, entonces él le habla todo el tiempo a su niño y ella también”.<sup>16</sup>*

La presencia de los hombres ocupando el lugar de agentes educativos también representa un hito en el acompañamiento comunitario de una estrategia de cuidado de la familia y los niños. Así, los actores entrevistados reconocen un impacto inicial al reconocer un rol distinto en un hombre al explicar las prácticas y acompañar a las familias. Inclusive en las comunidades indígenas, se identificó un proceso paulatino de aceptación, que al principio producía “risa” como una reacción natural ante una situación considerada extraña, y con el avance del acompañamiento de la estrategia, hombres y mujeres fueron apropiando la identificación de este rol como posibilidad.

*“Bueno, llama más la atención que sea hombre, porque por lo general siempre son mujeres. Pero cuando son hombres, he visto que las familias inicialmente se impresionaban, pero después accedían a hacer todas las actividades que se les requería en las estrategias. Se veían motivados y siempre se ve la aceptación que tiene la estrategia en las familias. Obviamente se ve transformado por la semaforización de las prácticas clave”.*

*“Los hombres (que estaban en el momento) se echaban a reír, pero ya después ellos empezaron como que a meterse en el rol del papel: que hay que estar pendiente de los niños mientras la mujer está ocupada, que tiene que buscar la leña o el agua, no solamente ella es la que tiene que hacer*

---

<sup>15</sup> Beneficiaria, Quibdó

<sup>16</sup> Agente Educativo, Uribia

*los quehaceres del hogar, tiene que ayudarla su señor o un tío. Y ella dice que al principio a ellos les causaba risa, pero después -vimos el cambio que ellos nos ayudaban poco a poco, no fue de una, sino fue poco a poco a medida que pasaron los tiempos- dice ella”<sup>17</sup>*

Los agentes educativos hombres generaron confianza entre los hombres y aceptación entre las mujeres al acompañar el proceso de apropiación de las prácticas y comportamientos de la Estrategia.

*“Ella dice que también hacía, por ejemplo, una dinámica, ella llegaba con otro agente educativo que era Rómulo, ella dice que ellos hacían la actividad y agarraban a uno de los niños, que Rómulo la peinaba, que Rómulo la cambiaba, cosas así para que el papá viera lo que él podía hacer con sus hijos y eso le causaba a ellos mucha risa”<sup>18</sup>.*

En su rol específico de padre, los hombres participantes entrevistados se mostraron con apertura a la posibilidad de continuar con el trato afectuoso y con mayor interacción frente a sus hijos, abriendo la posibilidad de ejercer estos comportamientos con regularidad aún después de la finalización de la Estrategia.

*“Mejóro porque antes regañaban más al niño ..., ahora se conversa más con el niño y ya es con más amor, con afecto, antes los niños eran escuchando el sermón, ahora se les da la oportunidad de que ellos hablen, expresen también lo que siente, porque culturalmente nosotros siempre escuchamos al mayor, lo que diga el mayor, lo que diga la mamá, el papá o el tío, nosotros acatamos o nos quedamos callados y simplemente no lo hacemos, pero ahora se le da la oportunidad al niño de que exprese lo que él siente, de que exprese qué siente y el por qué se comporta así y se le escucha, o sea que ya hay un poquito más de comunicación entre padre e hijo y madre e hijo.”<sup>19</sup>*

Como factores facilitadores presentes para propiciar el rol activo de los hombres en las labores de cuidado relacionadas con la estrategia, se puede identificar la presencia de los hombres como agentes educativos, así como su vinculación abierta a todas las actividades propuestas en la Estrategia. Genera, además de confianza, credibilidad y permite recibir de los agentes un modelamiento de las prácticas y los comportamientos que lo muestran como algo posible y cercano de su realidad contextual.

Sin embargo, los hombres participantes de la Estrategia coincidieron en afirmar que las ocupaciones laborales les impidieron recibir, por ejemplo, todos los contenidos del material propiciado por los agentes, así como participar en las actividades comunitarias realizadas. Puede resultar un factor obstaculizador de la efectividad de la Estrategia en este sentido particular.

*“Sí, yo los veía por ahí. Mi esposa maneja(ba) sus cosas de seres del cuidado y yo en eso no me metía, o no preguntaba mucho. ¿Si me entiende?”*

---

<sup>17</sup> Beneficiaria, Uribia

<sup>18</sup> Beneficiaria, Uribia

<sup>19</sup> Beneficiaria, Quibdó

*“Si, eso se lo enseñaron y lo recibió la esposa mía, le explicaron. Sobre eso correctamente, nosotros todavía tenemos el tanque, pero el filtro si se nos cayó y en esa parte si fallamos con el filtro.”<sup>20</sup>*

En comparación de los cinco municipios priorizados por la estrategia, el análisis cualitativo permite evidenciar que en el municipio de Uribe las personas participantes reconocen los roles tradicionales tanto para hombres como para mujeres como cercanos tanto al cuidado de las mujeres embarazadas como de los niños. Los participantes reconocen cambios atribuibles a la implementación de la Estrategia en cuanto a la expresión del afecto y la forma de relacionarse. En contraste, en los municipios del departamento de Córdoba, aunque los hombres entrevistados muestran recordación de los comportamientos asociados a las prácticas de la Estrategia, reconocen una menor capacidad para incorporar estas actividades en la práctica de su vida cotidiana, en tanto que estas no hacen parte de su rol tradicional ni son fácilmente adoptables en la cotidianidad en relación con sus ocupaciones laborales.

Como producto esperado de la Estrategia, las comunidades desarrollan iniciativas para fortalecer y mantener las prácticas clave de cuidado y crianza y de niñas y niños. En este sentido, el empoderamiento comunitario

*se refiere a las acciones colectivas para mejorar las condiciones de vida y las conexiones entre organizaciones de la comunidad y entre estas y otras instancias o agencias. En esta perspectiva, una comunidad es competente cuando sus integrantes poseen las habilidades, deseos y recursos para implicarse en actividades que mejoran la vida de la comunidad (Zambrano, 2009).*

En este orden de ideas, esta categoría hace referencia a las acciones de movilización colectiva de las comunidades para promover las prácticas clave entre los miembros de sus familias y para exigir la garantía de los derechos de niñas y niños de primera infancia.

Las personas participantes de la Estrategia reconocen como parte del proceso el desarrollo de iniciativas comunitarias para fortalecer y mantener las prácticas clave de cuidado y crianza de niñas y niños, esto implica un abanico amplio de actividades relacionadas con la limpieza y mantenimiento de los espacios públicos como parques, canchas, calles, andenes y en general espacios que son del libre acceso de toda la comunidad, fortaleciendo además la cohesión comunitaria y la apropiación del espacio público. En este sentido, es importante destacar aquí el efecto extendido que reconocen los actores respecto a estas acciones, en el hecho de vincular a los jóvenes y adolescentes a las actividades de la estrategia, así como potenciar los liderazgos de mujeres que trabajan articuladamente con el equipo de la Estrategia:

*“(En) el último año creo que trabajamos algo con las escuelas, con los docentes y con la comunidad obviamente, porque la comunidad se queda, y si se van algunos líderes vienen otros, en fin. Muy positivo ese proceso de que surgieron muchos liderazgos de mujeres, y (en) el último año también*

---

<sup>20</sup> Participantes, Montelíbano y Ayapel

*se pudo trabajar con adolescentes y jóvenes, entonces se abrió un trabajo con adolescentes y jóvenes, que todavía hay algunos grupos que continúan<sup>21</sup>*

Las actividades de encuentro, limpieza, recreación a los niños y niñas e inclusive las actividades articuladas con las administraciones locales permean los procesos de cohesión comunitaria, potenciando procesos de maduración de liderazgos nuevos y dando un soporte comunitario para la sostenibilidad y continuidad de la estrategia. Los actores externos a la comunidad reconocen un avance en la autonomía de las comunidades para organizarse y continuar con las actividades que son factibles de realizarse aún sin la gestión de recursos económicos o la incorporación de otros proyectos o Estrategias.

*“Sí, sí porque por ejemplo aquí, muchos nos reunimos para salir y organizamos las calles y el parque, sobre todo el parqucito que lo dejábamos anteriormente en descuido, ya no, ya la gente está pendiente de las cosas. Del agua, esa agua tratada, porque aquí los niños mantenían muy enfermos con paludismo, la diarrea por el agua cruda, mucho químico en el agua, entonces nosotros no hervíamos el agua sino que la consumíamos así sin ningún cuidado. Entonces todo eso sirvió para que nos cuidáramos nuestra salud, uno mismo.”<sup>22</sup>*

Como se mencionó en el análisis de la categoría anterior, una de las dificultades para lograr la participación contundente de los hombres en las actividades comunitarias, es el horario y dedicación de los hombres a sus ocupaciones laborales. Sin embargo, no se desconoce que otros factores limitan la participación de los hombres en estos espacios comunitarios, pues los roles masculinos también juegan un papel preponderante. Algunos de los hombres entrevistados manifestaron no asistir, pero tener presente que dichas actividades se realizan y son beneficiosas para las mujeres, los niños y la comunidad.

*“Había buena convocatoria. Lo que sí, es que había comunidades que pedían que las actividades se hicieran por ejemplo en la tarde, porque en la mañana sus esposos o compañeros trabajaban, entonces las madres querían que su pareja asistiera a la actividad.”<sup>23</sup>*

La dificultad para encontrar espacios de tiempo ajustados a todos los integrantes de la familia para que participen de las actividades comunitarias puede considerarse un factor obstaculizador en el éxito de esta categoría, sin embargo, se debe reconocer su interacción con otras condiciones de contexto y culturales que podrían ser exploradas en mayor detalle.

De otro lado, la presencia permanente de los agentes educativos en la organización de las actividades, la convocatoria organizada y la participación de otras entidades, instituciones y en ocasiones de otros proyectos o Estrategias actuando también sobre el territorio, se consideran facilitadores de la participación y el empoderamiento comunitario

---

<sup>21</sup> Coordinador, Córdoba

<sup>22</sup> Beneficiaria, Ayapel

<sup>23</sup> Beneficiaria, Quibdó

Por último, la estrategia contempla que el equipo de trabajo de la estrategia cuente con respuestas coordinadas con las instituciones del gobierno local a las demandas generadas en las familias y la comunidad. En este sentido, esta garantía es entendida como la capacidad de las instituciones gubernamentales locales para garantizar de forma oportuna y pertinente los derechos de niñas y niños a través de programas o acciones concretas de respuesta frente a situaciones específicas durante el desarrollo de la estrategia.

En las voces de las personas entrevistadas, se resalta el reconocimiento de la presencia institucional en todos los municipios priorizados durante la implementación de la Estrategia. Esto se realizó a partir de jornadas de vacunación, brigadas de salud, jornadas de registro, y actividades realizadas en articulación con la secretaría de educación o con las entidades educativas de los territorios directamente. Se evidenció fuertemente la presencia de las entidades de salud, como el principal actor institucional presente lo que generó confianza en la presencia del Estado a través de sus representantes de este sector.

Particularmente en el municipio de Uribia, sus condiciones geográficas dificultan el acceso de las comunidades a los servicios de la oferta institucional, y aquí las personas entrevistadas coincidieron en afirmar que la presencia institucional a partir de la implementación de la Estrategia facilitó e impulsó a las personas a reconocer la importancia de lograr la garantía de los derechos de los niños y las niñas.

*“... Los agentes educativos y las familias lo reconocen, así como también en ese momento como de compartir en las actividades comunitarias, que dicen que por lo general no lo hacen en las comunidades, pero con Seres de Cuidado sí, y así mismo en las brigadas de salud, porque para ellos es más fácil que les lleven allá la atención médica que ellos trasladarse hasta acá al municipio de Uribia. Así lo mismo pasa con el registro civil, el equipo de Seres de Cuidado los trae de la comunidad hasta el hospital para que le hagan la hemo-clasificación, los llevan a la registraduría, y nuevamente los llevan a la comunidad... Entonces ellos agradecen eso.”<sup>24</sup>*

Las familias y los agentes educativos, al igual que los coordinadores de los territorios, reconocen que se realizaron acciones coordinadas para fortalecer la presencia en el territorio de manera periódica y con la participación de varias entidades de las administraciones. En los distintos territorios priorizados, estas actividades respondieron a las necesidades particulares de las comunidades y esto es posible identificarlo en las distintas entrevistas, tanto a coordinadores como a agentes educativos y por supuesto a las familias participantes.

Los actores institucionales particularmente reconocen los esfuerzos articulados entre el equipo de la estrategia y las administraciones locales. También los padres y madres participantes reconocen las actividades comunitarias gestionadas por la Estrategia y con presencia de la institucionalidad. Sin embargo, la continuidad de las acciones está estrechamente relacionada con la permanencia de los actores de la Estrategia, la gestión de los agentes educativos y/o de los agentes institucionales.

---

<sup>24</sup> Coordinadora, Uribia



Ahora bien, uno de los grandes desafíos en cuanto a la presencia institucional que permita la garantía de los derechos de niños y niñas está en la continuidad de las acciones luego de la implementación de la Estrategia. Los actores de todos los territorios coincidieron en afirmar que la continuidad de esas actividades se vio afectada principalmente por las restricciones ocasionadas por la pandemia y que jugaron también un factor importante en esta continuidad.

*“En otra zona ... no siguieron, o sea digamos que de las 4 zonas que estábamos, 3 quedaron como en haciendo acciones, unas no siguieron haciendo el trabajo como tal pero en la mayoría sí siguieron articulando con la Alcaldía, bueno ... la anterior, esta actual no sé porque hubo un cambio de Alcaldía, entonces no sé con ésta porque realmente no ha dado tiempo de hacer nada por la pandemia, paralizó todo. Pero las Alcaldías, los alcaldes anteriores sí, sí lograron hacer acciones, especialmente con la Secretaría de Salud. Bueno, ahí es una zona que han participado en todo lo que tiene que ver con los PDET, los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial con la ARN, o sea ellos se volvieron líderes visibles, no solamente para el trabajo de Seres de Cuidado sino que se dieron liderazgos, surgieron liderazgos, entonces yo pienso que eso es más positivo que cualquier otra cosa, porque eso demuestra que queda una capacidad, una capacidad instalada. El año pasado estuve reunido con algunas redes y me dijeron que (porque nosotros seguimos en el territorio) que querían como organizarse legalmente, pero nosotros ese tema no lo trabajamos, entonces quisimos hacerles contacto con el SENA, con la Secretaría de Gobierno, pero este año no nos ha dado tiempo realmente de hacer nada en ese sentido, entonces hay unos que están organizados todavía y que quieren seguir como trabajando, y lo han hecho más con entidades que han entrado al territorio.”<sup>25</sup>*

*“Sí, si no que las familias ya no lo ven como Seres de Cuidado directamente, sino como lo que la Alcaldía lo está haciendo... ellos ven a la institución y ven que nosotros estamos promoviendo a que participen entonces dicen que “la alcaldía vino e hizo tal cosa, que no se quien vino e hizo tal cosa”<sup>26</sup>*

En este sentido, la percepción general de las familias es que la respuesta institucional está articulada y condicionada a las acciones de un actor externo, bien sea la Estrategia Seres de Cuidado o alguna otra iniciativa que se implemente en el territorio.

De otro lado, no fue posible establecer con claridad si las instituciones gubernamentales disponen de recursos dirigidos a continuar o fortalecer las acciones realizadas durante la implementación de la estrategia. Probablemente, con una indagación más exhaustiva o considerando otros actores en distintos escenarios de la institucionalidad, se pueda establecer este cuestionamiento que permita inferir la garantía de la sostenibilidad de las acciones de la estrategia.

Por último, se pudo evidenciar, a partir de las entrevistas a las familias, que las comunidades ganaron confianza en las instituciones a partir del acercamiento que tuvieron con estas. A la pregunta de cómo exigir la garantía de los derechos de los niños y las niñas, las personas entrevistadas coincidieron en afirmar, en una gran mayoría, que la utilización de mecanismos participativos y de activación de rutas

---

<sup>25</sup> Coordinadora, Guajira

<sup>26</sup> Coordinadora, Quibdó

para la exigencia de la garantía es un camino utilizado del cual tienen ahora más información sobre su funcionamiento y posibilidades de acceso.

### 3.3 Análisis de asociación

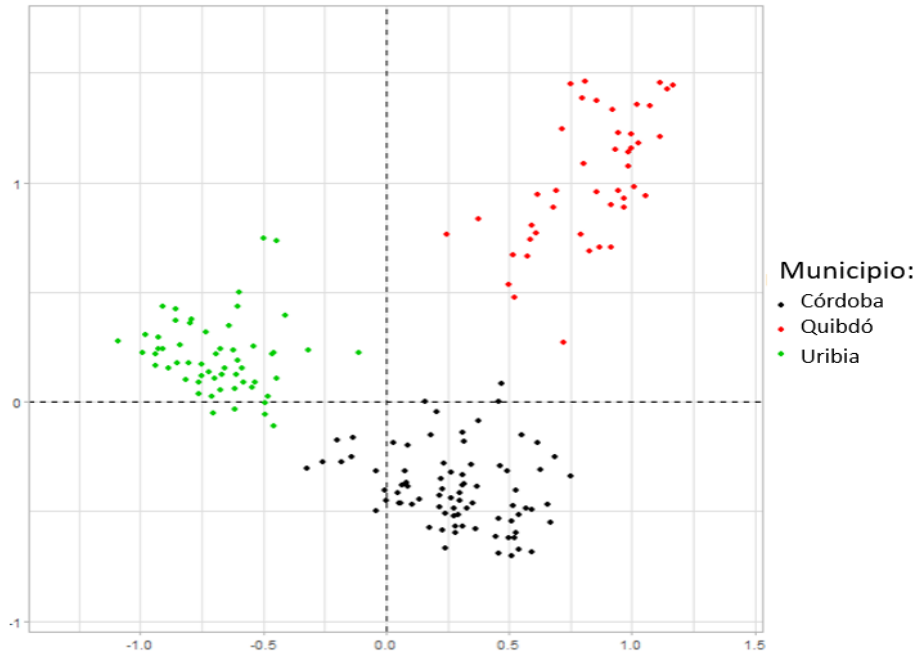
La intención de este análisis es la de encontrar variables que se asociaran con resultados de la estrategia, como las enfermedades o el nivel nutricional de los niños y las niñas. Los únicos eventos que tuvieron una frecuencia tal que permitiera algún grado de análisis de asociación, fueron la presencia de alguna forma de maltrato y el acaecimiento de alguna enfermedad o accidente en el hogar.

Con el propósito de estudiar simultáneamente la asociación entre las variables de la evaluación, se utilizó el Análisis de Correspondencias Múltiples, con el cual se pueden establecer las relaciones entre las variables, representadas por su distancia y representables en planos que facilitan su interpretación.

Del conjunto de variables disponibles, las que mostraron la contribución más importante a la variabilidad en el plano fueron la región (Córdoba, Uribe y Quibdó); el que existieran personas en el hogar que hubieran sufrido enfermedades o accidentes recientemente, el que hubiera niñas o niños corregidos con golpes o gritos; el tipo de servicio sanitario; la presencia de ratas o mosquitos, la presencia de tijeras, combustibles, limpiadores en la vivienda; el tipo de suministro de agua; el tipo de disposición de residuos y el tipo de servicio sanitario en la vivienda.

El plano inicial (Figura 2) muestra que, con el conjunto de variables incluidas simultáneamente en el análisis, aparecen claramente diferenciados tres grupos correspondientes a las tres regiones del país estudiadas. Los puntos en la figura representan a las familias de la muestra. Se puede observar que tienden a aparecer agrupadas según la región. Esto facilita el análisis de otras características, puesto que pueden asociarse con el lugar de residencia de las familias.

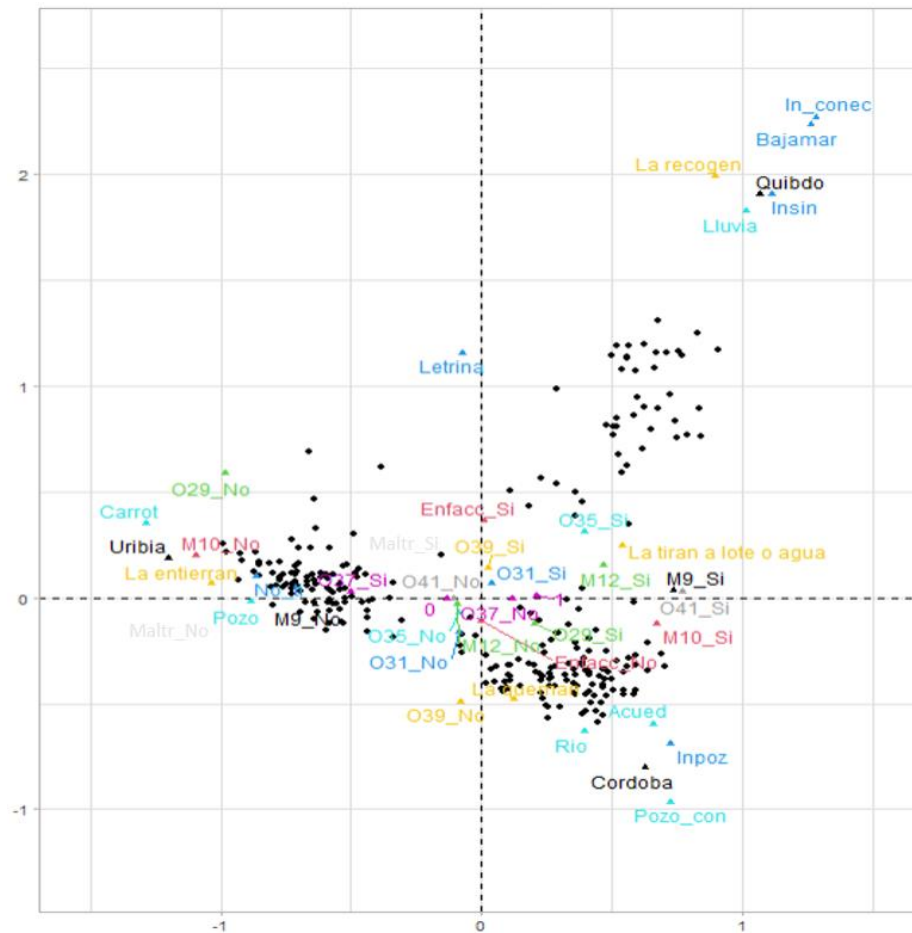
Figura 2. Representación factorial de las familias



Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020)

La Figura 3 presenta de manera conjunta las variables más representativas en el análisis de correspondencias múltiples.

**Figura 3. Representación simultánea de familias y variables**



Fuente: Análisis propio basado en instrumento cuantitativo en municipios de la muestra. Equipo de investigación CINDE-UNICEF (2020): Ubiria=municipio de Ubiria; Córdoba= Ubicación en el departamento de Córdoba; Quibdo=Ubicación en el municipio de Quibdó; Maltr\_No= No presencia de niños corregidos mediante formas de maltrato; Maltr\_Si=Niños corregidos mediante formas de maltrato; In-conec=inodoro conectado; Bajamar=tipo de servicio sanitario “bajamar”; Inpoz=Inodoro con pozo séptico; Letrina=tipo de servicio sanitario=“letrina”; Insin =tipo de servicio sanitario “inodoro sin conexión”; M9\_No=“No presencia de ratas/ratones; M9\_Si=Presencia de ratas/ratones; M10\_No= No presencia de mosquitos; M10\_Si= presencia de mosquitos; O31\_No= No presencia de tijeras en el hogar; O31\_Si= Presencia de tijeras en el hogar; O37\_No= No presencia de combustibles en el hogar; O37\_Si=presencia de combustibles en el hogar; O39\_No= No presencia de limpiadores o detergentes en el hogar; O39\_Si = Presencia de limpiadores o detergentes en el hogar; O41\_No= No presencia de insecticidas en el hogar; O41\_Si= presencia de insecticidas en el hogar; Carrot= Suministro de agua por carrotanque; Pozo=Suministro de agua por pozo; Río= suministro de agua del río; Acueducto=Suministro de agua del acueducto; Pozo\_con=suministro de agua con motobomba; Lluvia= Suministro de agua de lluvia; La tira a lote o agua=Disposición de residuos tirándolo a lote o cuerpo de agua; La recogen= disposición de residuos por recolección de carro de basuras; La entierran= disposición de residuos enterrándolos; La quemar=disposición de residuos quemándolos

Los tres grupos se caracterizan por:

Grupo 1: Ubicación en Córdoba, menos accidentes o enfermedades, menos artículos peligrosos al alcance de niñas y niños, más inodoros conectados a pozo, más procedencia del agua de acueducto o pozo con motobomba, más disponen la basura quemándola.

Grupo 2: Ubicación en Quibdó, más accidentes o enfermedades, más artículos peligrosos al alcance de las niñas y niños, más inodoro sin conexión o con pozo, más procedencia del agua de lluvia, más presencia de ratas y ratones, más disponen la basura por recolección.

Grupo 3: Ubicación en Uribia, menos maltrato a las niñas y niños, más inexistencia de inodoro, más agua de pozo sin motobomba y carrotanque, menos presencia de ratas y ratones, menos presencia de mosquitos, menos presencia de murciélagos, más disponen de la basura enterrándola.

## IV. Conclusiones

En términos generales, la Estrategia Seres de Cuidado muestra alta efectividad en términos de los productos y los efectos considerados en la teoría del cambio, además de evidenciar la sostenibilidad de las prácticas, aunque con amenazas en cuanto a la continuidad por parte de la institucionalidad al depender de la permanencia de los actores.

De esta manera, frente a la implementación de las prácticas<sup>27</sup>, se evidencia que las familias participantes conocían las prácticas, apropiándolas, comprendiéndolas e incorporándolas en su vida cotidiana y en su vínculo relacional al interior de la familia. Además, las familias participantes comparten el conocimiento adquirido con otras familias de la comunidad, se mantienen constantes en la implementación de las prácticas durante el tiempo y reconocen la estrategia y los actores relacionados con ella. En términos de sostenibilidad, en lo concerniente a la vida familiar y al interior de la casa, las prácticas se mantienen aún si los implementos materiales otorgados por la Estrategia se averían o desaparecen, el reconocimiento por la importancia de la práctica permanece, transmitiéndose además a las generaciones siguientes, adolescentes, niños y niñas.

En esta línea, se resalta un balance general positivo en la valoración de las prácticas, donde las personas reconocen la experiencia de la Estrategia Seres de Cuidado como beneficiosa para la salud de los niños y niñas, y para su sano crecimiento y desarrollo.

Así, en las prácticas del grupo *cuidarnos*, se reportan buenos comportamientos asociados al apoyo en el hogar a las mujeres embarazadas (práctica 1). No obstante, los participantes mencionan en menor medida la incorporación de comportamientos de la práctica 1 relativos a la gestación y cuidados de la madre gestante, así como a los controles prenatales, aunque esto puede deberse a que hay una menor proporción de mujeres embarazadas y madres lactantes ya que, cuando se mencionan estos

---

<sup>27</sup> Asociadas a las preguntas del primer y cuarto objetivo de la evaluación en la matriz de consistencias.

comportamientos, se reconoce su importancia. En particular, la evidencia cuantitativa muestra algunos comportamientos con bajo cumplimiento:

1. El acompañamiento a la gestante al control prenatal (67%).
2. El afecto brindado a la gestante por la pareja (77.3%).
3. El reconocimiento de los signos de alarma durante la gestación por parte de la gestante (72%).
4. El reconocimiento de los signos de alarma durante la gestación por parte de la pareja (60%).
5. El apoyo a la madre lactante en las tareas del hogar (57.9%).

Similarmente, el caso de la práctica 2 relativa a la vacunación de niños y niñas tiene un balance positivo, donde la evidencia cuantitativa muestra que el 98.9% de los niños y niñas tienen su carné de vacunación, al tiempo que la evidencia cualitativa indica que las familias mantendrán esta práctica vigente en sus familias y las familias de la comunidad. Sin embargo, el esquema completo de vacunación (88.3%) debería ser más alto, aunque esto puede haberse afectado por los meses de cuarentena debidos a la pandemia por COVID-19.

De igual forma, se reportan buenos comportamientos asociados a la práctica 3 y 4 asociadas al juego con niñas y niños, así como al reconocimiento por parte de hombres y mujeres de los territorios priorizados sobre la importancia de la expresión del afecto y el uso de herramientas alternativas para corregir a los niños, aunque esto es mencionado en menor medida. Así, el castigo con gritos y golpes (43% de las niñas y niños) se da en el 40% de los hogares. También se encuentra que, aunque el número de menores de edad con discapacidad es bajo, hubo casos en que se observó que faltaba cuidado a estos menores de edad.

Por su parte, el grupo *cuidarnos al comer* reporta buenos comportamientos en las medidas de preparación, manipulación, conservación y consumo de alimentos, así como en las asociadas al lavado de manos, aunque en esta última, solo se reporta el lavado de manos 3 veces al día en el 72.9% de los niños y las niñas. Así mismo, la práctica 9 de salud oral reporta un menor reconocimiento, donde el control odontológico en el último año es deficitario en todos los grupos de edades (31.5%) y hay creencias favor del uso del tetero: 50.9% piensa que ayuda a la alimentación, 33.9% que ayuda a calmarlos y 24.6% que es bueno para los y las bebés. Cabe indicar que, para las prácticas 5 y 6 asociadas a prácticas de lactancia materna, la muestra es pequeña por lo que se dificulta encontrar evidencia concluyente.

Además, las prácticas de la 10 a la 13 relacionadas con *cuidarnos en casa* reportan una alta mención al uso y manejo del agua, las basuras y las excretas en los casos donde no se cuenta con baterías sanitarias en los hogares. Esto se ve respaldado por la evidencia cuantitativa, donde un alto porcentaje de familias indica tener el agua para cocinar tapada (95.8%), utilizar un recipiente para extraer el agua y no contaminarla (99.3%) y tener el lugar de preparación de alimentos aseado (91.3%), mientras una baja proporción tira la basura a fuentes hídricas o al suelo (6.1%). Cabe indicar que el análisis adicional a las prácticas de *cuidarnos en casa* encuentra un bajo porcentaje tanto de accidentes como de enfermedades, donde las enfermedades más comunes pueden relacionarse con la presencia de animales transmisores. Sin embargo, en un 25.7% de las familias habría algún elemento peligroso al alcance de las niñas y los niños.

En lo referente a los cambios en los roles y relaciones alrededor de la igualdad y no discriminación por razones de género<sup>28</sup>, el rol activo de los hombres en las labores de cuidado y crianza muestra un avance con respecto a los roles tradicionales masculinos en la incorporación de actividades de cuidado, crianza, expresión del afecto y asuntos del hogar, aunque los hombres no siempre apropian las prácticas de limpieza y cuidado como su responsabilidad.

Por un lado, la presencia de agentes educativos hombres se presenta como un factor facilitador que permite la adherencia y confianza de los hombres al uso de las prácticas y a aceptarlas como parte de un rol masculino que también es posible. Por otro lado, como un obstaculizador, particularmente en términos de la sostenibilidad, la dificultad de tiempo disponible de los hombres por sus ocupaciones laborales, así como otros componentes de los roles tradicionalmente masculinos, sumado a un sistema de creencias y usos culturales representan un desafío para lograr la transformación continua del rol de los hombres en el sistema de cuidado de niños y niñas.

Aunque los roles tradicionales asignados por la cultura se mantienen en las comunidades, asignando a las mujeres predominantemente las labores de cuidado y a los hombres de la provisión económica del hogar; como resultado de la estrategia se evidencian **pequeñas transformaciones a partir de la aceptación en el imaginario colectivo de que tanto hombres como mujeres pueden hacerse cargo del cuidado de otros**. Se incorpora en el lenguaje la idea de que los hombres pueden ser también seres de cuidado, implicarse en las labores domésticas y apropiarse de las prácticas de la Estrategia. Este es un avance importante, en tanto que permite incorporar en el discurso, en el imaginario y en la práctica, nuevas formas de masculinidad que son permitidas, y que se expresan en la expresión del afecto hacia los niños y niñas, el reconocimiento de las labores domésticas como inherentes a la vida cotidiana, generando las condiciones para que los resultados de la estrategia puedan ser sostenibles en el tiempo en este sentido.

En lo asociado al empoderamiento comunitario<sup>29</sup>, se encuentran resultados positivos de acuerdo **con las voces de las personas entrevistadas**. Las mujeres y los hombres de la comunidad reconocen en las actividades realizadas, especialmente en las relativas a la limpieza y mantenimiento del espacio público, una forma de potenciar los liderazgos femeninos y juveniles y ofrecer a los adolescentes espacios que les generen pertenencia.

Por consiguiente, hay una tendencia a valorar las prácticas y comportamientos de la estrategia como positivos para todos los niños y las niñas, así como para las personas de la comunidad. La estrategia es efectiva en tanto que promueve los procesos colaborativos y comprometidos por el bienestar colectivo y genera las condiciones para que los liderazgos de mujeres y jóvenes se hagan presentes, a partir de las actividades de cuidado colectivo que plantea en el espacio público. La sostenibilidad de este empoderamiento está condicionada a factores externos como la seguridad y la salud pública, aunque contribuyen factores propios de la estrategia como el acompañamiento constante de los agentes y la inclusión de los y las jóvenes en el proceso como actores activos del escenario comunitario.

---

<sup>28</sup> Asociado a las preguntas orientadoras del tercer objetivo de la evaluación en la matriz de consistencias.

<sup>29</sup> Asociado a las preguntas del primer, segundo y quinto objetivo de la evaluación en la matriz de consistencias.

En cuanto a la garantía de los derechos de niños y niñas<sup>29</sup> mostró resultados en cuanto al reconocimiento de mayor presencia institucional durante la implementación de la estrategia, pero no tanto después de que la estrategia terminó. Esto puede estar interferido por la contingencia de COVID – 19 que obligó a aislamiento y distanciamiento social, sin embargo, se pudo evidenciar que, en la mayoría de los casos, la presencia de los actores institucionales está mediada por los agentes educativos o en general por el equipo de la estrategia, **por lo que la continuidad depende, en parte, de la permanencia de los actores**. En este sentido la estrategia es efectiva en tanto que logra generar el reconocimiento de las instituciones de parte de las comunidades, pero la sostenibilidad está condicionada por factores sobre los cuales no tiene capacidad de actuación.

Ahora bien, se reconocen algunos factores facilitadores y cuellos de botella<sup>30</sup>. Por un lado, Se reconoce como factor facilitador de los resultados de la estrategia la pertenencia del agente educativo a la comunidad participante, y su perfil de liderazgo para convocar y mantener el compromiso de las personas, principalmente en lo relacionado con las actividades de empoderamiento comunitario. Las familias reconocen en el agente comunitario a un aliado en la incorporación de las prácticas de cuidado, también un modelo a seguir y una guía para articular procesos al interior de la comunidad.

Por otro lado, la continuidad de las actividades, seguimiento y acompañamiento a las familias surge como una categoría emergente relacionada con la contingencia por COVID-19. En este sentido, se destaca que el contacto entre el agente educativo y las familias siguió, en la mayoría de los casos, por vía telefónica y en otros presencialmente, guardando el distanciamiento social. Cabe indicar que esto solo es posible en los casos donde el agente educativo pertenece a la comunidad, permitiendo que los participantes tengan la sensación de que la Estrategia continúa. No obstante, el seguimiento de actividades comunitarias no fue posible dadas las restricciones, haciendo que el impacto sobre estas actividades fuera evidente.

En cambio, algunos factores externos o internos que podrían obstaculizar la sostenibilidad de estas prácticas son el daño o pérdida de los implementos entregados por la estrategia como los filtros de agua. Similarmente, es importante tener en cuenta que hay factores regionales que se salen del manejo de las familias y pueden presentar un riesgo para la implementación como la carencia de servicios de agua y la disposición de residuos. Estos últimos factores pueden ser mitigados por la estrategia, pero no reducidos a cero.

De igual manera, el análisis multivariado muestra que existen diferencias en los grupos de familias que están en alta dependencia de la región en la que se ubican. Esto implica la importancia de reforzar el carácter regional de la estrategia.

## V. Recomendaciones

La estrategia cumplió globalmente los objetivos planteados en relación con el cumplimiento de las prácticas, la inclusión de los hombres en los cuidados en el hogar, cuidados con las niñas y niños,

---

<sup>30</sup> Asociado a las preguntas orientadoras del segundo objetivo de la evaluación en la matriz de consistencias.



mujeres en embarazo y en lactancia, el empoderamiento comunitario y la respuesta institucional. No obstante, se observaron puntos de mejora para futuras implementaciones de esta estrategia o similares, los cuales se listan a continuación.

En primer lugar, con el fin de mejorar la efectividad alusiva a algunos comportamientos con bajos niveles de cumplimiento que posiblemente no fueron priorizados como urgentes tales como el lavado de manos luego de actividades como tocar animales, la asistencia a control odontológico y la colaboración a las madres gestantes y lactantes con las tareas del hogar, se recomienda a Unicef desarrollar en el mediano plazo (entre 6 meses y 2 años) materiales didácticos tales como cartillas y calendarios que sean distribuidos por medio de los agentes educativos y demás actores en territorio que deseen unirse, de tal manera que se recuerden las prácticas para que las familias no las olviden y las implementen. En este punto también se sugiere evaluar la pertinencia de una herramienta tecnológica que funcione como un calendario con alarmas que facilite a las familias el agendamiento, por ejemplo, de citas odontológicas y controles de crecimiento.

En segundo lugar, para mejorar la efectividad, se aconseja a Unicef en el corto plazo: (i) continuar con el trabajo con agentes educativos masculinos para aumentar la posibilidad de inclusión de los hombres en los cuidados de hogar, niños, niñas, mujeres embarazadas y mujeres en lactancia; (ii) dado que la evaluación mostró que los hombres están más interesados en aprender de otros hombres, desarrollar actividades enfocadas en ellos y donde se sientan cómodos de participar; y (iii) aumentar la frecuencia de actividades como visitas y reuniones comunitarias en horarios no laborales, buscando que los hombres participen activamente.

En tercer lugar, para que las prácticas implementadas continúen se debe hacer un aprovisionamiento constante de materiales dado que estos se desgastan, como lo ilustra el caso de los filtros de agua. Así mismo, con estos aprovisionamientos se puede incentivar un desarrollo más homogéneo de las prácticas, por ejemplo, otorgar cepillos y pasta de dientes, jabón y recipientes con tapa. En este sentido, se recomienda a Unicef en el corto plazo (menos de 6 meses), establecer alianzas con los actores estatales pertinentes (por ejemplo, Secretarías de Salud) u organizaciones de cooperación internacional presentes en territorio que trabajen en temas de higiene y saneamiento básico para asegurar el aprovisionamiento.

En cuarto lugar y en la línea de sostenibilidad, se recomienda a Unicef en el corto plazo hacer seguimiento diferenciado a los hogares jóvenes (hogares que lleven poco tiempo de constituidos) donde, de acuerdo con la información recolectada, es más fácil implementar las prácticas y la probabilidad de cambio es mayor. Hacer lo anterior refuerza la sostenibilidad de las prácticas a largo plazo y los cambios a nivel comunitario.

En quinto lugar, el acompañamiento institucional se sintió fuertemente en las comunidades durante la implementación de la estrategia, las visitas periódicas, las jornadas de limpieza, vacunación, entre otros. No obstante, al terminar la intervención, se puede perder ese acercamiento con las instituciones, aun cuando el empoderamiento comunitario continua. Dado esto, se recomienda a las entidades estatales continuar con las actividades en el mediano plazo, mientras que se sugiere Unicef en el mediano plazo gestionar alianzas con entes institucionales garantes de derechos como la registraduría, la secretaria de

salud y educación e ICBF, entre otros, para que la estrategia sea absorbida por estas instituciones y pase a ser parte de la agenda gubernamental en los territorios.

En este punto, se debe resaltar que la estrategia se desarrolla en comunidades con contextos fijos difíciles de abordar y que se salen del alcance la estrategia, tales como el poco acceso a servicios públicos como recolección de basuras, servicio sanitario o acueducto público. En esta línea, se recomienda a Unicef que visibilice la situación ante las autoridades locales, regionales y nacionales pertinentes.

## Referencias

- Aguayo, & Kimelman. (2014). *Guía de paternidad activa para padres*. Santiago de Chile: UNICEF.
- Escobar, J., & Jiménez-Bonilla, F. (s.f). *Grupos focales: una guía conceptual y metodológica*. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 9 No. 1, 51-67.
- Gavira, S., & Osuna, J. (2015). LA TRIANGULACIÓN DE DATOS COMO ESTRATEGIA EN INVESTIGACIÓN. *Pixel-Bit*.
- P
- Rodríguez, C., Pozo, T., & Gutiérrez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes. *RELIEVE*.
- Salinas, P., & Carnedas, M. (2009). *Métodos de Investigación Social*. Quito: FLASCO-CIESPAL.
- UNICEF. (2018). *Proceso de Monitoreo de la Estrategia Seres de Cuidado*. Bogotá.
- Zambrano, A. (2009). *Trayectorias Organizacionales y Empoderamiento Comunitario: Un Análisis de Interfaz en dos Localidades de la Región de la Araucanía*. *Psykhé*, Vol. 18, N° 2, 65-78.

## Anexos

### [Anexo 1. Matriz de consistencias](#)

Documento adjunto

### [Anexo 2. Instrumentos de recolección de información cualitativa](#)

Documento adjunto

### [Anexo 3. Instrumentos de recolección de información cuantitativa](#)

Documento adjunto

### [Anexo 4. Revisión documental](#)

Documento adjunto

### [Anexo 5. Equipo evaluador](#)

Documento adjunto

### [Anexo 6. Términos de referencia](#)

Documento adjunto