



**EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PÚBLICOS COMO ESTRATEGIA DE
INNOVACIÓN SOCIAL: CASO PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A
LA PRIMERA INFANCIA DE LA ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI
2012-2017**

PROYECTO DE GRADO

NATALY JARAMILLO PADREDÍN

**Director de investigación
CARLOS ENRIQUE MORENO LEÓN
PhD Ciencia Política**

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
MAESTRÍA EN GERENCIA PARA LA INNOVACIÓN SOCIAL
SANTIAGO DE CALI
2018**

AGRADECIMIENTOS

Al culminar este proyecto de grado mi primer agradecimiento es a Dios porque sin Él nada sería posible y por permitirme que a pesar de las dificultades y pruebas en el camino, siempre me mantuvo fuerte y firme en la decisión de hacer esta maestría y culminarla con éxito.

A mi mamá Claudine por su incondicional amor y apoyo en todos mis proyectos, mis logros también soy de ella.

Al profesor Carlos Enrique Moreno León por sus fundamentales observaciones y aportes, los cuales contribuyeron a través de su revisión crítica y retroalimentación permanente el desarrollo de este trabajo.

A la Subsecretaria de Primera Infancia Ivette Adames García de la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía de Santiago de Cali, por permitirme pertenecer a su equipo de trabajo y aprender a enamorarme del maravilloso mundo de la primera infancia.

A la Universidad Icesi por acogerme como su estudiante y al grupo de profesores de la Maestría en Gerencia para la Innovación Social, por su compromiso en la construcción participativa de conocimiento para la ciudad, la región y el país.

Y finalmente, a todas aquellas personas que de una u otra manera aportaron a que este trabajo se concluyera con éxito.

Infinitas gracias y no se imaginan lo feliz que estoy con este nuevo logro.

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN	4
2.	INTRODUCCIÓN	5
3.	INNOVACIÓN SOCIAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.....	7
4.	ESTUDIO DE CASO	9
4.1	PANORAMA DE LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA	9
4.2	SANTIAGO DE CALI, ¿CÓMO ATIENDE A SU PRIMERA INFANCIA?.....	17
4.3	PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE SANTIAGO DE CALI	20
4.4	EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN EL MUNICIPIO.....	26
4.5	ESTRUCTURANTES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL	26
4.6	EVALUACIÓN A TRAVÉS DE INDICADORES	27
4.7	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	35
4.8	PRUEBAS DE HIPÓTESIS.....	50
5.	CONCLUSIONES.....	57
6.	REFERENCIAS.....	59
7.	ÍNDICE DE TABLAS	66
8.	ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	67

1. RESUMEN

Todo lo que le ocurre a las niñas y niños menores de seis (6) años es fundamental para su desarrollo actual como en su vida como adultos. Dicha afirmación ha tomado fuerza desde hace algunos años en el mundo, debido a las investigaciones que se han realizado desde diferentes áreas de conocimiento sobre la primera infancia, sobre todo en sus particularidades, los desafíos e impactos que dicha etapa de la vida tiene en la adultez.

Colombia es uno de los países que le ha apostado al desarrollo integral de la primera infancia, a través de la Estrategia De Cero a Siempre -Ley 1804 de 2016-, la cual busca a través de esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales garantizar el derecho a la atención integral a todas las niñas y niños del país desde su gestación. A nivel municipal en Santiago de Cali en 2012 se acoge dicha estrategia y se inicia con la atención integral a este ciclo vital, priorizando a aquellos en condiciones de vulnerabilidad e incluyéndola como un programa en los Planes de Desarrollo Municipal para las vigencias 2012-2015 y 2016-2019, estableciendo así proyectos de inversión y recursos no sólo económicos sino físicos, humanos, tecnológicos y técnicos para su implementación.

No obstante, hasta el momento no se han generado evaluaciones con respecto al impacto de la implementación de dicho programa en la ciudad, lo cual ayudaría a mejorar la efectividad de la gestión pública de la entidad al entregar recomendaciones direccionadas a generar cambios significativos en su ejecución y lograr los objetivos sociales que se han planteado con el programa, que no es más que garantizar el desarrollo y la atención integral de la primera infancia de Santiago de Cali.

Palabras clave: Primera infancia, Programas públicos, Innovación social, Alcaldía de Santiago de Cali, Evaluación

2. INTRODUCCIÓN

En Colombia se aprueba con la Ley 12 de 1991 la *Convención sobre los Derechos del Niño*, la cual fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, donde consagran y reconocen a los niños como individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones. Desde este punto el país inicia con importantes esfuerzos en pro de la garantía de los derechos de las niñas y los niños, consagrados no sólo en las leyes internacionales sino también en la Constitución Política de Colombia, especialmente en sus artículos 44 y 45 donde se consagran los derechos fundamentales, que obligan a la protección y asistencia por parte del Estado, la sociedad y la familia y a la prevalencia de sus derechos sobre los derechos de los demás. Unos años después se reglamenta el Código de Infancia y Adolescencia -Ley 1098 de 2006-, que busca garantizar a las niñas, a los niños y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo.

Con el propósito de impulsar la primera infancia, el Gobierno nacional en el marco del el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 (Ley 1450 de 2011) conformó la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, como la instancia política y técnica encargada de liderar la Estrategia para la Atención Integral de la Primera Infancia “De Cero a Siempre”, la cual se define como el conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial dirigidas a promover y garantizar el pleno desarrollo de las niñas y los niños desde su gestación hasta los seis años de edad, a través de un trabajo unificado e intersectorial que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque diferencial, articula y promueve la definición e implementación de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición.

Posteriormente el 02 de agosto de 2016, se establece la *Política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia De Cero A Siempre (Ley 1804 de 2016)*, donde se sienta las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral. Con la misma se busca fortalecer el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a seis años de edad, así como la materialización del Estado Social de Derecho.

A nivel municipal, los desarrollos nacionales por la primera infancia se ven reflejados en la articulación intersectorial e interinstitucional de establecer el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia del Municipio de Santiago de Cali, el cual ha estado presente en dos administraciones municipales (2012-2015 y 2016-2019) en sus respectivos Planes de Desarrollo, buscando garantizar el desarrollo integral a las niñas y niños de cero a seis años, mujeres gestantes y madres lactantes, a través de acciones intersectoriales, intencionadas, relacionales

y efectivas que aseguren que en cada entorno donde está la población de primera infancia existan las condiciones humanas, sociales y materiales que así lo permitan. Dichas acciones deben además ser planificadas, continuas y permanentes, e involucrar aspectos técnicos, políticos, programáticos, financieros y sociales, de tal forma que se cumpla con los cinco estructurantes de la atención integral: 1) cuidado y crianza, 2) salud, alimentación y nutrición, 3) educación inicial, 4) recreación y 5) participación y ejercicio de la ciudadanía.

Con el desarrollo de este trabajo de grado se busca resignificar la evaluación en la administración pública como una estrategia de innovación social intencionada, que logre brindar recomendaciones direccionadas a generar cambios institucionales que mejoren la efectividad de la gestión pública, de tal manera que se puedan alcanzar los fines socialmente deseados, tomando como estudio de caso al Programa de Atención Integral de la Primera Infancia del Municipio de Santiago de Cali y aún no cuenta con un proceso de evaluación con respecto a los impactos generados desde su implementación en la ciudad. Por tanto, se evaluará el Programa a través de sus cinco estructurantes y se verificará, a través de pruebas de hipótesis, si existen diferencias significativas en ciertos indicadores antes y después de la implementación del Programa en la ciudad. Así se evidenciará si existen o no impactos de esta política pública en las niñas y niños de primera infancia, mujeres gestantes y madres lactantes.

Efectuada la evaluación del programa, se pudo evidenciar que el municipio aún es muy débil para generar datos y producir indicadores que den cuenta del estado de este Programa, dado que de los cinco estructurantes del mismo solo fue posible evaluar dos (Educación Inicial y Salud, alimentación y nutrición), encontrando en general que si hay efectos antes y después de la implementación del Programa en la ciudad. Para el caso de Educación Inicial, la tasa de escolaridad bruta -preescolar- ha disminuido significativamente, siendo este un impacto negativo por presentar una tendencia decreciente del número de niñas y niños de primera infancia que han ingresado al sistema educativo formal en el grado obligatorio de transición. Con respecto a Salud, alimentación y nutrición, los efectos son positivos al disminuir con la implementación del programa la mortalidad en niñas y niños menores de 5 años y la mortalidad materna.

3. INNOVACIÓN SOCIAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Para algunos, la innovación social en las administraciones públicas o el sector público podrían parecer esfuerzos perdidos e innecesarios por lo estático y tradicional de su proceder. Sin embargo, en los últimos años se ha visibilizado la necesidad de innovar como medio de supervivencia desde cualquier tipo de sistema que pretende permanecer en el tiempo, lo cual no es ajeno al sector público y más aun con el reciente auge de la modernización del Estado y la corriente de la Nueva Gestión Pública (NGP) que proviene de la imitación de prácticas privadas.

La necesidad de implementar innovación en el sector público está basada en cuatro razones (Mulgan & Albury, 2003):

- Responder eficazmente a los cambios de las necesidades públicas y las crecientes expectativas ciudadanas.
- Contener los costos y aumentar la eficiencia, especialmente en contextos de restricciones presupuestarias y políticas de austeridad fiscal.
- Mejorar la prestación y los resultados de los servicios públicos, especialmente para atender las áreas donde las políticas públicas han hecho pocos progresos o, sencillamente, han fracasado en su impacto.
- Aprovechar todo el potencial de las Tecnologías de Información y Comunicación, Tics.

Dicha innovación presenta algunos obstáculos, como son la dificultad de identificar la situación actual de los programas y proyectos públicos, debido a que no se cuenta con métodos eficaces para medir la gestión y evaluar los resultados alcanzados. Igualmente, sucede que el sector público suele dirigir casi toda su atención al control de los recursos que ingresan al Estado y al cumplimiento de la normatividad, pero la verificación de los costos o la medición de los efectos e impactos de los servicios prestados son acciones relativamente novedosas en la agenda pública (Mejía, 2005).

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS PÚBLICOS

Para iniciar es necesario preguntarse qué utilidad tienen las evaluaciones de programas públicos y si las evaluaciones son una herramienta efectiva para determinar la continuidad o rediseño de un programa. Estos cuestionamientos son los que actualmente se están planteando todos los países en vías de desarrollo, donde los programas sociales son el común denominador y su inversión y población beneficiada son considerables (Baker, 2000).

Las evaluaciones son entendidas como mediciones periódicas a proyectos, programas o políticas planeadas, en implementación o culminadas (Gertler,

Martínez, Premand, Rawlings, & Vermeersch, 2017), con el propósito de responder a preguntas específicas, a menudo relacionadas con la pertinencia y logro de los objetivos con eficiencia, efectividad, impacto y sustentabilidad (Banco Interamericano de Desarrollo, 1997).

La evaluación se ha convertido en una actividad que ha venido creciendo en las últimas décadas, sobre todo en países desarrollados y en vías de desarrollo, para dar respuesta a la demanda de unos ciudadanos cada vez más exigentes con respecto a la eficacia, eficiencia y transparencia en la ejecución de los recursos públicos (Pinilla & Fontcuberta, 2010).

Ahí donde existe una finalidad social, y para lograrla el Gobierno articula una serie de programas que conllevan al empleo de recursos, parece claro que disponer de conocimiento fiable sobre la efectividad y la eficiencia de los programas públicos facilitaría enormemente la toma de decisiones estratégicas. Por ello, la evaluación de políticas es considerada hoy en día como un instrumento fundamental en el actuar de los poderes públicos (Monnier, 1995:12), pues este tipo de evaluación permite orientar la acción y aprender de manera continua lo que se convierte en conocimiento práctico, es decir, conocer para hacer, actuar, construir y modificar (Padrón, 2006).

Dichas evaluaciones se pueden realizar a diversos niveles de profundidad: Producto, Intermedio y Final (Ministerio de Hacienda Chile, 2007). A continuación, se detalla cada uno de ellos:

Tabla 1. Niveles de evaluación

Nivel de evaluación	Producto	Intermedio	Final
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativas (Indicadores de gestión o de desempeño) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativas y Cualitativas (Investigación de Campo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativas y Cualitativas (Investigación de Campo)
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> • Bienes o servicios brindados a los beneficiarios (i.e. grado de aceptación, satisfacción, cobertura, grado de focalización, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta medición no se limita solo a productos, sino que va un poco más allá, lo que requiere de mayor tiempo de implementación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mide los efectos a mediano y largo plazo en los beneficiarios.
Análisis posibles	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar los resultados de los indicadores de 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar los cambios de 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar los beneficios alcanzados como

Nivel de evaluación	Producto	Intermedio	Final
	gestión o desempeño creados con resultados pre-existentes, es decir, comparar el Programa con sí mismo. <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los resultados basados en las metas establecidas en el Programa. • Basarse en estándares técnicos o de calidad que se hayan preestablecido (i.e. normas ISO, NTC, estándares OPS, OMS, OIT, entre otros.) 	comportamiento deseados <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar la adquisición de esas nuevas habilidades o capacidades • Corroborar conductas, que posteriormente se verán reflejados como beneficios a largo plazo. 	consecuencia de la participación y asimilación del Programa. <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de impactos o de causa-efecto, como la diferencia entre el resultado obtenido por individuo, con y sin su participación en el Programa.

Fuente: Ministerio de Hacienda Chile, 2007

Cada nivel de evaluación facilita no solo el conocimiento sobre el estado actual del programa o proyecto, sino también sobre los procesos de rendición de cuentas y de transparencia que deben existir en las entidades públicas. Asimismo, todos los niveles evaluativos son útiles para definir alternativas o innovaciones programáticas mediante las cuales se pueda contribuir a la satisfacción de las necesidades sociales y a la creación de nuevas alianzas o colaboraciones (Murray, Caulier-Grice, & Mulgan, 2010).

4. ESTUDIO DE CASO

4.1 PANORAMA DE LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA

En el mundo se inicia a reconocer a los niños como sujetos de derechos desde la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual fue aprobada como tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989, con el aporte de representantes de diversas sociedades, culturas y religiones, y en la que se reconoció que “los niños (seres humanos menores de 18 años) son individuos

con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones” (Unicef, 2006). Con respecto a primera infancia, se clarifica la importancia de este ciclo vital para el desarrollo del niño hasta los 6 años, cuando dice que “todas las niñas y niños tienen derecho a desarrollarse en la máxima medida posible” (2006) y que “los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (2006).

Igualmente, en las últimas tres décadas se han venido desarrollando en el mundo un sinnúmero de investigaciones sobre la primera infancia, que han puesto en descubierto la importancia del desarrollo integral y los estímulos en estos primeros años para las niñas y los niños (Ramírez, Quintero, & Jaramillo, 2015). Uno de ellos menciona que la primera infancia es la etapa de la vida en la que se efectúan el 85 % de las conexiones cerebrales, las cuales forman la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social (National Research Council and Institute of Medicine, 2000). Es decir, que en estos primeros años es cuando el cerebro genera una mayor producción de neuronas y conexiones neuronales para garantizar que las células suficientes lleguen a su destino y puedan conectarse adecuadamente durante toda la vida (Campos, 2010). Dicha condición no vuelve a presentarse en ningún otro momento de la vida. Por tanto, aquello que no se generó en este ciclo vital ya no se va a generar.

Por tal razón, lo ideal es que en la primera infancia se desarrollen del mayor número de conexiones cerebrales, que garanticen un favorable desarrollo para la edad adulta. En consecuencia, si una niña o un niño no recibe una adecuada estimulación, atención, nutrición y cuidado, podría tener en su edad adulta consecuencias acumuladas y prolongadas asociadas a problemas en el desarrollo y bienestar físico, bajo desempeño escolar y laboral, problemas psicológicos, problemas mentales y conductas antisociales (Mustard, 2002; Young, 2002).

Este desarrollo no es un proceso lineal, homogéneo ni acumulativo, por lo cual un niño o niña de cero a seis años no es menos desarrollado que un niño o niña más grande. Es por esto que precisamente se habla de ciclos de vida en el desarrollo, porque en cada momento del ciclo vital el ser humano es un ser completo, ya que su desarrollo corresponde a sus posibilidades y contextos — sociales, culturales, económicos y políticos— dentro del marco de lo que es posible para dicho ciclo de vida (Rincón & León, 2015).

Incluso uno de los estudios demuestra que la inversión en esta etapa de la vida tiene la mayor tasa de retorno —TIR—, es decir, que genera la mayor tasa de rentabilidad sobre la inversión realizada. Esto, debido a su incidencia en el mejoramiento de las condiciones de educación, salud, nutrición, habilidades y ejercicio de la ciudadanía, entre otras dimensiones incluidas en el estudio. Lo cual refiere que toda inversión que se concentre en mejorar las condiciones de atención en la primera infancia reduce las necesidades de gasto requeridas para garantizar

el cumplimiento de los derechos en etapas posteriores de la vida (Heckman & Masterov, 2007). Así mismo, esta inversión resulta ser la más eficiente para la reducción de las inequidades sociales, dado que las bases del desarrollo individual y social se construyen en los primeros años de vida, logrando corregir las desigualdades y permitiendo que se reduzcan de manera significativa las brechas sociales en el futuro (Umayahara, 2004).

La literatura ha reportado mayores tasas de retorno de intervenciones en capital humano en la primera infancia que de intervenciones en etapas posteriores del ciclo de vida durante la adolescencia, juventud o adultez. Esto se debe a que la capacidad de los seres humanos para aprender durante la primera infancia es mucho mayor y su conjunto de habilidades básicas es mucho más flexible que en los años posteriores. En general, las intervenciones en edades posteriores tienen poco margen de cambio debido a que es mucho más difícil y costoso disminuir las desventajas iniciales, pues tanto la habilidad cognitiva como no cognitiva están ya establecidas en esta etapa (Heckman, 2000). Lo anterior ha generado que los países, sobre todo aquellos desarrollados, impulsen desde sus Estados estrategias y programas en pro del desarrollo integral de las niñas y los niños en este ciclo vital, con el propósito de superar la pobreza (Banco Mundial, 2016).

Este tipo de estudios sobre retornos de inversiones en capital humano, para el caso de Colombia, también se han realizado con base en los diferentes ciclos vitales, y en ellos se han analizado programas de intervención que van desde primera infancia hasta la adultez. Dichos estudios han confirmado que los retornos a las inversiones en capital humanos disminuyen con el aumento de la edad del beneficiario, es decir que estos retornos son mayores cuando se invierte en primera infancia. Por ejemplo, en los Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar (Icbf) se obtuvo una tasa de beneficio-costos de 32 centavos por cada dólar invertido; en Educación Primaria, una de beneficio-costos de 23 centavos por cada dólar invertido; en Educación Universitaria, una de beneficio-costos de 19 centavos por cada dólar invertido y finalmente, en Capacitación Laboral del Sena, una de beneficio-costos de 16 centavos por cada dólar invertido. Dicha tendencia evidencia que todos los programas tienen potencial para mejorar el desempeño de sus beneficiarios, pero con diferente nivel de rentabilidad o retorno (Bernal & Camacho, 2012).

En Colombia, desde principios del siglo XX a 1968 la atención y cuidado se enfocaba en aquellos en condiciones de orfandad, abandono y pobreza, y estaba a cargo de hospicios y asilos de las comunidades religiosas; estos brindaban atención basada en alimentación, higiene, cuidado y algo de educación. Es así como se crean en el país los primeros jardines infantiles de carácter privado, gracias a la influencia del continente europeo en el campo de la pedagogía infantil. En 1963 se establece la primera legislación relacionada con educación infantil, mediante el Decreto 2101 del mismo año, en el que se contemplaba dicha educación como la que recibe el niño entre los cinco y siete años, con el propósito de crearle hábitos

para la vida y generar un desarrollo armónico de su personalidad. Igualmente, en 1946 se promulga el Código del Niño o Ley Orgánica de Defensa del Niño con la Ley 83 del mismo año, mediante la cual se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el Ministerio de Higiene, entidades a las que se les asigna la atención en salud de las niñas y niños, basada en protegerlos de la desnutrición, el abandono y el maltrato. Como se puede observar, desde principios del siglo XX a 1968 las políticas públicas no tenían claridad sobre su integralidad y su aporte al desarrollo de la primera infancia. Además, tampoco reconocían a las niñas y niños de este ciclo vital en las intervenciones del gobierno (Cordoba, 2016).

A partir de este periodo no es posible mencionar la primera infancia en Colombia sin remitirse a la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Icbf, en 1968, que se responsabilizó de orientar las acciones para la familia y la infancia en el país (Simarra J. , 2010). Posteriormente, durante la década de los 90, el Icbf incorporó el programa Familia, Mujer e Infancia, Fami, como una nueva estrategia de promoción del desarrollo infantil, que se orientaba a la atención de las madres gestantes o con hijos menores de dos años, a través de actividades educativas en conjunto con el sector salud. También hacia 1986 el Icbf adoptó el Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar, HCB, para atender a las niñas y niños menores de siete años, basado en un esfuerzo conjunto entre el Estado y la comunidad para garantizar el desarrollo físico, cognitivo y emocional de las niñas y los niños, además de fomentar la participación de las mujeres en el mercado laboral (González Ramírez & Durán, 2012). De igual manera, se han venido implementando otro tipo de programas, estrategias y modalidades de atención, pero las mismas han ido desapareciendo por cambios en los gobiernos nacionales, regionales y locales (Simarra J. , 2010).

Como respaldo normativo a la atención de la niñez, se adopta en el país la Convención de los Derechos del Niño en la Constitución Política de 1991 y se establece la obligatoriedad del nivel de preescolar dentro de la educación formal en el país, lo cual obliga a la construcción de lineamientos pedagógicos en los que el protagonista sea el niño, con una concepción desde el desarrollo humano integral. Ello generó una primera inversión económica significativa por parte del Estado para cumplir con los recursos humanos, técnicos y físicos para asegurar el cumplimiento de dicha concepción, con equidad e igualdad de oportunidades. En 1994, a través de la Ley General de Educación de ese mismo año, se consolida la reglamentación del nivel de educación preescolar, que se compone de tres grados: pre-jardín, jardín y transición —solamente este último es obligatorio—. Así, se clarificaron sus fines, objetivos, estructura, organización y componentes enfocados a preparar a los niños para ingresar al sistema educativo formal (Múnera, 2014).

Pero específicamente se habla del ciclo vital de primera infancia en el país desde la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia en Colombia, en la que se definió que “la primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo,

emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad”, población que a esa fecha se estimaba en un total de 5.194.006 niñas y niños en el país, que equivalen aproximadamente al 9 % del total de la población (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2007). Además, en su artículo 29 consolidó jurídicamente el derecho al desarrollo integral y estableció como derechos impostergables para la primera infancia: la atención en salud y nutrición, el esquema de vacunación completo, la protección contra los peligros físicos, la educación inicial y el registro civil en el primer año de vida.

Con la entrada en vigencia de dicho Código, se empieza a hablar de educación inicial como derecho impostergable, pero en el sistema educativo ya se tenía establecido para primera infancia la educación preescolar. Por tanto, es importante resaltar que, aunque ambos niveles educativos tienen presencia de niñas y niños de primera infancia —Educación inicial de cero hasta cinco años y once meses y Educación Preescolar de tres hasta seis años—, estos son ciclos educativos totalmente diferentes. La educación inicial promueve experiencias enfocadas en incentivar el desarrollo integral de las niñas y los niños desde una perspectiva del desarrollo humano, y no se orienta en la enseñanza de contenidos temáticos. Por el contrario, en esta fase de la educación se busca generar oportunidades para potenciar características, capacidades y habilidades de manera individual en cada niño a través del juego, la exploración, la invención, la imaginación y la creación (Urango, 2014). Por su parte, la educación preescolar sí asume como fundamental la adquisición de conocimientos básicos que permitan la preparación para el ingreso a la educación básica primaria. Actualmente, el Ministerio de Educación Nacional está en proceso de ajustar normativamente la Ley General de Educación, con el fin de adicionar la educación inicial como el primer ciclo del sistema educativo y así contribuir a que el este sea un proceso articulado y continuo (Buitrago Rodríguez, 2015).

Posteriormente, en el Plan de Desarrollo Nacional 2006-2010 —Ley 1151 de 2007— se ordenó formular e implementar una Política Nacional de Primera Infancia, que luego quedó plasmada en el Documento Conpes 109 de 2007 *Colombia por la Primera Infancia*, en el que se reconoce la necesidad de que la atención a esta población se brinde de manera integral con enfoque de derechos y con una perspectiva de la protección integral (DNP, 2007). Igualmente, a partir de la Ley 1151 de 2007 se inscribe dentro del Sistema de Protección Social y el Sistema de Bienestar Familiar (SNBF) —Ley 7 de 1979— la atención a la primera infancia. Desafortunadamente, en la normatividad de dichos sistemas no se dejó establecida la atención integral ni la articulación de los organismos participantes, lo cual fue uno de los obstáculos que enfrentó la atención integral en el país, a pesar de los significativos avances conceptuales (Rubio, Pinzón, & Gutiérrez, 2011).

En el periodo presidencial de Álvaro Uribe Vélez, desde el Ministerio de Educación Nacional se inició con la creación de la Política Educativa para la Primera

Infancia, la cual recibió críticas por los bajos niveles de participación de actores relevantes durante su formulación. De igual manera, dicha Política se propuso en atender a 400.000 niñas y niños entre los cero y los cinco años, priorizando la atención en aquellos pertenecientes a los niveles uno y dos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios, Sisben, a través de tres modalidades de atención: entorno familiar, institucional y comunitario. Dicha atención funcionaba con recursos asignados a través del Conpes 123 de 2009 y administrados por el Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo, Fonade, en el que a su vez intervinieron a través de convenios el Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Icbf (Simarra & Madariaga, 2010-2011).

Posteriormente, y ante las críticas a dicha política, en el siguiente gobierno se establece en el Plan de Desarrollo Nacional 2010-2014 la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia *De Cero a Siempre*, la cual buscaba “brindar atención integral a todas las niñas y niños de primera infancia en el país, tanto en el sector oficial como privado, a través de la oferta interinstitucional e intersectorial de servicios y atenciones pertinentes y de calidad” (Bernal, 2015). La inversión a la misma por parte del Estado colombiano se proyectó en 5,4 billones de pesos para la construcción de Centros de Desarrollo Infantil y la financiación de la atención directa de los beneficiarios quedó a cargo del Icbf (Simarra & Madariaga, 2010-2011). Igualmente, se establece mediante el Decreto 4875 de 2011 la Comisión Intersectorial para la Primera Infancia, Cipi, conformada por diversas instituciones a nivel nacional, entre ellas, el Icbf, los Ministerios de Protección Social, Cultura y Educación, el Departamento para la Prosperidad Social, el Departamento Nacional de Planeación, entre otras, bajo la coordinación de la Alta Consejería para Programas Especiales de la Presidencia de la República, Consejería que tiene como finalidad el cumplimiento de las políticas públicas y controlar y vigilar el desarrollo de la estrategia (Gironza, 2016).

Para la implementación de dicha Estrategia, básicamente se establecieron dos tipos de intervenciones: (1) programas enfocados en los padres de las niñas y los niños de primera infancia, mediante los que se apoyaba a estos nuevos padres en hábitos de cuidados y crianza; (2) programas de atención enfocados en las niñas y niños de primera infancia, desarrollados en colegios, instituciones comunitarias u otros espacios de cuidado infantil. Estos programas, además, se caracterizan por incluir varios componentes nutrición, salud, educación, cuidado, entre otros (Bernal & Camacho, 2012).

Estas intervenciones tienen dos objetivos principalmente: (1) mejorar el desarrollo de las niñas y niños beneficiarios y (2) reducir las brechas entre las niñas y los niños en condiciones de vulnerabilidad y el resto, mejorando en los componentes que refuerzan dichas intervenciones. Incluso las más relacionadas con las familias llegan a impactar a los padres de los niños en aspectos como igualdad de género, participación laboral, entre otros (Bernal & Camacho, 2012). El desafío de estas intervenciones es lograr implementar la visión integral de la

atención, sobre todo en contextos particulares donde las niñas y los niños a atender se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, y que por hallarse en esas circunstancias son los que más necesitan de esta atención (Cook, 2013).

Un ejemplo del impacto de estos programas se puede apreciar en la evaluación realizada al programa de Hogares Comunitarios del Icbf, en la cual se identificó una disminución de aproximadamente 2 puntos porcentuales en la probabilidad de sufrir desnutrición crónica y un aumento de 0,125 desviaciones estándar en la talla adecuada para la edad de los niños beneficiarios entre los dos y cuatro años de edad, aumento del 8 % en habilidades psicosociales de los niños beneficiarios durante al menos 15 meses en el programa con respecto a los niños nuevos en el mismo. Incluso al comparar los niños beneficiarios con aquellos que no lo han sido, se encontró peores indicadores de salud, sobre todo aquellos asociados a la incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda, EDA, e Infección Respiratoria Aguda, IRA, enfermedades asociadas a la mortalidad infantil (Bernal, y otros, 2009).

Aunque la situación de las niñas y los niños ha mejorado en el país con dichos programas, todavía se presentan indicadores preocupantes. Para el caso de la pobreza, se tiene que en 2008 el 46 % de los colombianos se encontraban en una condición de pobreza que se mide a través de ingresos, mientras que entre las niñas y niños en la primera infancia dicha pobreza llegaba al 48 %. Para el caso de la pobreza extrema o indigencia, el 17,8 % de los colombianos se encontraban por debajo de esa línea de indigencia, pero para el caso de primera infancia dicho indicador aumentaba hasta el 21 %. Lo anterior sin mencionar los indicadores de salud y nutrición que, aunque han mejorado en la última década, todavía presentan cifras preocupantes (Rubio, Pinzón, & Gutiérrez, 2011).

En 2016, con el fin de brindar estabilidad financiera y política a la *Estrategia de Cero a Siempre*, el representante Eduardo José Tous De La Ossa presentó un proyecto de ley para establecer como política de Estado la atención integral a la primera infancia y, así, dar prioridad a la garantía de los derechos de las niñas y los niños a través de la política implementada por el gobierno de Juan Manuel Santos *De Cero a Siempre*. Con esta Ley se pretende brindar atención integral a la primera infancia —niñas y niños menores de 6 años y mujeres gestantes--, bajo altos estándares de calidad en todo el país, con la articulación de entidades del Gobierno Nacional, las cuales tendrán definidas sus competencias para la intersectorialidad. Igualmente, se incluyó un apartado en el cual se garantiza que la financiación de la atención integral a la primera infancia no pueda ser disminuida: así el país se encuentre en una crisis económica se deberá como mínimo asignar el mismo presupuesto establecido en la anterior vigencia (El Espectador, 2016).

Finalmente, el 2 de agosto de 2016 se aprueba la Ley 1804 de 2016, mediante la cual se establece la política de Estado para el desarrollo integral de la Primera Infancia *De Cero a Siempre*, con la que se busca fortalecer el marco

institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a seis años de edad.

De acuerdo con el informe anual de implementación de la política 2016, en su primer año de ejecución se ha avanzado en términos de reconocimiento de la diversidad y el ajuste de la oferta de atención, con el fin de que esta sea más acorde con las características particulares y plurales de la población de primera infancia del país. Por otra parte, se ha dado inicio a la implementación de una oferta de atención de calidad en el área rural y en los territorios que han sido priorizados para el cumplimiento de los compromisos del Estado frente al Proceso de Paz (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2017).

En el ámbito territorial, la implementación de la política se encuentra directamente asociada a la iniciativa y capacidad de las autoridades en cada territorio donde se puedan generar los espacios para tomar la decisión política de avanzar de manera técnica y operativa en el tema. Es en estos espacios locales donde es posible comprometer a los corresponsables por la primera infancia, para que no solo se presten atenciones de calidad, sino que también se mejoren las condiciones sociales y materiales del entorno de las niñas y los niños en sus primeros años de vida. Es así como los Consejos de Política Social, Compos, son los espacios ideales para aterrizar la política de Estado en el ámbito territorial y facilitar la participación conjunta entre el Estado, Sociedad y Familia (Torrado & Anzelin, 2006).

Todo este desarrollo normativo en torno a la primera infancia muestra que dicha población ha sido tomada como prioridad en la agenda social y política del país, como consecuencia de las diferentes acciones de movilización de la sociedad, el Gobierno, las familias, las ONG, los investigadores y los diferentes actores sociales que han visibilizado el fortalecimiento de las políticas de atención integral a la primera infancia (Rincón & León, 2015).

4.2 SANTIAGO DE CALI, ¿CÓMO ATIENDE A SU PRIMERA INFANCIA?

Para el año 2017, el Municipio de Santiago de Cali cuenta con 2.420.114 habitantes, de los cuales 212.422 son niñas y niños menores de 6 años de edad, que representan el 8,8 % del total de la población de la ciudad. Se proyecta que hacia 2020 la población menor de 6 años crecería en cerca del 1 %, es decir, que llegará a 214.430 niñas y niños (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2007)

Se empieza a hablar de primera infancia en la ciudad durante la alcaldía de Jorge Iván Ospina, en cuyo Plan de Desarrollo Municipal 2008-2011 *Para vivir la vida dignamente* se estableció el programa *Cali es nuestra gente*, el cual se compuso de tres proyectos: 1) Dotar 600 aulas para la atención educativa de niñas y niños entre los dos y cuatro años; 2) Brindar atención educativa a niñas y niños entre los dos y cuatro años y 3) Impulsar alianzas con el ICBF para la formación integral de niñas y niños en los Hogares Comunitarios de Bienestar. Asimismo, en el Plan Sectorial Educativo de la Secretaría de Educación Municipal se planteó un proyecto llamado *A los menores con mayor razón*, que buscaba asegurar el desarrollo del aprendizaje en la primera infancia y establecer la atención integral a la primera infancia como una estrategia para el desarrollo a través de acciones pedagógicas de equidad social (Comisión Vallecaucana por la Educación, 2013).

Para la coordinación de los proyectos y estrategias mencionadas, se estableció un equipo de primera infancia desde la Subsecretaría Pedagógica de la Secretaría de Educación Municipal, el cual debía generar articulaciones de carácter interinstitucional e intersectorial y movilizar a la comunidad para transformar la mirada tradicional que se tenía sobre las niñas y los niños de primera infancia. Como parte de su accionar, en 2009 nace la Mesa Municipal de Primera Infancia, como un espacio donde confluyen todos los sectores interesados en construir de manera colectiva en pro de este ciclo vital en la ciudad. Es así como, desde este espacio, entre el 2009 y 2010 se construye el Plan de Atención Integral a la Primera Infancia, Paipi, *Santiago de Cali, una ciudad pensada para los niños y las niñas en la Primera Infancia*, con el fin de que este oriente las decisiones que se tomen desde las distintas dependencias del gobierno territorial (Comisión Vallecaucana por la Educación, 2013).

Igualmente, el equipo de primera infancia coordinó desde 2008 la atención educativa a las niñas y niños de primera infancia en las instituciones educativas, desde los entornos institucional y comunitario. Pero fue en 2010 cuando este programa se enfocó en atender a los niños solo desde el entorno institucional, vinculando a 4.238 menores en 32 de las 90 instituciones educativas oficiales, las cuales contaban con espacios y dotación adecuada, de acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional. Dicha atención estuvo financiada con recursos del Ministerio y del CONPES social 123 (Comisión Vallecaucana por la Educación, 2013).

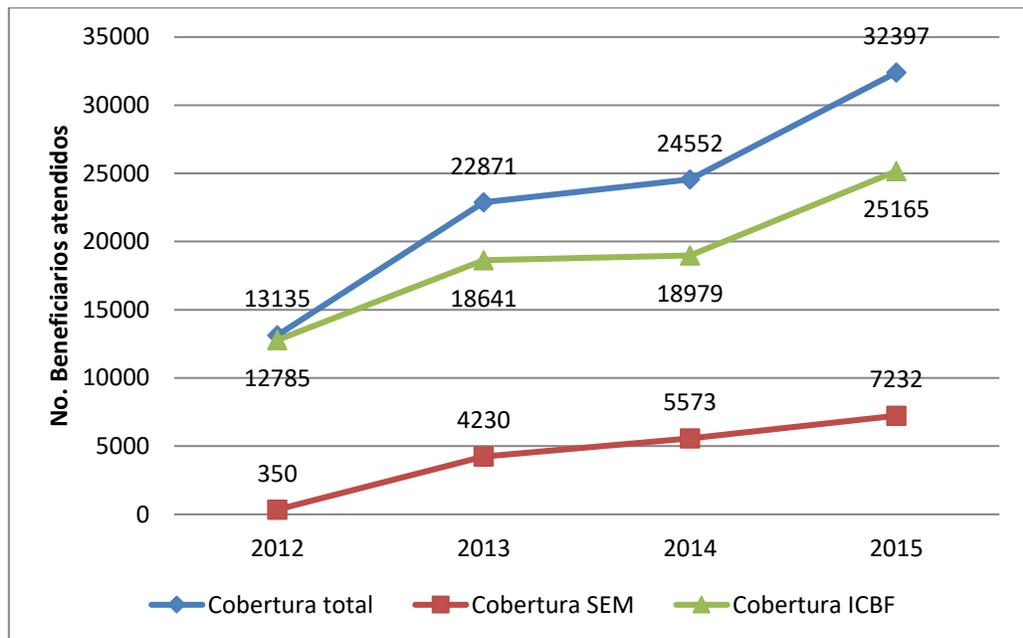
Paralelamente, desde la Administración Municipal se adelantó el proyecto Cariños —Centros de Atención Integral al Niño— con el fin de construir, validar, aplicar y promover un modelo de atención integral para las niñas y niños entre los dos y cuatro años. Dentro de sus metas estaba el construir 10 Cariños en los espacios de los antiguos Cabs —Centros de Atención Básico— del Seguro Social, pero finalmente solo se lograron construir, entregar y poner en funcionamiento cuatro de ellos a 2011: Ciudadela Nuevo Latir, Remansos de Comfandi, San Marino y La Selva. Los restantes Cariños quedaron en etapa de diseño.

En el contexto nacional también se venían gestando esfuerzos en pro de la primera infancia y es así como se establece la Estrategia de Cero a Siempre, la cual es asumida en el Municipio desde el mandato del alcalde Rodrigo Guerrero, quien instituye en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “*CaliDA para todos*” el programa denominado *Atención Integral a la Primera Infancia*. En ese momento en la ciudad, de acuerdo con las proyecciones poblacionales del Dane, se contaba con un total de 211.587 niñas y niños de primera infancia, que representaban un poco más del 4 % de la población de este ciclo vital a nivel nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2007).

De estos, solo el 30,5 % en 2013 asistieron a consultas de crecimiento y desarrollo. Cerca del 10% de las niñas y niños de primera infancia nacieron con bajo peso, es decir, menos de 2500 gramos, y el 63,23 % de las muertes en niñas y niños menores de 5 años fueron totalmente prevenibles (Minujin, Bagnoli, Mejía, & Quintero, 2015). Además, del total de población menor de 6 años en Cali, el 30,43 % está registrada en la población Sisben, es decir, 64.400 niños. De estos, el 26,74 % (17.222) presentan un puntaje menor a 23,4, lo cual los ubica en la pobreza extrema. Sin embargo, 39.535 menores son los que tienen un puntaje inferior a 47,9 puntos y por ello son elegibles para los programas de primera infancia del Icbf. Lo cual indica que el 18 % del total de menores de 6 años en Cali son elegibles para dichos programas. Estos indicadores muestran que la ciudad tuvo un panorama adverso e inequitativo para la primera infancia en los primeros años de la implementación de la Estrategia y del programa en la ciudad. Señalan, además, que hay importantes inequidades entre comunas y entre la zona urbana y rural (Cali Cómo Vamos, 2015).

Con respecto a coberturas de atención integral, tanto del Icbf como de la Secretaría de Educación Municipal para el periodo 2012-2015, se tienen los siguientes beneficiarios:

Gráfica 1. Evolución de cobertura Atención Integral (SEM+ICBF) 2012-2015



Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015)

Es evidente el incremento en cobertura de atención integral del 2012 al 2015, tanto de la Alcaldía como del Icbf. Pero aun dichas coberturas son bajas al compararlas con el total de la población de primera infancia en la ciudad (A 2015 era de 211.842 niñas y niños), ya que solo al 15,29 % se le estaría garantizando este derecho. No se tiene información respecto a la oferta privada de atención integral, debido a que no hay una normativa que exija el reporte de dichas atenciones a la Administración Municipal (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

Un logro muy importante se materializó en el año 2015 y fue el Acuerdo No. 0392 de ese mismo año, por el cual se adoptó la Política Pública de primera infancia, infancia y adolescencia 2015-2024 *Cali municipio responsable y amigo de los Niños, Niñas y Adolescentes*. Este Acuerdo retomó los conceptos de la Ley 1098 de 2006 y respondió a cada una de las categorías de los Derechos Humanos. Es importante igualmente resaltar que tiene un enfoque poblacional y de derechos, que parte desde el reconocimiento de la diversidad y la diferencia como condiciones humanas para la garantía, el libre ejercicio y el pleno goce de los derechos de las niñas, niños y adolescentes de la ciudad (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016).

En 2016 se da nuevamente un cambio de Administración Municipal y el nuevo mandatario municipal decide dar continuidad al Programa de Atención Integral a la Primera Infancia en su Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 *Cali progresa contigo*. Para ese momento en la ciudad, se proyectaba una población de 212.100 niñas y niños menores de 6 años, de los cuales 38.427 se encontraban en

condiciones de vulnerabilidad, es decir, que su puntaje de Sisben es menor o igual a 57,21. Además, 13.641 son beneficiarios del programa *Más Familias en Acción*, de los cuales, a su vez, un poco menos de la mitad (48 %) son víctimas de desplazamiento causado por el conflicto armado (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016).

Asimismo en 2016, el Concejo Municipal autorizó la realización de una reforma administrativa de la Administración Central y sus dependencias, bajo el decreto extraordinario 0516 del 28 de septiembre de 2016, mediante el que se creó, dentro de la estructura de la Alcaldía de Santiago de Cali, la Subsecretaría de Primera Infancia en la Secretaría de Bienestar Social con el objetivo de formalizar dos aspectos importantes para la primera infancia del municipio, como son un presupuesto determinado para cada vigencia y un equipo técnico e interdisciplinario que instrumente las políticas tanto de Estado como municipales en la ciudad (2016).

4.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE SANTIAGO DE CALI

Este programa inicia con el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 *CalIDA, una ciudad para todos*, específicamente en la ‘Línea 2: Bienestar para todos, Componente 2.3: Cali, un territorio que avanza hacia el desarrollo social’, que contiene el Programa 2.3.1: Atención Integral a la primera infancia, con el que se busca “responder a las realidades de las comunidades más vulnerables relacionadas con los intereses propios de la primera infancia, brindándole en la etapa del ciclo vital, espacios adecuados para desarrollar sus habilidades para pensar, hablar, aprender y razonar, reconociendo que son los primeros años los más importantes para el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo de los seres humanos” (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012).

Para el programa se plantearon 10 indicadores de producto en una articulación que se orienta en las categorías del derecho de Existencia, Desarrollo, Protección, y Ciudadanía (Congreso de Colombia, 2006), apostándole a la atención integral de la primera infancia, siguiendo los lineamientos de la Política Nacional, la Estrategia *De Cero a Siempre* y los lineamientos del Código de Infancia y Adolescencia-Ley 1098 de 2006 (Ver Tabla 2). Los responsables de dichos indicadores son las Secretaría de Educación, Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social, Secretaría de Salud Pública, Secretaría de Deporte y Recreación, y finalmente la Secretaría de Cultura y Turismo (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012).

Tabla 2. Indicadores de Producto – Programa 2.3.1: Atención Integral a la Primera Infancia

Número	Nombre	Unidad de medida	Línea base 2011	Meta 2012-2015	Responsable
1	Niños y niñas matriculados en educación inicial (prejardín y jardín) para primera infancia, en coordinación con los programas correspondientes del orden nacional (<i>De Cero a Siempre</i> , Paipi, entre otros) y departamental.	Número	17.789	21.419	Secretaría de Educación
2	Madres gestantes cuentan con capacitaciones sobre desarrollo infantil, educación inicial y pautas de crianza humanizada.	Número	0	29.000	Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social y Secretaría de Salud Pública
3	Niños y niñas de primera infancia acceden al derecho a la identidad.	Número	29.000	100.000	Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social
4	Actividades recreativas para estimulación adecuada dirigidas a	Número	0	8	Secretaría de Deporte y Recreación

Número	Nombre	Unidad de medida	Línea base 2011	Meta 2012-2015	Responsable
	madres comunitarias.				
5	Espacios deportivos y recreativos dotados y con oportunidades para el juego, para la primera infancia en comunas y corregimientos.	Número	0	37	Secretaría de Deporte y Recreación
6	Niños y niñas de primera infancia participan en procesos de promoción de los derechos culturales, a través de lenguajes expresivos y estéticos.	Número	1.000	5.000	Secretaría de Cultura y Turismo
7	IPS que trabajan con decálogo de lami (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia).	Número	6	20	Secretaría de Salud Pública
8	Cobertura de vacunación por grupos de edad y biológicos mediante monitoreos rápidos.	%	95	97	Secretaría de Salud Pública

Número	Nombre	Unidad de medida	Línea base 2011	Meta 2012-2015	Responsable
9	Entidades vacunadoras del PAI cumplen con lineamientos nacionales del programa.	%	95	95	Secretaría de Salud Pública
10	Recién nacidos en las IPS que son amamantados en la primera hora de nacimiento.	%	67,1	80,0	Secretaría de Salud Pública

Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012)

Al cierre del año 2015 el Departamento Administrativo de Planeación Municipal realizó la evaluación del cuatrienio del Plan de Desarrollo Municipal, según la cual el programa obtuvo un 85,9 % de nivel de cumplimiento, dado que en tres indicadores de los 10 evaluados no se alcanzó el 100 % de la meta establecida. Específicamente, este incumplimiento estuvo asociado al acceso del derecho a la identidad —Secretaría de Bienestar Social—, las actividades recreativas para estimulación y con espacios deportivos y recreativos dotados para la primera infancia en comunas y corregimientos —Secretaría de Deporte y Recreación—. Los restantes indicadores tuvieron cumplimientos del 100 % e incluso algunos de ellos tuvieron valores superiores al 100 % relacionado con coberturas de vacunación —Secretaría de Salud Pública— y niñas y niños matriculados en educación inicial —Secretaría de Educación—.

Luego, en 2016 con el cambio de Alcalde, se define el nuevo Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 denominado *Cali progresa contigo*, en el cual se da continuidad al Programa de Atención Integral a la Primera Infancia, el cual se incluye en el 'Eje 1: Cali Social y Diversa y el Componente 1.1: Construyendo Sociedad, el Programa 1.1.1: Atención Integral a la Primera Infancia', que busca "atender en forma integral y con calidad a la población de primera infancia, priorizando a quienes se encuentran en mayor condición de vulneración y de pobreza, con el compromiso de avanzar progresivamente hacia la universalización de la atención integral" (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016), articulando la ejecución de proyectos a las secretarías de Bienestar Social, Educación, Cultura, Salud Pública y Deporte y la Recreación, a través del cumplimiento de 10 indicadores de producto y dos indicadores de resultado —Ver tabla 3 y 4—.

De acuerdo con la evaluación realizada en 2017 por parte del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, para el año 2016 el Programa alcanzó un nivel de cumplimiento del 100 %, dado que todos sus indicadores alcanzaron las metas planeadas para dicha vigencia.

Tabla 3. Indicadores de Resultado - Primera Infancia

Indicador de resultado	Unidad de medida	Línea base	Meta	Responsable
Cobertura neta en educación inicial.	Porcentaje	18,3	21,1	Secretaría de Educación
Cumplimiento de las atenciones iniciales universales definidas en la Ruta Integral de Atenciones, RIA, en niñas y niños de los Nidos.	Porcentaje	52	90	Secretaría de Educación

Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016)

Tabla 4. Indicadores de Producto – Programa 1.1.1: Atención Integral a la Primera Infancia

Número	Indicador de Producto	Unidad de medida	Línea base 2015	Meta 2016/2019	Responsable
1	Beneficiarios en educación inicial, en el marco de la atención integral con enfoque diverso, diferencial y de género.	Número	32.397	37.609	Secretaría de Educación
2	Beneficiarios de las estrategias de fomento de la educación inicial en el	Número	5.576	8.166	Secretaría de Educación

Número	Indicador de Producto	Unidad de medida	Línea base 2015	Meta 2016/2019	Responsable
	marco de la atención integral.				
3	Instituciones Educativas Oficiales con grado de transición integral.	Número	0	40	Secretaría de Educación
4	Niñas y niños de primera infancia con experiencias lúdicas.	Número	0	10.000	Secretaría de Deporte y Recreación
5	Espacios lúdicos adecuados para la primera infancia en comunas y corregimientos.	Número	0	58	Secretaría de Deporte y Recreación
6	Niñas y niños de primera infancia que participan en procesos de promoción de los derechos culturales.	Número	39.280	41.244	Secretaría de Cultura
7	Rincones de primera infancia adecuados en las bibliotecas públicas.	Número	25	61	Secretaría de Cultura

Número	Indicador de Producto	Unidad de medida	Línea base 2015	Meta 2016/2019	Responsable
8	Lograr cobertura de vacunación en niños de 1 año.	Porcentaje	95	95	Secretaría de Salud Pública
9	Atención integral en salud a la primera infancia implementada en IPS públicas.	Porcentaje	76	100	Secretaría de Salud Pública
10	Profesionales cualificados y cuidadores capacitados en habilidades parentales, cuidado y crianza con enfoque de equidad de géneros.	Número	0	1.000	Secretaría de Bienestar Social

Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016)

4.4 EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA EN EL MUNICIPIO

4.5 ESTRUCTURANTES DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

Para evaluar la atención integral a la primera infancia en el Municipio de Santiago de Cali se han definido como dimensiones evaluativas a los cinco (5) estructurantes de la Estrategia De Cero a Siempre (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013), dado que representan todo aquello que debe brindarse a la población de primera infancia para garantizar su desarrollo integral. Los estructurantes son:

Cuidado y Crianza

Busca favorecer y fortalecer los vínculos entre las niñas y los niños, con su familia y con las personas responsables de su cuidado, a través de la creación de ambientes enriquecidos, seguros, protectores, incluyentes, participativos y democráticos. Incluye dos campos de acción: 1) Formación y acompañamiento a familias y 2) Restablecimiento de derechos.

Salud, alimentación y nutrición

Busca preservar la existencia de niñas y niños en condiciones de plena dignidad mediante la promoción de su bienestar, la prevención de condiciones que lo alteren, el tratamiento de la enfermedad con calidad y calidez y la rehabilitación de su estabilidad emocional y funcional para llevar una existencia autónoma y activa.

Educación inicial

Busca potenciar de manera intencionada el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su nacimiento hasta cumplir los seis años, partiendo del reconocimiento de sus características y de las particularidades de los contextos en que viven y favoreciendo interacciones que se generan en ambientes enriquecidos a través de experiencias pedagógicas y prácticas de cuidado.

La recreación

Busca promover la construcción de la autonomía y la autodeterminación de las niñas y los niños, a través del favorecimiento de experiencias significativas que privilegien y promuevan el disfrute, el esparcimiento, la libre expresión creativa y el deseo de ser en relación con el mundo.

Participación y ejercicio de la ciudadanía

Busca favorecer la construcción del sentido de identidad personal y colectiva en la diversidad, a través de la promoción de la participación de las niñas y los niños en sus entornos, como ejercicio de libertad y de inclusión de acuerdo con los distintos momentos del ciclo vital, reconocimiento sus múltiples formas de expresión y las diversas manifestaciones de lo que significa ser escuchado, percibido, tenido en cuenta y tomar parte activa de las decisiones de su propia vida y la de los grupos y comunidades a los que se pertenece.

4.6 EVALUACIÓN A TRAVÉS DE INDICADORES

Para determinar el estado de cumplimiento y garantía de cada uno de los anteriores estructurantes en la primera infancia de la ciudad, se propone evaluar cada uno de ellos a través de indicadores cuantitativos establecidos a nivel municipal, con el fin de que estos reflejen el antes y el después de la implementación de la estrategia en la ciudad. Para establecer dichos indicadores, se indagó desde diferentes fuentes institucionales del municipio, especialmente los organismos competentes y que atienden a la primera infancia de la ciudad, para que así se represente el estado actual de cada uno de los estructurantes de la atención integral. Además, se tuvieron en cuenta criterios como:

- Indicadores con ficha técnica, con el fin de tener claridad sobre los aspectos básicos de la estructuración del indicador como son periodicidad de medición, fórmula, descripción, fuente de información, etc.
- Indicadores con serie de datos de mínimo desde el año 2011, para así poder identificar el antes y durante de la implementación del programa en la ciudad.
- Indicadores con responsable de reporte de carácter institucional, preferiblemente el ente territorial que realiza el seguimiento y vigilancia del mismo como parte de su misión.

De dicha búsqueda se han encontrado once (11) indicadores, que buscan dar respuesta al estado actual de cada uno de los estructurantes:

1. Profesionales cualificados y cuidadores capacitados en habilidades parentales, cuidado y crianza con enfoque de equidad de géneros.
2. Tasa de mortalidad en menores de 5 años
3. Tasa de mortalidad por desnutrición menores de 5 años
4. Tasa de mortalidad materna
5. Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer
6. Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente (Vacuna contra la Difteria, Bordetella pertussis (tosferina), tétanos; hepatitis B; haemophilus influenza tipo B.)
7. Cobertura de vacunación en niños de 1 año con primera dosis de triple viral (Sarampión, Parotiditis y Rubéola)
8. Beneficiarios en educación inicial, en el marco de la atención integral con enfoque diverso, diferencial y de género
9. Tasa de escolaridad bruta (Preescolar)
10. Espacios lúdicos adecuados para la primera infancia en comunas y corregimientos
11. Niñas y niños de primera infancia que participan en procesos de promoción de los derechos culturales

A continuación, se presenta el detalle de cada uno de los once (11) indicadores:

Tabla 5. Indicadores de evaluación para el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Santiago de Cali

Estructurantes	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Descripción	Fuente
Cuidado y Crianza	Profesionales cualificados y cuidadores capacitados en habilidades parentales, cuidado y crianza con enfoque de equidad de géneros.	Número	V1	Es el número de profesionales (que trabajan con primera infancia) y cuidadores de las niñas y niños de primera infancia que han recibido capacitación en habilidades parentales, cuidado y crianza con enfoque de equidad de géneros.	Secretaría de Bienestar Social
Salud, alimentación y nutrición	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	Número	$\frac{D < 5 \text{ años}}{NV} * 1.000$ <p>D < 5 años: Número de defunciones de todo menor de cinco durante el periodo de tiempo observado. NV: Número de nacidos vivos de mujeres de</p>	<p>Es el número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos.</p> <p>Dado que la mortalidad en la niñez está fuertemente influenciada por las condiciones socio-ambientales y del acceso a los bienes y servicios del niño y de la madre, este indicador revela más claramente una brecha de implementación del derecho a la salud que considere las especificidades culturales.</p>	Secretaría de Salud Pública

Estructurantes	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Descripción	Fuente
	Tasa de mortalidad por desnutrición menores de 5 años	Número	<p>todas las edades durante el año.</p> $(DD < 5 \text{ años} / NV) * 1.000$ <p>DD < 5 años: Número de defunciones de todo menor de cinco por desnutrición durante el periodo de tiempo observado. NV: Número total de niños menores de 5 años</p>	Es el número de defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue desnutrición por cada 1.000 nacidos vivos.	Secretaría de Salud Pública - SIVIGILA
	Tasa de mortalidad materna	Tasa por cada 100.000 nacidos vivos	$TMM = (DM / NV) * 100.000$ <p>DM: Defunciones o muertes maternas registradas o estimadas</p>	<p>Consiste en la relación de mujeres que fallecen por causas asociadas a la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos.</p> <p>La tasa de mortalidad materna es un indicador que se relaciona con los problemas en el acceso al control y atención a la salud por</p>	Secretaría de Salud Pública

Estructurantes	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Descripción	Fuente
			NV: Número total de nacidos vivos registrados o estimados	parte de las mujeres embarazadas.	
	Porcentaje de nacidos vivos a termino con bajo peso al nacer	Porcentaje	$\frac{RNBP}{TRN} * 100$ RNBP= Recién nacidos con 37 semanas de gestación y con peso menor o igual a 2.499 gramos en un periodo t TRN = Total de recién nacidos con 37 semanas de gestación	Corresponde al número de nacidos vivos con 37 semanas de gestación o más y con peso inferior a 2.500 gramos medido al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida por 100 nacidos vivos. El porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer posee una correlación negativa con la salud y nutrición de la madre, siendo este uno de los principales factores de riesgo de muerte neonatal.	Secretaría de Salud Pública
	Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente	Porcentaje	$CVP = \frac{V1}{V2} * 100$ V1 = Terceras dosis aplicadas de Pentavalente V2 = Total de la	Es el porcentaje de niños menores de 1 año de edad que han recibido la tercera dosis de vacuna Pentavalente: Vacuna contra la Difteria, Bordetella pertussis (tosferina), tétanos; hepatitis B; haemophilus	Secretaría de Salud Pública

Estructurantes	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Descripción	Fuente
	(Vacuna contra la Difteria, Bordetella pertussis (tosferina), tétanos; hepatitis B; haemophilus influenza tipo B.)		población menor de 1 un año	influenza tipo B. La cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con tercera dosis de Pentavalente permite medir el grado de cumplimiento de los esquemas de vacunación establecidos a nivel nacional y territorial, en la población menor de 1 año.	
	Cobertura de vacunación en niños de 1 año con primera dosis de triple viral (Sarampión, Parotiditis y Rubéola)	Porcentaje	$CVPTV = (V1 / V2) * 100$ <p>V1 = Número de niños menores a 1 año con primera dosis aplicadas de triple viral V2 = Total de población de niños menores a 1 año</p>	Corresponde al porcentaje de niños menores de 1 año de edad que han recibido la primera dosis de vacuna Triple Viral: Vacuna contra el Sarampión, Parotiditis y Rubéola. Es un buen indicador del funcionamiento del sistema sanitario de la ciudad.	Secretaría de Salud Pública
Educación inicial	Beneficiarios en educación inicial, en el marco de la atención	Número	$V1+V2$ <p>V1= Beneficiarios en educación</p>	Es el número de beneficiarios (niñas y niños de primera infancia, mujeres gestantes y madres lactantes) de educación inicial, en el marco de la atención integral,	Secretaría de Bienestar Social e ICBF

Estructurantes	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Descripción	Fuente
	integral con enfoque diverso, diferencial y de género		inicial, atendidos por la SEM V2= Beneficiarios en educación inicial, atendidos por ICBF	con enfoque diverso, diferencial y de género.	
	Tasa de escolaridad bruta (Preescolar)	Razón	TEBP= (NAM)/(PEE)*100 NAM= Número de alumnos matriculados en preescolar PEE= Población en edad escolar para preescolar entre los 5 y 6 años	Corresponde a la relación porcentual entre los alumnos matriculados en preescolar (independiente de la edad que tengan) y la población escolar que tiene la edad apropiada para cursar dicho nivel (preescolar entre 5 y 6 años).	Secretaría de Educación
Recreación	Rincones de primera infancia adecuados en las bibliotecas públicas	Número	V1 V1: Rincones de primera infancia adecuados	Corresponde al número de rincones de primera infancia adecuados en las bibliotecas públicas	Secretaría de Cultura

Estructurantes	Indicador	Unidad de medida	Fórmula	Descripción	Fuente
	Niñas y niños de primera infancia con experiencias lúdicas	Número	V1 V1: Niñas y niños beneficiados con experiencias lúdicas	Corresponde al número de niñas y niños de primera infancia (cero a cinco años) que han sido beneficiarios de experiencias lúdicas	Secretaría del Deporte y la Recreación
	Espacios lúdicos adecuados para la primera infancia en comunas y corregimientos	Número	V1 V1: Espacios lúdicos adecuados	Corresponde al número de espacios lúdicos (ludotecas y parques) adecuados para la primera infancia en comunas y corregimientos	Secretaría del Deporte y la Recreación
Ejercicio de la ciudadanía y la participación	Niñas y niños de primera infancia que participan en procesos de promoción de los derechos culturales	Número	V1 V1: Niñas y niños de primera infancia que participan en procesos de promoción de los derechos culturales	Corresponde al número de niñas y niños de primera infancia (cero a cinco años) que han participado en procesos de promoción de los derechos culturales (derechos relacionados con el arte y la cultura)	Secretaría de Cultura

Fuente: Elaboración propia.

A los anteriores indicadores se les realizará seguimiento desde el año en que inició la recolección de los mismos y hasta el 2017 si se tiene valor hasta este año, con el fin de poder establecer algún tipo de tendencia y/o relación sobre los efectos generados por el Programa en el municipio.

4.7 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Cuidado y crianza

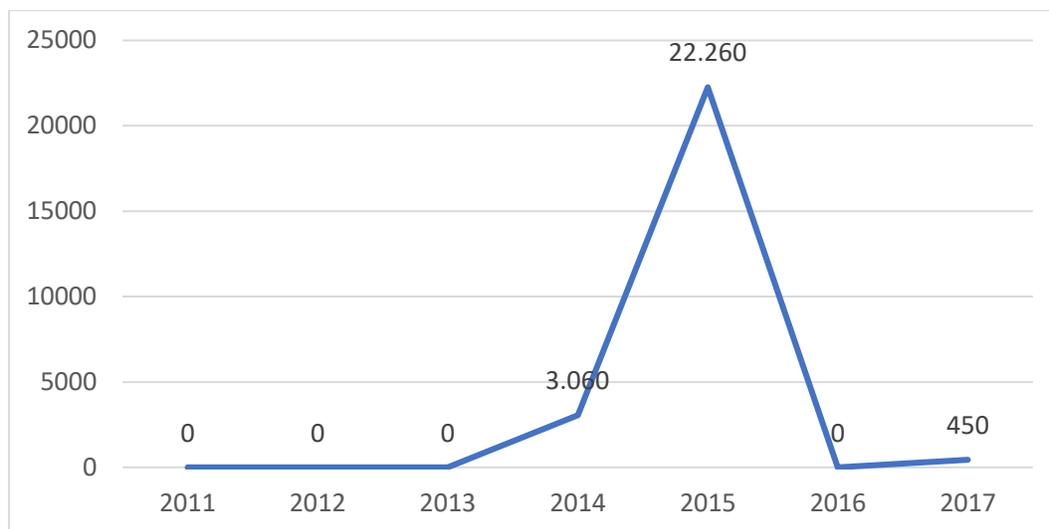
La medición de dicho estructurante en el Municipio de Santiago de Cali inició desde el año 2012 en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, en el cual se identifica la necesidad de que las familias reciban acompañamiento y apoyo en la adquisición de elementos y habilidades en aspectos de prevención y protección asociados a salvaguardar la integridad de las niñas y los niños de primera infancia.

El hogar es el primer entorno en donde las niñas y niños interactúan y este debe ser enriquecido, seguro y participante, para lograr así afianzar los vínculos afectivos y fortalecer el rol protagónico de las familias en el desarrollo integral de la primera infancia (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, 2013).

Por primera vez en el Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 se establece un indicador de producto sobre procesos de formación a profesionales y/o cuidadores en habilidades parentales, éste se genera gracias a la adopción de la estrategia nacional De Cero a Siempre en el municipio.

Pero lastimosamente no es sino dos años después en 2014, que Administración Municipal determina la primera asignación presupuestal para este indicador y se generan los primeros procesos de formación a 3.060 mujeres gestantes focalizadas a través de la Secretaría de Salud Pública. En 2015 con el último año de gobierno, se aúnan mayores esfuerzos logrando un total de 22.260 mujeres gestantes beneficiadas, logrado un aumento significativo en este indicador y alcanzando un cumplimiento del 76,8% de acuerdo con la meta establecida en el cuatrienio para dicho indicador (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016). Ver Gráfica 2.

Gráfica 2. Profesionales cualificados y cuidadores capacitados en habilidades parentales, cuidado y crianza con enfoque de equidad de géneros.



Fuente: Secretaría de Bienestar Social

Adicionalmente como se puede observar en la gráfica 2, aunque en 2016 para la nueva Administración Municipal se continuó con dicho indicador, en su primer año no se asignó ninguna asignación presupuestal a dichos procesos formativos, quedando para este año en cero la ejecución del mismo. Para 2017, se logra una asignación de presupuesto al indicador en la Secretaría de Bienestar Social, logrando un total de 50 profesionales y 400 cuidadores cualificados en habilidades parentales, de cuidado y crianza.

Después de la revisión a los indicadores municipales, no se encontraron más indicadores que permitieran medir las acciones desarrolladas en este estructurante para la primera infancia, lo cual limita el poder determinar si efectivamente la adopción del programa ha generado impactos positivos en la población de este ciclo vital. Sin embargo, lo que sí se puede evidenciar es que si la estrategia de cero a siempre no hubiera sido adoptada en el municipio, dicho indicador seguramente no hubiera sido incorporado en los dos últimos planes de desarrollo de la ciudad y por ende, no hubieran tenido una asignación de presupuesto para ejecutarse como proyectos.

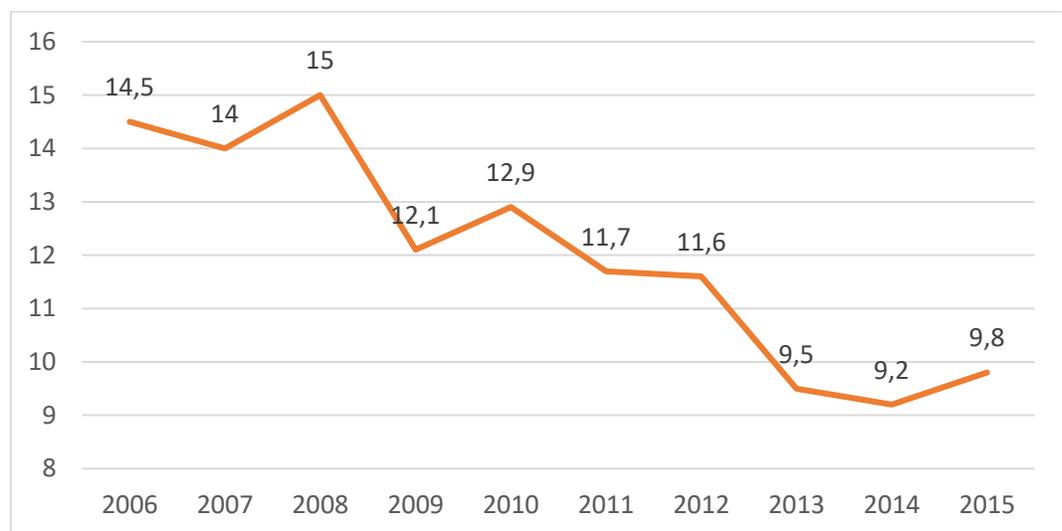
Salud, alimentación y nutrición

Este estructurante es el que cuenta con mayor número de indicadores asociados en el municipio, los cuales tienen una trayectoria de recolección de datos desde los años 90's. Este fenómeno puede verse explicado por los procesos de seguimiento que se han establecido para los Indicadores Básicos en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social a través del sistema de Registros,

Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales- ROSS-MSPS, estrategia que en la región en sus inicios fue liderada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Entre los indicadores asociados con primera infancia a nivel municipal se encuentran:

Tasa de mortalidad en menores de 5 años

De acuerdo con los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.



Fuente: Secretaría de Salud Pública

Como se puede observar en la gráfica anterior, en general de 2006 al 2015 se tiene una tendencia a la baja en el indicador, pasado de 14,5 muertes por cada 1000 nacidos en 2006 y 9,8 muertes por cada 1000 nacidos en 2015, disminuyendo el indicador en 4,7 puntos en los últimos 9 años.

No se puede negar que este comportamiento refleja no solo lo que está sucediendo en el municipio, sino también en el país y a nivel mundial, ya que en los últimos 10 años ha venido descendiendo la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años. Según el reporte 'Levels and Trends in Child Mortality' publicado por Unicef en el año 2017, Colombia en 1990 se tenía una tasa de 43 muertes por 1.000 nacidos vivos y ahora en 2017 se tiene un promedio de 15 muertes por 1.000 nacidos vivos (Unicef, 2017).

Si se observan en detalle las causas, es indudable que el mayor riesgo de muerte del niño es durante el periodo neonatal (los primeros 28 días de vida) y ya se ha determinado que para evitar este tipo de muertes son esenciales un parto seguro y cuidados neonatales eficaces. Igualmente, en el primer año de vida las muertes están asociadas a enfermedades prevenibles y asociadas el nacimiento, como son las malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas (IRA) y sepsis bacteriana (infección diseminada por bacterias). Entre un año y los cinco años, las principales causas se deben a enfermedades prevenibles, como la IRA y las enfermedades infecciosas intestinales (Unicef, 2002).

Este tipo de enfermedades prevenibles en los niños pueden ser intervenidas con mejores atenciones en salud, actuando sobre todo en las enfermedades infecciosas a través del mejoramiento de las coberturas en vacunación y la práctica de buenos hábitos de higiene sobre todo en la educación sobre el lavado de manos, que previene las IRA y las enfermedades infecciones intestinales (Unicef, 2002). Ambos aspectos son altamente reforzados en la atención integral que se le es brindada a las niñas y niños de primera infancia en los Centros de Desarrollo Infantil de la ciudad, dado que una de las atenciones priorizadas está relacionada con realizar el seguimiento para que el esquema de vacunación de cada niño y niña esté completo y actualizado para su edad y la práctica de buenos hábitos de higiene, permanentemente se está inculcando en estos centros por parte de las agentes educativas, lo cual puede estar aportando en la prevención de este tipo de muertes.

Tasa de mortalidad por desnutrición menores de 5 años

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen cuatro tipos principales de desnutrición:

- Emaciación:

Consiste en la insuficiencia de peso respecto de la talla, lo cual suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debida a que la persona no ha comido lo suficiente y/o a que tiene una enfermedad infecciosa, como la diarrea, que le ha provocado la pérdida de peso. Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir, pero es posible proporcionarle tratamiento.

- Retraso del crecimiento:

Consiste en el retraso en talla respecto de la edad, la cual está asociado a la desnutrición crónica o recurrente, por regla general asociada a unas condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados

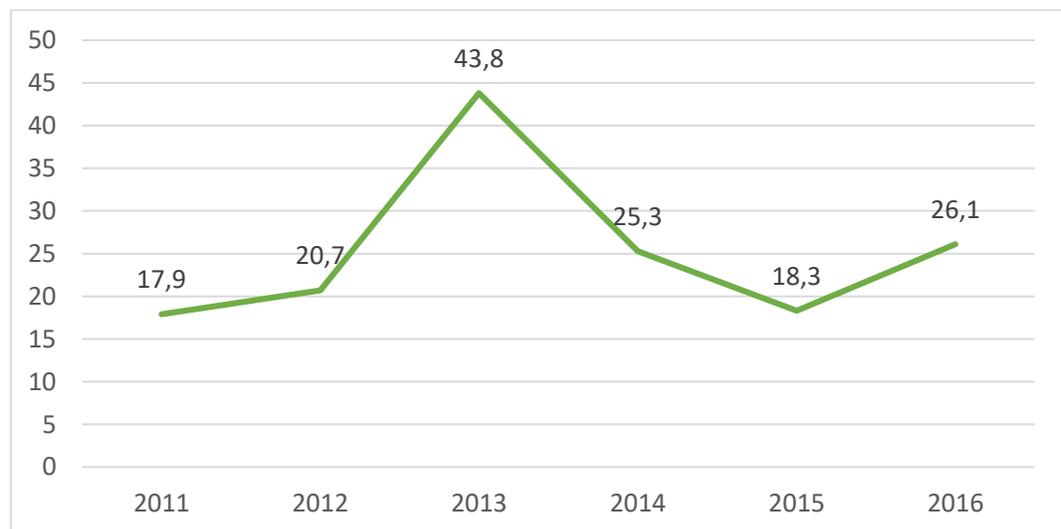
para el lactante y el niño pequeño. El retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo. Los niños que pesan menos de lo que corresponde a su edad sufren insuficiencia ponderal. Un niño con insuficiencia ponderal puede presentar a la vez retraso del crecimiento y/o emaciación.

- Carencias de vitaminas y minerales:

Consiste en las ingestas inadecuadas de micronutrientes (vitaminas y minerales) que el organismo necesita para producir enzimas, hormonas y otras sustancias esenciales para un crecimiento y desarrollo adecuado. Entre ellos se encuentran el yodo, la vitamina A y el hierro que son los más importantes en lo que se refiere a la salud pública a escala mundial.

La insuficiencia de micronutrientes es una amenaza para la salud y el desarrollo de las poblaciones de todo el mundo, en particular para los niños y las mujeres gestantes de los países de ingresos bajos. El indicador para el Municipio de Santiago de Cali tiene el siguiente comportamiento:

Gráfica 3. Tasa de mortalidad por desnutrición menores de 5 años



Fuente: Secretaría de Salud Pública

La tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años para el Municipio de Santiago de Cali no presenta una tendencia totalmente de aumento, pero dicha tasa si ha pasado de 17,9 puntos en 2011 a 26,1 puntos en 2016, aunque entre estos años dicha se han presentado aumentos y disminuciones repetidamente, lo cual demuestra que dicha mortalidad aún es un problema de salud pública sin controlar por parte del municipio. Igualmente, dicha situación refleja el impacto limitado en la mejora de las condiciones de salud, lo cual genera situaciones

de malnutrición, entornos insaludables y restricciones para el acceso de servicios de salud de alta calidad (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

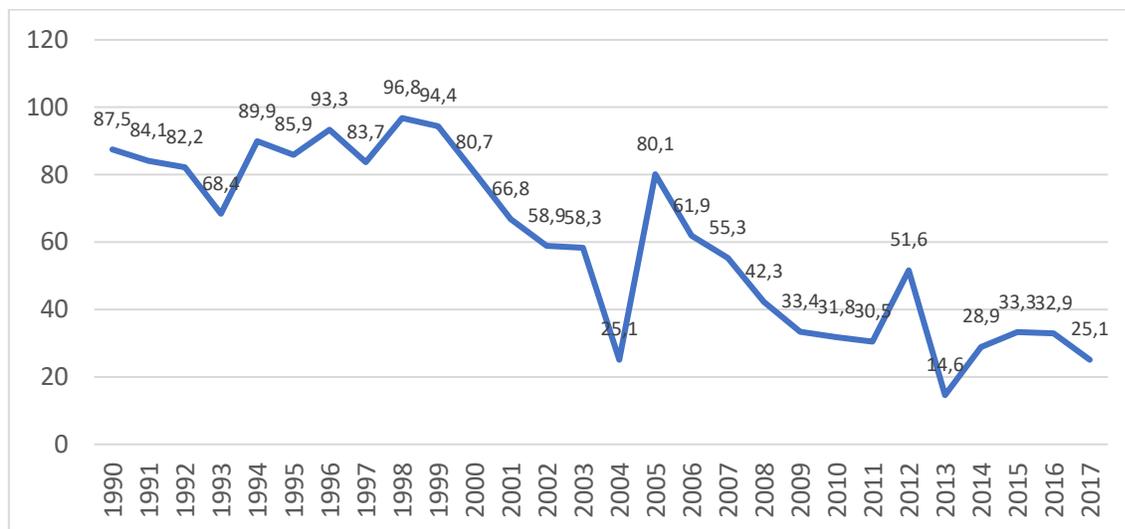
Desde el Programa, se realiza un seguimiento nutricional niño a niño atendido y se brinda la alimentación adecuada para la edad, de acuerdo con minutas nutricionales aprobadas por profesionales en nutrición. Pero dicho seguimiento no se encuentra aún generalizado para todas las niñas y niños de la ciudad, ya que sólo se aplica en aquellos que tienen atención integral y estos son sólo la tercera parte de la población total de este ciclo vital en el municipio.

Tasa de mortalidad materna

La mortalidad materna es un problema de salud pública a nivel mundial que todavía es inaceptable que ocurra. Cada día mueren en todo el mundo mujeres por complicaciones relacionadas con la gestación o el parto, para el caso de 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante la gestación y el parto o después de ellos, por causas que podrían haberse evitado (Alkema, y otros, 2015).

Esta mortalidad es generada por complicaciones que aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes previamente al embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia de salud a la mujer (Say, y otros, 2014). El indicador de mortalidad materna para el Municipio de Santiago de Cali tiene el siguiente comportamiento:

Gráfica 4. Tasa de mortalidad materna



Fuente: Secretaría de Salud Pública

Como se puede observar en la gráfica anterior, la tasa de mortalidad materna presenta una tendencia decreciente desde el año 1990 hasta el año 2016 donde se tiene el último registro, pasando de una tasa de 87,5 puntos a una de 25,1 puntos, siendo así una de las tasas más bajas en comparación con otras ciudades del país (El Tiempo, 2011). Para su disminución se han intervenido en sus causas, las cuales son de fácil manejo preventivo y están basadas en cuidados prenatales y una adecuada atención a la hora del parto.

Si se observa desde el 2012, no se han vuelto a presentar tasas de mortalidad tan altas lo cual permite establecer que seguramente desde este periodo de tiempo se han generado estrategias territoriales, que han permitido que se resignifica el rol fundamental de la madre gestante y la importante de la asistencia a sus controles, teniendo en cuenta que desde este periodo previo al nacimiento existen factores muy importantes que se pueden prevenir y así generar unas adecuadas condiciones tanto para el niño o niña que está desarrollándose como para la madre.

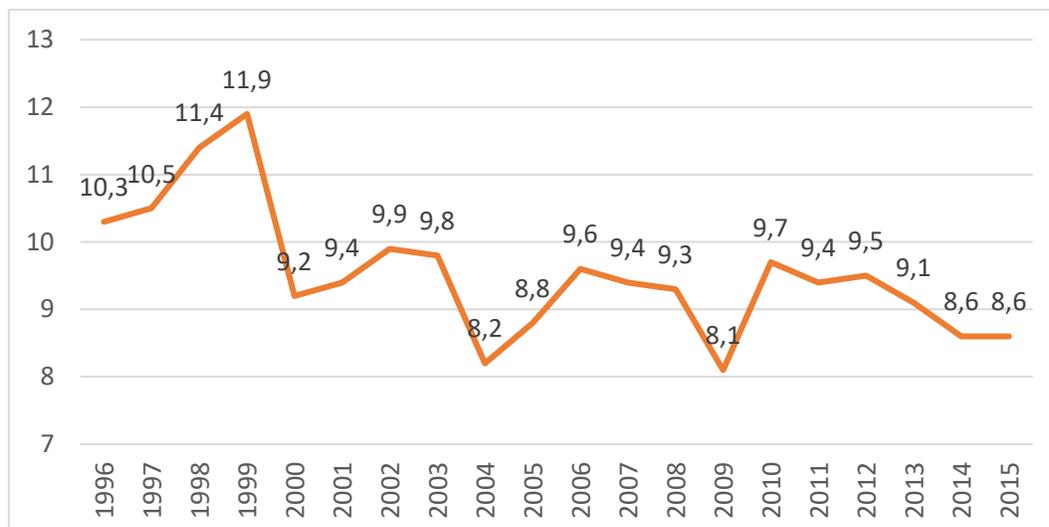
En el Programa no sólo se benefician de la atención integral las niñas y niños, sino también la mujeres gestantes y las madres lactantes, debido al reconocimiento a través de la estrategia de cero a siempre, del importante rol que ejercen en el proceso de desarrollo de la población de primera infancia, para lo cual dicha atención incluye seguimiento al estado de salud y nutricional, el estado física y emocional, prácticas de higiene personal, abstención del consumo de sustancias psicoactivas, consejería sobre estilos de vida saludables, signos y síntomas de alarma, lactancia materna, sexualidad, violencia basada en género, preparación para el parto, entre otros.

Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera bajo peso al nacer (BPN) al neonato cuyo peso es igual o menor a 2.499 g, independiente de la edad gestacional y por cualquiera que sea la causa. Este tipo de eventos de salud pública se generan en un 96% en países en desarrollo (OMS, 2018) y es uno de los principales predictores de la mortalidad infantil, asociada igualmente a altas cifras de morbilidad (Castro-Delgado et al, 2016).

Para el caso de Colombia, el bajo peso al nacer no está documentado como una de las principales causas de muerte de nacidos vivos. Se estima que entre 2005 y 2014 casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y sólo nueve muertes se atribuyeron a esta causa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). El indicador para el Municipio de Santiago de Cali tiene el siguiente comportamiento:

Gráfica 5. Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer



Fuente: Secretaría de Salud Pública

De acuerdo con la gráfica anterior, se puede observar que desde 1996 hasta 1999 se tuvo un periodo de crecimiento de los nacidos vivos con bajo peso al nacer, pasando de 10,3% a 11,9%, luego se presenta un descenso significativo del indicador en el año 2000 reduciendo dicho indicador a un solo dígito (9,2%). Desde este año hasta el 2003 se presentan pequeños incrementos del indicador hasta el año 2003 alcanzando un máximo de 9,8%. Para 2004 se presenta un descenso hasta 8,2% pero el año inmediatamente siguiente aumenta y esta tendencia continúa hasta el año 2006. Para 2007 hay una pequeña reducción a 9,4% que continua hasta el año 2009 con un indicador de 8,1%.

Pero como ya viene ocurriendo en este indicador el año inmediatamente siguiente vuelve a incrementarse hasta 9,7% en 2010 y desde este año hasta 2015 el indicador ha venido en una tendencia decreciente hasta llegar a 8,6%.

Este comportamiento de incrementos y descensos a cierta cantidad de años, lo que puede denotar es que este indicador tenga un patrón estacionario, es decir, que los valores que está tomando el indicador se están viendo influenciados por factores, condiciones o situaciones que se repiten cada cierta cantidad de años.

Si se revisan los años que duran las administraciones municipales (cuatro años), los cambios en el indicador encajan casi de manera exacta en estos eventos, por ejemplo, cuando termina una administración el indicador se incrementa y la siguiente logra reducirlo, pero nuevamente cuando va a terminar su periodo de gobierno, nuevamente el indicador aumenta. Esto podría dejar entrever que durante las administraciones se realizan estrategias efectivas para reducir este tipo de condiciones, pero apenas se va terminando la administración las mismas se vuelven menos efectivas, pudiendo ser por reducción de presupuestos, por cumplimientos de metas, entre otros factores. Pero dichas afirmaciones tendrán que confirmarse

en un estudio mucho más específico sobre el comportamiento de este indicador y los diferentes factores asociados que están afectando su comportamiento.

De igual manera, no se puede obviar que este tipo de evento de salud pública por lo general afecta a aquellos con ingresos económicos y menos facilidad de acceso a los servicios de salud, es decir, la población con mayores niveles de vulnerabilidad (Aldana & Marzola, 2001). Pero no sólo esta condición de pobreza genera los recién nacidos con bajo peso, sino tres tipos de factores:

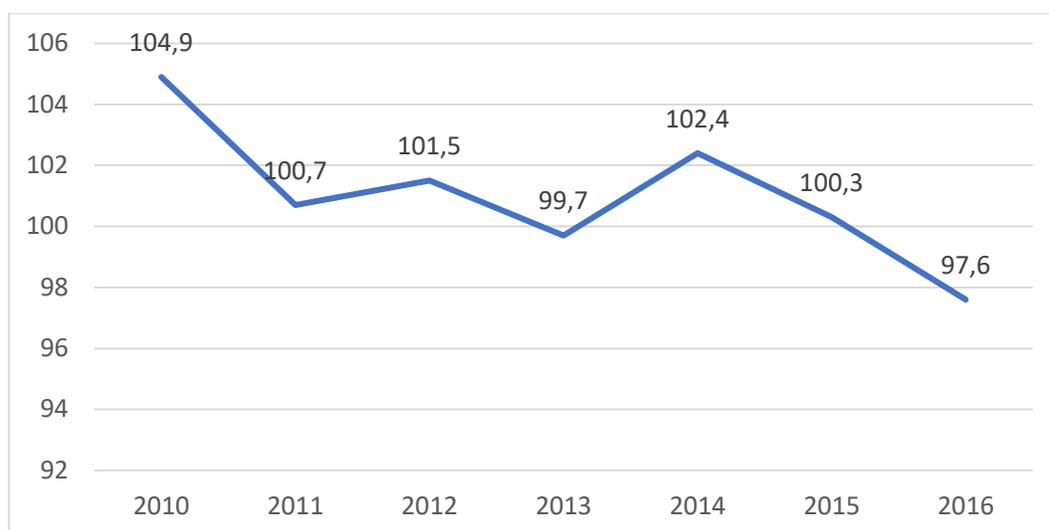
- Factor social que involucra el acceso a los servicios de salud, educación, consumo de alcohol, cigarrillo, drogas, raza;
- Factor salud que incluye la infección y la inflamación y enfermedades asociadas
- Factor genético

No obstante, diversos estudios publicados mencionan que estos factores de riesgo pueden tener más peso que otros con una alta variabilidad (Aldana & Marzola, 2001).

Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente

La vacuna pentavalente brinda inmunización activa para inducir protección contra Difteria, Tosferina y Tétanos. La misma se aplica en menores de un año en una sola aplicación, con un primer refuerzo a los 18 meses y un segundo refuerzo a los 5 años. En Colombia dicha vacuna se utiliza desde 2001 (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., 2014). El indicador para el Municipio de Santiago de Cali tiene el siguiente comportamiento:

Gráfica 6. Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente



Fuente: Secretaría de Salud Pública

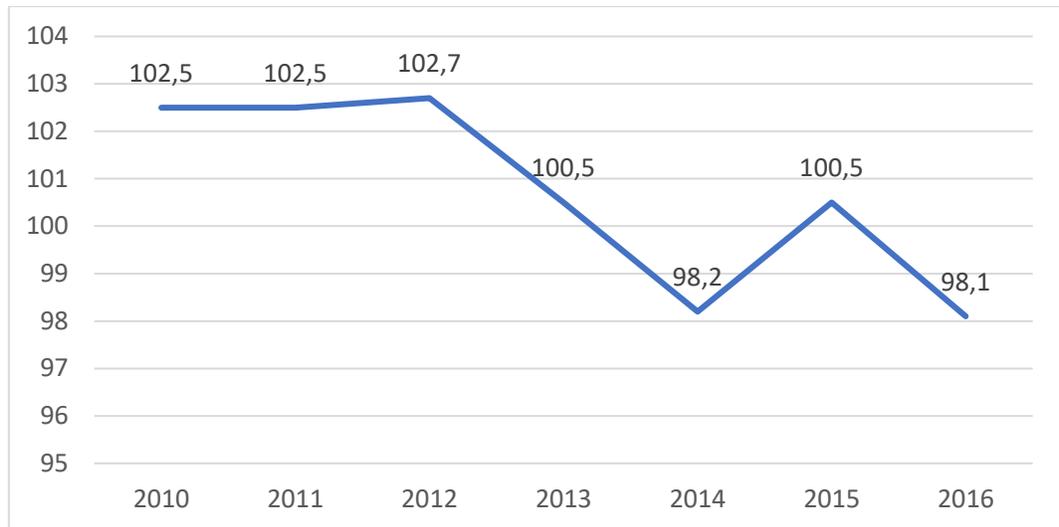
De acuerdo con la gráfica anterior, la cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con la tercera dosis de pentavalente tiene desde el año 2010 a 2016 una tendencia decreciente, pero con coberturas entre el 104,9% y el 97,6% para el total de la población, lo cual son cifras significativamente altas que han logrado que se reconozca internacionalmente las gestiones realizadas en la ciudad de Santiago de Cali para lograr dichas coberturas (El País, 2011).

Desde el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia se busca realizar un seguimiento periódico a que el esquema de vacunación de las niñas y los niños se encuentra actualizado y acorde a la edad, lo cual aporta a que menos niñas y niños se queden sin las vacunas adecuadas para su edad, las cuales se encuentran establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI.

Cobertura de vacunación en niños de 1 año con primera dosis de triple viral

Esta una vacuna liofilizada, con virus vivos atenuados de Sarampión, Paperas y Rubéola, (cepas más usadas la Schwarz, Moraten o Edmonston – Zagreb), la cual tiene una eficacia del 95% sólo si es aplicada a los 12 meses de edad, para obtener un alto grado de inmunización en la población vacunada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2000). El indicador para el Municipio de Santiago de Cali tiene el siguiente comportamiento:

Gráfica 7. Cobertura de vacunación en niños de 1 año con primera dosis de triple viral



Fuente: Secretaría de Salud Pública

Como se puede observar en la gráfica anterior, el comportamiento de la cobertura de vacunación en niños de 1 año con la primera dosis de triple viral desde el año 2010 a 2016 presenta una tendencia decreciente, pero que no es tan negativa debido a que las coberturas se encuentran entre 102,5% y el 98,1%, las cuales son coberturas altas y cumplen con las metas establecidas para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y que ya han sido reconocidas tanto por la OPS como por el Ministerio de Salud y Protección Social por mantenerse en niveles superiores al 95% (Alcaldía de Santiago de Cali, 2014).

Educación inicial

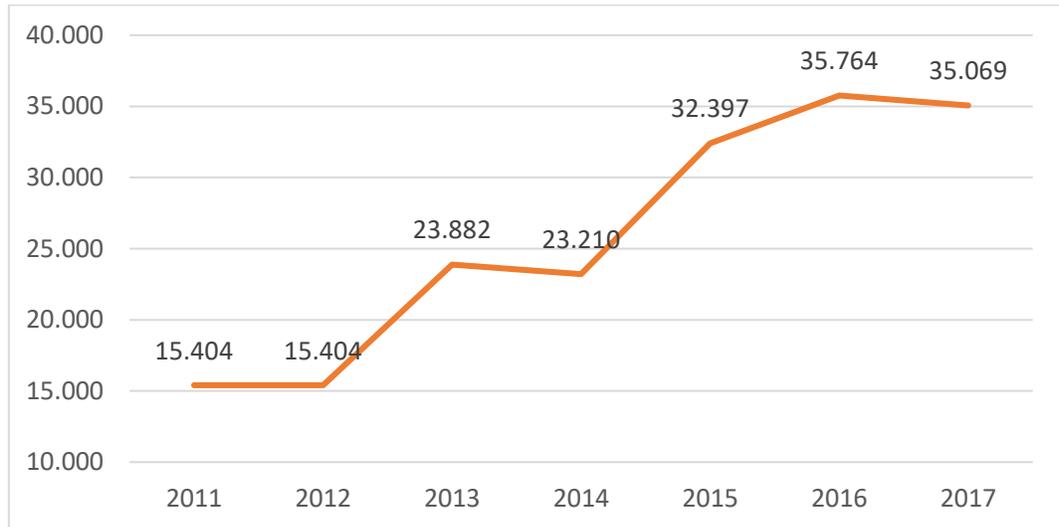
De acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional, la Educación Inicial es la educación brindada para el ciclo vital de primera infancia (niñas y niños menores de 6 años, mujeres gestantes y madres lactantes), la cual es concebida como “un proceso continuo y permanente de interacciones y relaciones sociales de calidad, oportunas y pertinentes que posibilitan a los niños y a las niñas potenciar sus capacidades y desarrollar competencias para la vida” (Ministerio de Educación, 2009).

Beneficiarios en educación inicial, en el marco de la atención integral con enfoque diverso, diferencial y de género

La educación inicial hace parte de uno de los estructurantes de la Atención Integral a la Primera Infancia, establecida como derecho en el país desde la Ley 1098 de 2006, reafirmada en el año 2016 por la Política de Estado De Cero a

Siempre (Ley 1804 de 2016) (Ministerio de Educación, 2009). El indicador para el Municipio de Santiago de Cali tiene el siguiente comportamiento:

Gráfica 8. Beneficiarios en educación inicial, en el marco de la atención integral con enfoque diverso, diferencial y de género



Fuente: Secretaría de Bienestar Social

Como se puede observar en la anterior gráfica, el indicador de los beneficiarios de educación inicial en el marco de la atención integral en la ciudad presenta una tendencia creciente hasta 2016, pasando en 2011 de 15.404 beneficiarios a 45.764 beneficiarios en 2016. Es importante mencionar que dichos esfuerzos por incrementar la cobertura de dicha atención sólo hacen referencia a los beneficiarios atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familias-ICBF Regional Valle y las Administraciones Municipales en dichos periodos, dado que la información sobre las coberturas de otras entidades no se tiene identificadas.

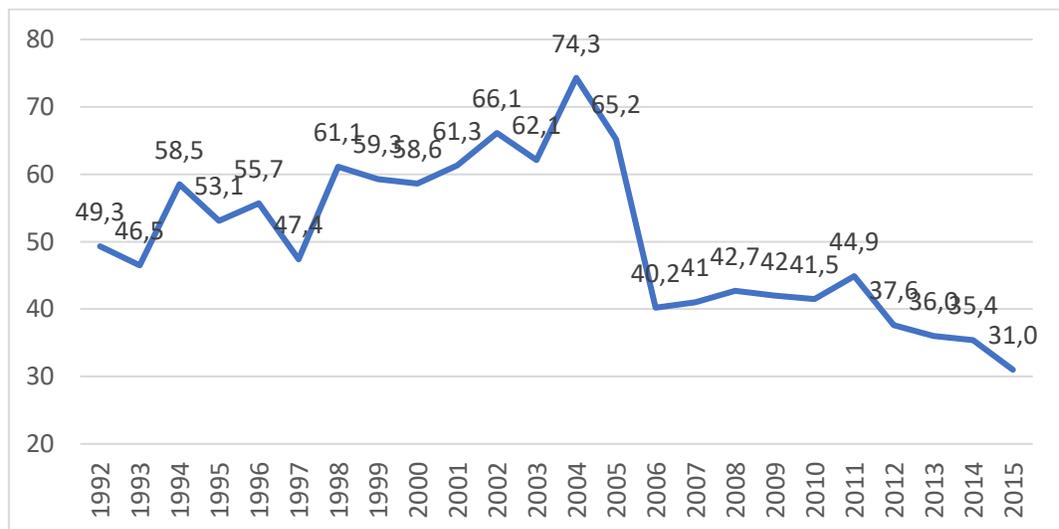
Dicho incremento se debe a apuestas conjuntas entre las entidades anteriormente mencionadas, no sólo para el aumento de las coberturas de atención a través de convenios, sino también en el incremento de las infraestructuras adecuadas para dicha atención integral se esté generando en el municipio. Por parte de las administraciones municipales desde el alcalde Jorge Iván Ospina, se han generado asignaciones presupuestales para la atención y construcción de Centros de Desarrollo Infantil (CDI) que permitan brindar la atención de calidad a la que tiene derecho dicha población de primera infancia (Ministerio de Educación, 2015). Además, se han realizado esfuerzos en mejorar dicha calidad con el fin de atender a las niñas y niños de la ciudad en condiciones de vulnerabilidad.

Tasa de escolaridad bruta (Preescolar-Transición)

De acuerdo con la Ley General de Educación (Ley 115 de febrero 8 de 1994), “la educación preescolar corresponde a la ofrecida al niño para su desarrollo integral en los aspectos biológico, cognoscitivo, sicomotriz, socio-afectivo y espiritual, a través de experiencias de socialización pedagógicas y recreativas” (Congreso de la República de Colombia, 1994).

“La educación preescolar es parte del servicio público educativo formal y está regulada (Ley 115 de 1994 y sus normas reglamentarias, especialmente por el Decreto 1860 de 1994, como por lo dispuesto en el presente Decreto. (Art. 1°)). Esta educación será prestada para niños cuyas edades estén entre tres (3) y cinco (5) años de edad y comprenderá tres (3) grados: pre-jardín (para niños de tres (3) años de edad); jardín (para niños de cuatro (4) años de edad) y transición (para niños de cinco (5) años de edad). Este último corresponde al grado obligatorio constitucional” (Ministerio de Educación, 2014). El indicador para el Municipio de Santiago de Cali tiene el siguiente comportamiento:

Gráfica 9. Tasa de escolaridad bruta (Preescolar)



Fuente: Secretaría de Educación

Como se puede observar en la gráfica anterior, la tasa de escolaridad bruta para el grado de preescolar tiene dos etapas de comportamiento totalmente opuestas, desde el año 1992 hasta el año 2004 se observa una tendencia creciente del indicador y posteriormente desde el año 2005 se aprecia una tendencia decreciente.

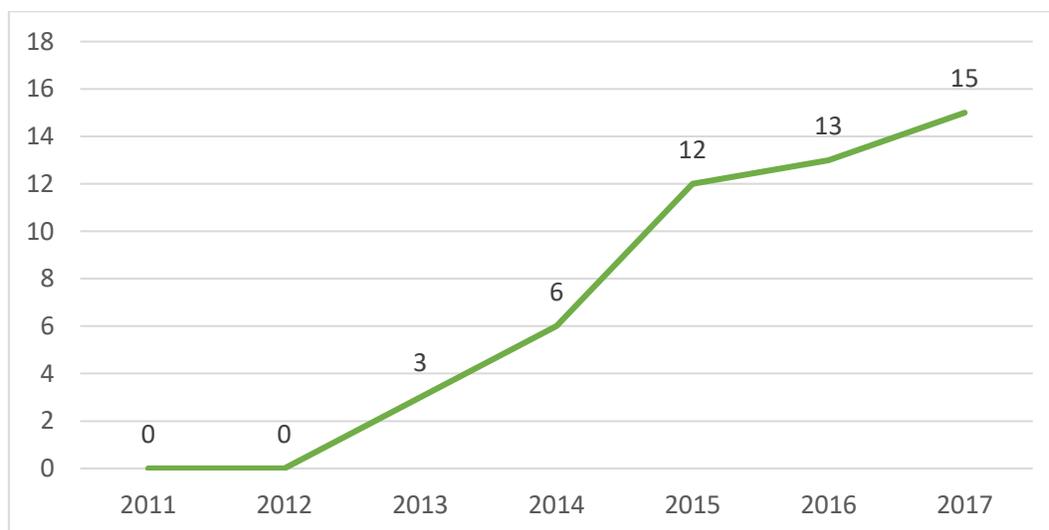
La recreación

De acuerdo con la Convención Internacional de Derechos de la Niñez (Unicef, 2006) cuyos acuerdos fueron ratificados por Colombia. En su Artículo 31 establece que los “*Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes, así como que respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento*”.

Es así como en la primera infancia se retoma la recreación como un estructurante del desarrollo integral y como un ejercicio de la libertad que brinda una oportunidad a las niñas y los niños de tomar decisiones de carácter individual y grupal, lo cual fortalece sus capacidades niños para asumir y disfrutar de manera plena, aquello que les hace sentir bien, llegar a sentir satisfacción por la acción misma que se elige y se realiza (Coldeportes, 2012).

Con el fin de que el municipio cuente con espacios apropiados para generar recreación para las niñas y los niños de primera infancia, se ha establecido en los planes de desarrollo 2012-2015 y 2016-2019 la apuesta por construir y establecer espacios lúdicos dotados y adecuados para esta población, tanto en comunas como en corregimientos, obteniendo los siguientes resultados durante estos años:

Gráfica 10. Espacios lúdicos adecuados para la primera infancia en comunas y corregimientos



Fuente: Secretaría del Deporte y la Recreación

De acuerdo con la gráfica anterior, se puede observar a partir del año 2013 se inicia la tendencia positiva del indicador, logrando pasar de 3 espacios lúdicos en 2013 a 13 espacios lúdicos en 2016 lo cual representa un incremento del 333% del número de espacio lúdicos en la ciudad, lo cual permitirá que más niñas y niños de primera infancia pueden ejercer su derecho a la recreación en espacios accesibles para jugar, sin control ni gestión de los adultos, jugar al aire libre, no acompañados, en un entorno físico diverso y estimulante y con fácil acceso a adultos que los ayuden, cuando sea necesario. Además, podrán experimentar, interactuar y jugar con entornos naturales que les permitan crear y transformar su mundo, usando su imaginación y lenguaje (Unicef, 2014).

Participación y ejercicio de la ciudadanía

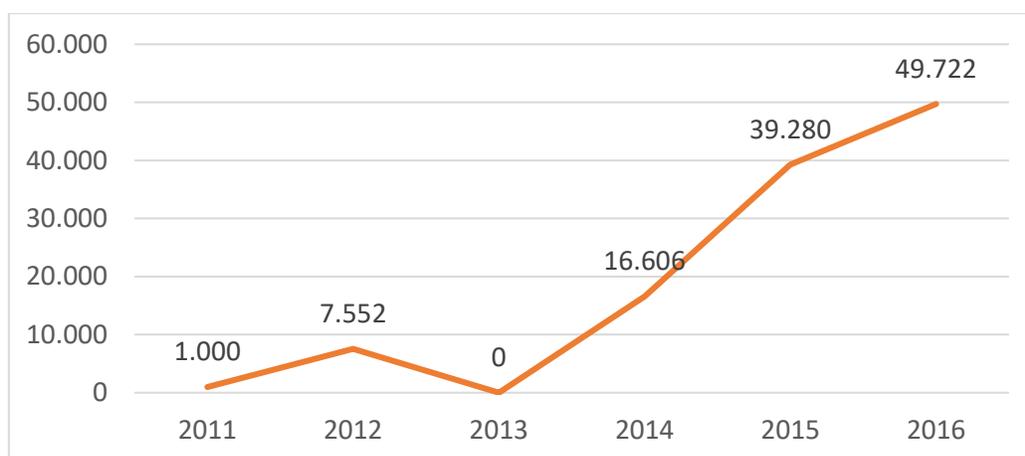
La participación y el ejercicio de la ciudadanía es un estructurante de la atención integral a la primera infancia que facilita la realización del conjunto de derechos de los niños y niñas en este ciclo vital, el mismo constituye una de las orientaciones fundamentales de la política de atención integral a la primera infancia del país, que en el marco de la Ley 1804 de 2016 Política de Estado para el desarrollo integral de Cero a Siempre.

La unión de la participación y el ejercicio de la ciudadanía desde la primera infancia beneficia a las niñas y a los niños al brindarles las capacidades necesarias para imaginar el mundo desde la perspectiva de los otros, de sentir un interés genuino por los demás, de reconocer y disfrutar las diferencias, de desarrollar el sentido de la responsabilidad individual de sus actos, de desarrollar el pensamiento crítico y las habilidades para expresarlo pese al disenso con los demás, además de que fortalece la cultura y la democracia.

La participación desde la perspectiva de las niñas y los niños y sus lenguajes, buscan convocar a los adultos a reconocer la diversidad de su ciclo de desarrollo y se deje de pensar en un mundo para los niños desde la mirada alejada de los adultos. Con respecto al ejercicio de la participación en la primera infancia es fundamental que se generen cambios tanto en los imaginarios colectivos sobre los niños y las niñas, como en las prácticas cotidianas vinculadas a los procesos de crianza en el ámbito familiar y su prolongación en las instituciones y espacios públicos. Si bien lo que ocurre en la familia en términos de ciudadanía y participación es fundamental, en las instituciones diferentes a ella puede reforzarse o quebrantarse tanto lo logrado como lo no logrado en la familia.

A nivel municipal se cuenta con la participación de las niñas y los niños en procesos de promoción de derechos culturales, medido a través del siguiente indicador:

Gráfica 11. Niñas y niños de primera infancia que participan en procesos de promoción de los derechos culturales



Fuente: Secretaría de Cultura

De acuerdo con la gráfica anterior, se puede observar que dichos procesos de participación donde se promueven los derechos culturales de las niñas y los niños presentan una tendencia creciente desde el año 2011, exceptuando el año 2013 donde dichos procesos no se efectuaron por falta de asignación de recursos para dichos proyectos. Pero en 2014 se retoman y se logra beneficiar a más del 119% de los beneficiarios obtenidos en el año 2012. Incluso el avance es tan significativo que en 2016 se logra superar la meta establecida para el cuatrienio 2016-2019 en más de 8.000 beneficiarios.

4.8 PRUEBAS DE HIPÓTESIS

Con el fin de verificar la certeza o no sobre afirmaciones, hipótesis o aseveraciones sobre la población de estudio en la presente evaluación, se han establecido ciertas pruebas de hipótesis basadas en la evidencia muestral obtenida a través de los indicadores. Para dichas pruebas sólo es posible la evaluación de dos estructurantes: Salud, Nutrición y Alimentación; y Educación Inicial, a través de los siguientes cuatro (4) indicadores:

- Estructurante salud, alimentación y nutrición
 - Indicador 2: Tasa de mortalidad en menores de 5 años
 - Indicador 4: Tasa de mortalidad materna
 - Indicador 5: Porcentaje de nacidos vivos a termino con bajo peso al nacer

- Estructurante educación inicial
 - Indicador 9: Tasa de escolaridad bruta (Preescolar)

Estos indicadores son los únicos que cuentan con los datos suficientes para establecer diferencias entre los resultados de los indicadores antes (Anterior al 2012) y después (2012-2017) de la implementación del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia en el municipio.

Dichas pruebas de hipótesis se calcularán en el software estadístico R versión 3.4.4., a través de la prueba Kruskal-Wallis para no tener la necesidad de verificar el supuesto de normalidad en la distribución de las variables de estudio.

Marco conceptual

Para conocer si hay diferencias en las distribuciones de la variable en estudio en las poblaciones, para el presente estudio se aplicará la prueba de Kruskal-Wallis o de H, la cual es una extensión de la de U de Mann-Whitney y que es el equivalente no paramétrico del análisis de varianza de una vía (ANOVA), es decir que para aplicar dicha prueba no se requiere que la distribución de la población sea caracterizada por ciertos parámetros como son la media y la varianza (Mendenhall III, Wackerly, & Scheaffer, 2010).

No obstante, se debe cumplir con ciertos supuestos como:

- Los datos provienen de un grupo aleatorio de observaciones, que han sido tomados de k poblaciones que difieren sólo en localización.
- No es necesario suponer que las k poblaciones posean distribuciones normales.
- Los tamaños muestrales pueden ser desiguales.

El estadístico de prueba Kruskal-Wallis o de H definido por Kruskal y Wallis en 1952, se define como:

$$H = \frac{12}{n(n+1)} \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} - 3(n+1)$$

Donde $n = n_1 + n_2 + \dots + n_k$ es el total de las observaciones, k es el número de poblaciones y R_i es la suma de los rangos de las observaciones de la población i . La correspondiente prueba de nivel α , rechaza la hipótesis nula si $H > h(\alpha)$, donde $h(\alpha)$ es tal que, cuando H_0 es verdadera, $P[H > h(\alpha)] = \alpha$. La hipótesis nula: H_0 : las distribuciones poblacionales son idénticas y la hipótesis alternativa: H_a : al menos dos de las distribuciones poblacionales difieren en localización (Mendenhall III, Wackerly, & Scheaffer, 2010).

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de las pruebas de hipótesis realizadas para los cuatro indicadores anteriormente mencionados:

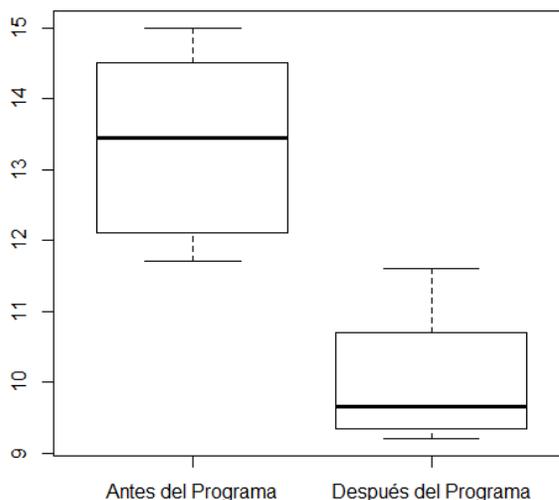
- Indicador 2: Tasa de mortalidad en menores de 5 años

Tabla 6. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 2

Indicador	Periodo	N	Rango promedio	Chi.-cuadrado	P-value
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	Antes	6	1,65	6,5455 (df=1)	0,01052
	Después	4	1,20		
Total		10			

Dado que el p-value = 0.01052 de la prueba es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir, que hay diferencias significativas en la mediana de indicador antes (mediana=13.45) y después (mediana=9.65) de la implementación del Programa. Para ver dicha situación se puede observar la siguiente gráfica:

Gráfica 12. Distribución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años



Fuente: Secretaría de Salud Pública

Para este caso de acuerdo con la gráfica anterior, se puede confirmar que la mediana es mayor antes del Programa que después del mismo, lo cual permite concluir que la mortalidad en menores de 5 años era significativamente mayor

cuando el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia no se había implementado en el municipio.

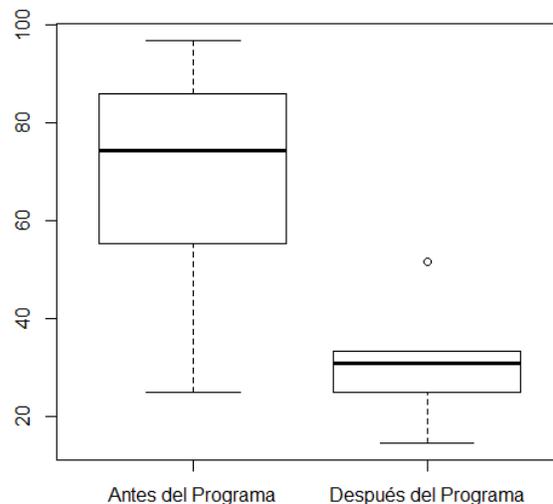
- Indicador 4: Tasa de mortalidad materna

Tabla 7. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 4

Indicador	Periodo	N	Rango promedio	Chi.-cuadrado	P-value
Tasa de mortalidad materna	Antes	22	35,85	8,975 (df=1)	0,002737
	Después	6	18,5		
Total		28			

Dado que el p-value = 0.002737 de la prueba es menor que el nivel de significancia $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir, que hay diferencias significativas en la mediana del indicador antes (74.25) y después (30.9) de la implementación del Programa. Para ver de manera gráfica dicha situación se puede observar la siguiente gráfica:

Gráfica 13. Distribución de la tasa de mortalidad materna



Fuente: Secretaría de Salud Pública

Para este caso de acuerdo con la gráfica anterior, se puede confirmar que la mediana es mayor antes del Programa que después del mismo, lo cual permite concluir que la mortalidad materna era significativamente mayor cuando el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia no se había implementado en el municipio.

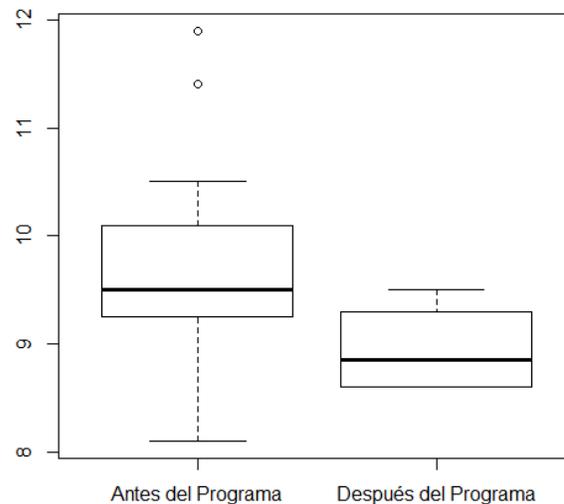
- Indicador 5: Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer

Tabla 8. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 5

Indicador	Periodo	N	Rango promedio	Chi.-cuadrado	P-value
Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	Antes	16	1,90	2.5901 (df=1)	0,1075
	Después	4	0,45		
Total		20			

Dado que el p-value = 0.1075 de la prueba es mayor que el nivel de significancia de $\alpha=0.05$, no se rechaza la hipótesis nula, es decir, que no hay diferencias significativas en la mediana del indicador antes (9.5) y después (8.85) de la implementación del Programa. Para ver de manera gráfica dicha situación se puede observar la siguiente gráfica:

Gráfica 14. Distribución del porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer



Fuente: Secretaría de Salud Pública

Para este caso de acuerdo con la gráfica anterior, se puede confirmar que la mediana no es significativamente mayor antes del Programa que después del mismo, lo cual no permite concluir que la implementación del Programa haya causado algún efecto significativo en aumentar o disminuir el porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer en el municipio.

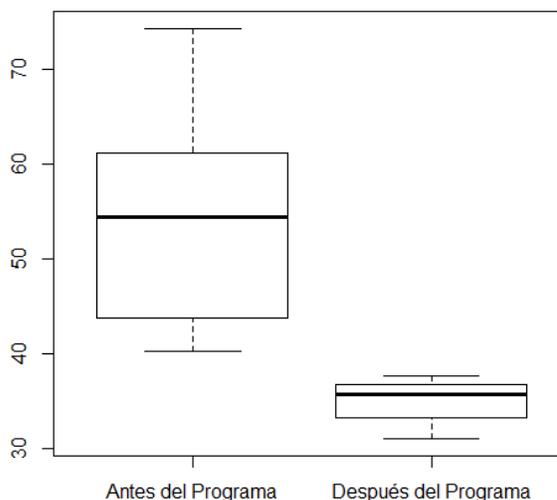
- Indicador 9 - Tasa de escolaridad bruta (Preescolar)

Tabla 9. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 9

Indicador	Periodo	N	Rango promedio	Chi.-cuadrado	P-value
Tasa de escolaridad bruta (Preescolar)	Antes	20	17,05	9,6 (df=1)	0,001946
	Después	4	3,30		
Total		24			

Dado que el p-value = 0.001946 de la prueba es menor que el nivel de significancia de $\alpha=0.05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir, que hay diferencias significativas en la mediana del indicador antes (54.4) y después (35.7) de la implementación del Programa. Para ver de manera gráfica dicha situación se puede observar la siguiente gráfica:

Gráfica 15. Distribución de la tasa de escolaridad bruta (Preescolar)



Fuente: Secretaría de Educación

Para este caso de acuerdo con la gráfica anterior, se puede confirmar que la mediana es mayor antes del Programa que después del mismo, lo cual permite concluir que la tasa de escolaridad bruta era significativamente mayor cuando el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia no se había implementado en el municipio, lo cual no es un resultado deseable dado que indica que hay un menor número de estudiantes en el nivel preescolar después de la implementación del Programa.

En general se observa en los resultados de las anteriores pruebas de hipótesis que evidentemente hay diferencias significativas antes y después de la implementación del Programa, específicamente para los estructurantes de Salud, alimentación y nutrición— Indicadores de mortalidad en menores de 5 años y mortalidad materna— y Educación inicial — Tasa de escolaridad bruta (Preescolar) —. En el restante indicador no se encontraron diferencias significativas.

Otro aspecto importante por mencionar dentro de la evaluación realizada es que las diferencias significativas encontradas en el estructurante de Salud, alimentación y nutrición, indican que los dos tipos de mortalidades eran mayores antes de la implementación del Programa, es decir que había una mayor proporción tanto de niñas y niños menores de 5 años que morían en este rango edad como de mujeres gestantes, lo cual puede evidenciar que la situación general del sistema de salud, el nivel de formación al personal de dicho sistema y el acceso a los servicios durante el embarazo y el parto han mejorado en el municipio después de la implementación del Programa, generando que dichas muertes se reduzcan significativamente (Organización de las Naciones Unidas, 2007).

5. CONCLUSIONES

La Atención Integral a la primera infancia en Colombia se encuentra institucionalizada en el país a través de la Política de Estado para el Desarrollo Integral a la Primera Infancia (Ley 1804 de 2016), la cual como su nombre indica busca garantizar y potenciar el desarrollo integral de las niñas y niños menores de seis años de edad, a través de una atención que no sólo se enfoca en el cuidado, sino en otros aspectos como la educación, salud, alimentación, nutrición, recreación, entre otros. A nivel territorial, desde el gobierno de Rodrigo Guerrero se inició la implementación de la atención integral a la primera infancia priorizando a aquellos en condiciones de vulnerabilidad, a través del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia, el cual se incluyó en su Plan de Desarrollo y se dio continuidad en el Plan más reciente.

Para el caso de la evaluación del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia del Municipio de Santiago de Cali, se presenta la necesidad de evaluar dicha atención teniendo en cuenta que la misma se presta desde el año 2012 y seis años después no se cuenta con una evaluación, que dé cuenta de los efectos y/o impactos que este tipo de programas ha traído a la ciudad. Es así como como se pudo evidenciar que en el Municipio de Santiago de Cali no se cuenta con los suficientes indicadores que evidencien el estado actual de la atención integral, dado que para algunos estructurantes sólo fue posible asociar un único indicador.

Igualmente se presenta otra dificultad asociada a que la mayoría de los indicadores identificados para evaluar el Programa, no cuenta con datos suficientes antes del año 2012 que representa el estado anterior a su implementación. Dicha situación no permite que se establezca una línea base para realizar comparaciones posteriores e indagar por los efectos ocasionados por la implementación del Programa en la ciudad.

Con los resultados de las pruebas de hipótesis realizadas es posible establecer diferencias en función del antes y el después de la implementación del Programa, puesto que los análisis efectuados han indicado que la mortalidad en niñas y niños menores de 5 años, la mortalidad materna y la tasa de escolaridad bruta (preescolar) han aumentado o disminuido significativamente desde que se inició con la atención integral a la primera infancia en el municipio. En este sentido se aprecian, respecto a la mortalidad en niñas y niños menores de 5 años y la mortalidad materna, la existencia de valores que van disminuyendo desde que el programa funciona en la ciudad, lo cual es un impacto positivo al tener menos niñas, niños y mujeres gestantes falleciendo durante este ciclo vital.

Para el caso de la tasa de escolaridad bruta (preescolar), se presenta un fenómeno inverso y se debe a que desde la implementación del Programa la tasa de escolaridad bruta (preescolar) ha disminuido significativamente, siendo este un impacto negativo por presentar una tendencia decreciente del número de niñas y

niños de primera infancia que han ingreso al sistema educativo formal en el grado obligatorio de transición. Esta situación particular no se abordará en esta evaluación, pero sí debería analizarse en futuros estudios.

En conclusión, es necesario que el Municipio de Santiago de Cali recolecte mayor cantidad de datos sobre el Programa de atención integral a la primera infancia, debido a que no existen los suficientes datos ni indicadores que permitan evaluar adecuadamente el impacto de la atención integral a las niñas y niños menores de 6 años, mujeres gestantes y madres lactantes de la ciudad. Por ende, es fundamental que para futuras evaluaciones se tenga más de un indicador asociado a cada uno de los estructurantes y que además se cuente con los datos suficientes que permitan establecer una línea base, como punto de comparación.

Dado que esta es la primera experiencia de evaluación del programa de atención integral a la primera infancia desde la Administración Municipal, se sugiere que las recomendaciones anteriores se pueden replicar como cambios necesarios en el modo de operación de todos los programas sociales que se están implementando en la ciudad, con el fin de que se alteren o modifiquen de manera permanente los procedimientos y actuaciones, sobre todo aquellas relacionadas con la recolección de datos suficientes que permitan el establecimiento de indicadores susceptibles de monitoreo, seguimiento y evaluación en futuros años y que finalmente, generen información y nuevo conocimiento para mejorar significativamente la implementación de los programas sociales en la ciudad, pudiendo ser este tipo una satisfactoria práctica de innovación social desde la Administración Pública.

6. REFERENCIAS

- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 "CaliDA para todos"*. Santiago de Cali: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2014). *Boletín Informativo del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI de la Secretaría de Salud de Cali – No. 2*. Santiago de Cali: Secretaría de Salud Pública. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Regiones/Documents/ok%20pdf%20VOX%20PAI%202.pdf>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2015). *Análisis del estado de la Educación Inicial 2015*. Santiago de Cali: Coordinación Técnica de Primera Infancia. Secretaría de Educación Municipal.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016). *Análisis del estado de la Educación Inicial 2016*. Santiago de Cali: Secretaría de Educación Municipal. Coordinación Técnica de Primera Infancia.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016). *Evaluación del Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2012-2015 "CaliDA una ciudad para todos"*. Santiago de Cali: DAP.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016). *Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 "Cali Progresa Contigo"*. Santiago de Cali: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016). *Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 "Cali Progresa Contigo"*. Santiago de Cali: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.
- Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2014). *Mi diario de vacunación: la vida de tu hijo o de tu hija vale mucho. La vacuna, es gratis*. Bogotá, D.C.: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Aldana, Y., & Marzola, K. (2001). *Caracterización de recién nacidos de muy bajo peso al nacer del Hospital de Kennedy*. Trabajo de grado, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C. Recuperado el 3 de Marzo de 2018, de Universidad Militar Nueva Granada: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10331/2/AldanaGalindoYezidFernando2011.pdf>
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., & Gemmill, A. (13 de Noviembre de 2015). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-

- Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462 - 474. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
- Baker, J. L. (2000). *Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza: Manual para profesionales*. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (1997). *Evaluación un herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos*. Washington D.C.: Oficina de Evaluación (EVO).
- Banco Mundial. (06 de Octubre de 2016). Nueve países prometen invertir más en la infancia para potenciar sus economías con miras al crecimiento a largo plazo. (G. B. Mundial, Ed.) Washington, Estados Unidos. Recuperado el 17 de Marzo de 2018, de <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2016/10/06/nine-countries-pledge-greater-investments-in-children-powering-economies-for-long-term-growth>
- Bernal, R. (2015). Diagnóstico y recomendaciones para la atención de calidad a la primera infancia en Colombia. *Cuadernos de Fedesarrollo No. 51*, 13-77.
- Bernal, R., & Camacho, A. (2012). La Política de Primera Infancia en el contexto de la equidad y movilidad social en Colombia. (U. d. Andes, Ed.) *Documentos CEDE*.
- Bernal, R., Fernández, C., Flórez, C. E., Gaviria, A., Ocampo, P. R., Samper, B., & Sánchez, F. (2009). *Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF*. Bogotá, D.C.: Documentos CEDE No. 16.
- Buitrago Rodríguez, N. E. (2015). *Informe nacional sobre docentes para la educación de la primera infancia: Colombia*. Santiago de Chile: Proyecto estrategia regional docente OREALC/UNESCO.
- Cali Cómo Vamos. (2015). *Cali: ¿Cómo Vamos en Primera Infancia?. Resultados para Cali del Informe Primera Infancia Cómo Vamos*. Santiago de Cali.
- Campos, A. L. (2010). *Primera Infancia: una mirada desde la Neuroeducación*. Lima, Perú: Oficina de Educación y Cultura de la Organización de los Estados Americanos (OEA/SEDI/DDHEC/OEC).
- Castro-Delgado, O., Salas-Delgado, I., Acosta-Argoty, F., Delgado-Noguera, M., & Calvache, J. A. (2016). Muy bajo y extremo peso al nacer. *Pediatría*, 49, 23-30. Recuperado el 03 de Marzo de 2018, de https://ac.els-cdn.com/S0120491216000173/1-s2.0-S0120491216000173-main.pdf?_tid=b088d4dc-8174-4e51-bada-4ba8324d637d&acdnat=1520964706_3373af782ff26b0696849abbd712eabb
- Centre for Social Innovation. (2017). Recuperado el 2 de Mayo de 2017, de <https://socialinnovation.org/>

- Cohen, E., & Franco, R. (2005). *Gestión Social: Cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*. México D.F.: CEPAL y Siglo Veintiuno.
- Coldeportes. (2012). *Estrategia Nacional de Recreación en Primera Infancia*. Bogotá D.C.: Coldeportes y Funlibre.
- Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2013). *Fundamentos políticos, técnicos y de gestión de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional.
- Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia. (2017). *Informe anual de implementación de la política 2016*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional.
- Comisión Vallecaucana por la Educación. (2013). *Atención integral a la primera infancia en Santiago de Cali: Balance Social*. Santiago de Cali: Subcomisión de educación temprana.
- Congreso de Colombia. (Noviembre de 2006). *Ley 1098 de 2006*. Recuperado el 2016, de Diario Oficial No. 46.446 de 8 de noviembre de 2006: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1098_2006.html
- Congreso de la República de Colombia. (1994). *Ley 115 de 1994*. Obtenido de Ministerio de Educación Nacional: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf
- Cook, P. (2013). *Fortaleciendo los indicadores de protección a la primera infancia en Colombia*. Canadá: Instituto Internacional para el Desarrollo y los Derechos del niño (IICRD) .
- Cordoba, L. (2016). *Análisis de la educación inicial ofrecida en los centros de desarrollo infantil del distrito y su incidencia en el desarrollo de capacidades en los niños y las niñas menores de 5 años*. Cartagena, D.T.Y C: Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Cartagena.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2007). *Estimación y proyección de población nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad y edades simples de 0 a 26 años 1985-2020*. Obtenido de Geoportal DANE: <https://geoportal.dane.gov.co/v2/?page=elementoIntroduccion>
- DNP. (03 de Diciembre de 2007). *Documento Conpes Social 109*. Obtenido de Ministerio de Educación Nacional: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf
- El Espectador. (24 de Mayo de 2016). La importancia que "De Cero a Siempre" pase a ser política de Estado. *El Espectador*. Obtenido de <https://www.elespectador.com/noticias/politica/importancia-de-cero-siempre-pase-ser-politica-de-estado-articulo-634203>

- El País. (03 de Junio de 2011). Cali fue certificada por su cobertura de vacunación de más de un 99%. *El País*. Obtenido de <http://www.elpais.com.co/cali/fue-certificada-por-su-cobertura-de-vacunacion-de-mas-de-un-99.html>
- El Tiempo. (Julio de 2011). Cali tiene tasa de mortalidad materna más baja del país. *El Tiempo*.
- Gertler, P., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L., & Vermeersch, C. (2017). *La evaluación de impacto en la práctica* (Segunda ed.). Washington, D.C., EEUU: Banco Interamericano de Desarrollo y Banco Mundial.
- Gironza, D. (2016). *Estudio de caso: Innovación Social en la primera infancia. Saberes, una travesía con imaginación y afecto*. Santiago de Cali: Fundación Carvajal.
- González Ramírez, J. L., & Durán, I. M. (2012). Evaluar para mejorar: el caso del programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 187-234.
- Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2007). The Productivity Argument for Investing in Young Children. *Review of Agricultural Economics*, 29(3), 446-493. doi:DOI:10.1111/j.1467-9353.2007.00359.x
- Mejía, J. (2005). *La evaluación como herramienta para una gestión pública orientada a resultados. La práctica de la evaluación en el ámbito público mexicano*. Venezuela: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD).
- Mendenhall III, W., Wackerly, D. D., & Scheaffer, R. L. (2010). *Estadística matemática con aplicaciones* (Vol. Séptima edición). (S. R. González, Ed., & J. H. Muñoz, Trad.) México: CENGAGE Learning.
- Ministerio de Educación. (2009). *¿Qué es la educación inicial?* Obtenido de Dirección de Primera Infancia: <https://www.mineduacion.gov.co/primerainfancia/1739/w3-article-178050.html>
- Ministerio de Educación. (Enero de 2014). *Sistema Nacional de Indicadores educativos para los niveles de preescolar, básica y media en Colombia*. Obtenido de Ministerio de Educación: https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-329021_archivo_pdf_indicadores_educativos_enero_2014.pdf
- Ministerio de Educación. (23 de Septiembre de 2015). *Alcaldía de Cali avanza en construcción de Centros de Desarrollo Infantil*. Obtenido de Secretaría de Educación de Cali: <https://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-353994.html>
- Ministerio de Hacienda Chile. (2007). Anexo Metodología Evaluación de Impacto. Santiago de Chile, Chile: Dirección de presupuestos.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2000). *Norma Técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI*. Bogotá, D.C.: Dirección General de Promoción y Prevención.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Sistema Estándar de Indicadores Básicos en Salud-IBS Colombia*. Bogotá, D.C. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2016*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado el 03 de Marzo de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-colombia-2016.pdf>
- Minujin, A., Bagnoli, V., Mejía, A. M., & Quintero, L. F. (2015). *Primera infancia cómo vamos : identificando desigualdades para impulsar la equidad en la infancia*. Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia: Sello Editorial Javeriano.
- Mulgan, G., & Albury, D. (2003). *Innovation in the public sector*. London, UK: Cabinet.
- Múnera, L. (2014). Importancia de la formación del profesorado y su impacto en el proceso educativo desde la primera infancia. *Saber, ciencia y libertad*, 8(2), 147-156.
- Murray, R., Caulier-Grice, J., & Mulgan, G. (2010). *The Open Book of Innovation*. The Young Foundation y Nesta.
- Mustard, J. F. (2002). Early Childhood Development and the Brain. En T. W. Bank, & M. Young (Ed.), *From Early Child Development and Human Development: Investing in Our Children's Future* (págs. 23-62). Washington, D.C., EEUU: The World Bank.
- National Research Council and Institute of Medicine. (2000). *From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development*. (J. P. Phillips, Ed.) Washington, D.C., EEUU: National Academy Press.
- OMS. (Marzo de 2018). *Alimentación de lactantes con bajo peso al nacer*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/elena/titles/supplementary_feeding/es/
- Organización de las Naciones Unidas. (2007). *Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio*. New York: United Nations Publications.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y El Caribe*. Guatemala: OPS.

- Padrón, J. (2006). *Bases del concepto de Investigación Aplicada (o investigación aplicada o aplicaciones)*. Recuperado el Abril de 2017, de Disponible en la Web de José Padrón: <http://padron.entretemas.com/InvAplicada/index.htm>
- Pinilla, R., & Fontcuberta, X. (Mayo-Agosto de 2010). Evaluación de políticas públicas e innovación social: un marco para la política basada en la evidencia. *Encuentros Multidisciplinares*(35), 1-10. Recuperado el 03 de Mayo de 2017, de http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA35/Indice_n%C2%BA_35_2010.htm
- Ramírez Arias, S. M. (2015). *Impactos de corto plazo de la estrategia "De Cero a Siempre" sobre el desarrollo nutricional, cognitivo y socio-emocional de los niños beneficiarios*. Bogotá, D.C.: Universidad de Los Andes. Facultad de Economía.
- Ramírez, L., Quintero, S., & Jaramillo, B. (Enero-Junio de 2015). Formación en el trabajo con familias para la educación de la primera infancia. *Revista del Instituto de Estudios en Educación Universidad del Norte*, 22, 105-115. Recuperado el 17 de Marzo de 2018
- Rincón, D., & León, E. (2015). *Estado del arte sobre investigaciones, programas y proyectos para la atención en primera infancia con enfoque de lúdica y juego*. Villavicencio: Corporación Universitaria Minuto de Dios "Uniminuto".
- Rubio, M., Pinzón, L., & Gutiérrez, M. (2011). *Atención integral a la primera infancia en Colombia: estrategia de país 2011-2014*. Bogotá, D.C.: División de Protección Social y Salud. Notas técnicas #224, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Say, L., SayEmail, L., Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., & Moller, A.-B. (05 de Mayo de 2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2, e323 - e333.
- Simarra, J. (2010). Panorama de las políticas públicas de primera infancia en Colombia. *Miscelánea Comillas*, 68(132), 397-417. Recuperado el 10 de Marzo de 2018
- Simarra, N., & Madariaga, C. (2010-2011). Colombia y sus compromisos con la primera infancia. *Palabra*(12), 236-249.
- Tamayo Sáez, M. (1997). *El análisis de las políticas públicas*. Madrid: La nueva administración pública.
- Torrado, M. C., & Anzelin, I. (2006). *La primera infancia en la agenda local colombiano: análisis y recomendaciones*. Bogotá, D.C.: Observatorio sobre Infancia de la Universidad Nacional de Colombia.

- Umayahara, M. (2004). En búsqueda de la equidad y calidad de la educación de la primera infancia en América Latina. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2(2), 21-49.
- Unicef. (2002). *La niñez colombiana en cifras*. Bogotá, D.C.: UNICEF Colombia.
- Unicef. (Junio de 2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Obtenido de Unicef Comité Español: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Unicef. (Junio de 2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Obtenido de UNICEF Comité Español: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Unicef. (2014). *Observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño*. México D.F.: DIF Nacional- UNICEF México. Obtenido de <https://www.unicef.org/ecuador/UNICEF-ObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>
- Unicef. (2017). *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2017*. New York: United Nations Children's Fund.
- Urango, A. (2014). *Fallas del Estado en la implementación de la Política Pública de primera infancia: Absentismo en la educación inicial. Caso Barranquilla*. Bogotá, D.C.: Facultad de ciencia política y relaciones internacionales. Pontificia Universidad Javeriana.
- Van der Gaag, J. (2001). *El desarrollo infantil temprano: una perspectiva económica*. Obtenido de Organización de los Estados Americanos (OEA): <http://www.oas.org/udse/dit2/costos/vandergaag.aspx>
- Wiesner Duran, E. (1993). *From Macroeconomic Correction to Public Sector Reform: The Critical Role of Evaluation*. Washington D.C.: World Bank Discussion Paper #214.
- Young, M. E. (2002). Ensuring a Fair Start for All Children: The Case of Brazil. En T. W. Bank, & M. E. Young (Ed.), *From Early Child Development and Human Development: Investing in Our Children's Future* (págs. 123-142). Washington, D.C.: The World Bank.

7. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Niveles de evaluación	8
Tabla 2. Indicadores de Producto – Programa 2.3.1: Atención Integral a la Primera Infancia	21
Tabla 3. Indicadores de Resultado - Primera Infancia	24
Tabla 4. Indicadores de Producto – Programa 1.1.1: Atención Integral a la Primera Infancia	24
Tabla 5. Indicadores de evaluación para el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia de Santiago de Cali.....	29
Tabla 6. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 2	52
Tabla 7. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 4	53
Tabla 8. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 5	54
Tabla 9. Resultados prueba Kruskal-Wallis - Indicador 9	55

8. ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Evolución de cobertura Atención Integral (SEM+ICBF) 2012-2015.....	19
Gráfica 2. Profesionales cualificados y cuidadores capacitados en habilidades parentales, cuidado y crianza con enfoque de equidad de géneros.	36
Gráfica 3. Tasa de mortalidad en menores de 5 años	37
Gráfica 4. Tasa de mortalidad por desnutrición menores de 5 años	39
Gráfica 5. Tasa de mortalidad materna.....	40
Gráfica 6. Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	41
Gráfica 7. Cobertura de vacunación en niños menores de 1 año con tercera dosis de pentavalente	44
Gráfica 8. Cobertura de vacunación en niños de 1 año con primera dosis de triple viral	45
Gráfica 9. Beneficiarios en educación inicial, en el marco de la atención integral con enfoque diverso, diferencial y de género	46
Gráfica 10. Tasa de escolaridad bruta (Preescolar).....	47
Gráfica 11. Espacios lúdicos adecuados para la primera infancia en comunas y corregimientos	48
Gráfica 12. Niñas y niños de primera infancia que participan en procesos de promoción de los derechos culturales.....	50
Gráfica 13. Distribución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años	52
Gráfica 13. Distribución de la tasa de mortalidad materna	53
Gráfica 14. Distribución del porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer.....	54
Gráfica 15. Distribución de la tasa de escolaridad bruta (Preescolar)	55