

2018

DIAGNÓSTICO DE PRIMERA INFANCIA DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI



ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI

Maurice Armitage Cadavid

Alcalde Santiago de Cali

Betsy Carolina Campo

Secretaria de Bienestar Social

Ivette Adames García

Subsecretaria de Primera Infancia

Documento elaborado por el Equipo de Gestión Estratégica de la Subsecretaría de
Primera Infancia:

Nataly Jaramillo Padredin

Estadística

Luis Gabriel Quiroz

Economista

Contenido

Presentación	8
I. Propósitos del diagnóstico de primera infancia de Santiago de Cali	10
II. Marco Normativo	11
III. Diagnóstico de primera infancia	16
1.1. Contexto general.....	16
1.1.1. Ubicación geográfica	16
1.1.1. Aspectos demográficos	17
1.1.2. Aspectos sociales.....	30
1.2. Por líneas de acción - Ley 1804 de 2016.	35
1.2.1. Gestión territorial	35
1.2.2. Calidad y pertinencia de las atenciones	46
1.2.3. Seguimiento y evaluación de la política	106
1.2.4. Movilización social.....	113
1.2.5. Gestión de conocimiento	125
Bibliografía.....	128

Índice de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1. ESTRUCTURA DE LA SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE LA ALCALDÍA	36
ILUSTRACIÓN 2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA SUBSECRETARÍA DE PRIMERA INFANCIA 2018.....	38
ILUSTRACIÓN 3. PLATAFORMA WEB INFORMACIÓN DE PRIMERA INFANCIA	41
ILUSTRACIÓN 4. LUDOTECA RODANTE DEL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI	98
ILUSTRACIÓN 5. RINCONES DE PRIMERA INFANCIA EN LA RED PÚBLICA DE BIBLIOTECAS	99
ILUSTRACIÓN 6. MOCHILAS VIAJERAS	101
ILUSTRACIÓN 7. DÍA DE LA NIÑEZ.....	114
ILUSTRACIÓN 8. CELEBRACIÓN INTI RAYMI	114
ILUSTRACIÓN 9. PETRONIO ÁLVAREZ.....	115
ILUSTRACIÓN 10. SEMANA DE LA PRIMERA INFANCIA.....	115
ILUSTRACIÓN 11. TALLERES TERRITORIALES DE POLÍTICA DE PRIMERA INFANCIA.....	116
ILUSTRACIÓN 12. TALLERES EN HOSPITALES	116
ILUSTRACIÓN 13. HUERTAS URBANAS.....	117
ILUSTRACIÓN 14. EVENTOS ACADÉMICOS	117
ILUSTRACIÓN 15. TALLERES URBANIÑOS	118
ILUSTRACIÓN 16. TALLERES DE SOCIALIZACIÓN DE LA BRÚ17	118
ILUSTRACIÓN 17. TALLERES CON SECRETARÍA DE SALUD	119
ILUSTRACIÓN 18. TALLERES CON SECRETARÍA DE DEPORTE Y RECREACIÓN	119
ILUSTRACIÓN 19. BRIGADAS DE SERVICIO SOCIAL	120
ILUSTRACIÓN 20. EVENTO “LACTATÓN”	121
ILUSTRACIÓN 21. PORTAL WEB DE LA SUBSECRETARÍA DE PRIMERA INFANCIA	122
ILUSTRACIÓN 22. FAN PAGE SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL.....	123
ILUSTRACIÓN 23. PLEGABLE SOBRE EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	124
ILUSTRACIÓN 24. CARTILLA PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES SIGNIFICATIVAS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI.	124

Índice de mapas

MAPA 1. REFERENCIA GEOGRÁFICA DE CALI Y SUS CORREGIMIENTOS	17
MAPA 2. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL SEGÚN COMUNAS DE CALI.....	19
MAPA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PRIMERA INFANCIA SEGÚN COMUNAS.....	21
MAPA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR COMUNAS SEGÚN CRITERIO ÉTNICO-RACIAL	22

MAPA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SISBENZADA EN EL ÁREA URBANA Y RURAL	33
MAPA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SISBENZADA DE PRIMERA INFANCIA EN EL ÁREA URBANA Y RURAL	34
MAPA 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS DEFUNCIONES DE LOS MENORES DE 6 AÑOS SEGÚN COMUNAS	71

Índice de tablas

TABLA 1. PROYECCIÓN POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE CALI 2018	18
TABLA 2. INDICADORES DE PRODUCTO PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2012-2015	43
TABLA 3. INDICADORES DE PRODUCTO PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 2016-2019	44
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE ENFERMEDADES QUE AFECTAN A LA PRIMERA INFANCIA – 2018	83
TABLA 5. COBERTURAS ATENCIÓN NO INTEGRAL ICBF - CORTE JUNIO DE 2018	91
TABLA 6. ESPACIOS RECREATIVOS Y LÚDICOS PARA LA PRIMERA INFANCIA	97
TABLA 7. RINCONES DE PRIMERA INFANCIA EN LA RED DE BIBLIOTECAS PÚBLICAS	100
TABLA 8. INVERSIÓN DE PRIMERA INFANCIA POR ORGANISMO	109
TABLA 9. PROYECTOS DE SECRETARÍA DE BIENESTAR SOCIAL	109
TABLA 10. PROYECTOS DE SECRETARÍA DE CULTURA	110
TABLA 11. PROYECTOS DE SECRETARÍA DE EDUCACIÓN	110
TABLA 12. PROYECTOS SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA	111
TABLA 13. PROYECTOS SECRETARÍA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN	112

Índice de gráficos

GRÁFICO 1. PIRÁMIDE POBLACIONAL MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI 2018	18
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE PRIMERA INFANCIA SEGÚN EDADES SIMPLES	20
GRÁFICO 3. PIRÁMIDE POBLACIONAL INDÍGENA DE SANTIAGO DE CALI	23
GRÁFICO 4. POBLACIÓN DE PRIMERA INFANCIA POR CABILDOS INDÍGENAS 2016-2018	25
GRÁFICO 5. PIRÁMIDE POBLACIONAL AFRODESCENDIENTES DE SANTIAGO DE CALI	26
GRÁFICO 6. POBLACIÓN DE PRIMERA INFANCIA CON ALGUNA DISCAPACIDAD	28
GRÁFICO 71. ASISTENCIA ESCOLAR DE NIÑAS Y NIÑOS CON DISCAPACIDAD ENTRE LOS 3 Y 4 AÑOS	28
GRÁFICO 82. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES NO FETALES	30
GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE LA TIPOLOGÍA DEL HOGAR	47
GRÁFICO 10. <i>EDAD DE LA MADRE Y EL PADRE</i>	49
GRÁFICO 11. <i>NIVEL DE ESCOLARIDAD – MADRE Y PADRE</i>	50
GRÁFICO 12. <i>SABE LEER / SABE ESCRIBIR – MADRE Y PADRE</i>	50
GRÁFICO 13. <i>SITUACIÓN LABORAL Y APOORTE ECONÓMICO AL SUSTENTO DEL HOGAR- MADRE Y PADRE</i>	51
GRÁFICO 14. <i>NÚMERO DE HERMANOS DEL BENEFICIARIO/BENEFICIARIA</i>	52

GRÁFICO 15. HIJA O HIJO PLANEADO.....	53
GRÁFICO 16. ACUDIENTES DE LOS BENEFICIARIOS	54
GRÁFICO 17. TIPO DE VIVIENDA DE LOS BENEFICIARIOS	54
GRÁFICO 18. TIPO DE TENENCIA DE LA VIVIENDA DE LOS BENEFICIARIOS	55
GRÁFICO 19. EDADES DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS QUE DUERMEN EN LA MISMA CAMA CON LOS ADULTOS	56
GRÁFICO 20. EL NÚCLEO FAMILIAR COMPARTE SUS DIFICULTADES Y ACONTECIMIENTOS ESPECIALES	57
GRÁFICO 21. ¿CON QUIÉN PERMANECE LA NIÑA O EL NIÑO UNA VEZ SALEN DE LA UNIDAD DE SERVICIO?	58
GRÁFICO 22. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL NÚCLEO FAMILIAR DURANTE LA SEMANA PARA FORTALECER EL DIALOGO, VINCULO FAMILIARES Y LAZOS AFECTIVOS.....	59
GRÁFICO 23. LA DISTRIBUCIÓN DE ROLES Y ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN EL NÚCLEO FAMILIAR SE REALIZA	59
GRÁFICO 24. ¿CUÁL ES EL MOTIVO MÁS FRECUENTE DE DISGUSTO ENTRE LOS ADULTOS DEL NÚCLEO FAMILIAR?.....	60
GRÁFICO 25. ¿CÓMO SE SOLUCIONAN LOS PROBLEMAS DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR?.....	61
GRÁFICO 26. LOS ADULTOS QUE CONFORMAN EL NÚCLEO FAMILIAR PERMITEN QUE LAS NIÑAS O LOS NIÑOS PARTICIPEN EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DEL HOGAR.....	62
GRÁFICO 27. ¿QUÉ TIPO DE RECONOCIMIENTOS O INCENTIVOS SE LES DAN A LAS NIÑAS O LOS POR SUS LOGROS?	63
GRÁFICO 28. TASAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, SEXUAL Y CONTRA LA MUJER EN CALI	64
GRÁFICO 29. TASA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN SANTIAGO DE CALI	65
GRÁFICO 30. PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 AÑOS QUIENES TIENEN EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA SU EDAD.....	66
GRÁFICO 31. COBERTURA DE VACUNACIÓN	68
GRÁFICO 32. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (MENORES DE 1 AÑO).....	72
GRÁFICO 33. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL COMPARATIVA ENTRE LAS PRINCIPALES CIUDADES 2005-2016	74
GRÁFICO 34. TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS	75
GRÁFICO 35. TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS	76
GRÁFICO 36. TASA DE MORTALIDAD POR DESNUTRICIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS	78
GRÁFICO 37. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA.....	79
GRÁFICO 38. CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMERA INFANCIA	82
GRÁFICO 39. PORCENTAJE DE NIÑOS CON BAJO PESO AL NACER.....	86
GRÁFICO 40. COBERTURAS DE ATENCIÓN INTEGRAL ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI E ICBF 2012-2018	90
GRÁFICO 41. MATRICULA DEL GRADO TRANSICIÓN SEGÚN SECTOR 2017	92
GRÁFICO 42. TASA DE COBERTURA BRUTA PARA EL GRADO TRANSICIÓN	93
GRÁFICO 43. TASA DE COBERTURA NETA PARA EL GRADO TRANSICIÓN	94
GRÁFICO 44. NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO REGISTRADOS EN SANTIAGO DE CALI	95

GRÁFICO 45. EXÁMENES MEDICO LEGALES POR PRESUNTO DELITO SEXUAL REALIZADOS A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS EN SANTIAGO DE CALI	102
GRÁFICO 46. RESULTADOS DE LA RIA 2018.....	108

Presentación

La Política de Estado para el Desarrollo Integral a la Primera Infancia de Colombia (Ley 1804 de 2016) es uno de los mayores avances que han tenido el país en pro de la garantía de los derechos de las niñas y niños de primera infancia, madres lactantes, mujeres gestantes y sus familias. En esta ley se plantea la importancia de realizar seguimiento y evaluación a la Política de Estado, con el fin de asegurar una pertinente atención integral a la población de Primera infancia.

El Municipio de Santiago de Cali adopta el seguimiento, a través de los siguientes componentes:

1. La Política Pública Municipal de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2015-2024: Cali, un municipio responsable y amigo de los niños, niñas y adolescentes.
2. El Sistema de Seguimiento al Desarrollo Integral de la Primera Infancia, a través de la Ruta Integral de Atenciones – RIA Local.
3. El Sistema Único de Información de la Niñez- SUIN del Instituto Colombiano de Bienestar Familias-ICBF, para el caso municipal.
4. La batería de indicadores sobre la situación de derechos de la primera infancia, para el proceso de rendición pública de cuentas de la Procuraduría General de la Nación.
5. El Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) municipal.
6. Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019: “Cali Progresando Contigo”.
7. Entre otros procesos, sistemas e instrumentos de verificación para los derechos y atenciones de la primera infancia de Santiago de Cali.

El proceso de seguimiento en el municipio se concibe como un instrumento de gestión y política, en la medida que permite revisar de forma continua los aspectos sustantivos de las políticas (programas, planes y acciones), para optimizar sus procesos, resultados e impactos. Además, constituye un insumo indispensable para la gestión administrativa y estratégica de las iniciativas públicas (Di Virgilio & Solano, 2012).

Para dicho seguimiento, se instará a la articulación intersectorial e interinstitucional, a través del Comité Intersectorial de Primera Infancia-CIPI Local y la Mesa Municipal de Primera Infancia, donde confluyen entidades públicas y privadas que atienden a las niñas y los niños de primera infancia, madres gestantes y lactantes, así como a sus familias.

Este documento tiene como objetivo principal presentar un balance de la situación actual de la población de primera infancia en términos sociales, demográficos y económicos. La presentación de la situación de los niños y las niñas de Cali se realiza considerando las líneas de acción de la Política de Estado y las realizaciones de la primera infancia.

I. Propósitos del diagnóstico de primera infancia de Santiago de Cali

El diagnóstico constituye una herramienta importante para la toma de decisiones y la planificación social en la medida que identifica las situaciones neurálgicas que ameritan ser intervenidas. Generalmente los diagnósticos se soportan en estadísticas dado que su inclusión permite responder verdaderamente a las necesidades de la población. Los objetivos del diagnóstico son los siguientes:



1. Visibilizar

La población de primera infancia, la cual corresponde a las niñas y los niños menores de 6 años de edad, mujeres gestantes y madres lactantes reconociendo su diversidad y contexto.



2. Ser insumo

Para orientar la acción y la toma de decisiones municipales sobre primera infancia, a través de información útil, pertinente y contextualizada, basada en las características de las niñas y los niños, sus familias y cuidadores, la capacidad institucional y las condiciones territoriales, que buscan garantizar su desarrollo integral.



3. Identificar

Oportunamente las fortalezas y oportunidades de mejora en la ejecución de las acciones desarrolladas por el municipio, a favor de la calidad y pertinencia de la atención integral a las niñas y los niños menores de 6 años de edad, madres gestantes y lactantes.



4. Indagar

Permanentemente el grado de avance de las actividades realizadas y los resultados obtenidos, de acuerdo con lo planteado en la Política para el Desarrollo Integral a la Primera Infancia en el municipio.

II. Marco Normativo

La Convención sobre los Derechos del Niño, fue adoptada el 20 de noviembre de 1989 por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En Colombia, esta convención se aprueba con **la Ley 12 de 1991**, donde se consagran 54 artículos que reconocen a los niños (seres humanos menores de 18 años) como individuos con derecho al pleno desarrollo físico, mental y social, así como a la libertad de expresión de sus opiniones. Igualmente, obliga a los estados firmantes a la adopción de las medidas necesarias para dar efectividad a todos los derechos establecidos en la Convención.

Desde este periodo, en el país se comienzan a realizar importantes esfuerzos en tendientes de garantizar los derechos de las niñas y niños, consagrados en las leyes internacionales y la Constitución Política de Colombia de 1991. Precisamente, en los artículos 44 y 45 de la Constitución, se consagran los derechos fundamentales, obligando al Estado, la sociedad y la familia, a velar por la protección, asistencia y garantía de los derechos de la primera infancia, así como a la prevalencia de sus derechos sobre los derechos de los demás.

A partir de este marco normativo se orientan las políticas y programas de orden nacional y territorial. Esta directriz también promueve el surgimiento de leyes especiales enfocadas sobre las niñas y niños, tales como la **Ley 765 de 2002**, por medio de la cual, se aprueba el *«Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de los niños en la pornografía»*¹. De modo similar, la Ley 833 de 2003 aprueba el *«Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados»*² (ONU, 2005).

En 2006 se reglamenta el **Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006)**, que de acuerdo con el artículo 1, tiene como finalidad *“garantizar a las niñas, a los niños y a los*

¹ Adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000.

² Adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000.

adolescentes, su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna". Además de establecer las normas sustantivas y procesales para la protección de las niñas, niños y adolescentes, decreta que la familia, la sociedad y el Estado, están obligados a garantizar el cumplimiento, protección y restablecimiento de los derechos humanos consignados en la Constitución Política.

Un año más tarde, el **Consejo Nacional de Política Económica Social de la República de Colombia (CONPES)**, pone en consideración el Documento **Conpes Social 109 Política Pública Nacional de Primera Infancia** que traza los lineamientos de la política pública de la primera infancia. De acuerdo con este documento, el Conpes 109 *"el resultado de un proceso de movilización social, generado a partir de la necesidad de retomar y dar un nuevo significado a la temática de oportunidades efectivas de desarrollo de la primera infancia en Colombia. La política se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y se refuerza por los compromisos adquiridos en la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños"* (Consejo Nacional de Política Económica Social , 2007).

Con el fin de asegurar el desarrollo integral de los niños y niñas de 0 a 6 años de edad, el **Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 (Ley 1450 de 2011)** estableció como prioridad el diseño e implementación de la política de atención integral de la primera infancia, enmarcada en la Ley 1098 de 2006. Para esta finalidad y con el propósito de impulsar el compromiso establecido, el Gobierno Nacional conformó la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (CIAIPI), como la instancia técnico-política encargada de liderar la Estrategia para la Atención Integral de la Primera Infancia *"De Cero a Siempre"*.

La **Estrategia para la Atención Integral de la Primera Infancia "De Cero a Siempre"** 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"*. Esta meta se logra únicamente a través del trabajo conjunto y

unificado de diferentes sectores que, desde la perspectiva de derechos y enfoque diferencial, articulan y promueven la definición e implementación de planes, programas, proyectos y acciones tendientes a garantizar y asegurar la atención integral a todos y cada uno de los niños y niñas, de acuerdo con su edad, contexto y condición socioeconómica.

El **Plan Nacional De Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753 de 2015)** en el artículo 82 afirma que *“el Gobierno Nacional consolidará la implementación de la política de primera infancia y desarrollará una política nacional para la infancia y la adolescencia, en armonía con los avances técnicos y de gestión de la estrategia De Cero a Siempre, con énfasis en la población con amenaza o vulneración de derechos”* (Congreso de Colombia, 2015).

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

Por otro lado, los avances a nivel local también son significativos. En primer lugar, en 2011 se establece el **Plan de Atención Integral para la Primera Infancia de Santiago de Cali (PAIPI) - Una ciudad pensada para los niños y niñas de la primera infancia 2011-2020** de la Secretaría de Educación Municipal, el cual busca a partir del trabajo intersectorial e interinstitucional, garantizar que los niños y niñas de la ciudad reciban una atención integral permanente, de calidad y coherente con las políticas públicas establecidas en el Plan de Desarrollo Municipal (Mesa Municipal de Primera Infancia, 2011).

Durante el siguiente año se establece el **Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “CaliDA una ciudad para todos”**, dentro de la línea: "Bienestar para todos" el Programa: "Atención integral a la primera infancia", donde *“se reconoce a los niños y niñas de primera infancia, sin importar las diferencias de género, raza, etnia o estrato social, como sujetos plenos de*

derechos, sujetos activos de su propio desarrollo, seres humanos completos, con capacidades y potencialidades que se desarrollan en su continua relación con su entorno particular y con las múltiples relaciones que se construyen con su familia y cuidadores, que participan constantemente como acompañantes en sus procesos de desarrollo” (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012). Así pues, para fortalecer la atención a la primera infancia y garantizar sus derechos, el programa articula el trabajo de diferentes secretarías: Educación; Desarrollo territorial y Bienestar Social; Deporte y Recreación; Salud Pública; Cultura y Turismo.

Para formalizar este trabajo mancomunado, se crea mediante el **Decreto 276 de 2013 el Comité Intersectorial de Primera Infancia (CIPI)**, otorgándole facultades de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de estrategias, formulación de planes, programas y proyectos, para el desarrollo del Sistema de Atención Integral de la Primera Infancia (SAIPI), el cual está compuesto por:

- El alcalde municipal o su delegado
- El director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) regional Valle del Cauca
- El Departamento de Planeación Municipal
- La Secretaría de Educación
- La Secretaría de Salud
- La Secretaría de Bienestar Social y Desarrollo Territorial
- La Secretaría de Cultura y Turismo
- La Secretaría de Deporte y Recreación
- La Secretaría de Gobierno, Convivencia y Seguridad

Como resultado de este esfuerzo de articulación intersectorial e interinstitucional, se crea y adopta en 2015 la **Política Pública de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2015-2024 “Cali municipio responsable y amigo de los Niños, Niñas y Adolescentes”** (Acuerdo No. 0392 de 2015). Esta iniciativa política puntualiza que la primera infancia es *“la etapa propicia para el desarrollo de las funciones cerebrales que determina el conocimiento”,* por

lo cual, las áreas de derechos y sus lineamientos, responden a cada las categorías de los derechos humanos y al enfoque definido en esta Política Pública.

La siguiente administración municipal confiere continuidad a la política pública y apuesta por el mejoramiento del bienestar de la primera infancia en Cali, por esta razón, incluye dentro del **Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Cali Progresas Contigo”**, el eje *Cali Social y Diversa*, el componente *Construyendo Sociedad*, y el *Programa de Atención Integral a la Primera Infancia*. Tanto el eje, como el componente y el programa, buscan “*atender de 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*” (Departamento Administrativo de Planeación Municipal , 2016).

Posteriormente, con el objetivo de consolidar los esfuerzos dirigidos a mejorar las condiciones de la primera infancia a nivel municipal, se crea la Subsecretaría de Primera Infancia en la Secretaría de Bienestar Social en el marco de la estructuración de la Administración Central (Decreto extraordinario 0516 de 2016). Esta subsecretaría tiene como funciones principales proponer, ejecutar y articular la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre (Ley 1804 de 2016). Finalmente, a través del Decreto 067 de 2017, se actualiza el CIPI con el fin de articularlo a la nueva normatividad que se tienen en el país sobre primera infancia y los nuevos organismos resultantes de la reforma de la Administración Central.

III. Diagnóstico de primera infancia

1.1. Contexto general

1.1.1. Ubicación geográfica

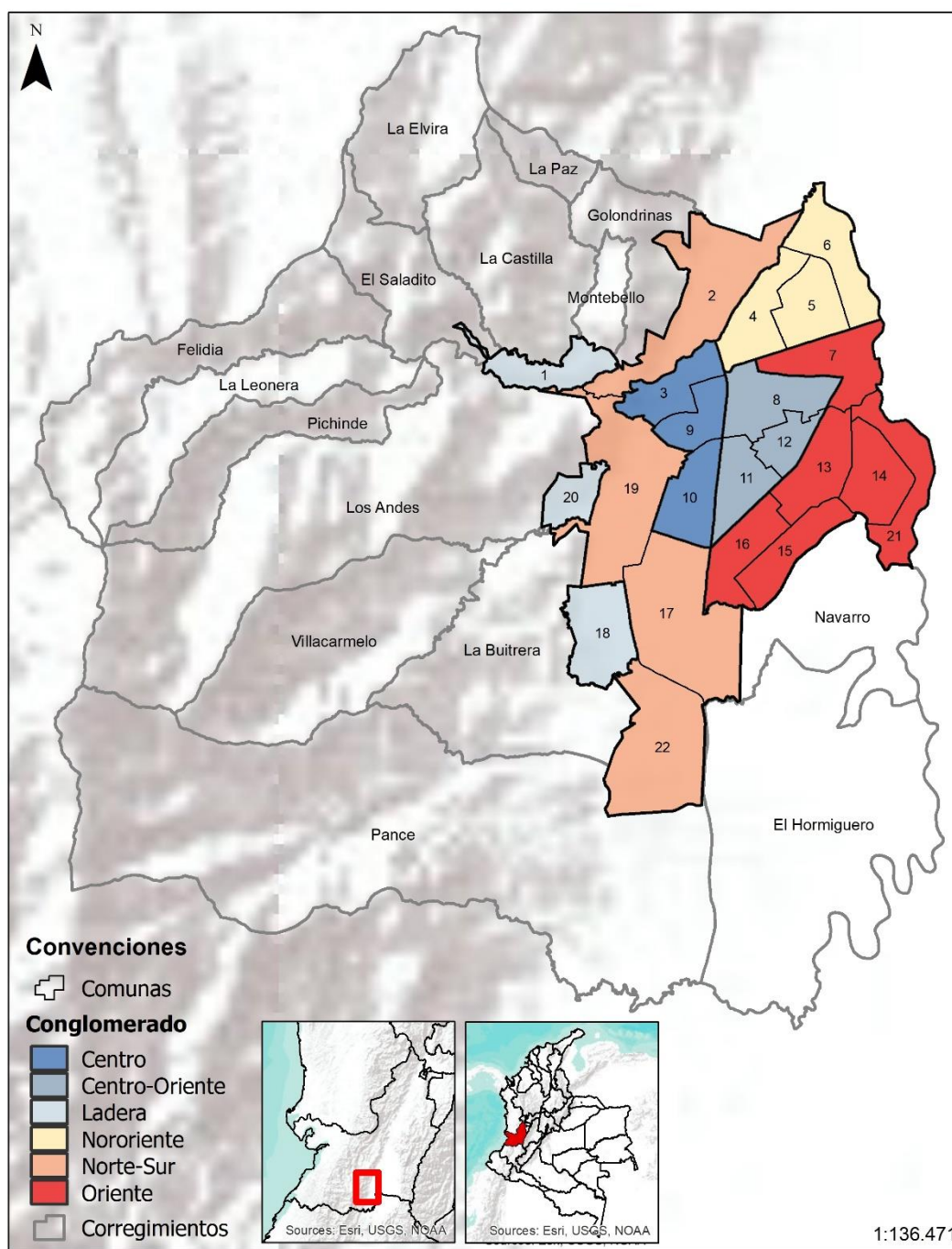
El municipio de Santiago de Cali es la capital del departamento del Valle del Cauca y representa el centro económico más importante del Pacífico colombiano, y limita al sur con el municipio de Jamundí; al norte con La Cumbre y Yumbo; al occidente con Buenaventura y Dagua, y al oriente con Palmira, Candelaria y Puerto Tejada.

En términos de extensión geográfica, Cali es el segundo municipio más grande del país después de Bogotá, con una superficie total de 560,3 Km², de los cuales 120,9 Km² pertenecen al área urbana y 410,9 Km² al área rural, mientras que, 28,5 Km² corresponden a suelos de expansión urbana y de protección del río Cauca.

El 11 de agosto de 1988 por medio del Acuerdo 15, estableció la sectorización del municipio de Cali, organizándose el área urbana en 20 comunas y el área rural en 15 corregimientos. El Acuerdo 10 de agosto 10 de 1998 crea la comuna 21 y el Acuerdo 134 de agosto 10 de 2004 crea la comuna 22. De modo similar, en 2014 mediante el Acuerdo 373 se adopta el Plan de Ordenamiento Territorial (POT) que delimita y clasifica el suelo en urbano, rural y de expansión (Ver Mapa 1).

La zona rural del municipio está compuesta por 15 corregimientos: La Elvira, La Paz, Golondrinas, Montebello, La Castillo, El Saladito, Felidia, La Leona, Pichindé, Los Andes, Villacarmelo, La Buitrera, Pance, Navarro y El Hormiguero (ver Mapa 1).

Mapa 1. Referencia geográfica de Cali y sus corregimientos



Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales de Santiago de Cali (IDESC). Elaboración propia.

1.1.1. Aspectos demográficos

La población del Municipio de Santiago de Cali según las proyecciones del DANE, estima que a 2018 corresponde a 2.445.281 habitantes (DANE, 2005), de los cuales el 98.5% se

encuentra en el perímetro urbano (2.408.773) y el resto en la zona rural (36.632). Por lo general, las mujeres que residen en el área rural migran relativamente más hacia las ciudades en busca de oportunidades, lo que incide sobre la mayor presencia de hombres en estas zonas, mientras que, lo contrario ocurre en la ciudad según el índice de masculinidad (Urrea Giraldo & Viafara, 2016).

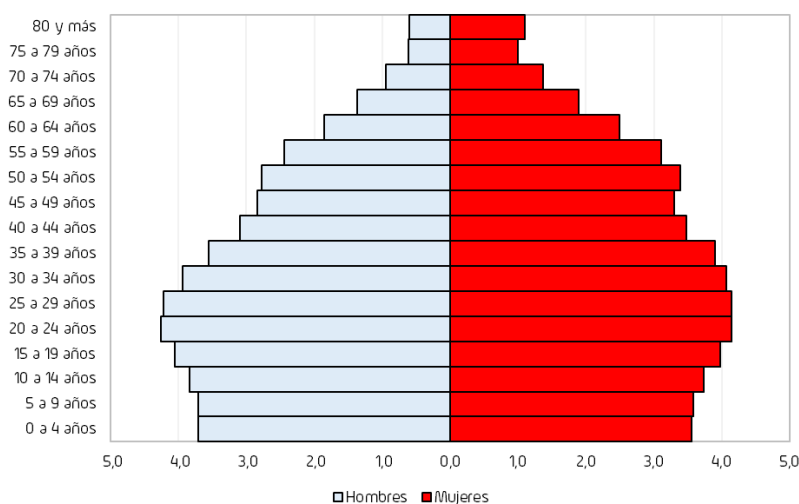
Tabla 1. Proyección poblacional del municipio de Cali 2018

Descripción	Área urbana	Área rural	Total
Población	2 408 773	36 632	2 445 405
Hombres	1 151 129	18 511	1 169 640
Mujeres	1 257 644	18 121	1 275 765

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

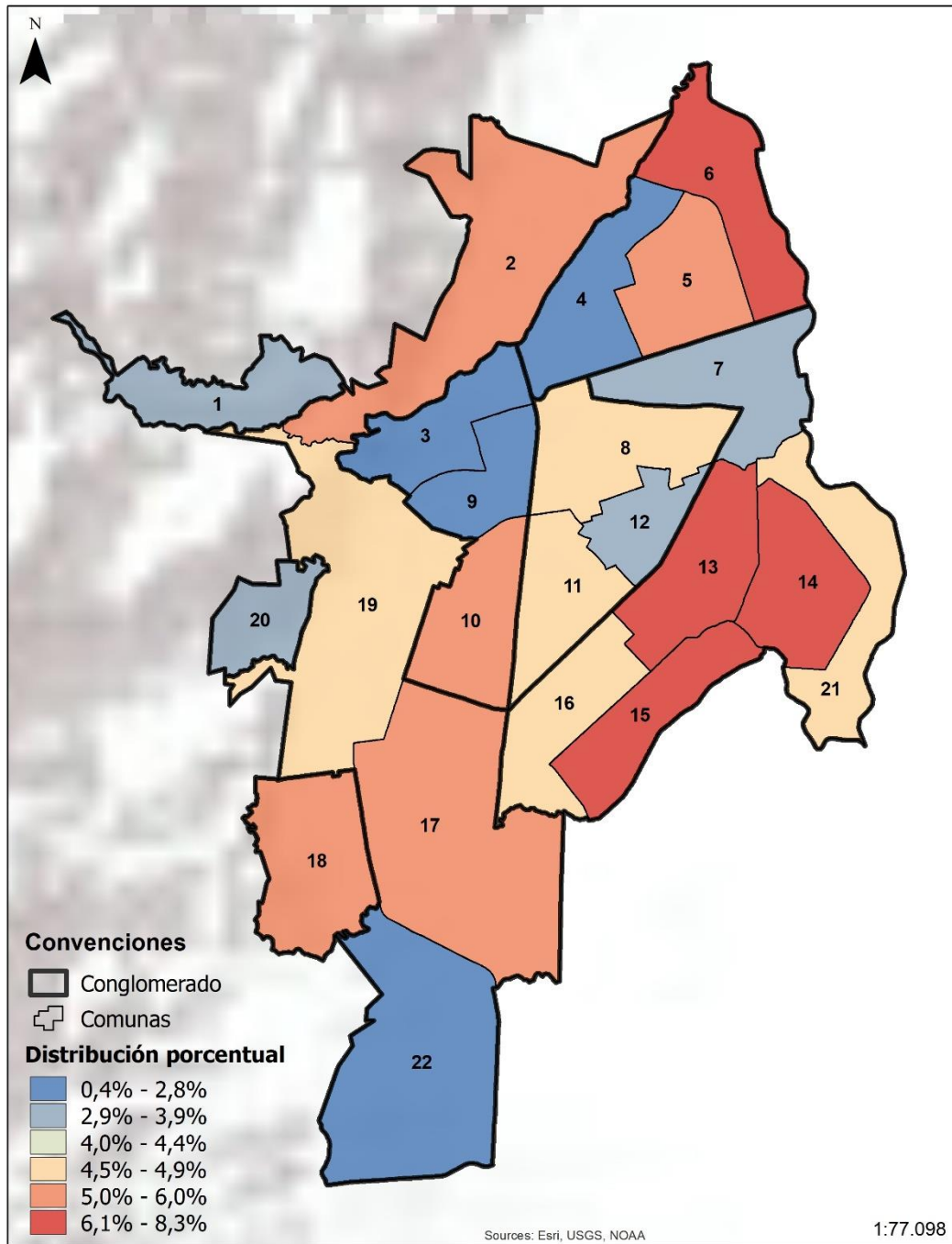
La pirámide poblacional del municipio evidencia que la población es joven y se concentra principalmente entre los 15 y 34 años de edad (ver). Por otro lado, Cali se encuentra en la segunda etapa de la transición demográfica, en la medida que los rangos de edades entre 0 y 14 años han comenzado a perder participación relativa como consecuencia de la reducción de la fecundidad, mientras que los rangos de edades avanzadas tienen un mayor peso relativo en la población (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2018).

Gráfico 1. Pirámide poblacional Municipio de Santiago de Cali 2018



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

Mapa 2. Distribución poblacional según comunas de Cali



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

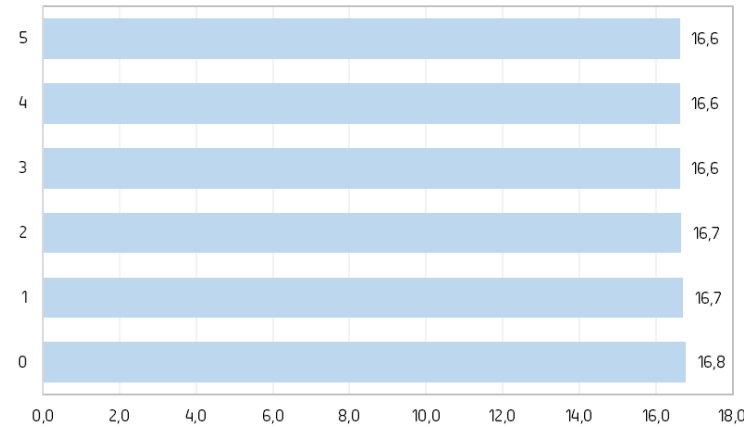
En la base de la pirámide los hombres tienen una mayor participación demográfica frente a las mujeres, aunque esta tendencia se rompe al entrar a la adolescencia (15-19 años) debido al efecto o peso de las muertes violentas sobre las defunciones (Urrea Giraldo, Bergonzoli, Carabalí, & Muñoz, 2015). La sobrerrepresentación masculina en las muertes violentas

determina que los porcentajes de mujeres en edades avanzadas (mayores de 55 años), sea superior en comparación con los hombres.

Geográficamente la mayor parte de la población se encuentra en el conglomerado oriente (35.0%), ladera (11.1%) y el corredor norte-sur (15.4%) (Ver Mapa 2). El tipo de poblamiento en el espacio denota desigualdades sociales profundas en la medida que gran parte de los sectores periféricos al corredor norte-sur, se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, de ahí que el grueso de la población de potenciales beneficiarios de ayudas del Estado coincida especialmente con las comunas de oriente y ladera (Ipia & Vivas, 2016) (Urrea Giraldo, 2012) (Vivas, 2010) (Vivas & Viafara, 2015)

La población de primera infancia representa el 10.1% del total del municipio (212.417). La desagregación por edades permite observar que las niñas y los niños menores de 6 años de edad se distribuyen casi de manera uniforme según edades simples, cuya participación oscila entre el 16.7% (ver Gráfico2). De acuerdo con la variable sexo, los niños tienen un porcentaje más alto dentro de la población de primera infancia en comparación con las niñas para todas las edades simples.

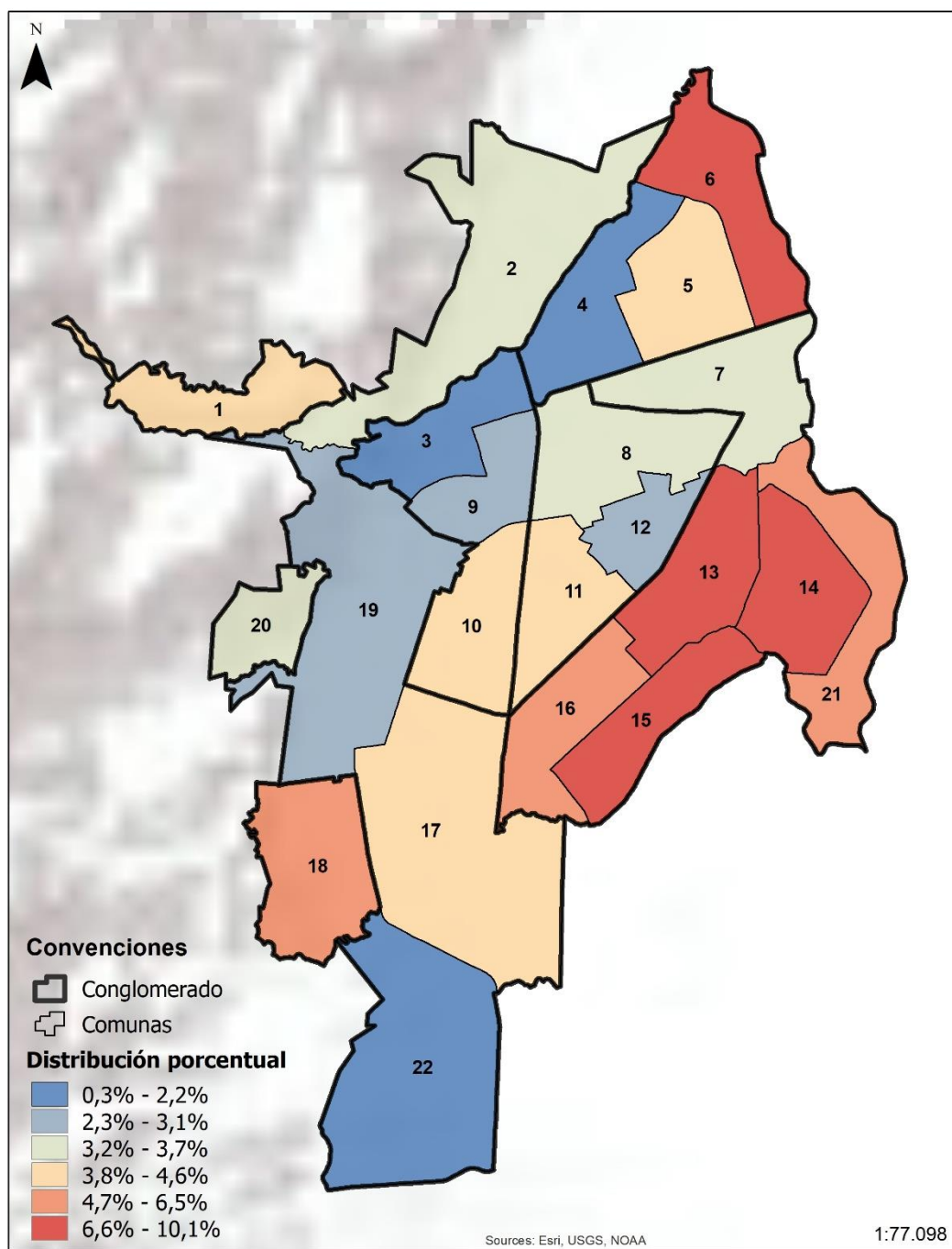
Gráfico 2. Distribución de la población de primera infancia según edades simples



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Municipal. Elaboración propia.

Por comunas se observa una distribución similar al total poblacional del municipio debido a que el conglomerado oriente (comunas 6, 13, 14 y 15) y la zona de ladera (comunas 18 y 20) concentran la mayor parte de los niños y las niñas menores de 6 años de edad.

Mapa 3. Distribución de la población de primera infancia según comunas

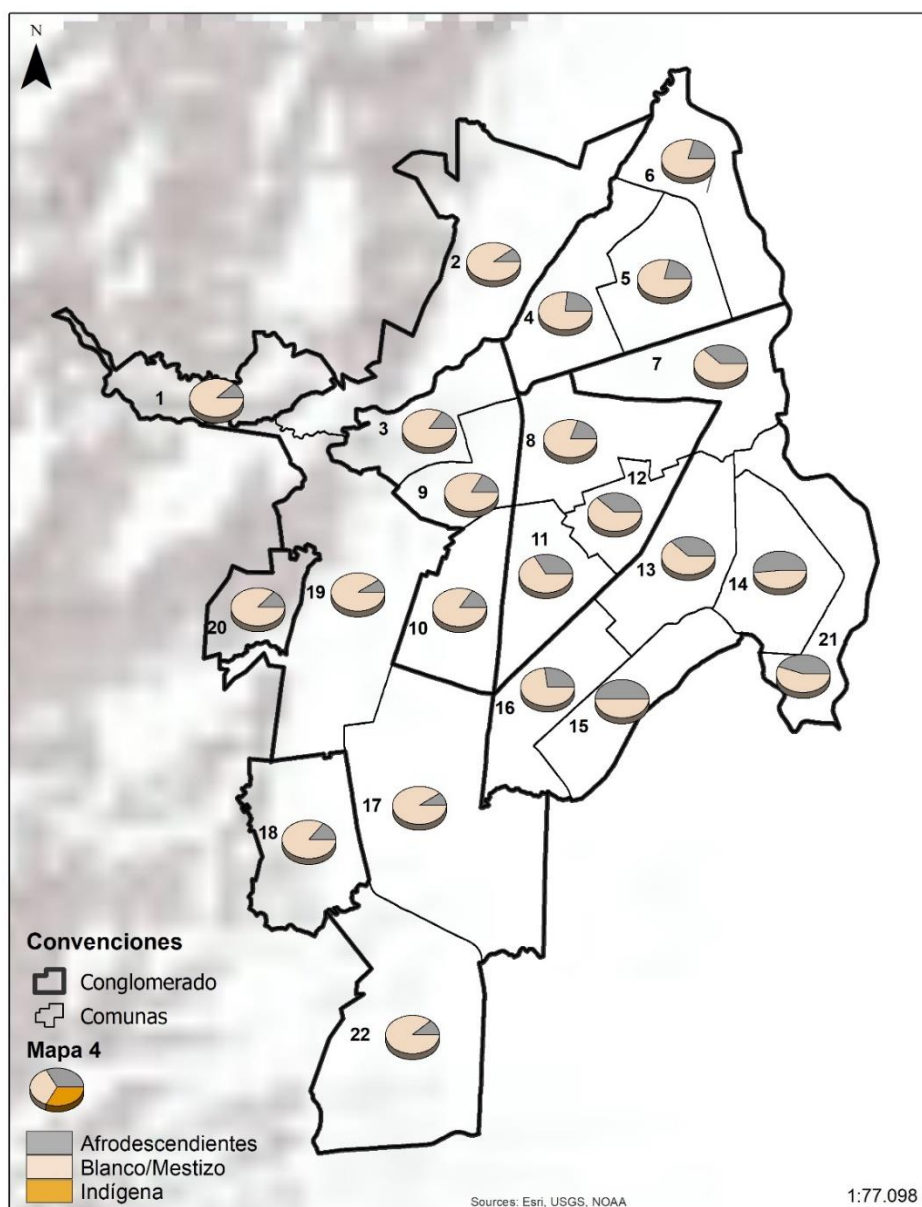


Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

Pertenencia étnica

Teniendo en cuenta que el Municipio de Santiago de Cali es una ciudad multiétnica y pluricultural, de acuerdo con el censo poblacional de 2005, del total de la población (2.075.380 de habitantes), el 26,2% se autorreconoce como población afrodescendiente y el 0,5% como indígenas.

Mapa 4. Distribución de la población por comunas según criterio étnico-racial



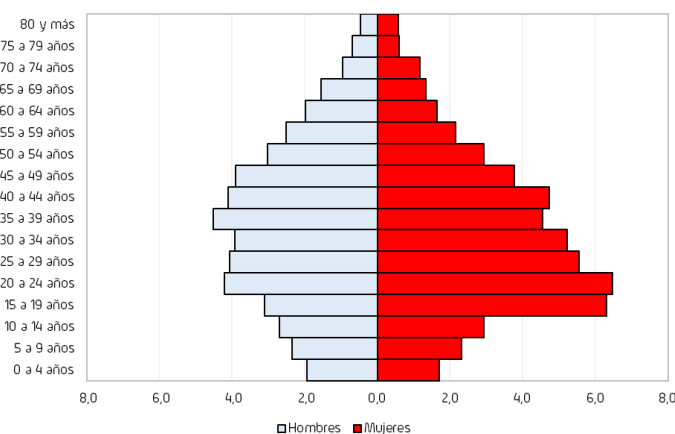
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

En términos geográficos, la población afrodescendiente se ubica principalmente en el conglomerado de oriente, específicamente en las comunas 7, 13, 14, 15, 16 y 21; mientras que la población indígena en las zonas de ladera que corresponde a las comunas 1, 18 y 20 (ver Mapa 4). Los motivos de migración de ambas poblaciones muestran la incidencia del conflicto armado en Colombia dado que la amenaza contra la vida es una de las principales causas de migración, al igual que búsqueda de oportunidades laborales y la conformación de un nuevo hogar.

- *Indígenas*

La población indígena reconocida y que habita en el municipio pertenece principalmente a los pueblos indígenas Inga, Yanaconas, Quichua, Nasa, Kofán y Misak. Este grupo étnico-racial demográficamente es una población joven, que presenta variaciones importantes entre los diferentes rangos de edad, lo cual se explica por la migración (ver Gráfico 3). En otras palabras, este grupo poblacional en Cali está compuesto por migrantes mujeres principalmente en edades de trabajar (19-44 años), insertándose en el mercado de trabajo como empleadas del servicio doméstico (Urrea y Quiroz, 2017).

Gráfico 3. Pirámide poblacional indígena de Santiago de Cali



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

Por otra parte, los hombres que se autorreconocen como indígenas migran menos en comparación con las mujeres, esto está asociado con los trabajos rurales (jornaleros y cuenta propia que alude al dueño de predios) propios o característicos de sus lugares de

origen (municipios del departamento del Cauca, Nariño, Huila, entre otros). Otro factor importante tiene que ver con la sucesión de la tierra la cual beneficia de manera desigual a los hombres en detrimento de las mujeres (DANE; CIDSE, 2010).

El efecto migratorio de la población indígena explica la poca presencia de población de primera infancia y adultos mayores indígenas (ver Gráfico 3. Pirámide poblacional indígena de Santiago de Cali

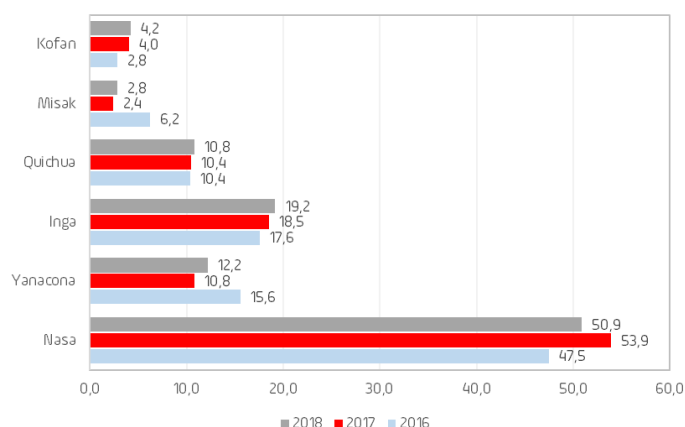
), así como los menores niveles de fecundidad de acuerdo con la razón de niños menores de 5 por mujer en edad fértil frente a otros grupos poblacionales y las bajas tasas de envejecimiento (DANE; CIDSE, 2010).

De acuerdo con los censos propios de los seis (6) cabildos indígenas reconocidos por el municipio, a corte 2018 la población total corresponde a 9.001 habitantes³, de los cuales el 3,2% pertenecen al ciclo vital de primera infancia (287). En términos relativos, la población de primera infancia indígena presenta una proporción menor en comparación con el total municipal (3,2% frente a 10,1%).

Los datos de los censos propios revelan una reducción poblacional de niños y niñas de primera infancia entre 2016 y 2017, siendo mucho más marcada para el caso de los Nasa registrando una tasa de crecimiento negativa del orden de 36.8%. Todos los demás pueblos indígenas presentan una tendencia similar, aunque menos marcada que los Nasa. Por otro lado, entre 2017 y 2018 la población indígena se estabiliza para los diferentes pueblos, llegando a crecer para el caso del pueblo Yanaconas (9,3%) (Ver Gráfico 4).

³ El pueblo indígena Nasa tiene la mayor participación demográfica dentro del total de población indígena del municipio (4.765 personas).

Gráfico 4. Población de primera infancia por cabildos indígenas 2016-2018



Fuente: Censos de los cabildos indígenas 2016-2018. Elaboración propia.

- *Afrodescendientes*

Cali es el municipio del país con la mayor concentración absoluta de población afrodescendiente y el segundo en América Latina después de Salvador Bahía (Brasil) (Afroamérica XXI, 2011). De acuerdo con el censo población de 2005, el 26,2% del total de la población del municipio se autorreconoce como afrodescendiente (565.758 habitantes). El papel histórico de Cali y su importancia en el Pacífico colombiano, ha jugado un papel fundamental sobre esta distribución dado que este municipio es considerado como el epicentro de migración afrodescendiente desde mediados del siglo XX (Barbary & Raberono, 2002)

En términos demográficos, la población afrodescendiente es joven y se encuentra en una etapa de la transición demográfica rezagada en comparación con la población blanca/mestiza, ya que se caracteriza por la sobrerrepresentación de menores de 10 años y población de jóvenes-adultos en edad de trabajar, con poca presencia de adultos mayores afrodescendientes (ver Gráfico 5).

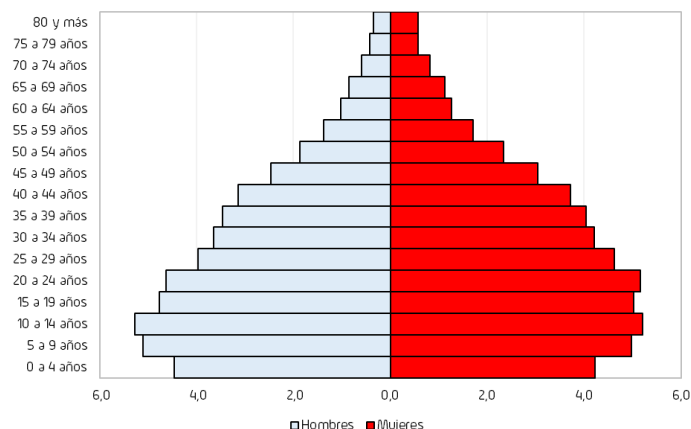


Gráfico 5. Pirámide poblacional afrodescendientes de Santiago de Cali

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Elaboración propia.

La población de primera infancia afrodescendiente representa el 10.2% sobre el total de este grupo étnico-racial, levemente superior al porcentaje del municipio (10.1%). Esto se asocia con los altos niveles de fecundidad y la conformación de hogares extensos o arreglos parentales donde coexisten hasta cuatro (4) generaciones familiares de la población afrodescendiente en comparación con la indígena y blanca/mestiza.

Así mismo, si bien entre los principales motivos de migración se encuentran las amenazas a la vida, la búsqueda de oportunidades laborales resulta importante, de ahí que las redes de apoyo familiares y no familiares, jueguen un papel fundamental sobre el asentamiento de población afro del pacífico en el municipio.

- *Víctimas del conflicto armado*

Las víctimas del conflicto armado, en especial aquellas afectadas por el desplazamiento forzado asentadas en Cali, se encuentran expuestas a condiciones de segregación socio-espacial, económica y demográfica, configurado una superposición o interseccionalidad de vulnerabilidades sociales que terminan dificultando aún más la situación de esta población. Generalmente las víctimas del conflicto engrosan los anillos o cinturones de pobreza del oriente, el centro y la ladera, así como en “invasiones” o territorios de desarrollo incompleto.

Las comunas de estos conglomerados presentan deficiencias en términos de la oferta estatal de servicios básicos y dinámicas de criminalidad urbana (bandas delincuenciales, microtráfico, extorsiones, disputas territoriales y fronteras invisibles), lo cual influye sobre los mayores niveles de determinados indicadores sociales como la mortalidad materna e infantil, violencia intrafamiliar, abuso sexual, embarazo de adolescentes, entre otros que afectan directamente el adecuado desarrollo de la primera infancia en condición de vulnerabilidad por motivo del conflicto armado.

De acuerdo con el Registro Único de Víctimas (RUV) de la Red Nacional de Información (INF), entre 1985 y 2018, se registraron 41,318 víctimas del conflicto armado en Cali, siendo el desplazamiento forzado el evento más reiterativo (54.0%) seguido por homicidios (20.6%) y las amenazas (10.4%). Durante este periodo, lamentablemente 58 niños, niñas y adolescentes, fueron vinculados a la dinámica del conflicto armado en el municipio. El 3.5% de las víctimas cuyo hecho víctimizante tuvo lugar en el municipio corresponde a niños y niñas entre los 0 y 5 años de edad (1,483), de los cuales el 88.3% fue víctima de desplazamiento forzado, 10.4% de amenazas contra la vida y el 1.2% de homicidios respectivamente.

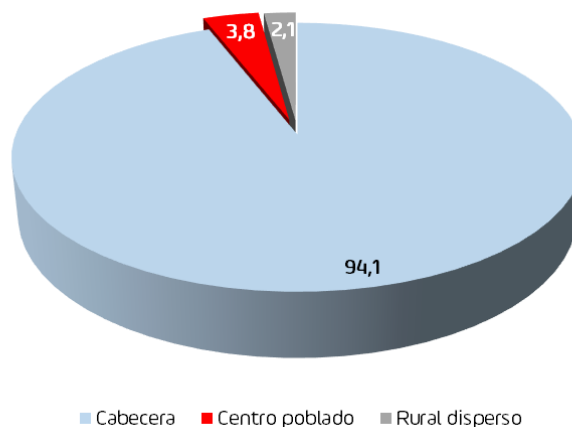
- *Con discapacidad*

Según el registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad de la Dirección de Censos y Demografía del DANE, a marzo de 2010 en Cali había 52,171 personas con alguna discapacidad, de los cuales el 95.4% (49,748) residen en la cabecera municipal, el 2,6% (1,334) en centros poblados y el 2.1% restantes (1,089) en el área rural dispersa del municipio. En total hay más mujeres con discapacidad en la ciudad, aunque lo contrario sucede en la zona rural donde hay más hombres en condición de discapacidad relativamente.

Para determinar la cantidad de población de primera infancia con discapacidad, se tomaron los registros de niñas y niños menores de 3 años y aquellos que tienen entre 3 y 4 años. En

ese sentido, el 1.9% de la población de primera infancia en el municipio tiene alguna discapacidad (980 niñas y niños).

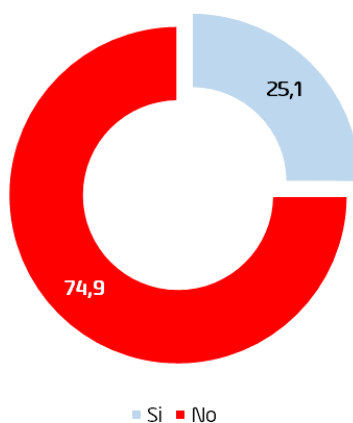
Gráfico 6. Población de primera infancia con alguna discapacidad



Fuente: Línea Base Observatorio Nacional de Discapacidad del DANE (2010). Elaboración propia.

La cabecera municipal o la zona urbana tiene la mayor participación de niños y niñas en esta condición, dado que el 94.1% se encuentran esta zona (922), mientras que el 3.8% en los centros poblados (37) y el 2.1% en la zona rural (21). Por sexo ni por grupos de edades se registran diferencias significativas, aunque los niños registran mayores niveles exposición a alguna discapacidad.

Gráfico 71. Asistencia escolar de niñas y niños con discapacidad entre los 3 y 4 años



Fuente: Línea Base Observatorio Nacional de Discapacidad del DANE (2010). Elaboración propia.

En relación con la asistencia escolar de las niñas y los niños en condición de discapacidad, sólo se indagó sobre la asistencia de menores entre los 3 y 4 años de edad. Gran parte de la población de primera infancia con discapacidad no asiste a ningún centro de educación inicial o de otro tipo (74.9%), es más, únicamente el 25.1% asiste a algún centro donde recibe atención diferenciada (124 niños y niñas). El grupo de menores de 6 años que asiste a centros educativos representa cerca del 12.7% del total de la población de primera infancia en condición de discapacidad, evidenciando de este modo el déficit de atención que presenta el municipio para esta población.

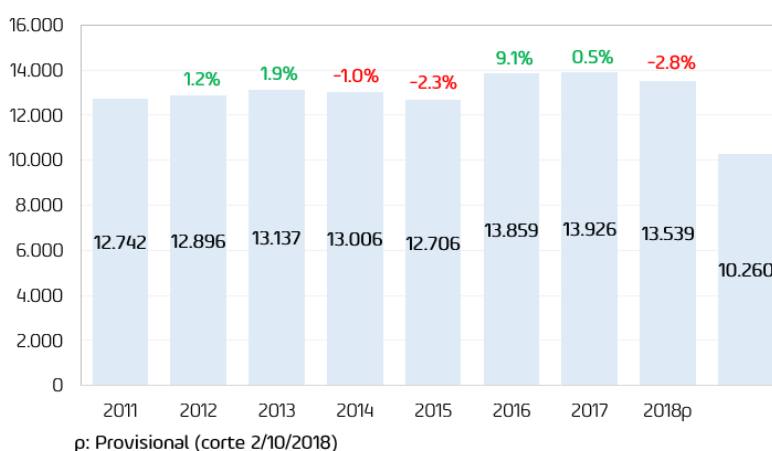
Dinámica poblacional

Los indicadores demográficos referidos a las estadísticas vitales, posibilitan conocer la dinámica población del municipio a partir de las tendencias y niveles de mortalidad y fecundidad. A este respecto, la tasa bruta de natalidad (TBN), muestra la relación entre el número de nacimientos vivos por cada 1,000 niños y niñas durante un periodo y territorio determinado. Los niveles de fecundidad en la ciudad han descendido entre 2005 y 2015, al pasar la TBN de 14.7 niños y niñas nacidos vivos por cada 1,000, a 11,5 respectivamente. Este descenso está explicado por elementos como el uso de anticonceptivos, la inserción de la mujer en el mercado de trabajo y su mayor nivel educativo, lo que retrasa la decisión de ser madres, de modo similar, a nivel general se registra una reducción de la fecundidad lo que está asociada con los la segunda etapa de la transición demográfica del país (Profamilia, 2015).

Por otro lado, las tasas de fecundidad específicas (TEN) muestran un descenso significativo para todos los rangos etarios. En consecuencia, tanto las mujeres entre los 10 y 14 años, como aquellas entre los 15 y 19 años, tienen tasas menores de fecundidad para el periodo comprendido entre 2005 – 2015. En primer lugar, para las mujeres entre 10 y 14 años, la TEN pasó de 2.8 a 2.0 niños nacidos vivos por cada 1,000; mientras que para las mujeres entre 15 y 19 años el descenso fue mucho más marcado, al pasar de 64,0 niños nacidos vivos a 44,8 en el periodo de referencia (Mesa & Gustavo, 2011).

Otro factor demográfico que incide sobre el número de habitantes del municipio corresponde a la mortalidad. A este respecto, los niveles de mortalidad referidos a las muertes no fatales, han presentado un incremento del 0.9% anual para el periodo comprendido entre 2010 y 2018 (ver Gráfico 8). La tendencia muestra que entre 2013 y 2014 hubo un descenso de los niveles de mortalidad en Cali, sin embargo, para el 2015 se presentó un quiebre que significó un incremento del 9.1% de las defunciones con respecto al año anterior.

Gráfico 82. Distribución de las muertes no fatales



Fuente: Certificado de Defunción de la Secretaría de Salud de Cali. Elaboración propia.

Dentro de las principales causas de muerte, las enfermedades asociadas al sistema circulatorio son las más representativas, aunque, no hay que descuidar el comportamiento de las causas de muerte externas las cuales se refieren principalmente a muertes violentas (homicidios, accidentes de tránsito y suicidios), las cuales de acuerdo con la Secretaría de Salud (2016) ocupan el cuarto lugar en importancia.

1.1.2. Aspectos sociales

Viviendas

Según cifras de Planeación Municipal, para el año 2018 existen en total 670,917 viviendas, de las cuales el 98,5% (660,661) se encuentran en el área urbana. En términos relativo, la

comuna 17 alberga el mayor número de viviendas en la ciudad (50,540), los que representa el 7,6% del total.

En la zona rural, el corregimiento con mayor número de viviendas corresponde a La Buitrera (2,905), las cuales representan el 28,3% del total de viviendas rurales del municipio (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2016). En estas viviendas la cobertura de acueducto llega al 81.9%, la de alcantarillado al 81.3%, mientras que el acceso a energía eléctrica rural es del orden del 90.6% (DNP, 2017).

Pobreza

La pobreza monetaria se encuentra estrechamente relacionada con el nivel de ingreso mensual per cápita del hogar y la definición de la línea de pobreza monetaria y extrema, para su estimación es necesario cuantificar monetariamente el costo de la canasta básica de bienes y servicios, y de la canasta alimenticia de subsistencia. En ese sentido, la pobreza monetaria se refiere a la condición cuando el ingreso per cápita por hogar se encuentra por debajo de la línea de pobreza o de la canasta básica de bienes y servicios. Por otro lado, la pobreza extrema implica que la persona no cuenta con los recursos monetarios suficientes para acceder a la canasta alimenticia que le permite reponer la fuerza de trabajo.

De acuerdo con el DANE, el municipio de Cali en 2017 registró una incidencia de pobreza monetaria en el área metropolitana de 15.5%; mientras que la incidencia de pobreza monetaria extrema, alcanzó una incidencia de 3,5%. Es esperable que los niveles de pobreza monetaria en Cali sean inferiores que los registrados por el país.

El índice multidimensional de pobreza (IPM) no se detiene sobre lo intrínsecamente necesario, sino que explora lo intrínsecamente fundamental, por lo tanto, incluye elementos diferentes a los monetarios tales como la asistencia de menores a educación, las condiciones materiales de la vivienda, el acceso a salud y los servicios básicos, así como las condiciones laborales (Deaton, 2006) (Sen, 2000). Este índice registró una incidencia del 31.9% en 2005, lo que significa que 659,586 personas son pobres por el IPM.

De modo similar, el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) también considera elementos diferentes a los monetarios, aunque se concentra especialmente en las condiciones materiales de la vivienda y el acceso a servicios básicos. De acuerdo con esta métrica, el 11.0% de la población es pobre por NBI (DANE, 2005).

Potenciales beneficiarios de programas sociales - SISBEN

De acuerdo con los datos a corte agosto de 2018, en la ciudad se encuentran registradas 1.048.575 personas, de las cuales el 52.9% son mujeres y el 47.1% hombres. En términos geográficos, la mayor parte de la población reside en las comunas del oriente, específicamente en la 13 y 14 (11.0% respectivamente), 6 (9.0%), 21 (8.2%) y 15 (8.0%) respectivamente (ver Mapa 5). Por otro lado, las comunas 17 (0.1%), 22 (0.1%), 19 (0.5%) y 2 (0.7%), concentran la menor proporción de personas respectivamente. La población rural corresponde a 36,932 personas, siendo los corregimientos de Pance, Los Andes y La Buitrera concentran más del 50% del total de la población sisbenizada.

La distribución de esta población está asociada con la estratificación socioeconómica: sobre el corredor norte-sur, compuesto por las comunas 2, 19, 17 y 22, se concentran los estratos más altos en promedio, mientras que en el oriente y ladera se ubican estratos bajos (1 y 2)⁴.

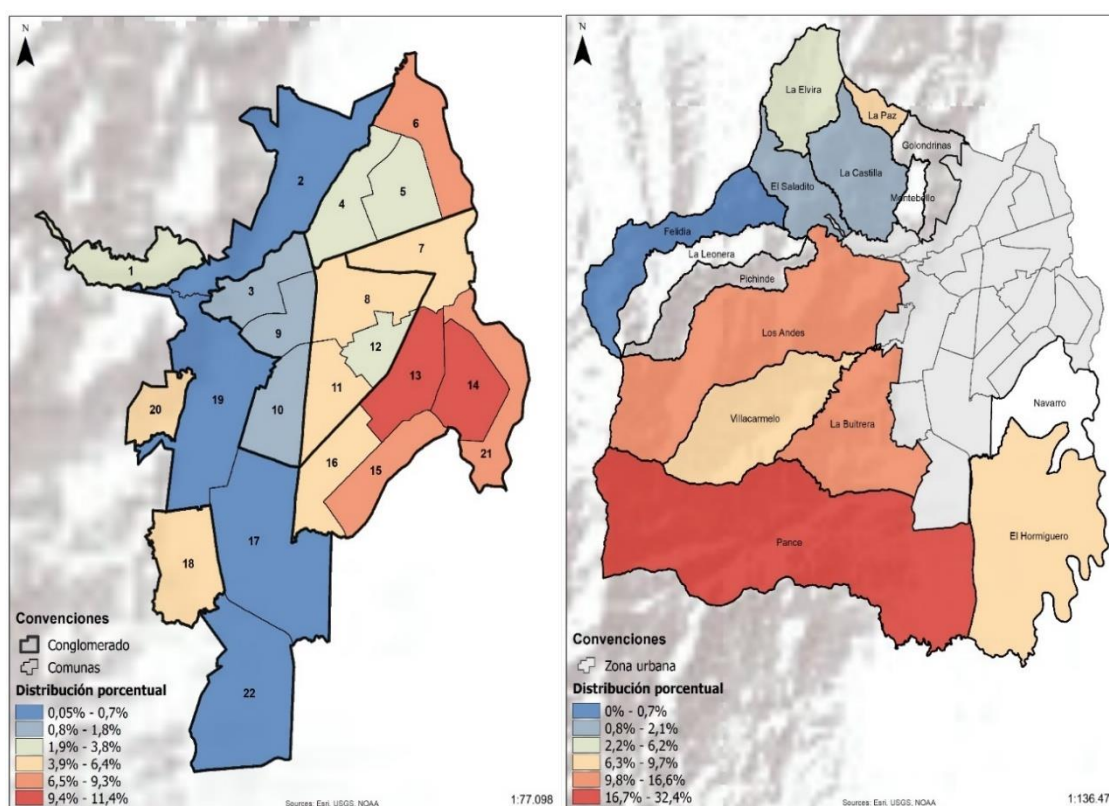
La población Sisbén es principalmente joven. El Anexo 3 permite observar una mayor amplitud de los rangos de edades jóvenes de la pirámide, en concreto, los grupos de edad comprendidos entre 10 y 29 años representan el 35.5% de la población (ver Anexo 3). La población menor de 10 años representa el 6.8% del total y se registra una mayor

⁴ Viafara (2016), Vivas (2010), Ipia & Vivas (2016) y Barbary & Raberono (2002), han mostrado los diferentes niveles de desigualdad de la ciudad en diferentes componentes: étnico-racial, educativo, geográfico y residencial. Las tendencias muestran que el grueso de la población vulnerable se concentra en el oriente y la ladera donde coinciden con focos de pobreza, violencia, avalúos catastrales bajos, altos tiempos de espera del transporte, pocas oportunidades y niveles de empleo, así como discriminación racial.

participación de niños relativamente; mientras que la población adulta-mayor representa el 10.4%, siendo mayoritariamente femenina.

Para este análisis se ha tomado como referencia rangos de edades diferentes a los definidos en la política nacional⁵. De acuerdo con las cifras del Sisbén, la mayor parte de la población de primera infancia se encuentra entre los 4 y 5 años de edad (58.4%), seguidos por aquellos entre 1 y 3 años, y los menores de 1 año (ver Mapa 4).

Mapa 5. Distribución de la población sisbenizada en el área urbana y rural

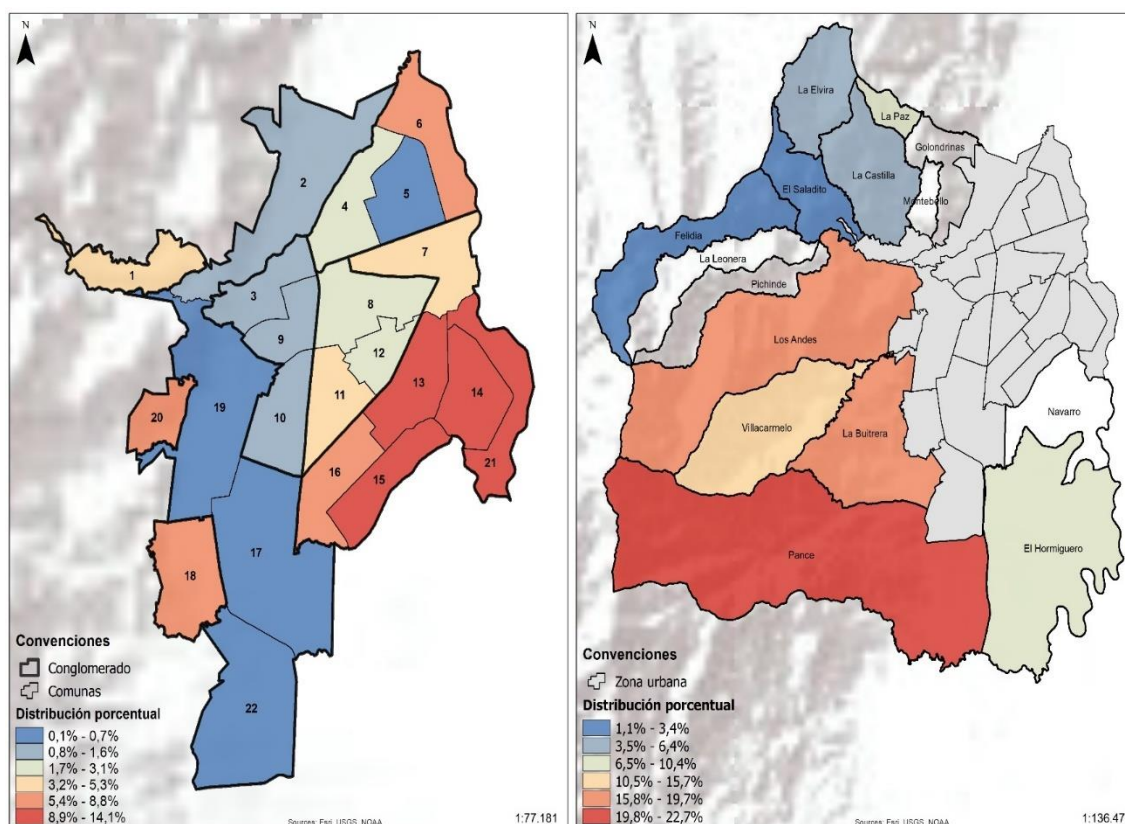


Fuente: Datos Sisbén corte agosto de 2018. Elaboración propia.

⁵ La primera infancia es reconocida como el periodo más importante del ser humano, debido a los múltiples e importantes cambios físicos, emocionales y sociales que se llevan a cabo durante esta etapa de la vida (República de Colombia, 2018). Por esta razón, para mejorar el seguimiento, focalización, garantía y restablecimiento de derechos, la política estatal de “Cero a Siempre” concibe el desarrollo integral por ciclos de vida. A este respecto, la política diferencia los servicios de la Ruta Integral de Atención (RIA) entre preconcepción, gestación, nacimiento a primer mes, primer mes hasta 3 años y de 3 a 6 años.

La población de niños y niñas entre 0 y 5 años representa el 4.0% de la población sisbenizada (40,850), siendo mayor la proporción de niños relativamente (51.4% frente al 48.6% de las niñas). En términos geográficos, los niños y niñas sisbenizados se concentran en el oriente y ladera, específicamente en las comunas 14 (13.5%), 13 (11.7%), 15 (10.9%) y 21 (10.1%), 18 y 20 (7.4% respectivamente) (ver Mapa 6). El 4.0% de la población de primera infancia registrada en Sisbén se encuentra en la zona rural (1,634 niños y niñas), los cuales se concentran en los corregimientos de Pance, Los Andes y La Buitrera respectivamente.

Mapa 6. Distribución de la población sisbenizada de primera infancia en el área urbana y rural



Fuente: Datos Sisbén corte agosto de 2018. Elaboración propia.

1.2. Por líneas de acción - Ley 1804 de 2016.

1.2.1. Gestión territorial

La gestión territorial en el municipio contempla las acciones de fortalecimiento para la ejecución de la política pública con miras a la especialización de las instancias de coordinación, arquitectura institucional, capacidad técnica para la construcción de políticas, procesos de planeación, evaluación e inclusión de actores relacionados con la primera infancia.

Arquitectura institucional

- *Sistema de Atención Integral a la Primera Infancia –SAIPI*

El SAIPI se crea en el 2012 como respuesta a la necesidad de la administración territorial de generar una estructura autosostenible que se encargue de la prestación de servicios de atención integral con la primera infancia, garantizando que se preste con estándares de calidad en el marco de los lineamientos de la Política Nacional de Primera Infancia.

El punto de partida de la conformación del SAIPI fue la suscripción del convenio interadministrativo No. 2391 de 2012, entre el municipio y el ICBF que buscaba la unión de esfuerzos para la atención integral de 4,719 niñas y niños menores de 5 años. En este marco se inicia la construcción del primer esquema del SAIPI bajo una consultoría por parte de la entidad Alina Consultorías, que propone un diseño basado en 4 componentes para la implementación del sistema para el periodo 2012-2015.

- ✓ Aseguramiento de la calidad
- ✓ Gestión de la información
- ✓ Formación de talento humano
- ✓ Acceso e inclusión

Para su implementación se propuso una estructura institucional para liderar y coordinar el programa de atención integral a la primera infancia, definida de la siguiente manera:

- ✓ Comité intersectorial de primera infancia – CIPI.
 - ✓ Gerente de primera infancia.
 - ✓ Coordinación técnica de primera infancia.
 - ✓ Mesa municipal de primera infancia.
- *Subsecretaría de Primera Infancia*

La subsecretaría de primera infancia en la secretaría de bienestar social-SBS, se crea mediante el **Decreto extraordinario 0516 de 2016** con el propósito de institucionalizar la política de atención integral a la primera infancia en la estructura administrativa municipal, formalizar un cargo de asesoría de primera infancia como subsecretaría, garantizar la continuidad de la política, planes, programas, proyectos y presupuestos correspondientes a beneficiar a la población de primera infancia.

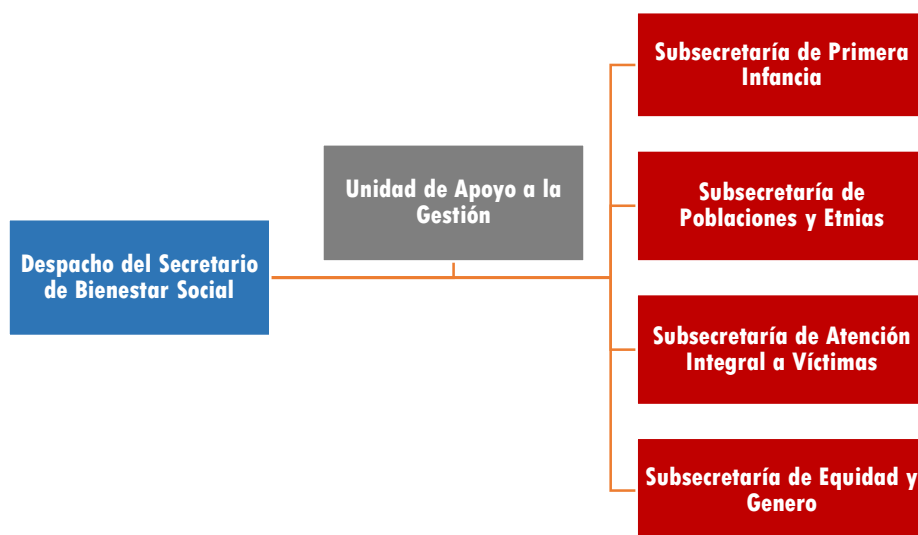


Ilustración 1. Estructura de la Secretaría de Bienestar Social de la Alcaldía

Fuente: Decreto 0516 de 2016 – Alcaldía de Santiago de Cali. Elaboración propia.

Las funciones asignadas a esta subsecretaría son las siguientes:

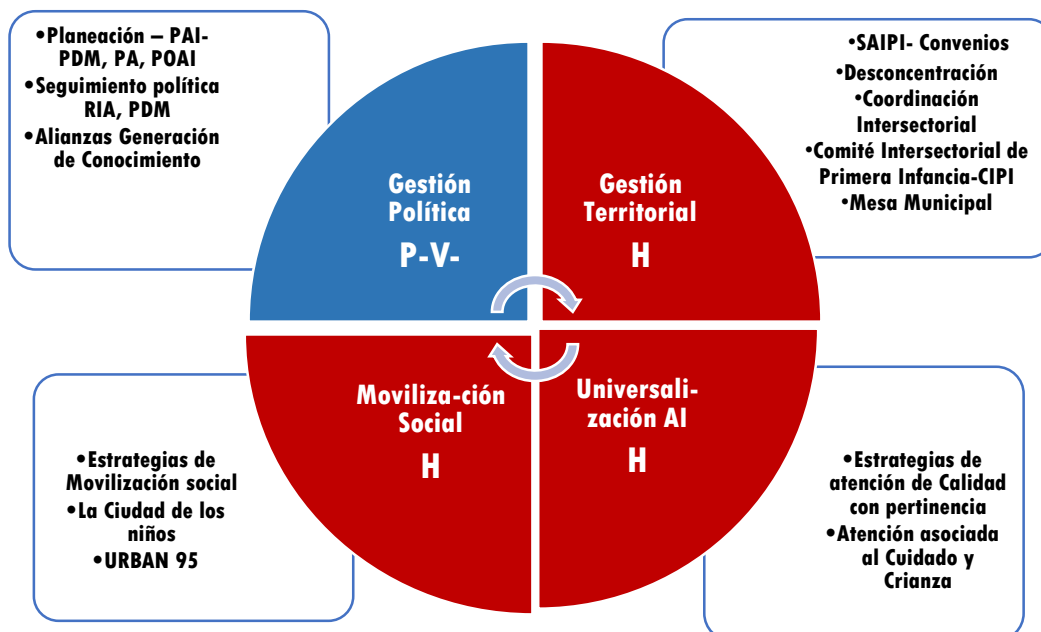
1. Instrumentar la política de Estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre en el municipio

2. Ejecutar la política pública de primera infancia de Cali
3. Consolidar el Sistema Municipal de Atención Integral a la Primera Infancia (SAIPI)
4. Liderar los diagnósticos y caracterización de la población de primera infancia del municipio
5. Desarrollar planes, programas y proyectos para brindar atención a la población de primera infancia: niñas, niños, familia, madres lactantes y mujeres gestantes, que mejoren su calidad de vida
6. Generar estrategias que favorezcan la atención integral de la población de primera infancia
7. Desarrollar el enfoque pedagógico de primera infancia e interrelacionar estrategias artísticas, lúdicas, deportivas, culturales y de participación ciudadana, orientadas a los grupos poblacionales, en coordinación con los organismos competentes
8. Promover la vinculación de las personas a los programas que adelanta el municipio para la primera infancia
9. Desarrollar procesos de movilización social y participación ciudadana en beneficio de la garantía de los derechos de la población de primera infancia del municipio.
10. Implementar y hacer seguimiento a la estrategia para generar las alertas correspondientes a la Ruta Integral de Atención (RIA)
11. Ejercer la coordinación intersectorial e interinstitucional en los comités, mesas y diversos espacios relacionados con la atención integral de la población de primera infancia o que involucren los grupos poblacionales atendidos
12. Articular la ejecución de la política de educación inicial en el marco de la atención integral de primera infancia, con la subsecretaría de calidad educativa de la secretaría de educación
13. Desarrollar las demás funciones y negocios que le sean asignadas acordes con su competencia

Además de las funciones anteriormente listadas, la subsecretaría se encarga desde el 2017 de coordinar el Comité Intersectorial de Primera Infancia de Cali y la Mesa Municipal de Primera Infancia.

Igualmente, el quehacer misional de la subsecretaría, se encuentra documentado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión de la Alcaldía (MIPG), a través del macroproceso misiones de desarrollo social, el proceso de atención a la comunidad y grupos poblacionales y el procedimiento de atención integral a la primera infancia con código MEDE01.05.02.18.P01.F15.

Ilustración 2. Estructura organizacional de la Subsecretaría de primera infancia 2018



Fuente: Secretaría de Bienestar Social-Subsecretaría de Primera Infancia. Elaboración propia.

Instancias de coordinación

El municipio cuenta con varias instancias de coordinación que incluyen diversos actores y representantes del gobierno local, organizaciones sin ánimo de lucro, academia, entidades privadas.

- *Comité Intersectorial de Primera Infancia -CIPI-*

Mediante el **Decreto 276 de 2013** se crea el Comité Intersectorial de Primera Infancia (CIPI) como la instancia municipal de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos para el desarrollo del Sistema de Atención Integral a la Primera Infancia (SAIPI), compuesta inicialmente por 9 miembros. Debido a la

última reforma administrativa establecida por el **Decreto extraordinario 0516 de 2016**, se actualizan ciertos aspectos del CIPI a través del **Decreto 0067 de 2017** modificando los miembros de esta instancia.

- ✓ El alcalde del municipio o su delegado
- ✓ El director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) regional Valle del Cauca o su delegado quien deberá ser del nivel directivo
- ✓ El director del Departamento de Planeación Municipal
- ✓ El secretario de educación
- ✓ El secretario de salud pública
- ✓ El secretario de bienestar social
- ✓ El secretario de cultura
- ✓ El secretario del deporte y recreación
- ✓ El secretario de seguridad y justicia
- ✓ El secretario de vivienda social y hábitat
- ✓ El secretario de desarrollo territorial y participación ciudadana

La misión del comité es dirigir la promoción del desarrollo infantil temprano, diferencial e incluyente de los niños y las niñas menores de 5 años, desde la perspectiva de áreas de derecho por ciclo vital del desarrollo humano, a través del trabajo intersectorial e interinstitucional y mediante la integración de esfuerzos y recursos de instituciones públicas y privadas en coordinación con el nivel nacional.

- *Coordinación Técnica de Primera Infancia*

La coordinación técnica de primera infancia se crea mediante el **Decreto 276 de 2013** para la implementación y desarrollo del SAIPi en el municipio, ejerciendo tres funciones:

1. Realizar la coordinación intersectorial para la atención integral a la primera infancia
2. Asumir la secretaría técnica del comité intersectorial
3. Impulsar la implementación, seguimiento y evaluación del SAIPi con el apoyo de un equipo interdisciplinario

Desde la última reforma administrativa, se asigna a la Subsecretaría de Primera Infancia de la Secretaría de Bienestar Social la coordinación técnica del comité, quedando formalizado en el **Decreto 0067 de 2017**. Dicha coordinación interna inició con dos profesionales, dentro de los cuales se encuentra la actual Subsecretaria de Primera Infancia, quien desde 2012 hasta el 2016 lideró la coordinación técnica de primera infancia desde la Secretaría de Educación, realizando esta misma labor después desde la Secretaría de Bienestar Social con un equipo técnico de 40 personas.

- *Mesa Municipal de Primera Infancia*

La Mesa Municipal de Primera Infancia se estableció en 2008 y responde a una iniciativa de la Secretaría de Educación acogida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Secretaría de Salud Pública, la Comisión Vallecaucana por la Educación (CVE), Aldeas Infantiles S.O.S, ASOHIVA, entre otras entidades públicas y privadas.

Desde el 2008 hasta el 2016 fue coordinada por la Secretaría de Educación y en 2017 debido a la reforma administrativa la coordinación pasa a la Subsecretaría de Primera Infancia de la Secretaría de Bienestar Social, dando respuesta a la función No. 11 del **Decreto extraordinario 0516 de 2016** que menciona *“ejercer la coordinación intersectorial e interinstitucional en los comités, mesas y diversos espacios relacionados con la atención integral a la población de primera infancia o que involucren los grupos poblacionales atendidos”*.

Inclusión de actores relacionados con primera infancia

- *Registro Único de Prestadores de Educación Inicial – RUPEI*

Desde el año 2016 el Ministerio de Educación Nacional (MEN) tiene en ejecución el pilotaje del Registro Único de Prestadores de Educación Inicial (RUPEI), es decir el registro de todos los prestadores públicos y privados, sus unidades de servicio o sedes donde prestan la atención a la primera infancia en educación inicial, como sala cunas, guarderías, centros de estimulación, jardines infantiles sin licencia de funcionamiento para preescolar, jardines

infantiles con licencia de funcionamiento para preescolar que además atienden niñas y niños menores de 3 años de edad y similares. Para lo cual se dispuso de la plataforma web <http://sipi.mineduacion.gov.co/sipi/>.

Ilustración 3. Plataforma web Información de Primera Infancia

ID	Tipo de Persona	Razón Social	Tipo de Sociedad	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de Identificación	Número de Identificación	Estado
119	NATURAL	ARANZAZU CABRERA ALBA LUCIA		ARANZAZU	CABRERA	ALBA	LUCIA	NIT: NÚMERO IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	31920530	PREINSCRITO
121	NATURAL	VALENCIA VALENCIA BETTY	Fundación	VALENCIA	VALENCIA	BETTY		NIT: NÚMERO IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	25166490	PREINSCRITO
124	NATURAL	GUERRERO RIZO GLORIA PIEDAD		GUERRERO	RIZO	GLORIA	PIEDAD	NIT: NÚMERO IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	31947324	PREINSCRITO
133	NATURAL	CARDOZO RODRIGUEZ OLGA LUCIA		CARDOZO	RODRIGUEZ	OLGA	LUCIA	NIT: NÚMERO IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	66807213	PREINSCRITO
138	NATURAL	DUQUE GARCIA NORMA FARIDE		DUQUE	GARCIA	NORMA	FARIDE	NIT: NÚMERO IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA	31928319	PREINSCRIPCION COMPLETA

En 2016 desde la Coordinación Técnica de Primera Infancia de la Secretaría de Educación se adelantó una primera fase de inscripción inicial de 149 prestadores de educación inicial, proceso que se ha venido fortaleciendo desde la Subsecretaría de Calidad Educativa y específicamente desde el equipo de educación inicial.

En 2017 desde dicha subsecretaría se realizaron encuentros zonales de promoción del RUPEI logrando una participación de 257 establecimientos privados, a los cuales se les brindó información sobre el registro y se ofertó la posibilidad de acompañamiento en los casos que así se requirieran. Es así como a diciembre de 2017 se logró el registro de 166 establecimientos educativos del sector privado en el SIPI, de estos, 44 se encuentran en estado de preinscripción completa y 212 están preinscritos.

[Marco normativo local de soporte para los temas de primera infancia](#)

Como se detalló anteriormente en el Marco Normativo, el municipio cuenta con una Política Pública Municipal de Primera Infancia, Infancia y Adolescencia 2015-2024 (Acuerdo 0392 de 2015) donde se reconozca a estas tres poblaciones como sujetos de derechos y se definen los principios, decisiones y acciones estratégicas para prevenir situaciones que amenacen el ejercicio de los derechos de esta población, además de promocionar y realizar acciones en búsqueda del reconocimiento desarrollo y restablecimiento de sus derechos,

en pro de generar transformaciones sociales, culturales y económicas que influyan efectivamente en la calidad de vida de las niñas, los niños y los adolescentes (Concejo de Santiago de Cali, 2015).

[Disposición y gestión de recursos financieros para la ejecución de la política pública de primera infancia](#)

El municipio desde el año 2012 asigna recursos con uso exclusivo para la primera infancia, esta decisión se plantea en el Plan de Desarrollo del Municipio 2012-2015 “CaliDA, una ciudad para todos” del alcalde Rodrigo Guerrero Velasco (Acuerdo N°0326 de 2012). Este documento incluye en la Línea 2: Bienestar para todos, Componente 2.3: Cali, un Territorio que Avanza Hacia el Desarrollo Social, el Programa 2.3.1: Atención Integral a la Primera Infancia, en el cual se establecen 10 indicadores de producto, con unas metas establecidas a 2015 y con secretarías de la Administración Municipal responsables de las mismas (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012) (Ver Tabla 2).

Esta apuesta vuelve y se retoma en la siguiente y actual administración municipal del alcalde Maurice Armitage Cadavid, quien en su plan de desarrollo municipal 2016-2019 “Cali Progresa Contigo” (Acuerdo No. 396 de 2016), incluye en el Eje 1: Cali Social y Diversa, Componente 1.1: Construyendo Sociedad, el Programa 1.1.1: Atención Integral a la Primera Infancia, (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016) que contempla igualmente 10 indicadores de producto, con unas metas establecidas a 2019 y con secretarías de la administración municipal como responsables de las mismas (Ver Tabla 3).

Tabla 2. Indicadores de producto Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015

Nombre	Unidad de medida	Línea base 2011	Meta 2012-2015	Responsable
Niños y niñas matriculados en educación inicial (prejardín y jardín) para primera infancia, en coordinación con los programas correspondientes del orden nacional (De Cero a Siempre, PAPI, entre otros) y departamental.	Número	17,789	21,419	Secretaría de Educación
Madres gestantes cuentan con capacitaciones sobre desarrollo infantil, educación inicial y pautas de crianza humanizada.	Número	0	29	Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social y Secretaría de Salud Pública
Niños y niñas de primera infancia acceden al derecho a la identidad.	Número	29	100	Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social
Actividades recreativas para estimulación adecuada dirigidas a madres comunitarias.	Número	0	8	Secretaría de Deporte y Recreación
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
Niños y niñas de primera infancia participan en procesos de promoción de los derechos culturales, a través de lenguajes expresivos y estéticos.	Número	1	5	Secretaría de Cultura y Turismo
PS que trabajan con decálogo de AMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia).	Número	6	20	Secretaría de Salud Pública
Cobertura de vacunación por grupos de edad y biológicos mediante monitores rápidos.	%	95	97	Secretaría de Salud Pública
Entidades vacunadoras del PAI cumplen con lineamientos nacionales del programa.	%	95	95	Secretaría de Salud Pública
Recién nacidos en las PS que son amamantados en la primera hora de nacimiento.	%	67,1	80	Secretaría de Salud Pública

Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali 2012. Elaboración propia.

Tabla 3. Indicadores de producto Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019

Nombre	Unidad de medida	Línea base 2015	Meta 2016-2019	Responsable
Beneficiarios en educación inicial, en el marco de la atención integral con enfoque diverso, diferencial y de género	Número	32,397	37,609	Secretaría Bienestar Social
Beneficiarios de las estrategias de fomento de la educación inicial en el marco de la atención integral	Número	5,576	8,166	Secretaría de Educación y Secretaría de Bienestar Social
Instituciones Educativas Oficiales con grado de transición integral	Número	0	40	Secretaría de Educación
Niñas y niños de primera infancia con experiencias lúdicas	Número	0	10	Secretaría del Deporte y la Recreación
Espacios lúdicos adecuados para la primera infancia en comunas y corregimientos	Número	0	58	Secretaría del Deporte y la Recreación
Niñas y niños de primera infancia que participen en procesos de promoción de los derechos culturales	Número	1	5	Secretaría de Cultura
Rincones de primera infancia adecuados en las bibliotecas públicas	Número	25	61	Secretaría de Cultura
Lograr cobertura de vacunación en niños de 1 año	%	95	95	Secretaría de Salud Pública
Atención integral en salud a la primera infancia en IPS públicas implementada	%	76	100	Secretaría de Salud Pública
Profesionales cualificados y cuidadores capacitados en habilidades parentales, cuidado y crianza con enfoque de equidad de géneros.	Número	0	1	Secretaría de Bienestar Social

Fuente: Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali 2016. Elaboración propia.

A cada indicador se le asigna como mínimo un proyecto de inversión de BP para ser implementado en los diferentes organismos responsables de atender a la población de primera infancia, lo que permite concluir que efectivamente se ha dado continuidad a la apuesta municipal de invertir en la atención integral de esta población, en aras no sólo de potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños menores de 6 años más vulnerables, sino también en busca de garantizar el cumplimiento de sus derechos, de acuerdo con la Ley 1098 de 2006 y la Ley 1804 de 2016.

Conclusiones de la línea

El municipio cuenta con una arquitectura institucional definida y formalizada a través de la creación de la Subsecretaría de Primera Infancia dentro de la Secretaría de Bienestar social

a partir del año 2017, que favorece la implementación no sólo de la política municipal que contempla la primera infancia sino también la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia “De Cero a Siempre”.

De modo similar, el municipio cuenta desde 2012 con un programa exclusivo para la atención de primera infancia dentro de los planes de desarrollo municipal (2012-2015 y 2016-2019), que permite la formulación de proyectos de inversión y la asignación de recursos para su implementación, a través de los organismos responsables, buscando el cumplimiento de las políticas públicas y los planes territoriales. Además, aporta y facilita los procesos de seguimiento, monitoreo, rendición de cuentas, participación ciudadana y transparencia.

Finalmente, se cuentan con dos instancias de coordinación fortalecidas, el CIPI y la Mesa Municipal donde participan una variedad de actores y sectores públicos y privados que trabajan por la primera infancia de Cali, permitiendo la toma de decisiones y la socialización de las iniciativas que se definen para esta población. Es importante resaltar algunas situaciones críticas que se han identificado y que deberían tomarse en consideración para el mejoramiento de esta línea de acción en la ciudad:

- Instancias de coordinación intersectorial como el Comité Intersectorial de Primera Infancia (CIPI) y la Mesa Municipal de Primera Infancia, con insuficiente participación de actores que impulsen la implementación de la política de estado y la política municipal, desde el marco de la diversidad (indígenas, afrodescendientes, discapacidad, víctimas, entre otros).
- Funciones y responsabilidades de las instancias de coordinación intersectorial sin formalización y socialización.
- Política pública municipal de primera infancia, infancia y adolescencia desactualizada, de acuerdo con los lineamientos planteados en la Ley 1804 de 2016.
- Falta de metodología para el seguimiento de la política pública municipal de primera infancia, infancia y adolescencia.

- Incierta disponibilidad de recursos para la atención de la primera infancia para todo el año, lo que afecta la continuidad y garantía de las atenciones brindadas a dicha población.

1.2.2. Calidad y pertinencia de las atenciones

Esta línea de acción de la política se encarga de las acciones tendientes a la universalización y flexibilización de las atenciones, considerando las particularidades de la población de primera infancia del municipio. Dentro de estas acciones se encuentra la cualificación del talento humano y el ajuste de la calidad de la oferta que se brinda a través de programas, proyectos y servicios. Esta sección se aborda por realizaciones debido a que permiten observar el estado de derechos de las niñas y los niños, así mismo posibilita aproximarse y conocer la situación de la primera infancia a todos los diferentes actores y sectoriales institucionales sobre la importancia de la promoción del desarrollo integral sobre el estado de los niños y las niñas y la garantía de derechos.

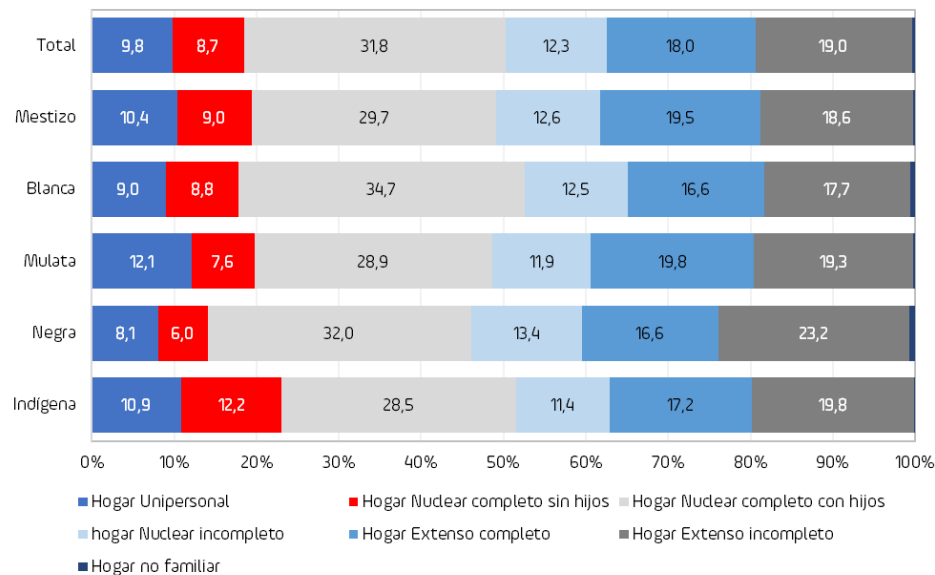
[Realización 1: Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que lo acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral.](#)

Tomando como referente la muestra dirigida de niñas y niños atendidos por la Administración Municipal a través de la Secretaría de Bienestar Social, las fichas de caracterización sociofamiliar levantadas en los Centros de Desarrollo Infantil CDI NIDOS y Unidades de Servicio (UDS), son un requisito necesario para acceder a los servicios focalizados sobre la población de primera infancia. Esta ficha hace parte de la batería de instrumentos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); incluye un módulo donde indaga sobre la familia a partir de variables relacionadas con la composición familiar, las condiciones de la vivienda, las relaciones familiares, entre otros aspectos. Los principales resultados del análisis de las fichas sociofamiliares correspondientes a 6,729 familias beneficiarias a corte a octubre de 2017.

- *Composición y estructura familiar*

De acuerdo con la CEPAL y UNICEF, “*las familias desempeñan funciones esenciales como la socialización y el cuidado que son primordiales para el acceso de las personas al bienestar en un sentido amplio. Históricamente, las familias ejecutan tales funciones mediante arreglos diversos, en el contexto de las alternativas ofrecidas por las políticas públicas, el mercado y las organizaciones de la sociedad civil. Si, como en el pasado, las familias siguen siendo protagonistas del acceso al bienestar, entonces los cambios en su estructura y funcionamiento son un importante objeto de estudio, particularmente en América Latina, donde dichos cambios están ocurriendo de forma acelerada, de la mano de diversos factores demográficos, económicos y culturales*” (CEPAL; UNICEF, 2014).

Gráfico 9. Distribución de la tipología del hogar



Fuente: Encuesta de Empleo y Calidad de Vida 2013. Elaboración propia.

De acuerdo con cifras de la Encuesta de Empleo y Calidad de Vida (2013) del Ministerio del Trabajo, en el municipio la tipología del hogar más representativa corresponde al nuclear completo sin hijos (31.8%), seguido de los hogares extensos incompletos y completos respectivamente (19.0% y 18.9%) (Ver Gráfico 9). “*En todos los países, independientemente de su nivel de desarrollo económico y la fase de la transición demográfica y, dentro de cada uno de estos, en la mayoría de los estratos, ha aumentado la frecuencia de los hogares*

unipersonales, ha caído el porcentaje de hogares nucleares biparentales (madre y padre) y crecido el de hogares monoparentales con jefatura femenina (tanto extensos como nucleares)” (CEPAL; UNICEF, 2014).

Por grupos raciales se observan tendencias importantes. La población negra tiene porcentajes más altos de hogares extensos completos frente a los demás grupos poblacionales raciales (23.2%), mientras que la blanca presenta los más altos para la tipología de hogares nucleares completos con hijos (34.7%). Estos diferenciales permiten observar el tipo de arreglo parental considerando el criterio racial, dado que la tipología está influenciada por factores culturales, sociales y económicos. De este modo, los hogares extensos por lo general se asocian con condiciones socioeconómicas bajas, dado que este arreglo en términos raciales permite solventar los gastos al compartir la olla común, esto no significa que otras tipologías no se asocien con limitaciones económicas, carencias o privaciones (Viafara, 2016)(Urrea Giraldo & Viafara, 2016)

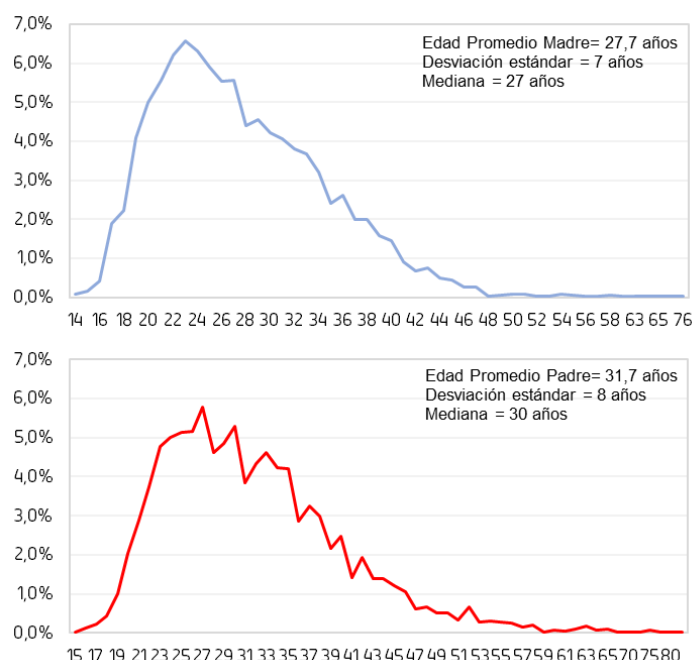
El país y el municipio no son ajenos a los cambios demográficos en la composición del hogar, dichas variaciones configuran nuevos arreglos familiares, por lo que se hace imperativo para el programa conocer las características de las familias donde residen los niños y las niñas, dado que éstas influyen sobre el desarrollo integral de esta población.

➤ Madre y Padre

La edad de la madre de la mayoría de las beneficiarias y beneficiarios del programa está entre los 20 y 29 años, representando cerca del 55,6% del total de beneficiarias (ver Gráfico 10). Por otro lado, el 2,6% de madres son menores de edad y se concentran en entre los 14 y 17 años de edad.

Las madres adolescentes requieren el acompañamiento, cuidado y guía de un obstetra y visitar con mayor frecuencia el médico, “[...] de acuerdo con el Dr. Richard Brookman, el entorno óptimo de atención médica para las adolescentes embarazadas combina la atención médica con la asesoría nutricional y servicios psicosociales...” (American Academy of Pediatrics, 2015).

Gráfico 10. *Edad de la madre y el padre*

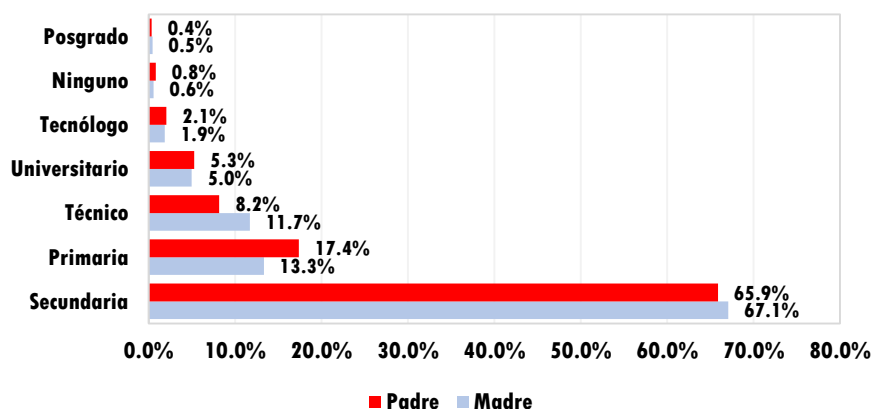


Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Sin embargo, la mayor parte de estas jóvenes no tiene las condiciones socioeconómicas para pagar o visitar al médico regularmente, de allí la importancia del acompañamiento y orientación que se realiza para las mujeres gestantes desde el programa de Atención Integral a la Primera Infancia, garantizando desde temprano los controles prenatales y facilitando tanto la madre como el bebé, estén saludables y sanos. Por otro lado, la mayoría de los padres se encuentra entre los 23 y 33 años (53.4%) del total de beneficiarios (ver Gráfico 10). Cabe señalar que el 0.4% de los padres son menores de edad, cuyas edades están comprendida entre los 15 y 17 años.

Con respecto al nivel de escolaridad, la mayoría de las madres de los beneficiarios alcanzaron la secundaria (67,1%), seguidas por el nivel de primaria (13,3%) (Ver Gráfico 11). De acuerdo con las características y la focalización de la atención a primera infancia, menos del 1% de las madres tienen como máximo nivel educativo universitario con posgrado (0,5%). Para el caso de los padres la tendencia es similar, la mayoría alcanzó el nivel de escolaridad de secundaria (65,9%), primaria (17,4%) y posgrado (0,4%) respectivamente.

Gráfico 11. Nivel de escolaridad – Madre y Padre

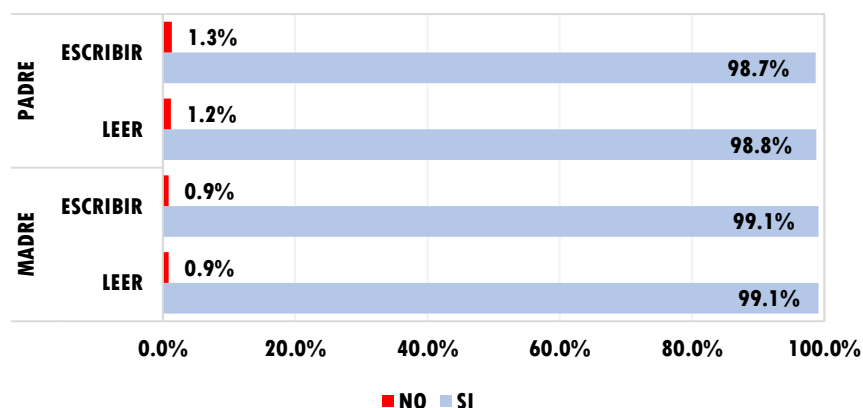


Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

En términos del grado de alfabetización (personas que saben leer y escribir) de la madre y el padre, cabe destacar que la alfabetización es un requisito indispensable para la defensa, garantía y desarrollo de habilidades, así como para la materialización de los derechos intrínsecos en el ejercicio de la ciudadanía plena. Es decir, la posibilidad de las personas de acceder, elegir y apropiarse de las oportunidades que ofrece la vida en sociedad, y a la vez, enriquecerla, a través de su participación activa (SITEAL, 2013).

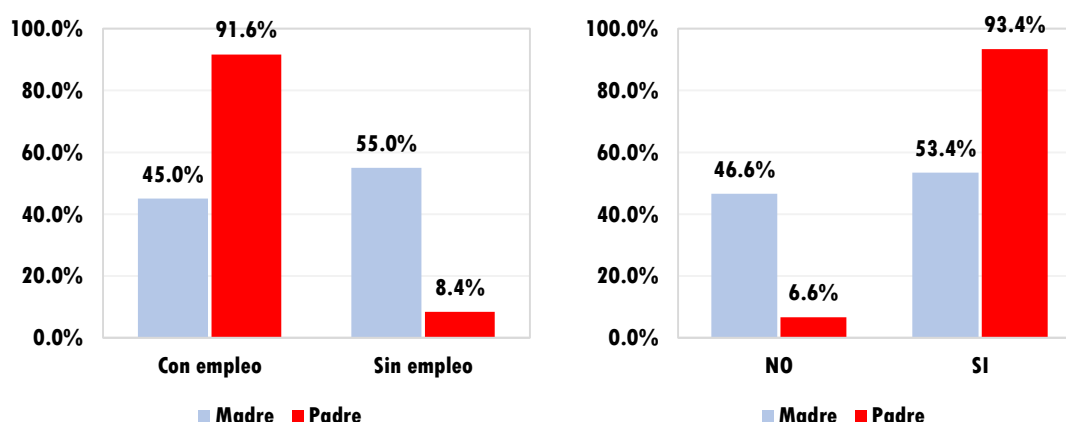
La mayoría de las madres y los padres saben leer y escribir, sólo una proporción muy pequeña no lo hace: para el caso de las madres el 0.9% no sabe leer y 0.9% no sabe escribir, mientras que para los padres la proporción es un poco más grande, el 1.2% no sabe leer y el 1.3% no sabe escribir (ver Gráfico 12).

Gráfico 12. Sabe leer / Sabe escribir – Madre y Padre



De acuerdo con las fichas de caracterización sociofamiliar, el 91.6% de los padres cuentan con un empleo, por el contrario, sólo el 45.0% de las madres trabaja o está empleada (ver Gráfico 13). Esta diferencia en términos de la participación laboral se refleja sobre los aportes económicos que realizan ambos al sustento del hogar, en ese sentido, los padres contribuyen con cerca del 93.4%, mientras que las madres con el 53.4%. Estas tendencias exhiben igualmente patrones del mercado de trabajo donde el hombre está más avocado hacia el mercado de trabajo, dejándole a la mujer las actividades del hogar lo que incide sobre su menor participación laboral y menores aportes sobre el ingreso del hogar⁶.

Gráfico 13. Situación laboral y aporte económico al sustento del hogar- Madre y Padre



Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Otro aspecto importante para conocer la composición familiar de los beneficiarios tiene que ver con la presencia de hermanos dentro del hogar. Sobre este punto, el 63.4% de los beneficiarios tienen un hermano, el 22.8% tienen dos hermanos y el 13.8% tienen tres o

⁶ Por hogar se entiende “la unidad social conformada por una persona o un grupo de personas que se asocian para compartir el alojamiento y la comida. Es decir, que hogar es el conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda o en parte de ella (viven bajo el mismo techo), que están unidas o no por lazos de parentesco, y que cocinan en común para todos sus miembros (comen de la misma olla)” (DANE, 2018).

más hermanos (ver Gráfico 14). Curiosamente, existen dentro de las familias beneficiarias algunas que cuentan con la presencia de diez hermanos (2 que representan el 0,1% del total), lo que está asociado con la tipología del hogar.

En relación con la planeación o planificación del embarazo, según la Organización Mundial de la Salud, un embarazo planeado se define como “la programación del tiempo y condiciones idóneas tanto sociales, económicas, laborales y emocionales para concebir un nuevo integrante de la familia”. Mientras que el embarazo no planeado, se asocia con descuidos de la pareja con el uso del método anticonceptivo debido a diferentes factores que, principalmente tienen que ver con la educación e información que tienen sobre la salud sexual y reproductiva.

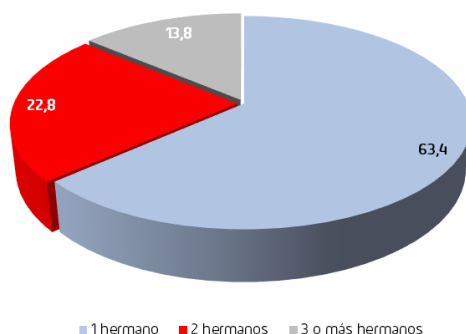


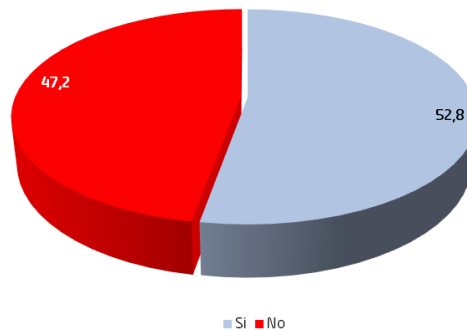
Gráfico 14. Número de hermanos del beneficiario/beneficiaria

Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Por lo anterior, en muchos casos el embarazo no planeado está relacionado con desinformación, no obstante, puede darse por cuestiones de atropello contra los derechos de la mujer. Esta última razón, es una de las más comunes y trae consigo consecuencias lamentables tanto para la madre, el bebé, como para el resto de la familia.

El embarazo planeado disminuye riesgo de contracción de una enfermedad de transmisión sexual, tiene un impacto negativo sobre la mortalidad infantil y materna, y positivo desde el punto de vista psicológico (M de mujer, 2018). Por el contrario, el embarazo no planeado implica mayores riesgos sobre la salud reproductiva e integral de la madre y el bebé.

Gráfico 15. *Hija o hijo planeado*



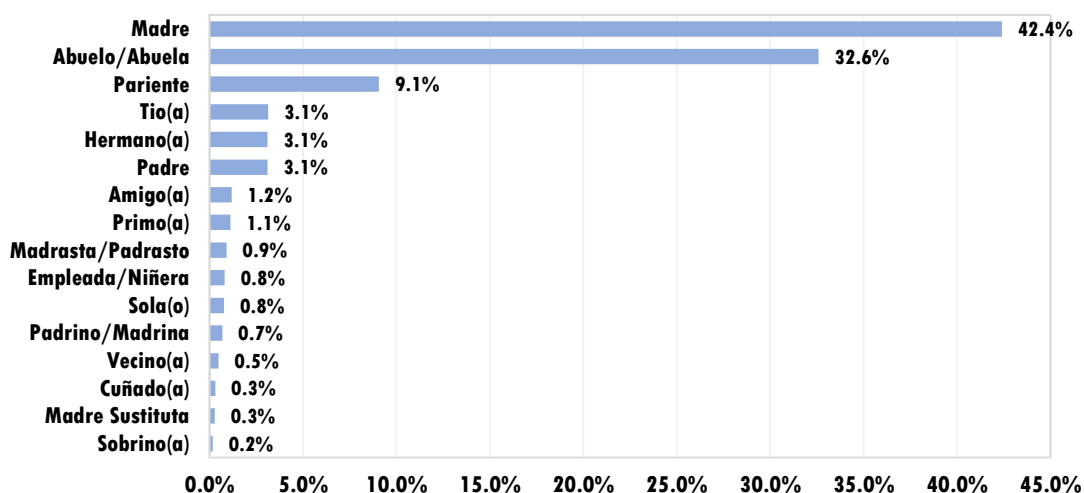
Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Para conocer las percepciones de las familias sobre el embarazo adolescente no planeado, la ficha incluye preguntas sobre la concepción de los niños y niñas, a este respecto, la mayoría de las familias afirman que sus hijos fueron planeados (52.8%) (Ver Gráfico 15). La alta representación de familias cuyos hijos fueron no planeados justifica la necesidad de continuar fortaleciendo la educación con el fin de generar mayor responsabilidad.

➤ Acudiente

En el 42.4% de las familias de los beneficiarios, los acudientes corresponden a las madres y el 32.6% a los abuelos de los beneficiarios, demostrando el apoyo que brindan para el cuidado de las niñas y los niños, y el valor que tienen estos roles sobre los procesos de acompañamiento, cuidado y crianza (ver Gráfico 16).

Gráfico 16. *Acudientes de los beneficiarios*

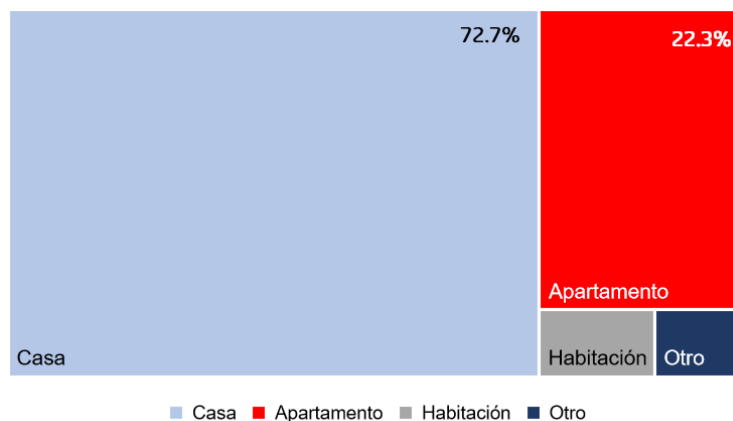


Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

- *Características de la vivienda del beneficiario*

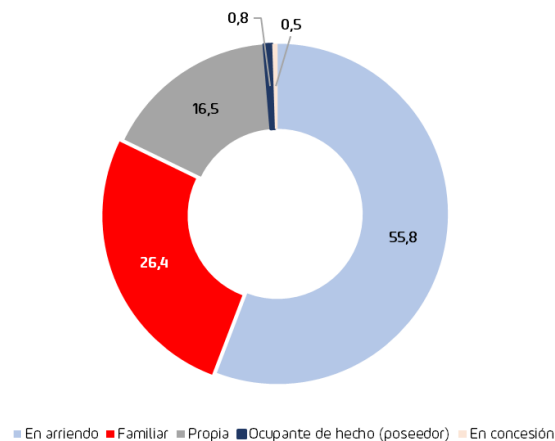
Las características materiales de las viviendas inciden sobre el desarrollo integral de los niños y niñas beneficiarios, aspectos como suelos de arena, paredes de zinc o materiales vegetales, entre otro, influyen sobre la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas afectando la calidad de vida. En términos del tipo de vivienda que habitan los beneficiarios, el 72.7% se encuentran en casas, el 22.3% en apartamentos, el 2.9% en habitaciones y el 2.1% en otro tipo de viviendas como inquilinatos, fincas, cambuches, viviendas indígenas y albergues (ver Gráfico 17).

Gráfico 17. *Tipo de vivienda de los beneficiarios*



La forma de ocupación de las viviendas corresponde a contratos de arrendamiento o subarriendo (55.8%), viviendas de tipo familiar (26.4%) y propia (16.5%) (Ver Gráfico 18). Los datos indican que gran parte de las familias no cuenta con vivienda propia, a esto se suma el constante cambio residencial, afectando el proceso de permanencia de la población de primera infancia en el programa de atención integral y la ruptura de los vínculos y redes de apoyo que se establecen entre las familias y la comunidad.

Gráfico 18. Tipo de tenencia de la vivienda de los beneficiarios



Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

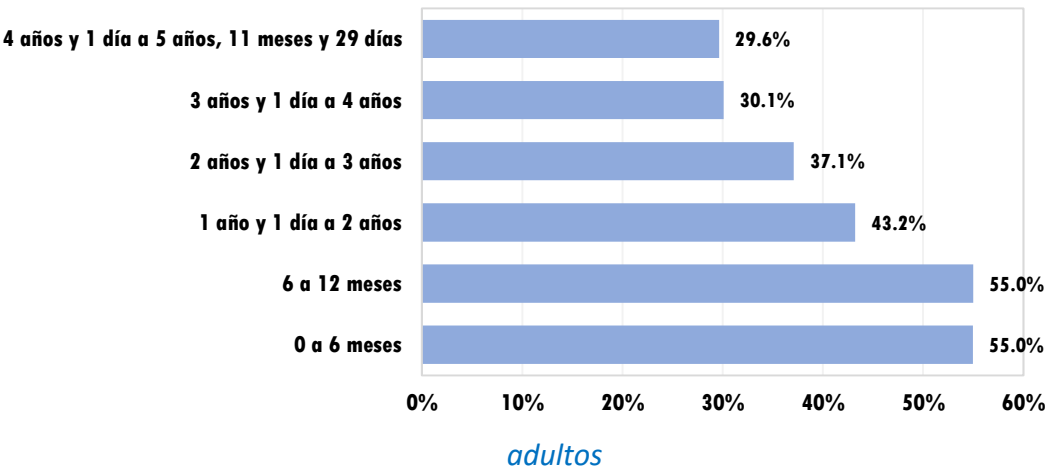
➤ Condiciones de habitabilidad

La habitabilidad alude la “cualidad de habitable” y se con el cumplimiento de normas o estándares sociales impuestos asociados con las condiciones materiales la edificación e instalación en particular. Los factores ambientales, físicos, económicos y sociales inciden sobre la habitabilidad (CONSTRUMÁTICA, 2018). De acuerdo con esto, el porcentaje de las niñas y los niños que duermen en la misma habitación y en la misma cama con los padres o adultos, es alto (40,6%) (Ver Anexo 5).

Desde el punto de vista psicológico infantil esta temática es controversial, con posturas o posiciones muy marcadas tanto a favor como en contra de compartir la cama con los menores de 6 años. Hoy es denominado colecho, por un lado, los beneficios se asocian con las normas de seguridad, la experiencia integradora cuando el bebé duerme con su madre

y alcanza un sueño profundo y calmado, la posibilidad de amamantar más al bebé y su efecto sobre la lactancia materna, el desarrollo emocional de la niña o el niño, lo que refuerza el vínculo afectivo entre los padres y el bebé. Las desventajas del colecho tienen que ver con el aumento del riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante, asfixia o incluso aplastar al bebé.

Gráfico 19. *Edades de las niñas y los niños que duermen en la misma cama con los*



Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

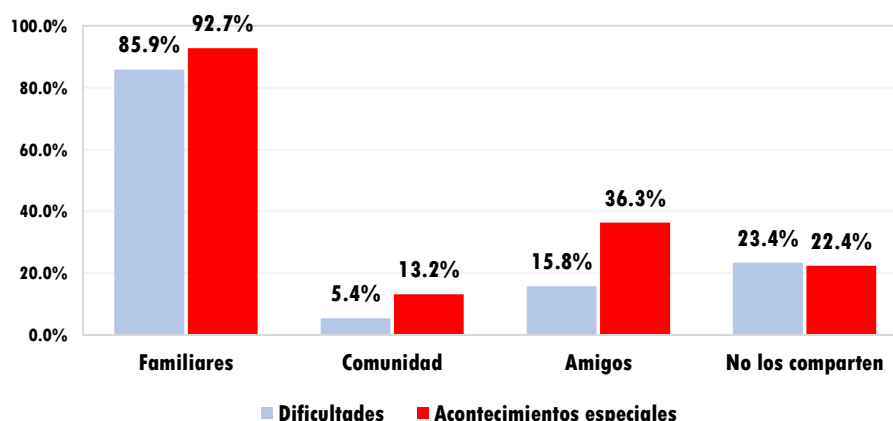
De acuerdo con el gráfico anterior, es posible concluir que el 55.0% de las niñas y los niños entre 0 y 6 meses y entre 6 y 12 meses duermen con los adultos en la misma cama respectivamente (ver Gráfico 19). Ahora bien, a medida que los niños van creciendo dejan de dormir con sus padres para tener su propia cama o habitación.

Por otra parte, la mayoría de las viviendas de los beneficiarios tienen acceso a servicios públicos básicos de acueducto, alcantarillado y energía eléctrica, cuyos porcentajes oscilan entre 96.0% y 99.0%, lo que está asociado con la universalización de los servicios básicos, aunque algunos sectores de la ciudad se presenta discontinuidad de éstos (ver Anexo 6).

- *Relaciones familiares*

Las familias de los beneficiarios comparten sus dificultades en un 87.0% y sus acontecimientos en un 92.7% con familiares, dando cuenta del mayor afianzamiento de las relaciones entre los integrantes de la familia, los vínculos de apoyo y afecto (ver Gráfico 20).

Gráfico 20. El núcleo familiar comparte sus dificultades y acontecimientos especiales

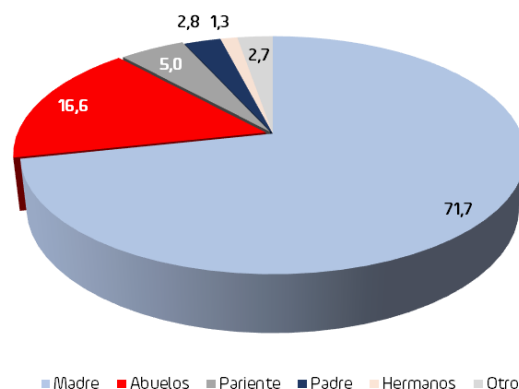


Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

La construcción de vínculos afectivos permite que los niños y las niñas puedan afrontar en el futuro las dificultades con una batería de herramientas desligadas del afecto tales como la seguridad y la confianza. Otro factor de gran importancia consiste en la generación de redes sociales de apoyo que tejen las relaciones entre familias y otros individuos del entorno en el que habitan, facilitando relaciones de apoyo en comunitario, amistad, compañerismo y camaradería.

Los cuidadores de los niños y niñas beneficiarios corresponden principalmente a la madre (71.7%) y los abuelos (16.6%), lo que facilita el fortalecimiento del vínculo afectivo y la interacción con su entorno familiar favoreciendo el desarrollo integral de las niñas y los niños, la promoción de su subjetividad con la vida social y su cultura.

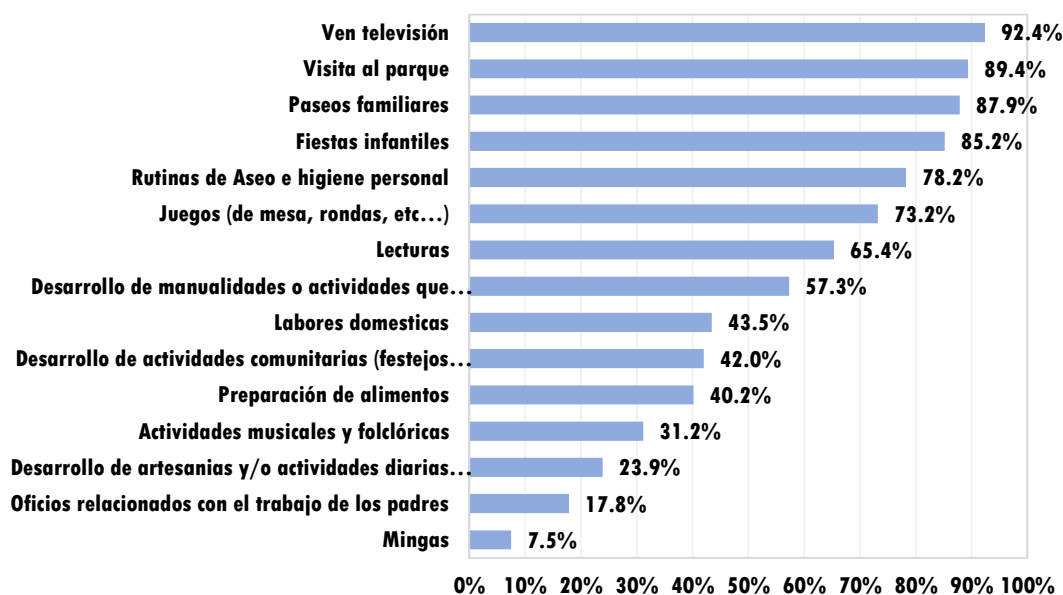
Gráfico 21. *¿Con quién permanece la niña o el niño una vez salen de la unidad de servicio?*



Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

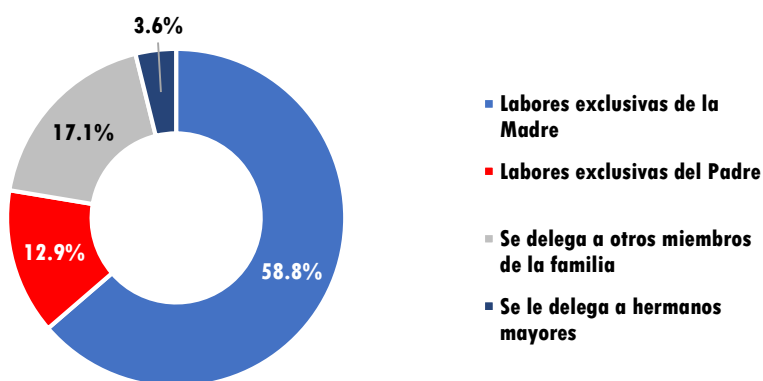
Dentro de las actividades que realizan juntos se encuentran ver televisión (92.9%), visitar parques (89.0%), paseos familiares (88.0%), fiestas infantiles (85.0%) y rutinas de aseo e higiene personal (78.0%) respectivamente (ver Gráfico 22). Las interacciones entre los adultos y los menores de 6 años pueden estimular la curiosidad y la comprensión a partir del contacto, el juego y la estimulación cognitiva, contribuyen a mejorar el desarrollo integral; por otra parte, actividades que no necesariamente implican interacciones o contacto como ver televisión, no promueven la estimulación cognitiva.

Gráfico 22. *Actividades que realiza el núcleo familiar durante la semana para fortalecer el dialogo, vinculo familiares y lazos afectivos*



Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Gráfico 23. *La distribución de roles y actividades del cuidado de las niñas y los niños en*



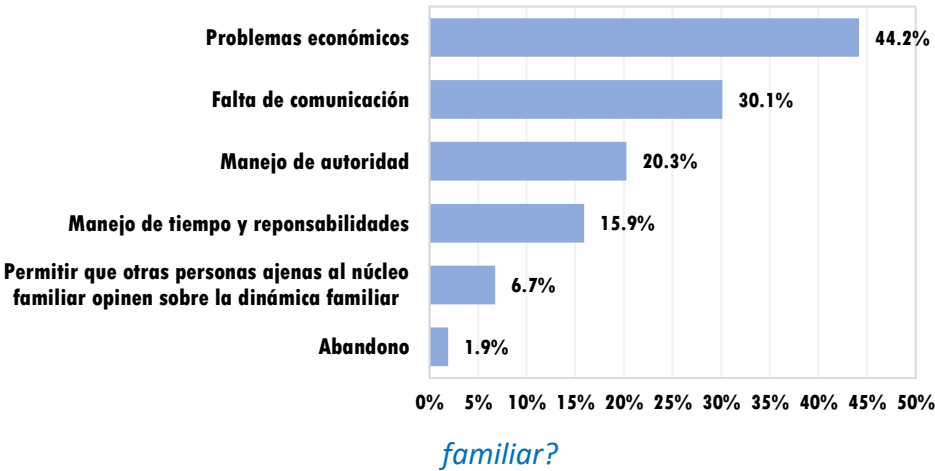
el núcleo familiar se realiza

Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Las labores de cuidado son realizadas principalmente por la madre (59.0%) afianzando el apego y vínculo afectivo, seguido por otros miembros de la familia como actores fundamentales en los procesos de socialización primaria de las niñas y los niños (17.1%)

(Ver Gráfico23). El hecho de que sea la familia el primer espacio de socialización de las niñas y los niños, hace necesario que desde la concepción cuenten con un entorno conformado por familiares y personas cuidadoras que les esperen con disposición y estén “preparadas” para recibirlos y acompañarlos en su crecimiento y en el establecimiento de relaciones con los diferentes contextos.

Gráfico 24. ¿Cuál es el motivo más frecuente de disgusto entre los adultos del núcleo

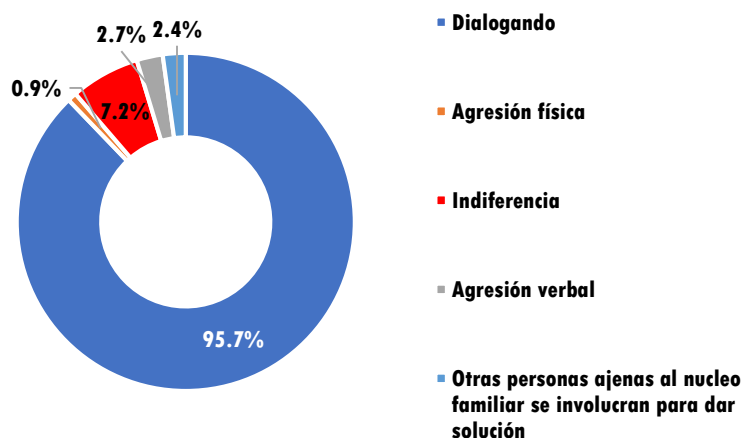


Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Los problemas económicos son el motivo más frecuente de disgusto entre los adultos de las familias (44.0%), siendo la economía del hogar un tema que conlleva a posibles confrontaciones (ver Gráfico 24). Diferentes factores influyen sobre las relaciones que se establecen en las familias, el desempleo, el empleo informal, los factores económicos sociales, la poca cultura del ahorro, entre otros, hacen que las familias presenten crisis económicas que alteran las dinámicas y funcionamiento relacional. Razón por la cual se requiere que los hogares lleven una administración de sus ingresos y egresos, de tal forma que alcance para los gastos del hogar, las necesidades de los miembros de la familia y el mejoramiento de la calidad de vida, esto sumado a la cultura del ahorro, la prevención y planificación financiera.

Se presenta dificultad en el 30.1% de los hogares por falta de comunicación entre los diferentes miembros, a esto se suma otro factor como el manejo de la autoridad (20.3%) y el manejo de tiempo y responsabilidades (16.0%) (Ver Gráfico 24). Nótese que estas situaciones están directamente relacionadas con la norma y el establecimiento de los roles y funciones familiares.

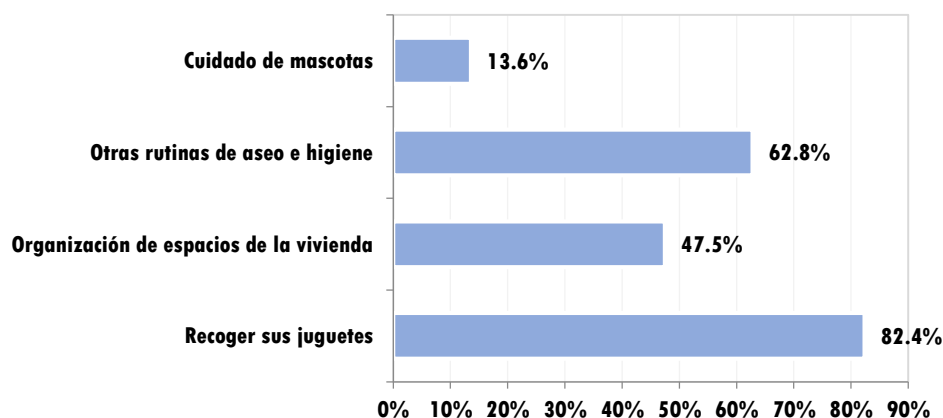
Gráfico 25. ¿Cómo se solucionan los problemas dentro del núcleo familiar?



Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Como se observa en Gráfico 25, la mayoría de las familias resuelven sus problemas dialogando (96.0%), resolviendo los conflictos de manera adecuada, además de permitir que todas las partes sean escuchadas y tomadas en consideración para conocer y expresar sus puntos de vista y así llegar a acuerdos positivos que perduren en el tiempo. Igualmente, es preocupante saber que en el 4.0% de los hogares se mantienen prácticas como la agresión física y verbal para resolver sus problemas, lo que representa entornos negativos para el desarrollo integral de los niños y las niñas.

Gráfico 26. *Los adultos que conforman el núcleo familiar permiten que las niñas o los niños participen en alguna de las siguientes actividades del hogar*

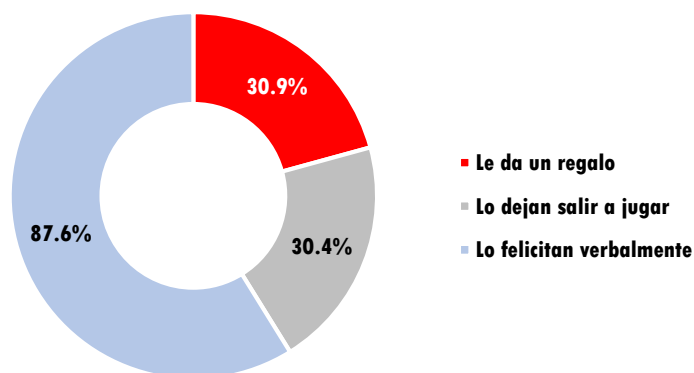


Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

La actividad con mayor porcentaje que la familia permite a las niñas y niños consiste en recoger sus juguetes (82.0%), ésta es una actividad familiar que les permite ser responsables y organizados, es el momento adecuado para enseñar, aprender y ser parte del juego (ver Gráfico 26). Con el 63.0%, las rutinas de aseo ocupan el segundo lugar en la clasificación, seguido de la organización de espacios de la vivienda (47.5%), estas acciones dependen del ciclo vital en el que se encuentre la niña o el niño así es el nivel de responsabilidad y acompañamiento.

Las rutinas permiten a las niñas y los niños encontrar un equilibrio entre las actividades que facilitan su desarrollo y les enseñan a convivir dentro de la sociedad, forman parte de un principio de organización mental que les posibilita entender y aprender que existe un momento y un espacio para cumplir determinada conducta y/o acción.

Gráfico 27. *¿Qué tipo de reconocimientos o incentivos se les dan a las niñas o los por sus logros?*



Fuente: Ficha de Caracterización Socio-Familiar del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Elaboración propia.

Como respuesta a los buenos comportamientos de los menores de 6 años, los felicitaron verbalmente (88.0%), les dieron un regalo (31.0%) y los dejaron salir a jugar (30.0%) respectivamente. Para reforzar el cumplimiento de dicha realización desde la Administración Municipal se hace seguimiento y monitoreo a la atención *“Su familia participa en procesos de formación”* a través de la Ruta Integral de Atenciones local (RIA), generando a mayo de 2018 sólo 59 alertas del total de 6,391 beneficiarios monitoreados, que representan sólo el 0,9% de los beneficiarios sin dicha atención. Ante esta situación se realiza un proceso de gestión de alertas con la Entidades Administradores del Servicios (EAS), quienes son las responsables de garantizar y brindar formación a las familias de las niñas y los niños atendidos por el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia del Municipio de Santiago de Cali.

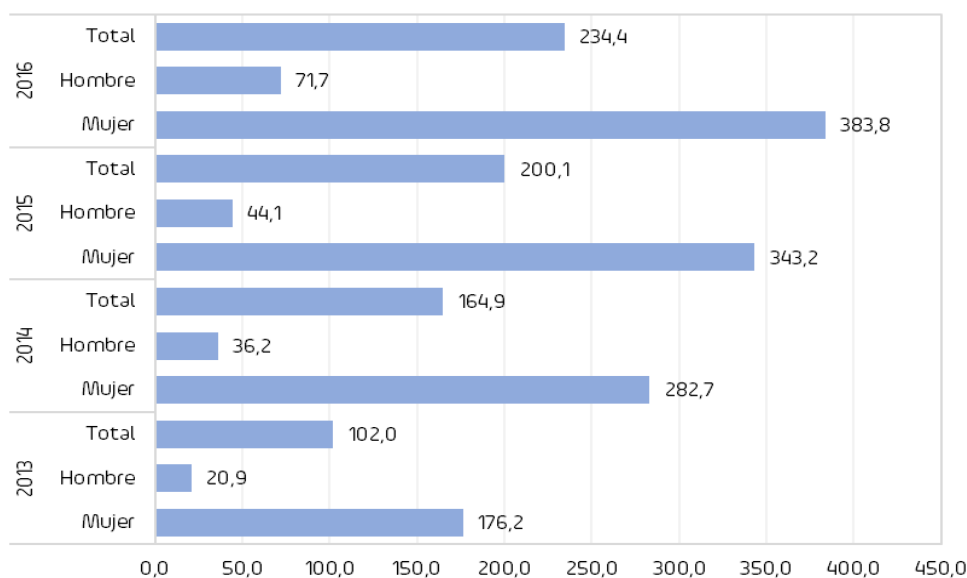
- *Violencia intrafamiliar*

La violencia intrafamiliar se concibe como “toda acción u omisión protagonizada por uno o varios miembros de la familia, a otros parientes infringiendo daño físico, psicoemocional, sexual, económico o social” (Sierra, Macana, & Cortés, 2014). Por lo tanto, “es el resultado de la convergencia de un conjunto de procesos complejos como la historia personal de cada participante, el medio ambiente propiciatorio de las tensiones y de los conflictos y los

valores culturales que incentivan las resoluciones violentas de los mismos” (Sierra, Macana, & Cortés, 2014)

Este tipo de violencia familiar “es uno de los más invisibles y más difíciles de abordar puesto que no solo contradice las funciones de protección y apoyo que deberían brindarse entre los miembros de la misma -y por lo tanto su denuncia suele ser difícil y vergonzosa-, sino que está asociada íntimamente a patrones culturales que refuerzan su ocurrencia e invisibilidad como los mitos acerca de la supremacía de los hombres sobre las mujeres, de las personas adultas sobre las más jóvenes y de todos frente a los adultos mayores; acerca de la inviolabilidad de la intimidad familiar, o de la aceptación de la violencia como único camino para la solución de los conflictos o sea, como un aspecto inevitable de la vida” (Observatorio de Violencia Familiar (OVF) , 2009).

Gráfico 28. Tasas de violencia intrafamiliar, sexual y contra la mujer en Cali

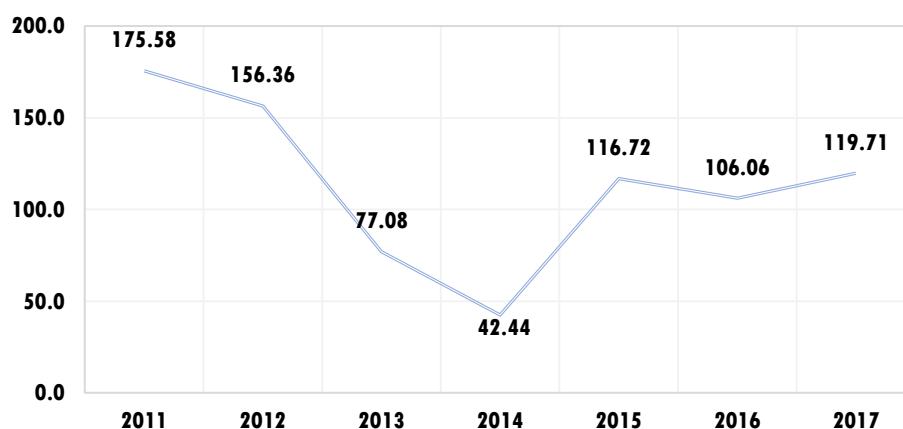


Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Salud Pública (SIVIGILA). Elaboración propia.

De acuerdo con cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológico de Salud Pública (SIVIGILA), el evento epidemiológico 875 explora las violencias sexuales, contra la mujer e intrafamiliar. Esta situación comenzó a registrarse desde el semestre II de 2012, por lo que su registro ha venido aumentando por la mejoría en el manejo del mismo. Las tasas demuestran que la exposición de la mujer es mucho mayor que la del hombre, debido a que la pareja se

convierte por lo general en el principal agresor de este tipo de abusos. El Gráfico 28 confirma lo anterior en la medida que las tasas por cada 100,000 de violencia sexual, contra la mujer e intrafamiliar de las mujeres son en todos los periodos analizados más altas frente a las de los hombres.

Gráfico 29. Tasa de violencia intrafamiliar en Santiago de Cali



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal, consultado en SUIN. Elaboración propia.

Otra fuente importante corresponde al Sistema Único de Indicadores (SUIN), donde entre 2011 y 2014, la violencia intrafamiliar tuvo una tendencia decreciente pasando de una tasa de 175,6 víctimas por cada 100.000 habitantes en 2011 a 42,4 víctimas por cada 100.000 habitantes en 2014 (ver Gráfico 29).

Realización 2: Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud.

- *Vacunación*

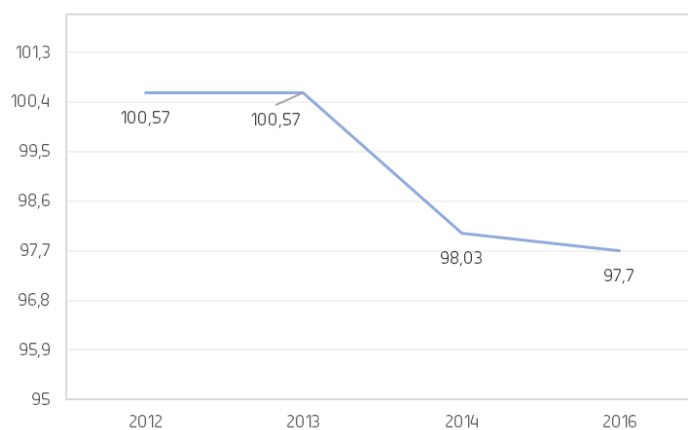
El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas (Ministerio de Salud y Protección Social).

Las vacunas son muy importantes para el cuidado de la salud de toda la comunidad, ya que son las encargadas de proteger a la población de numerosas enfermedades, que afectan sobre todo a los niños y a las niñas. Las vacunas inactivan o debilitan el microorganismo causante de la enfermedad, su aplicación genera que el cuerpo produzca defensas contra enfermedad para contrarrestarla o combatirla (Ministerio de Salud y Protección Social , 2017).

➤ **Porcentaje de niños y niñas menores de 6 años quienes tienen el esquema de vacunación completo para su edad**

El esquema de vacunación en Colombia está dirigido a todos los niños y niñas menores de cinco años (5). En este periodo se contemplan ocho vacunas en total (8), a saber: BGC Antituberculosa; Antirotavirus; Antipolio; Neumococo; Difteria; tosferina y tétanos (DPT); Triple viral; Haemophilus Influenza tipo B; Fiebre Amarilla; Antihepatitis B e Influenza.

Gráfico 30. Porcentaje de niños y niñas menores de 6 años quienes tienen el esquema de vacunación completo para su edad



Fuente: Secretaría de Salud Pública Municipal. Elaboración propia.

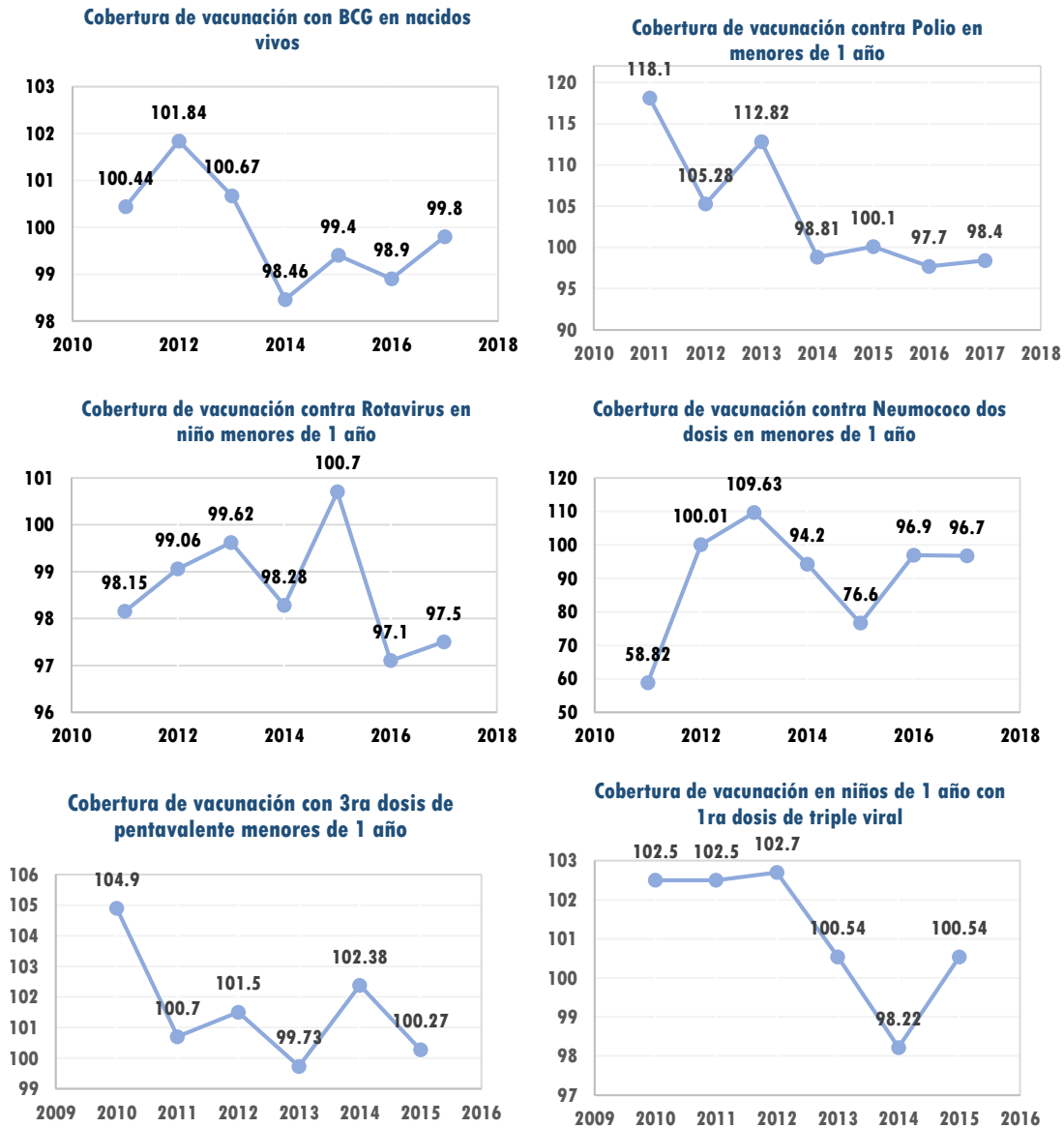
El porcentaje de vacunación presenta una tendencia decreciente, pasando de 100,6% en 2012 a 97,8% en 2016 (ver Gráfico 30). El valor registrado entre 2012 y 2013 sobrepasa el 100.0% debido a que la cobertura de inmunización superó el número de niñas y niños proyectados poblacionalmente. A pesar de este descenso, la meta establecida para vacunación corresponde al 95%.

➤ Coberturas en vacunación

Las coberturas específicas de estas vacunaciones para el municipio son menores frente al nivel nacional, especialmente en inmunización por pentavalente (DPT y Hepatitis) tercera dosis en niños y niñas menores de 1 año (91.6% en 2017 frente a 100.3%), inmunización contra el triple viral (TV) en niños de un 1 año (93.1% en 2017 frente a 100.5%), Polio en menores de 1 año (91.6% en 2017) y Rotavirus en menores de 1 año (89.7% en 2017 frente a 97.5%) (Ver Gráfico 31). Esta tendencia se relaciona con la condición de ciudad capital que tiene el municipio, lo que implica la concentración de los servicios de salud en el territorio, además, la heterogeneidad de los municipios del Chocó, La Guajira y otros de la región Amazónica, índice en la baja cobertura de vacunación a nivel agregado.

Gráfico 31. Cobertura de vacunación

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Consultado en SUIN. Elaboración propia.



- *Mortalidad*

La mortalidad es uno de los principales determinantes del cambio demográfico ya que incide sobre el tamaño y estructura por sexo y edades de las poblaciones, en correlación con factores asociados con el control de epidemiológico, el medio ambiente, el desarrollo tecnológico y las condiciones de socioeconómicas (DANE, 2010) (Erviti & Segura, 2000)

De las tres variables demográficas⁷, la mortalidad es “la que mejor refleja las condiciones socioeconómicas de un territorio” (Erviti & Segura, 2000). Por consiguiente, el análisis de la mortalidad reviste especial importancia no sólo en términos demográficos, sino también sociales, económicos y de salud pública (Ministerio de Protección Social y Universidad de Antioquia, 2010a). Demográficamente, este fenómeno representa un componente fundamental de la dinámica poblacional; en términos económicos, refleja las condiciones económicas y sociales de un país; mientras que desde la perspectiva de salud pública es “un indicador particularmente sensible del estado de salud de la población” (Ministerio de Protección Social et al., 2010a: 127).

De acuerdo con Alarcón & Robles, “[...] las estimaciones sobre la mortalidad en la población menor de un año de edad, permiten identificar algunos aspectos como el avance en el control de las principales causas de muerte, cambios en los patrones epidemiológicos, como resultado de los estudios y esfuerzos del sector salud” (2007: 9).

De modo similar, la mortalidad infantil es un indicador muy sensible que convencionalmente es utilizado como un proxy de la calidad de vida y desarrollo, debido a que sirven para evaluar las condiciones sanitarias de los países, regiones, departamentos y comunidades puesto que evidencian las condiciones sociales, económicas, ambientales y políticas en las que se encuentran los niños y niñas, así como la sociedad en general (Alarcón & Robles, 2007)

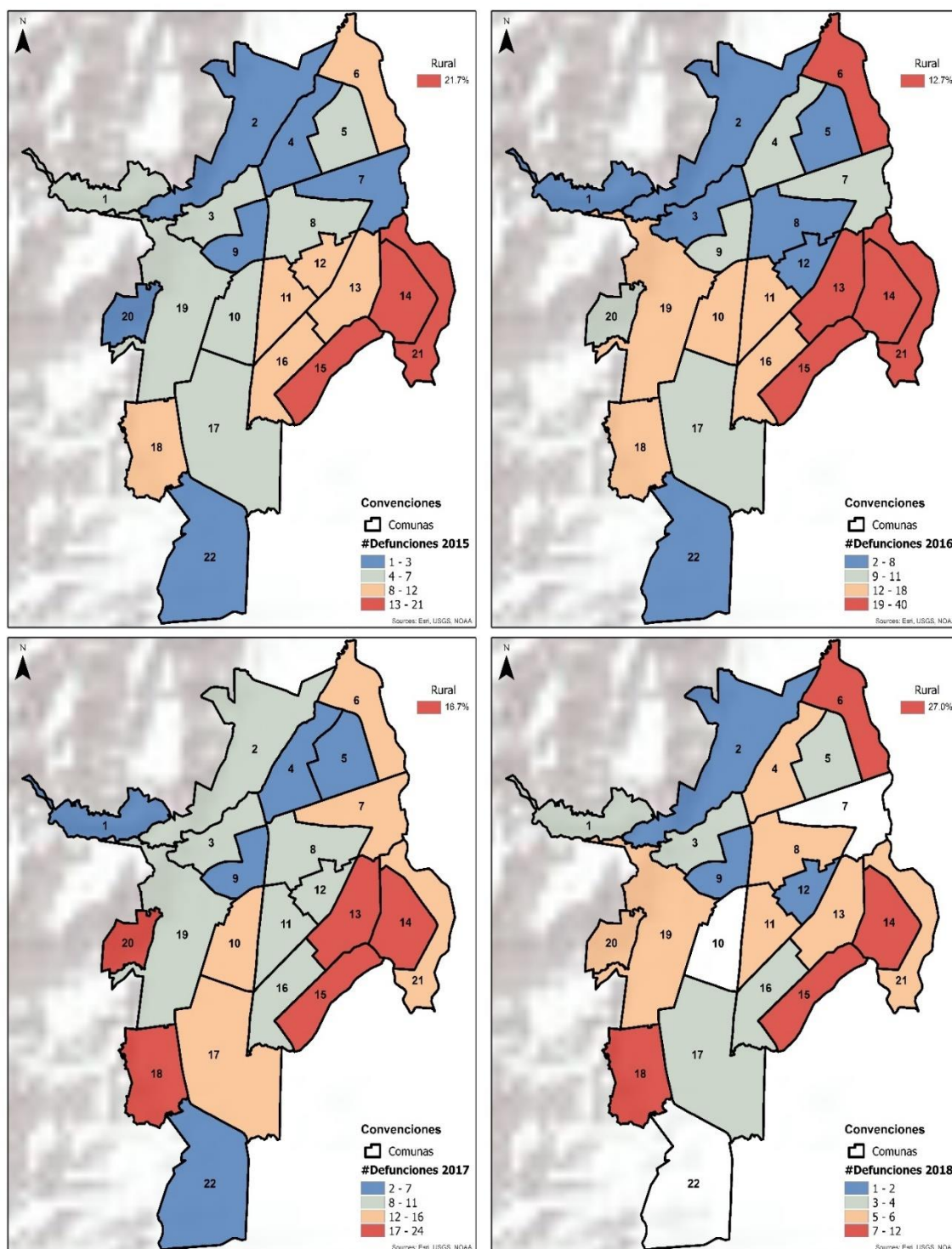
⁷ Mortalidad, fecundidad y migración.

En términos de accesibilidad y garantía de derechos, la mortalidad infantil permite conocer de manera indirecta el grado de accesibilidad que tienen las personas a los servicios de salud y asistencia médica. “Por ejemplo, las causas de muerte entre los recién nacidos están estrechamente relacionadas con el nivel de atención médica recibida durante el nacimiento. Los niños mayores mueren de enfermedades infecciosas asociadas a las malas condiciones sanitarias y de pobreza del medio ambiente en que viven (agua, saneamiento, nutrición, etc.), al nivel de educación de sus madres y a la disponibilidad de atención médica y acceso a conocimiento médico básico” (Alarcón et al., 2007: 9).

La sensibilidad de este fenómeno con el contexto socioeconómico se expresa en la medida que, en condiciones de vulnerabilidad y pobreza el riesgo de morir de enfermedades prevenibles aumenta. Con respecto al desarrollo, convencionalmente la mortalidad infantil se utiliza para hacer comparaciones internacionales y nacionales para calificar las condiciones sanitarias, nutricionales, sociales y económicas (DANE, 2010) (Profamilia, 2015) (Erviti & Segura, 2000).

Para el caso de la población de primera infancia, entre 2015 y 2018 se registraron 1,039 casos lo que representa el 3.2% del total de defunciones no fetales en este periodo. En 2015 las defunciones de niños y niñas menores de 6 años representaron el 1.5% de las defunciones. Para el año siguiente las muertes sobre esta población aumentaron significativamente (2.4%), registrando una tasa de crecimiento del 62.6% al pasar de 203 casos en 2015 a 330 en 2016 (ver Gráfico 3). Para 2017, el porcentaje de muertes de la población de primera infancia se mantuvo casi invariante (2.3%), aunque se registró una tasa de crecimiento anual negativa (-7.3%). Por otro lado, hasta octubre de 2018, los decesos de niños y niñas corresponde al 2.0% de todas las defunciones (ver Mapa 7).

Mapa 7. Distribución de las defunciones de los menores de 6 años según comunas



Fuente: Estadísticas Vitales – DANE. Elaboración propia.

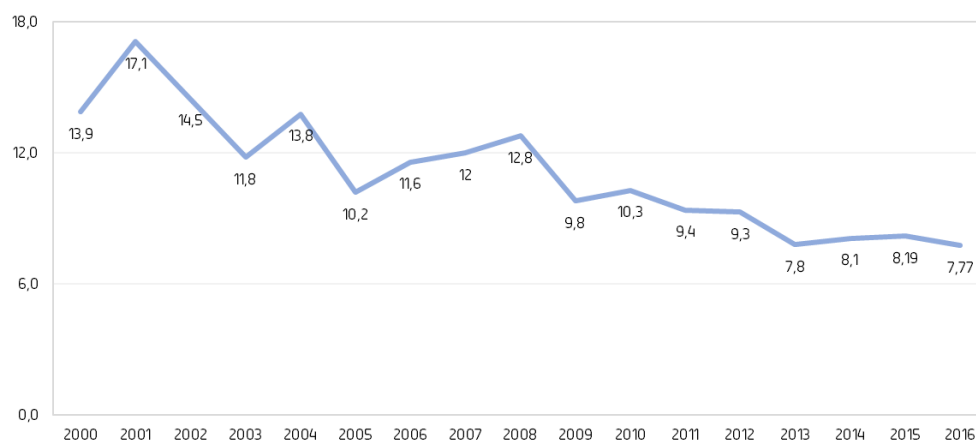
La desagregación por comunas permita observar los patrones geográficos de la mortalidad de la población de primera infancia. En primer lugar, los sectores del oriente y la zona rural

ostentan los porcentajes más altos de defunciones de niños y niñas en el periodo de referencia (ver Mapa 7). En segundo lugar, hay variaciones sustanciales de algunas comunas dentro de la distribución de las muertes de los menores de 6 años, de modo que las defunciones registradas en la zona de ladera, al igual que en el corredor norte-sur y el conglomerado centro-oriente, aumentaron en los últimos dos años (ver Mapa 7).

➤ Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)

Este indicador ha registrado un descenso continuo en el municipio, lo que da cuenta del fortalecimiento y la mejora en la prestación de los servicios de salud (ver Gráfico 32). En esa medida, la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año ha caído considerablemente en las últimas dos décadas, registrándose un mayor descenso a partir del 2009.

Gráfico 32. Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)



Fuente: Secretaría de Salud Pública de Cali. Consultado en SIS y SUIN.

Este indicador permite hacerle seguimiento a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): Garantizar, especialmente a la garantía de una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En ese sentido, la meta estipulada es la siguiente: "[...] para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos" (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016).

Con respecto al nivel nacional, este indicador para 2016 registró 16.8 menores de 1 año fallecidos por 1.000 nacidos vivos, lo cual indica que la ciudad tiene unos niveles inferiores

de mortalidad en menores de 1 año en comparación con lo que sucede en el país (Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), 2018). Con respecto a los ODS, el municipio cumple a cabalidad con la meta que se ha establecido desde el año 2009. Aun así, se continúan con los esfuerzos municipales para disminuir este indicador a cero, teniendo en cuenta que sus causas son totalmente prevenibles.

En las principales causas de mortalidad tienen que ver en el período perinatal con prematuridad, malformaciones congénitas, trastornos respiratorios, sepsis; durante el período post-neonatal se encuentra las infecciones del tracto respiratorio e intestinal y la desnutrición (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

➤ **Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos)**

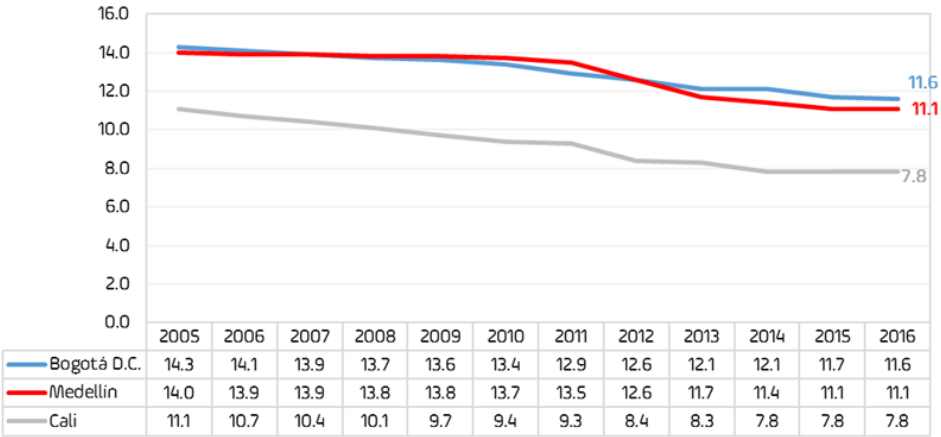
La tasa de mortalidad en menores de 5 años es un indicador que refleja, mejor que la tasa de mortalidad de menores de un año, la carga de enfermedades a las que están expuestos las niñas y los niños de primera infancia, incluidas las que pueden prevenirse con mejores hábitos alimenticios y de nutrición y programas de inmunización.

La tasa de mortalidad infantil presenta un descenso continuo y sistemático en las últimas décadas (Profamilia, 2015). La agenda política mundial enmarcada en los Objetivos del Milenio Sostenibles (ODS), el progreso en materia social y económica, así como los avances tecnológicos, han contribuido especialmente con el mejoramiento en las condiciones de salud y la calidad de vida.

Para el caso de Colombia, mientras que 20.4 niños y niñas de cada 1,000 nacidos vivos moría en 2005, este mismo indicador registró un valor de 16.8 en 2016. No obstante, en el contexto latinoamericano de sociedades desiguales, este descenso oculta la inequidad departamental y municipal. De acuerdo con (Alarcón et al., 2007), la calidad de la información de estadísticas vitales presenta una omisión o sub-registro de las muertes infantiles, el cual varía dependiendo de la capacidad institucional o el nivel de los municipios. En otras palabras, el sub-registro que conlleva a subestimaciones de mortalidad depende del grado de desarrollo de los entes territoriales.

A nivel nacional, existen ciudades que presentan patrones de mortalidad similares a los países desarrollados, por ejemplo, el departamento del Valle del Cauca en 2016 registró la menor tasa de mortalidad infantil en el país (11.5 niños y niñas por cada 1,000 nacidos vivos). Mientras que, otros departamentos como Amazonas (48.1), Vaupés (47.3), Guainía (41.1), Chocó (40.9), Guaviare (36.7) y La Guajira (32.8), registran tasas similares a países de africanos (entre 102 – 33 niños y niñas fallecidos por cada 1,000 nacidos vivos).

Gráfico 33. Tasas de mortalidad infantil comparativa entre las principales ciudades
2005-2016



Fuente: Estadísticas Vitales – DANE. Elaboración propia.

De acuerdo con el DANE, en 2016 Cali fue el municipio con la menor tasa de mortalidad infantil en el país, registrando un valor de 7.8 niños y niñas fallecidos por cada 1,000 nacidos vivos, por debajo de Bogotá (11.6) y Medellín (11.1) (ver Gráfico 1). Lo anterior habla muy bien del sistema de salud de Cali en términos relativos y de la gestión que adelanta el municipio en términos de la atención integral.

Entre las principales causas de muerte durante entre los 0 y 5 años de edad están las relacionadas con la mortalidad perinatal, las infecciones respiratorias, la desnutrición, las lesiones de causa externa y los tumores. Dado que la mortalidad en este grupo de edad, está fuertemente influenciada por las condiciones socio-ambientales y de acceso a bienes y servicios para la madre y el niño, este indicador revela más claramente la brecha en la atención y el derecho a la salud.

Desde la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, se lleva a cabo un proceso de vigilancia epidemiológica para este tipo de eventos y sus hallazgos retroalimentan el direccionamiento de las intervenciones a realizar en las niñas y los niños de primera infancia y sus familias.

➤ **Tasa de mortalidad por IRA en niños y niñas menores de 5 años**

La infección respiratoria aguda (IRA), incluye un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio, pueden ser causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con una evolución menor a 15 días; representan una de las primeras causas de atención médica en todo el mundo, tanto en la consulta ambulatoria como en la hospitalización y se encuentran entre las primeras causas de mortalidad. Estas enfermedades afectan a toda la población, pero fundamentalmente, a los menores de cinco años y a las personas de 65 y más años (Vega, Abarca, & Sánchez, 2006). Cabe señalar que este indicador se encuentra dentro de los eventos que están en permanente vigilancia epidemiológica por parte de la Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali.

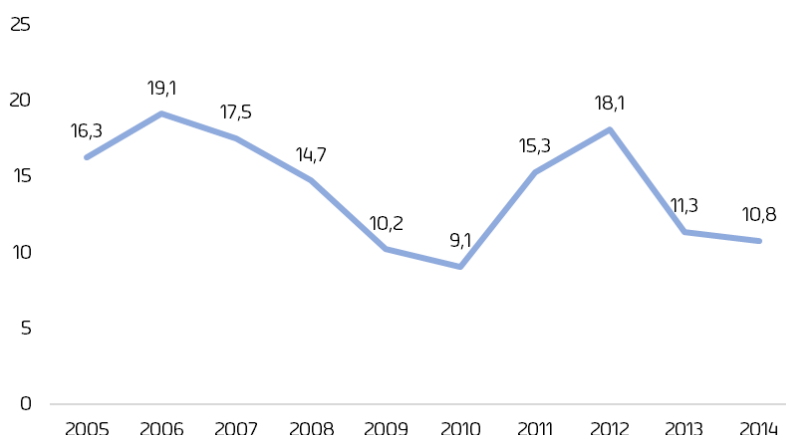


Gráfico 34. Tasa de mortalidad por IRA en niños y niñas menores de 5 años

Fuente: Estadísticas Vitales – DANE. Elaboración propia.

El comportamiento de las tasas específicas de mortalidad por IRA ha sido fluctuante en el municipio de Cali, entre 2006 y 2010 se presentó una tendencia decreciente, pero en 2011

y 2012 vuelve a incrementar la tasa (ver Gráfico 34). Finalmente, para los dos últimos años evaluados se presenta una tendencia a la baja de este tipo de mortalidades en las niñas y niños de primera infancia. A nivel nacional esta tasa de mortalidad en 2016 fue 13.8 (Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), 2018) y es mayor que la registrada en Cali.

➤ Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años

La Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) fue uno de los problemas de salud pública más serios en los países en vía de desarrollo. Constituye una de las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de cinco años. EL mayor nivel de exposición en términos de morbilidad lo presentan los niños y las niñas menores de dos años; se estima que aproximadamente de 80% a 90% de las muertes por diarrea ocurre en ese grupo de edad. De acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), las dos principales complicaciones de las EDA son la deshidratación y la desnutrición (Instituto Nacional de Salud, 2010).

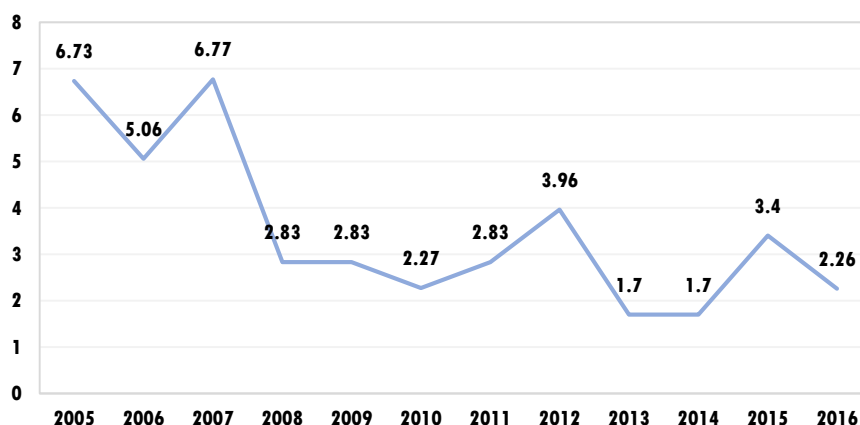


Gráfico 35. Tasa de mortalidad por EDA en niños y niñas menores de 5 años

Fuente: Estadísticas Vitales – DANE. Elaboración propia.

La tasa de mortalidad por EDA en el municipio presenta una tendencia decreciente durante el periodo de referencia, pasando de registrar 6.73 a 2.26 niños y niñas fallecidos por cada 1,000 vivos (ver Gráfico 35). Al comparar estas cifras territoriales con el nivel nacional, se

puede observar que esta tasa es menor en Cali (3.46 en Colombia frente a 2.2 en 2016) (Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), 2018).

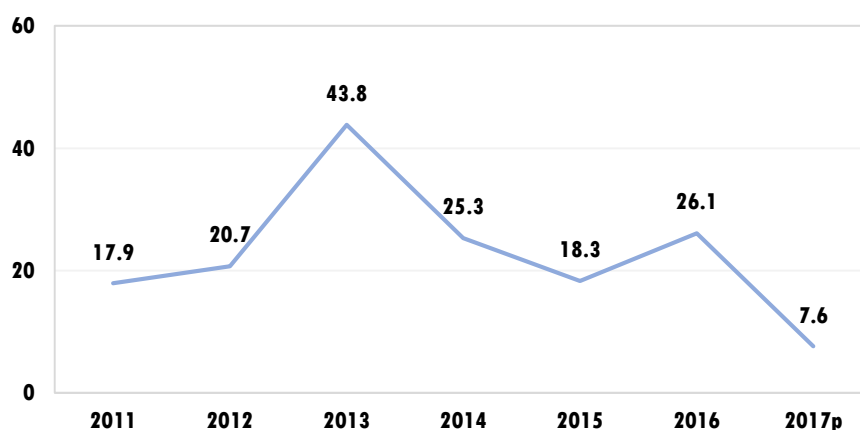
➤ Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

De acuerdo con la OMS, la desnutrición tiene varios efectos que limitan el despliegue de las capacidades y el desarrollo integral de la primera infancia, al alguno de éstos corresponden a la emaciación, retraso del crecimiento, insuficiencia ponderal y carencias de vitaminas y minerales.

Padecer de desnutrición hace más vulnerables a los niños ante la enfermedad y la muerte. La insuficiencia de peso respecto de la talla se denomina emaciación y suele indicar una pérdida de peso reciente y grave, debido que la persona no come lo suficiente y/o tiene una enfermedad infecciosa que provocan pérdida de peso (p.ej. diarrea). Un niño pequeño que presente una emaciación moderada o grave tiene un riesgo más alto de morir si no se le proporciona el tratamiento adecuado.

La talla insuficiente respecto de la edad se denomina retraso del crecimiento y es consecuencia de una desnutrición crónica o recurrente asociada con las carencias socioeconómicas, estado de salud de la madre, recurrencia de enfermedades y/o mala alimentación o cuidados no apropiados para la madre 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” (OMS, 2018)

Gráfico 36. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años



Fuente: Alcaldía de Santiago de Cali. Elaboración propia.

El Gráfico 36 muestra que desde 2013 hasta 2015 este indicador presentó una tendencia decreciente donde pasó de 43.8 a 18.3 fallecidos por cada 1,000 vivos. Para el año 2016 aumenta levemente la tasa y en 2017 de manera preliminar se obtuvo una tasa de 7,6. Igualmente, es importante resaltar que en los últimos 6 años se ha podido evidenciar que la zona oriente del municipio es la más afectada por este fenómeno, incluyendo las comunas 13, 14, 15 y 21 (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017)

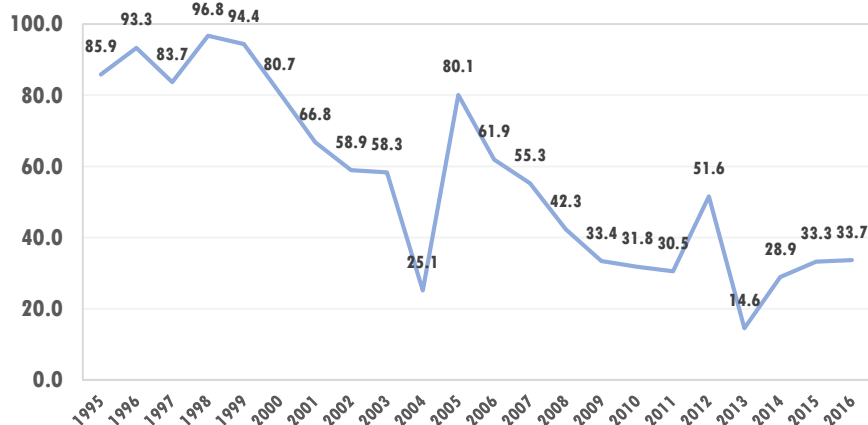
Al comparar con las cifras nacionales, se evidencia que la tasa de mortalidad por desnutrición en el país es de 5.46 por 100.000 niños menores de 5 años (Instituto Nacional de Salud, 2018), lo cual indica que la tasa a nivel municipal es superior y debería priorizarse esta situación como un indicador crítico del estado de la primera infancia en la ciudad.

➤ Razón de mortalidad materna

La razón de mortalidad materna se refiere al número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos. “Muchas mujeres mueren por complicaciones producidas durante el embarazo, el parto o después. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con

la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer” (OMS, 2018).

Gráfico 37. Razón de mortalidad materna



Fuente: Secretaría de Salud Pública de Cali. Consultado en SIS

La tasa de mortalidad materna presenta una tendencia decreciente desde 1990 hasta 2016, pasando de una razón de 87.5 a 25.1 puntos, siendo así una de las tasas más bajas en comparación con otras ciudades del país, teniendo en cuenta que para 2018 en el país se tuvo una tasa de mortalidad materna de 42.8 casos por 100,000 nacidas vivos (Instituto Nacional de Salud, 2018) (ver Gráfico 37). 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.

Curiosamente, desde el 2012 no se han presentado razones de mortalidad tan altas, lo cual permite establecer que, durante este periodo las estrategias territoriales han permitido que se resignifica el rol fundamental de la madre gestante y visibilizado 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.

➤ Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas de primera infancia

La morbilidad corresponde al estudio de las enfermedades que afectan a una población; específicamente, el término señala la cantidad de personas que enferman o son víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. En ese sentido, la morbilidad es muy importante en la medida que permite comprender la evolución, avance y retroceso de enfermedades o eventos epidemiológicos, así como las razones de su surgimiento.

No es ilógico pensar que existe una estrecha relación entre ambos conceptos. Por un lado, la mortalidad alude a las personas fallecidas por diversas causas, mientras que la morbilidad se refiere a las personas que han contraído alguna enfermedad específica; el vínculo entre ambas nociones se debe a que la morbilidad puede desencadenar el fenómeno de la mortalidad (Ministerio de Protección Social et al., 2010a; 2010b).

Analizar los patrones de mortalidad de manera independiente de los aspectos epidemiológicos, limita la comprensión de la dinámica poblacional y la relación existente con las condiciones de vida, el lugar de residencia, el acceso a agua y saneamiento, la afiliación a salud, el nivel educativo, las condiciones materiales de la vivienda, entre otras. Por el contrario, estudiar de manera conjunta e integrada las defunciones y sus causas, junto con los patrones epidemiológicos o enfermedades, resulta fundamental para mejorar la planeación, ejecución y seguimiento de políticas sectoriales tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población.

De acuerdo con (Social, 2010) *“la formulación y ajuste de políticas y planes de salud, la programación de servicios, el cálculo de las necesidades de recursos humanos, medicamentos y equipo médico, la planeación de programas de educación sanitaria, la evaluación del desempeño de los servicios, la vigilancia de la calidad de la atención médica y el grado de utilización de las instalaciones de salud”*.

El país ha entendido esta necesidad y la ha establecido como una prioridad dentro del área de salud pública, de ahí que, desde el año 2000 el Estado haya adoptado el enfoque metodológico de Análisis de la Situación de Salud (ASIS), propuesto por la Organización

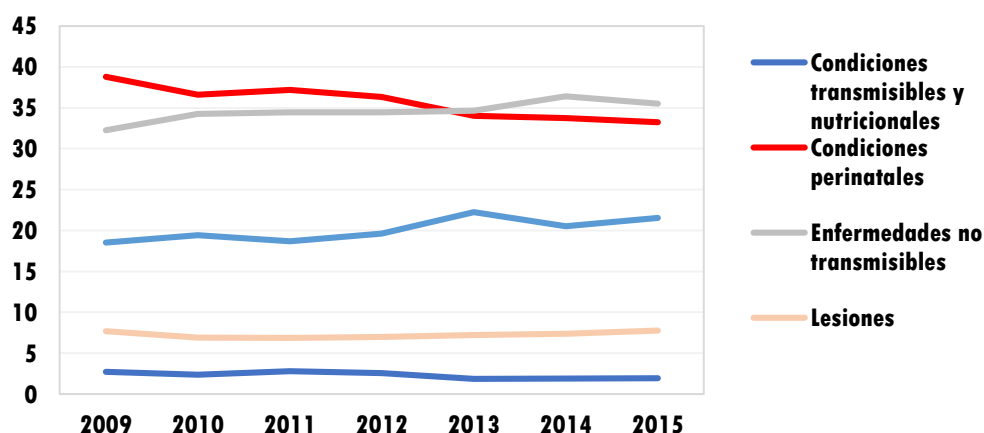
Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Desde entonces, este enfoque se ha incorporado en los Planes Estratégicos de Salud, con el objetivo de consolidar y difundir conocimiento actualizado e integral sobre el estado salud de los colombianos (Ministerio de Protección Social et al., 2010b).

Anteriormente, ambas perspectivas eran abordadas de manera independiente por el sector salud. Por un lado, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) se dedicaba a publicar comunicados de prensa con análisis descriptivos de la información de nacimientos y defunciones, los cuales no profundizaban mucho hasta llegar a establecer posibles relaciones causales e identificar determinantes de las causas de muerte.

Así mismo, el sector de salud pública les hacía seguimiento a los registros de enfermedades, evidenciando los principales eventos epidemiológicos que afectan a los diferentes departamentos. Sin embargo, con la adopción de la metodología ASIS esta situación cambió, en ese sentido, el ASIS constituye un esfuerzo por subsanar el vacío de información y ayudar a construir una mirada más completa y elaborada de la situación de salud de la población.

La morbilidad según la OMS es “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar”, pero para aclarar un poco más, en ese sentido, la morbilidad es un “componente de las estadísticas de salud, y que se refiere al registro, recolección, presentación y evaluación de enfermedades en grupos humanos, originadas en un territorio, consiguiendo indicadores significativos que originen planes para optimizar el estado de salud de la comunidad” (Martínez, 2003).

Gráfico 38. Cinco primeras causas de morbilidad en niños y niñas de primera infancia



Fuente: SISPRO – Ministerio de Salud. Diciembre de 2016, con elaboración de la Subsecretaría de Primera Infancia.

Los principales grupos de enfermedades más representativos dentro de la distribución de eventos mórbidos que afectan a la población de primera infancia tienen que ver con las condiciones perinatales y las enfermedades no transmisibles (ver Gráfico 38). Es importante resaltar que la causa con menor participación en la morbilidad de la población de primera infancia, corresponde a las condiciones transmisibles y nutricionales, las cuales pueden ser prevenibles a través de ciertas medidas de control (Misa, Vignolo, Herrera, Bruno, & Bálsamo, 2007).

Desde el punto de vista epidemiológico, dentro de los diez principales eventos mórbidos o enfermedades que monitorea el SIVIGILA se encuentran algunas relacionadas con aspectos biológicos, naturales o medioambientales y otras más de corte social, las cuales, indistintamente del grupo que conforman pueden ser evitables.

De acuerdo con este registro administrativo, enfermedades como la varicela individual, exposición rábica, dengue, tos ferina y la influenza, son enfermedades pertenecientes al primer grupo. Por otro lado, las de corte social tienen que ver con la malnutrición y el evento que captura las violencias sexuales, contra la mujer e intrafamiliares (VSX, VCM, VIF). Finalmente, también se registran enfermedades transmisibles como la sífilis congénita, que aún no logra controlarse lo suficiente para que el niño nazca sin ésta.

Para 2018, la varicela individual y la exposición rábica presentaron las prevalencias más altas (17.7% y 14.6% respectivamente) (ver Ilustración 6). Por otro lado, las violencias sexuales, intrafamiliares y contra la mujer ocupan la tercera posición dentro de la clasificación de

Tabla 4. Distribución de enfermedades que afectan a la primera infancia – 2018

Código	Nombre del evento	Número niños y niñas	Prevalencia
831	VARICELA INDIVIDUAL	498	17,71
300	EXPOSICIÓN RÁBICA	411	14,62
875	VCM, VF, VSX	389	13,83
113	DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS	308	10,95
345	INFLUENZA (EST) RAG	196	6,97
215	DEFECTOS CONGENITOS	194	6,9
307	VIGILANCIA INTEGRADA DE RABIA HUMANA	164	5,83
210	DENGUE	151	5,37
365	INTOXICACIONES	121	4,3
342	ENFERMEDADES HUERFANAS - RARAS	108	3,84

enfermedades con una prevalencia del 13.8%, seguida de la desnutrición aguda (13.8%) y la influenza (6.9%).

Fuente: SIVIGILA. Elaboración propia.

Por grupos étnico-raciales se observan diferencias interesantes. El Anexo 8 contiene información sobre las prevalencias de los principales eventos epidemiológicos para niños y niñas afrodescendientes, indígenas y blancos/mestizos. A este respecto, los afrodescendientes presentan la mayor exposición a violencias sexuales, intrafamiliares y contra la mujer (23.1%) frente a los otros grupos poblacionales, lo mismo ocurre para el caso de la desnutrición aguda en menores de 5 años (19.5%). Los indígenas tienen las prevalencias más altas de exposición rábica, lo que podría estar asociado con expresiones culturales propias, como la cría de animales, que exponen a los niños a diversas enfermedades al entrar en contacto con este vector. Nótese que las prevalencias para los blancos/mestizos mucho más moderadas, presentándose como principal enfermedad la varicela individual (17.7%).

Realización 3: Goza y mantiene un estado nutricional adecuado.

- *Nutrición*

Mundialmente se ha reconocido que tener buenos hábitos alimenticios es muy importante para conservar un buen estado de salud, más recientemente se reconoce la importancia que tienen estos hábitos durante los primeros mil días de vida (contados desde la gestación y hasta los dos años), para el desarrollo del cerebro. Durante este periodo de días se generan todas las conexiones neuronales en las niñas y los niños, proceso que se ve favorecido directamente por la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada, por el contrario, resulta impedido o limitado por efectos de una mala nutrición (Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia, 2013). En esa medida el estudio de la salud nutricional permite conocer el comportamiento del derecho a la alimentación y es una muestra de la seguridad alimentaria de la población (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016).

- *Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla para la edad en menores de 5 años*

La Prevalencia de Desnutrición Crónica (PDNTC) en menores de 5 años es el porcentaje de niños menores de 5 años cuya talla para la edad se encuentra por debajo de -2 Desviaciones Estándar (DE) respecto al número total de población menor de 5 años en un determinado país, territorio, o área geográfica por cada 100 personas de ese grupo de edad (Observatorio Así Vamos en Salud, 2010).

La desnutrición crónica refleja una inadecuada salud o nutrición durante un tiempo prolongado y es el tipo de desnutrición más prevalente en la población infantil de América latina y el Caribe (Consejo Nacional de Política Económica Social, 2008). Entre 2012 y 2013 este indicador permaneció constante en 6.6% de niños menores de 5 años cuya talla para la edad se encuentran por debajo de -2 Desviaciones Estándar (DE) respecto al número total de población menor de 5 años del municipio.

Para 2014 se presentó un aumento de la tendencia hasta llegar al 7.7%, lo que es preocupante dado que la desnutrición crónica durante los primeros años de vida lleva a perjuicios permanentes que afectan las futuras generaciones (Victora, CG; et al., 2008). Estos perjuicios a corto plazo pueden ser el aumento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad, y a largo plazo pueden ser bajas habilidades intelectuales, productividad económica, desempeño reproductivo y enfermedades cardiovasculares y metabólicas (Black, RE; et al. , 2008).

Los datos del SIVIGILA confirman este súbito incremento de la prevalencia de desnutrición aguda en la medida que para 2016 fue del orden de 5.8%, y continuó aumentando para los años subsiguientes (7.2% en 2017 y 10.9% en 2018). Estas cifras muestran un incremento de la desnutrición en la población de niños de Cali. Por grupo étnico-racial, para el periodo comprendido entre 2011 y 2018, los afrodescendientes e indígenas alternan las prevalencias más altas de desnutrición crónica, lo que denota el vínculo entre clase social, color de piel y hambre.

➤ Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años

La Prevalencia de Desnutrición Global (PDNTG) en menores de 5 años es el porcentaje de niños menores de 5 años cuyo peso para la edad se encuentra por debajo de -2 Desviaciones Estándar (DE) respecto al número total de población menor de 5 años en un determinado país, territorio, o área geográfica por 100 personas de ese grupo de edad (Observatorio Así Vamos en Salud, 2010).

La Desnutrición Global es el indicador más utilizado y de mayor antigüedad, que se ha utilizado para la fijación de metas tanto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM como en los distintos programas diseñados para disminuir el hambre en el mundo, ya que permite indicar el estado nutricional de las últimas semanas.

Este indicador presenta una leve tendencia decreciente pasando de 5.5% en 2012 a 5.2% en 2014, lo cual indica que se deben continuar fortaleciendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, además de hacer efectiva la aplicación

de la Ruta de Atención a Niños Desnutridos, a fin de disminuir complicaciones, retraso en el crecimiento y desarrollo y muertes evitables y contribuir a lograr la meta nacional de “Cero tolerancia a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables” (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

➤ **Porcentaje de niños y niñas con bajo peso al nacer**

El porcentaje de niños con bajo peso al nacer es un indicador que permite identificar los niños que tienen mayores riesgos de sufrir complicaciones de salud, incluso la muerte durante sus primeros años de vida. El bajo peso es cuando el recién nacido presenta un peso inferior a 2,499 gramos (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016).

Este padecimiento del bajo peso al nacer afecta principalmente a los grupos más vulnerables de la población, por lo cual es un indicador de inequidad social y se concentra en la población más pobre.

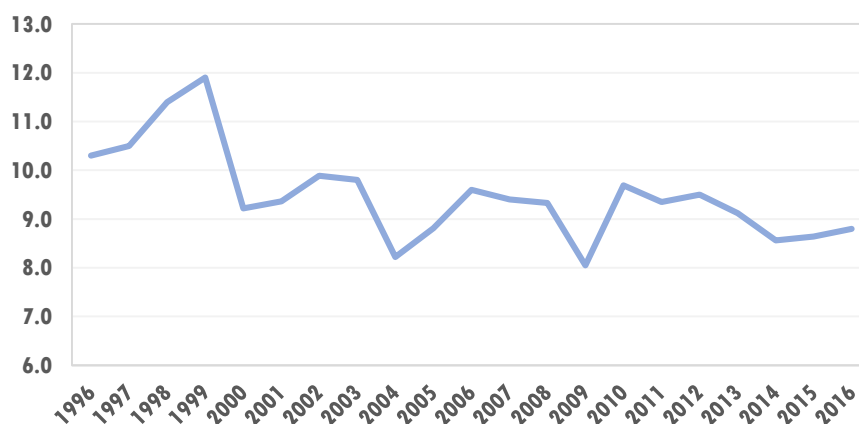


Gráfico 39. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer

Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2016) con elaboración de la Subsecretaría de Primera Infancia.

En el municipio de Santiago de Cali, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer tiene una tendencia decreciente, pasando en 1996 de 10.3% a 8.8% en el 2016. Igualmente es importante mencionar que también se presentan aproximadamente cada 4-5 años descensos considerables del indicador.

En comparación con el nivel nacional, este indicador para 2016 muestra que el 9.1% de niños nacidos tienen bajo peso en el país, cifra que es superior a la municipal en un punto porcentual (Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), 2018), lo cual indica que la ciudad está haciendo buenos esfuerzos hacia las mujeres gestantes en pro de disminuir este padecimiento.

Este indicador guarda estrecha relación con el estado de salud y nutrición de la mujer gestante, con su edad, y el corto intervalo entre embarazos sucesivos, así como el embarazo no planeado, entre otros. Igualmente, se conoce que los niños que nacen con peso bajo pueden presentar problemas de salud y mayor riesgo de sufrir incapacidades (retraso mental, parálisis cerebral, entre otras), por lo que el abordaje de este problema sobrepasa la intervención del sector salud. No obstante, desde la Secretaría de Salud Pública se desarrollan intervenciones que van desde la etapa preconcepcional, gestación, primera infancia, infancia y adolescencia (Línea de Salud Sexual y Reproductiva, Estrategias Maternidad Segura, AIEPI, Escuela Saludable y Servicios Amigables para Jóvenes). (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

En 2017 con respecto a las características de la madre de las niñas y niños con bajo peso al nacer se encontró que el 70% de los casos ocurren en mujeres de 15 a 29 años, con 50% del régimen de seguridad contributivo, el 40% no subsidiado y un 8,3% es población pobre no asegurada (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017).

➤ Duración mediana de la lactancia materna exclusiva

Por “lactancia materna exclusiva” se entiende que el niño recibe solamente leche materna y puede o no incluir rehidratación oral o gotas de vitaminas, minerales o medicinas. La OMS y el Plan Decenal de Lactancia Materna recomienda hasta los 6 meses de vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

En Colombia según los datos tomados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2005 y 2010, amamantar ha sido una práctica más generalizada en mujeres de poco nivel de instrucción formal y residentes en zonas rurales, sin embargo paulatinamente se

observa un incremento en la duración total de la Lactancia Materna exclusiva como de la lactancia complementaria, con incrementos interesantes entre mujeres universitarias y residentes en grandes ciudades como Cali, cuya duración mediana de lactancia materna exclusiva es solamente de 2,2 meses en 2005 (Alcaldía de Santiago de Cali, 2005) y de 0.8 meses en 2010 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

La recolección de los datos para el cálculo de este indicador, no es realizado por ninguna entidad del municipio de Santiago de Cali, este cálculo se realiza a través de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, que aplica cada 5 años en el país.

Realización 4: Crece en entornos que favorecen su desarrollo.

- *Atención (Integral y no integral) - De 0 a 4 años*

En el municipio la atención a la primera infancia se brinda a través de (3) modalidades; institucional, familiar (Atención integral) y comunitaria (Atención no integral). Estas modalidades están reguladas por el ICBF.

➤ *Modalidad institucional*

Esta modalidad funciona en espacios institucionales con el objetivo de atender los niños y las niñas en su etapa de primera infancia, en los mismos se busca garantizar atención de calidad mediante la prestación de un servicio de educación inicial, cuidado calificado y nutrición. Adicionalmente, se adelantan acciones para garantizar los derechos fundamentales de salud, protección y participación (ICBF, 2018). Dichos espacios se ven materializados en:

- Centros de Desarrollo Infantil – CDI.
- Hogares Infantiles – HI.
- Hogares Lactantes y Preescolares – HLP.
- Hogares Comunitarios de Bienestar - Hogares Múltiples.
- Hogar Comunitario de Bienestar - Jardín Social.
- Hogares Comunitarios de Bienestar- Hogar Empresarial.

➤ Modalidad familiar

Esta modalidad reconoce el lugar protagónico que tienen las familias en el cuidado, educación y desarrollo de los niños y las niñas desde la etapa de gestación hasta los 5 años. La modalidad está dirigida a mujeres gestantes, en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 5 años o hasta su ingreso al grado transición, cuyas familias y cuidadores requieran apoyo para fortalecer sus procesos de cuidado y crianza en el hogar. Dado que busca fortalecer el vínculo afectivo de los niños y niñas con sus familias, prioriza el acceso de menores de 2 años.

Se desarrolla a través de procesos de formación y acompañamiento a familias y cuidadores, con el propósito de fortalecer sus habilidades en el cuidado, crianza y construcción conjunta de herramientas para la promoción armónica e integral del desarrollo. El fortalecimiento en el cuidado y crianza de los niños y las niñas se genera mediante la implementación de encuentros educativos grupales y encuentros individuales en los hogares, con las mujeres gestantes, las mujeres lactantes, los niños, las niñas y sus cuidadores (ICBF, 2018).

Esta modalidad se ve materializada en dos espacios:

- Desarrollo Infantil en Medio Familiar
- Hogar Comunitario de Bienestar – FAMI

➤ Modalidad comunitaria

En 1986, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) aprobó el proyecto Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), como una estrategia de desarrollo humano y una nueva concepción de atención, para llegar a la población infantil más pobre de zonas urbanas y núcleos rurales del país, buscando desde sus inicios la democratización de los programas para la infancia, el aumento de las coberturas y la participación de las familias y la comunidad con mayores necesidades.

Con esta modalidad, el ICBF fortalece la responsabilidad, los deberes y las obligaciones de la familia, y en especial de los padres, en la protección, formación y cuidado de sus hijos, así

como en la participación y autogestión comunitaria, para la garantía del buen cumplimiento de los derechos de los niños y las niñas, orientando los recursos y el trabajo solidario en beneficio del desarrollo integral de los mismos. El ICBF subsidia en corresponsabilidad, con la familia y la sociedad, y utilizando un alto porcentaje de recursos locales, la atención de las necesidades básicas de afecto, nutrición, salud, protección y desarrollo psicosocial de los niños y las niñas en la primera infancia, focalizando los recursos en la población de mayor vulnerabilidad (ICBF, 2018).

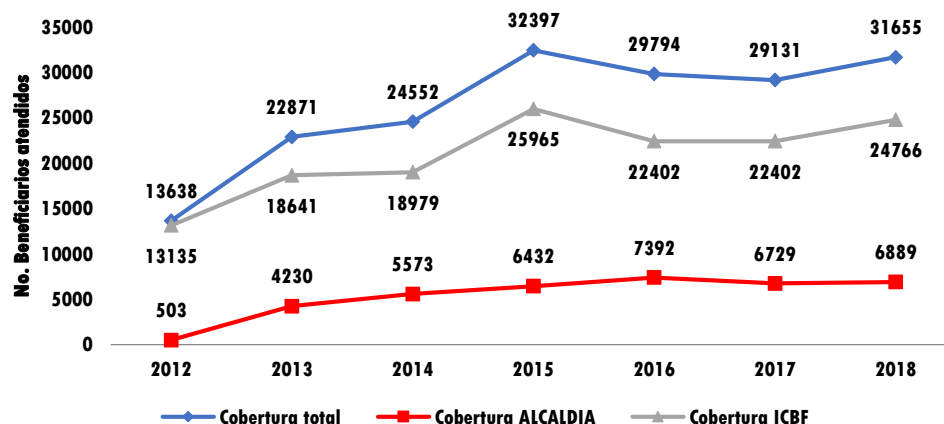
Esta modalidad se ve materializada en los siguientes espacios:

- Hogar Comunitario de Bienestar – Tradicional
- Fortalecimiento de los HCB a través de las Unidades Pedagógicas de Apoyo – UPA
- Hogar Comunitario de Bienestar - Agrupados

A continuación, se presentan los indicadores sobre las coberturas de atención integral y no integral brindadas en el municipio tanto por la Alcaldía de Santiago de Cali como por el ICBF Regional Valle:

Coberturas de atención integral

Gráfico 40. Coberturas de atención integral Alcaldía de Santiago de Cali e ICBF 2012-2018



Fuente: ICBF Reporte CUENTAME a junio de 2018. Elaboración propia.

Como se puede observar en el Gráfico 40 la atención integral en el municipio presenta una tendencia creciente, tanto en la financiada por la Alcaldía como la financiada por el ICBF. Esta tendencia creciente es un aspecto positivo y un logro importante para la ciudad; teniendo en cuenta que desde la Ley 1804 de 2016, la atención integral es una obligación y un derecho para todas las niñas y los niños de primera infancia.

Coberturas de atención no integral

El ICBF además de las coberturas de atención integral aún presenta modalidades de atención no integrales que tienen las siguientes coberturas:

Tabla 5. Coberturas atención no integral ICBF - Corte junio de 2018

MODALIDAD NO INTEGRAL	BENEFICIARIOS
HCB AGRUPADOS – INSTITUCIONAL TRADICIONAL	1281
HCB FAMILIAR TRADICIONAL	3566
HCB TRADICIONAL-COMUNITARIO (T)	12392
TOTAL	17239

Fuente: ICBF Reporte CUENTAME a junio de 2018, con elaboración de la Subsecretaría de Primera Infancia.

- **Educación Inicial – 5 años**

El Ministerio de Educación Nacional ha establecido esta oferta de educación inicial con el nombre de “Preescolar es una nota”, esta es una “iniciativa que busca que los niños y las niñas que asisten al grado transición se les garantice el derecho al desarrollo integral y las condiciones para acceder y permanecer en los establecimientos educativos. Por lo anterior, esta apuesta aborda los aspectos no negociables para que los niños y las niñas se sientan a gusto en su primera experiencia educativa, que vivan experiencias pedagógicas que potencien al máximo su desarrollo integral, que sus docentes estén motivados y sean los mejores, que se les garantice una alimentación saludable y balanceada y que sus familias participen activamente en los procesos educativos” (Ministerio de Educación Nacional, 2018).

La estructura operativa de preescolar integral funciona en un grupo de aproximadamente 25 niñas y niños por docente asignado, sin embargo, el tamaño de los grupos es incierto,

pues depende de la disponibilidad de aulas y la demanda de cupos por cada territorio en particular. La jornada de atención se establece en la mañana o en la tarde con máximo seis (6) horas de atención cada una, o una jornada única de siete (7) horas de atención. Con respecto al componente nutricional, algunos grupos cuentan con complemento alimentario, a través del cual se debe brindar un aporte nutricional que este entre el 20% y el 50% del aporte necesario, este dependerá de la jornada de atención y de los recursos disponibles. El talento humano de preescolar integral, es contratado por la secretaría de educación correspondiente y asignado a cada establecimiento educativo (ICBF, 2016).

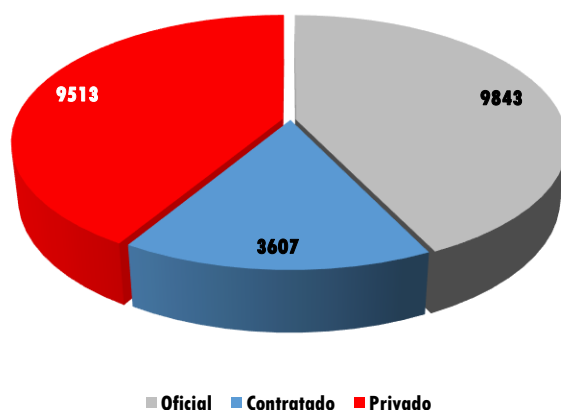
Cobertura preescolar integral – transición integral

En el municipio, tanto la Alcaldía por medio de la secretaría de educación municipal como el ICBF tienen oferta de atención en preescolar integral, para corte a junio de 2018 se alcanzó un total de 3,495 beneficiarios, de los cuales 2,778 son financiados por ICBF y 770 por la Alcaldía municipal.

Cobertura transición no integral

Con respecto al grado transición sin atención integral, la secretaría de educación es la encargada de brindar dicha atención, en el 2017 se tenían matriculados en este grado un total de 22,963 niñas y niños, distribuidos como se observa en la siguiente gráfica:

Gráfico 41. Matricula del grado transición según sector 2017



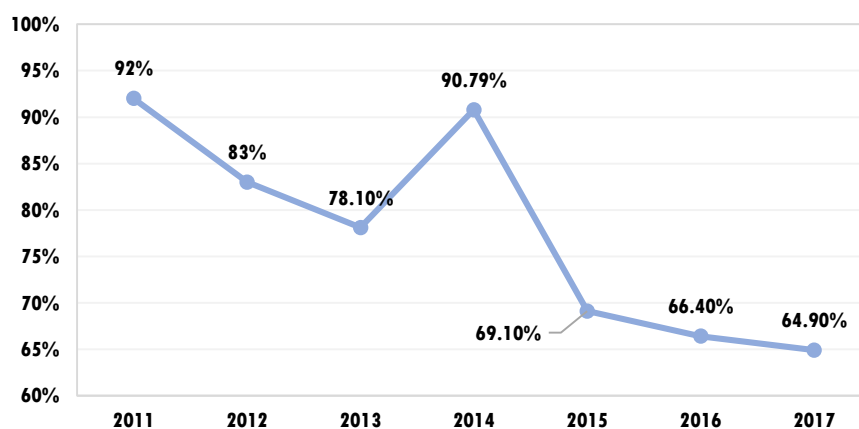
Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017), con elaboración de la Subsecretaría de Primera Infancia.

Los datos muestran que la mayoría de los matriculados en el grado transición hacen parte del sector oficial (9,843 niñas y niños de primera infancia que equivalen al 43% del total de niños matriculados al grado transición), seguidos del sector privado que alcanza un total de 9,513 niñas y niños (41%) y los restantes, 3,607 pertenecientes al sector contratado (16%).

Tasa de cobertura bruta y neta para el grado transición

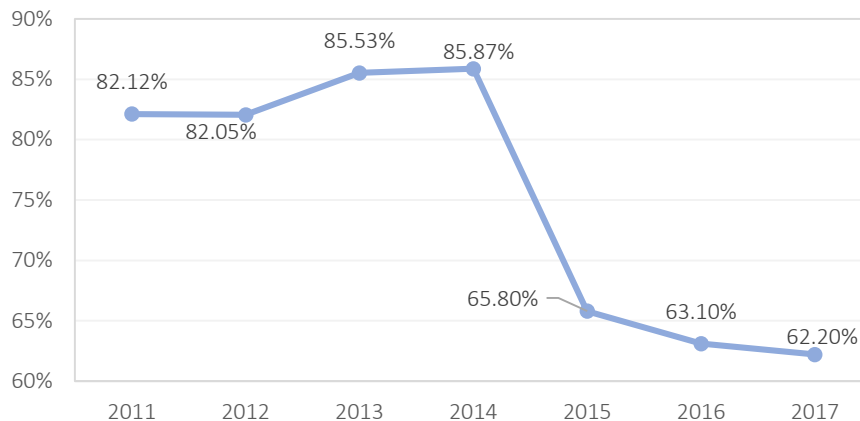
Igualmente, se monitorea esta oferta a través de las tasas de cobertura bruta y neta para el grado transición, que son “indicadores que muestran la relación porcentual de la matrícula con la demanda social en educación que debe ser atendida en un periodo determinado. La diferencia entre ellas radica en que la tasa de cobertura neta tiene en cuenta la participación relativa de la matrícula en el sistema educativo considerando la edad teórica del estudiante, mientras que la tasa de cobertura bruta no tiene en cuenta la edad en su cálculo” (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017). A continuación, se presentan los resultados de dichos indicadores desde 2011 a 2017:

Gráfico 42. Tasa de cobertura bruta para el grado transición



Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017), con elaboración de la Subsecretaría de Primera Infancia.

Gráfico 43. Tasa de cobertura neta para el grado transición



Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017), con elaboración de la Subsecretaría de Primera Infancia.

Como se puede observar ambas tasas para el grado transición han tenido un crecimiento negativo, descendiendo alrededor de dos puntos porcentuales para la cobertura bruta y de un punto porcentual aproximadamente para la cobertura neta. Estos descensos se deben en parte a la disminución generalizada de las tasas de cobertura en el municipio, lo cual refleja la capacidad que tiene el sistema educativo del municipio para cubrir o atender una población en un rango de edad específico y mide indirectamente el nivel de gestión administrativa en la disminución de la proporción de ingresos tardíos y de las tasas de extra edad (Alcaldía de Santiago de Cali, 2017).

A nivel nacional estos indicadores también tienen un comportamiento similar, para el caso de la cobertura escolar neta en transición se dio una variación en el porcentaje de niños matriculados del 62.2% en el 2011 a 55.2% en 2017 y para la cobertura escolar bruta se pasó de 97.1% en 2012 a 84.35% en 2017, similar al comportamiento de las tasas de cobertura a nivel municipal.

Realización 5: Construye su identidad en un marco de diversidad.

El reconocimiento de la identidad de las niñas y los niños a través del registro civil de nacimiento es el medio formal para el acceso a derechos y servicios sociales claves para su

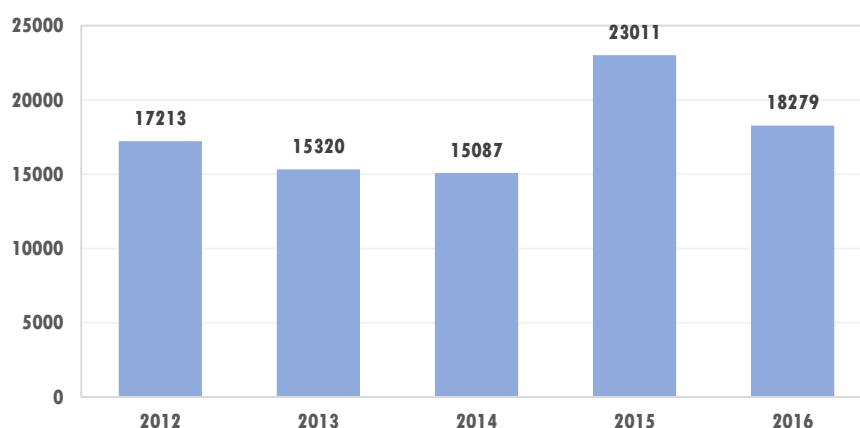
desarrollo integral. Además, proporciona información demográfica que contribuye a la planeación y diseño de políticas y procesos de intervención a favor de la niñez.

En la convención sobre los derechos del niño, específicamente en su artículo 7 se menciona que “el niño/a será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos” (ONU, 2005). El Estado colombiano garantiza este derecho mediante el artículo 25 del Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006). A continuación, se presenta el indicador con el cual se realiza seguimiento a esta realización:

- *Niñas y niños menores de 1 año registrados*

El niño o la niña que llega con sus padres a la oficina registral (Registraduría o Notaria), debe portar el documento antecedente para sentar el registro, ya sea certificado de nacido vivo, o declaración de dos testigos hábiles, una vez revisados los datos del registro civil este se firma por los interesados y por el funcionario registral, se entrega una de las copias al interesado y el original se registra en la base de datos del registro civil. A continuación, se encuentran las cifras sobre los niños y las niñas de 1 año que han sido registrados en la ciudad:

Gráfico 44. Niños y niñas menores de 1 año registrados en Santiago de Cali



Fuente: Sistema Único de Información de la niñez del Sistema Nacional de Bienestar Familiar-SUIN; Registraduría Nacional del Estado Civil.

Como se observa en el gráfico, aunque el proceso de registro de las niñas y los niños de primera infancia ha ido incrementando con los años, todavía hay una brecha amplia de 31.6% de niños menores de un (1) año que no se encuentran registrados, lo que representa un limitante para el acceso y garantía de sus derechos. Para ello la Registraduría Nacional del Estado Civil ha realizado diferentes actividades a nivel nacional, tendientes a desaparecer el subregistro, el cual se ataca desde la edad de 0 años, sin embargo, existen limitantes geográficas, de seguridad, de desplazamiento forzado y violencia, que no permiten identificar a los menores de un año, lo cual impide determinar la identificación de la proporción solicitada. Sin embargo, la Registraduría Nacional a través de la coordinación de la UDAPV aminora esta circunstancia y de esta manera garantiza la inscripción de los menores de un año.

Realización 6: Expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta.

- *Deporte y recreación*

La Convención Internacional de Derechos de la Niñez –CDN- 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 el hecho de respetar y promover el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, para participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento”.

“En la primera infancia la recreación es vista como un ejercicio de la libertad y como oportunidad para configurar procesos de toma de decisión individual y grupal, es en sí misma un escenario para el fortalecimiento de las capacidades de las niñas y los niños para asumir y disfrutar de manera plena, aquello que les hace sentir bien, aquello que les representa algún nivel de satisfacción por la acción misma que se elige y se realiza” (Coldeportes).

➤ Metros cuadrados de parques por niño

De acuerdo con el Departamento Administrativo de Planeación Municipal para 2016, en el municipio se cuenta con 3.063.68, 74 m² de parques, por tanto, se tienen 4.66 m² de parque por niño o niña presente en la ciudad.

➤ Espacios recreativos y lúdicos para la primera infancia

De acuerdo con la secretaría del deporte y la recreación se cuenta con trece (13) espacios recreativos y lúdicos para la primera infancia en el municipio, los cuales se detallan a continuación:

No .	COMUNA	ESCENARIO / DIRECCIÓN	INVERSIÓN
1	4	PRIMERA INFANCIA BARRIO SAN FRANCISCO, CALLE 33N CARRERA 2 A	\$95.674.403
2	5	PRIMERA INFANCIA BARRIO CHIMANGOS 1 CALLES 63 Y 64 CON CARRERAS 1B	\$76.175.850
3	5	PRIMERA INFANCIA CALLE 69 CON CARRERAS 6ta y 7ma - BARRIO SANTA BARBARA C 5	\$87.594.682
4	5	PRIMERA INFANCIA POLIDEPORTIVO GUAYACANES	\$76.169.262
5	11	PRIMERA INFANCIA BARRIO JOSE MARIA CORDOBA CRA 33B Y 34 CALLE 32B Y 34 COM 11	\$76.172.492
6	13	PRIMERA INFANCIA CARRERA 72 CON CALLE 28E POBLADO COM 13.	\$47.617.708
7	13	PRIMERA INFANCIA POLIDEPORTIVO LOS LAGOS II CALLE 72 T NO. 26 H 3 - 22	\$94.793.851
8	15	PRIMERA INFANCIA CIUDADES PROSPERAS EL VALLADO . CARRERA 41B CALLE 50	\$76.169.903
9	16	PRIMERA INFANCIA POLIDEPORTIVO CIUDAD 2000 EN LA CARRERA 68 CON CALLE 33 B	\$94.794.295
10	16	PRIMERA INFANCIA REPUBLICA DE ISRAEL. JUEGOS CARRERA 44 CON CALLE 38 Y 39.	\$47.617.708
11	18	PRIMERA INFANCIA POLIDEPORTIVO BARRIO HORIZONTES calle 4a No 92 94	\$76.175.608
12	19	LUDOTECA FIAT LADO ORIENTAL DEL ESTADIO PASCUAL GUERRERO CARRERA 36 ENTRE CALLES 5 Y 5B3	
13	21	PRIMERA INFANCIA POLIDEPORTIVO POTRERO GRANDE CALLE 126 CON CARRERA 28 C8 Y 28 C 11 - COMUNA 21	\$94.770.424
TOTAL PRIMERA INFANCIA			\$943.726.187

Tabla 6. Espacios recreativos y lúdicos para la primera infancia

Fuente: Secretaría del Deporte y la Recreación

Igualmente, para aquellos lugares donde no se ha podido establecer espacios recreativos y lúdicos fijos, se cuenta con estrategias como la ludoteca rodante, la cual promueve la interacción de las niñas, los niños y familias por medio del juego y actividades lúdicas que permitan la participación e integración de todos. En la misma se puede disfrutar de juegos especialmente diseñados para las niñas y los niños de primera infancia como por ejemplo el gimnasio, que permite trabajar la motricidad fina de los niños y las niñas. Asimismo, están los juegos reglados en los que los pequeños interactúan mediante juegos de mesa y con ello adquieren conocimiento sobre normas y reglas que deben seguir; un último espacio en el que participan en juegos de roles (Alcaldía de Santiago de Cali, 2018)

Ilustración 4. Ludoteca rodante del Municipio de Santiago de Cali



Fuente: (Alcaldía de Santiago de Cali, 2018)

- *Cultura*

El arte y la literatura son consideradas dos de las cuatro actividades rectoras de la primera infancia, que lejos de ser herramientas o estrategias pedagógicas, que se "usan como medio para lograr otros aprendizajes", en sí mismas permiten que los niños y las niñas adquieran herramientas importantes en su desarrollo (Ministerio de Educación Nacional, 2018)

“La literatura de la primera infancia abarca los libros publicados, pero también todas aquellas creaciones en las que se manifiesta el arte de jugar y de representar la experiencia a través de la lengua; no se restringe exclusivamente a la lengua escrita, pues involucra

todas las construcciones de lenguaje —oral, escrito, pictórico— que se plasman, unas veces en los libros y otras veces en la tradición oral” (Ministerio de Educación Nacional, 2014).

Las actividades de promoción de lectura con niños desde la primera infancia se realizan en espacios ideales, dotados de una amplia bibliografía y recursos para la promoción de la lectura. Gracias al talento y conocimiento de nuestros bibliotecarios y a la variada colección de fondos bibliográficos, avanzamos cada día en la formación de nuevos lectores.

Ilustración 5. Rincones de primera infancia en la Red Pública de Bibliotecas



Fuente: http://www.cali.gov.co/cultura/publicaciones/108469/servicios_de_la_red_de_bibliotecas_publicas_de_cali/

La Secretaría de Cultura tiene actualmente 21 rincones infantiles en su Red de Bibliotecas Públicas del municipio.

Tabla 7. Rincones de primera infancia en la Red de Bibliotecas Públicas

No.	Biblioteca pública	Com una	Dirección	Barrio
1	Centro Cultural Com una 1	1	Avenida 5A Oeste # 44-69	Vista Hermosa
2	Biblioteca Patrimonial Centenario	3	Calle 4 Oeste # 1-12	El Peñón
3	Centro Cultural de Cali	3	Camera 5 # 6-05	La Merced
4	El Sena	5	Camera 3A # 46C-10	El Sena
5	San Luis I	6	Calle 71-1A # 10-50	San Luis I
6	León de Greiff	7	Calle 72B # 11-06	Siete de Agosto
7	Antonio José Escobar	8	Calle 54 # 15A-24	Chapinero
8	EL Jardín	11	Calle 27 # 36-10	El Jardín
9	Álvaro Mutis	12	Calle 50 con Camera 28F	Doce de Octubre
10	Centro Emprendimiento Cultural	13	Camera 28D # 70-91	El Pondaño
11	Central Diáctica El Poblado	13	Camera 28 # 72L-79	El Poblado I
12	Centro Cultural Nuevo Latir	14	Calle 76 # 28-20	Alfonso Bonilla
13	Central Diáctica La Casona	14	Camera 27 # 103-71	Alfonso Bonilla
14	CDC El Retiro	15	Camera 39B # 48A-01	El Retiro
15	Rigoberta Menchú	15	Camera 32A # 49-50	Laureano Gómez
16	Centro Cultural Com una 18	18	Calle 1B Oeste # 93-24	Alto Jordán
17	Central Diáctica Ladera	18	Calle 2B Oeste # 90-27	Alto Nápoles
18	Especializada Deporte y Recreación	19	Camera 35 con Calle 5B - Estadio Pascual Guerrero	San Fernando
19	Desepaz	21	Camera 23 # 120-00	Desepaz
20	Centro Cultural La Leonera	58	Cabecera	La Leonera
21	Rum enrique Perea Padilla	64	Calle 11 Oeste # 42-12	Montebello

Fuente: Secretaría de Cultura

Igualmente, la Red de Bibliotecas Públicas cuentan para primera infancia e infancia con las cajas y mochilas viajeras, donde los libros viajan por los barrios y los campos. Las Cajas Viajeras se crearon para fomentar el intercambio y la concertación entre las instituciones educativas. Entre 50 y 60 libros seleccionados por el maestro en compañía del bibliotecario, se rotan en circuitos de hasta 6 colegios, de acuerdo a la ubicación geográfica o área de interés de sus proyectos educativos. Las Mochilas Viajeras están destinadas a los hogares, siendo los niños y jóvenes los principales agentes dinamizadores e interlocutores entre la biblioteca y sus familias. Son maletines que llevan hasta 7 libros seleccionados entre el bibliotecario y el usuario.

Ilustración 6. Mochilas viajeras



Fuente: Tomadas de http://www.cali.gov.co/cultura/publicaciones/108469/servicios_de_la_red_de_bibliotecas_publicas_de_cali/

Realización 7: Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.

El Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) en su artículo 7 establece las cuatro acciones fundamentales que deben realizar las familias, la sociedad y el Estado en relación con la protección integral de los derechos de las niñas y niños:

- Reconocer que las niñas y los niños son sujetos de derechos.
- Garantizar su cumplimiento.
- Prevenir su amenaza o vulneración.
- Asegurar su restablecimiento inmediato, en caso de ser vulnerados.

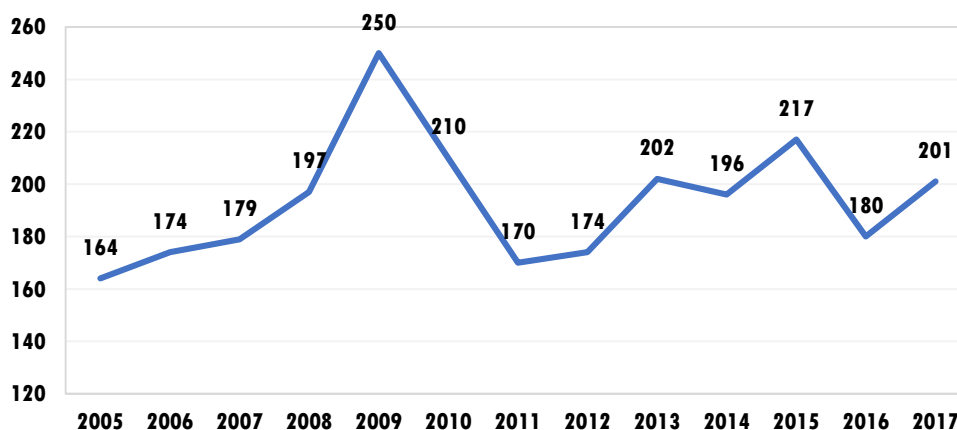
“A través de la protección integral es posible que las niñas y niños vivan desde su primera infancia, en entornos que cuentan con las condiciones humanas, sociales y materiales que potencian su desarrollo, en los que les es posible ejercer sus derechos y configurar sus vidas de acuerdo con el momento particular de su ciclo vital. La protección integral, contempla el conjunto de principios que se consagran en los convenios de derechos humanos, en especial la convención sobre los derechos del niño, y que se recogen en la normatividad nacional - la Constitución Política y el Código de la Infancia y la Adolescencia - como base de la interpretación de sus disposiciones” (De Cero a Siempre, 2016). A continuación, se presentan los indicadores asociados a esta realización:

- *Exámenes medico legales por presunto delito sexual realizados a niños y niñas menores de 5 años*

La violencia sexual se entiende como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios, insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos en el hogar, y el lugar de trabajo, también un acto deliberado, consciente, intencional, y racional; claramente instrumental y orientado a la consecución de unas metas a corto plazo que son deseadas por el sujeto agresor, sin tomar en cuenta las necesidades o derechos de quién es agredido” (OPS - OMS, 2003).

Los exámenes médico legales por presunto delito sexual son todas aquellas valoraciones de niños y niñas menores de 5 años que se sospeche han sido víctimas de violencia sexual, este busca validar la comisión del delito a través de las lesiones físicas causadas y del resultado de la evidencia biológica recolectada durante la valoración médica (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

Gráfico 45. Exámenes medico legales por presunto delito sexual realizados a niños y niñas menores de 5 años en Santiago de Cali



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal. Consultado en SUIN

Como se observa en la gráfica anterior, desde 2005 a 2009 los casos de este tipo de exámenes presentaron una tendencia creciente hasta llegar a 250 casos en 2009, que

además es el número de casos más alto que se reportaba desde el año 2005. De 2010 a 2017 no se evidencian tendencias claras, dado que hay aumentos y disminuciones de un año a otro. No obstante, lo ideal es que no se presente ninguna solicitud de este tipo para la población de primera infancia y que se garantice el derecho a la protección integral.

De igual manera, este tipo de casos son una realidad que afecta a todo el país, dado que este tipo de exámenes médico legales para los niños/niñas en primera infancia (0-5 años) se han incrementado en un 12.46%, además, el 10.65% de los casos corresponden a niñas de 4 años de edad o menos que representan 2,011 casos, cifra que triplica el número de casos valorados en niños (597) (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015).

Conclusiones de la línea

Con respecto a esta línea de calidad y pertinencia de las atenciones, se tiene la realización No. 1 la violencia intrafamiliar es creciente en la ciudad desde el año 2014, lo cual contradice el bienestar que debe encontrarse en la familia y el apoyo que deben recibir las niñas y los niños por parte de los miembros de su familia.

Basado en la muestra de familias de los beneficiarios del programa de atención integral de la Alcaldía, se pueden observar familias conformadas por madres y padres con bajo nivel de escolaridad (máximo secundaria), madres sin empleo pero que aportan económicamente al sustento del hogar. Son familias que no tienen un solo hijo, sino que en mayoría ya tienen otro hijo y donde la madre y los abuelos son los que más tienen el rol de acudiente y/o cuidador de los niños.

Dichas familias habitan en su mayoría en casas en arriendo o subarriendo, con 3 a 5 personas que son las que conforman su hogar, esto genera situaciones como el colecho, donde los adultos y los niños duermen en la misma cama, donde hasta cierta edad puede ser beneficioso para los niños dado que se fortalecen los vínculos afectivos entre los padres, pero que a mayor edad puede aumentar los riesgos hacia los niños.

Al ser familias en condiciones de vulnerabilidad, se encuentra que la mayor causa de disgusto de los adultos de la familia son los problemas económicos y la falta de comunicación entre sus miembros, por eso aún se puede encontrar casos, aunque en una pequeña proporción donde los problemas no se solucionan dialogando, sino que usan actitudes de indiferencia e incluso agresiones verbales y físicas.

Con respecto a la realización No. 2 es de destacar que todas las coberturas de vacunación están muy cercanas al 100%, lo cual evidencia un fuerte compromiso por prevenir enfermedades inmunoprevenibles en las niñas y niños, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad en la ciudad.

Al observar las tasas de mortalidad es evidencia la tendencia decreciente que las mismas vienen presentando en la ciudad, lo cual es un indicador positivo sobre las condiciones y calidad de vida que están brindando la ciudad a sus niñas y niños. Pero esta situación es totalmente contraria a lo que está sucediendo con la mortalidad materna, la cual ha venido en aumento desde el año 2014.

Con respecto a la realización No. 3 se tienen indicadores estables y algunos con tendencia al descenso, lo cual es positivo para las niñas y niños de primera infancia, teniendo en cuenta que la salud nutricional es un aspecto fundamental en esta etapa de la vida y que aporta significativamente al desarrollo integral de los niños.

Con respecto a la realización No. 4 se puede observar la diversa atención que se tiene para la población de primera infancia (integral y no integral) pero es importante tener en cuenta que dicha cobertura no es suficiente para la totalidad de la población del municipio, incluso también es insuficiente para la población en condiciones de vulnerabilidad. Así que deben unirse esfuerzos para ampliar las coberturas no sólo de la población vulnerable, sino de todos aquellos niños que no estén recibiendo dicha atención en la ciudad.

Es inevitable desconocer la situación actual de las coberturas para el grado transición, las cuales vienen en decrecimiento desde el año 2014, situación que no sólo está pasando en la ciudad sino también en el país.

Con respecto a la realización No. 5, se puede observar que el registro viene aumentando con los años, pero todavía hay casos de menores de 1 año que no tienen dicho registro, lo cual genera un limitante en la garantía del derecho a la identidad que tienen todos los ciudadanos del país, sin contar con las dificultades que pueden presentarse para que a la niña o niños acceda a los servicios de salud, educación y demás al cual tiene derecho.

Con respecto a la realización No. 6, en la ciudad se cuenta con entornos que permiten que las niñas y los niños se expresen, estos son brindados por ejemplo por la Secretaría de Deporte y Recreación con sus ludotecas fijas e itinerantes. Al igual que la Secretaría de Cultura en su red pública de bibliotecas, donde se pueden encontrar los rincones de primera infancia que promueven la lectura de las niñas y niños de primera infancia.

Finalmente, con la realización No. 7 se puede concluir que el panorama no es positivo para las niñas y los niños con respecto a situaciones de riesgo o vulneración, dado que se siguen presentando casos de abuso sexual hacia las niñas y niños de primera infancia, donde se hace necesario tomar exámenes médicos legales por presunto delito sexual, lo cual evidencia la vulneración por la que está expuesta esta población.

Aunque existen aspectos positivos con respecto a la calidad y pertinencia de las atenciones recibidas por las niñas y los niños de primera infancia, también existen aspectos que están afectando a esta población, las cuales se convierten en situaciones críticas que deben tenerse en cuenta:

- Alto porcentaje de niñas y niños con bajo peso al nacer, a pesar de la implementación de proyectos dirigidos a las mujeres gestantes.

- Incremento de la violencia intrafamiliar en la ciudad, en casi el triple de los casos en menos de cuatro años.
- Aumento de las muertes maternas, donde en su mayoría pertenecen a familias con condiciones de pobreza extrema, hecho que perpetua esta condición, por las consecuencias emocionales, de salud y económicas que ocasiona.
- Desde 2013 la segunda causa de morbilidad infantil son las condiciones perinatales, es decir, la prematuridad y el bajo peso al nacer del bebé, problemas respiratorios, asfixia perinatal, problemas metabólicos, la hiperbilirrubinemia, entre otras, condiciones que pueden ser prevenibles.
- Alto número de exámenes médico legales por presunto delito sexual en niñas y niños de primera infancia, el cual va incrementándose en el país, afectando sobre todo a las niñas de 4 años o menores.

1.2.3. Seguimiento y evaluación de la política

Para el seguimiento de la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia y la política pública municipal de primera infancia e infancia y adolescencia, se cuentan con algunas herramientas que se relacionan a continuación.

Ruta Integral de Atenciones - RIA Local

La Ruta Integral de Atenciones - RIA fue construida por el equipo técnico de la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia a nivel nacional y se retroalimenta por diversos grupos y equipos de trabajo a lo largo y ancho del país, entre ellos la ciudad de Cali y expertos internacionales. En este sentido es una construcción colectiva de país que se pone al servicio de los departamentos y municipios para orientar la gestión dirigida a la primera infancia.

La ruta según su naturaleza, se constituye como un instrumento que sirve de referente para orientar a las autoridades territoriales y a los demás actores responsables de la implementación de la Ley 1804 de 2016, con respecto al conjunto de atenciones comprendidas en la atención integral, los atributos de estas y el sentido de sus relaciones,

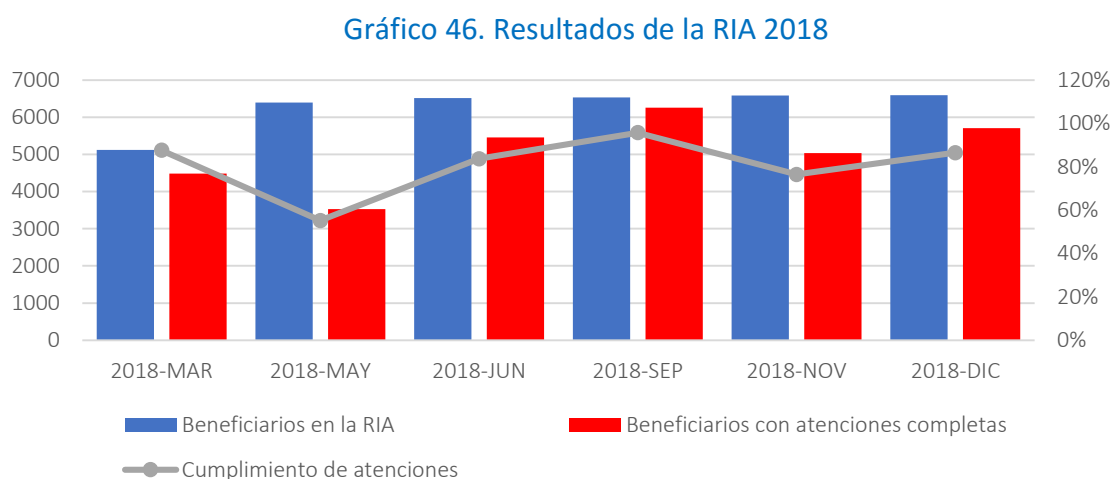
en procura de garantizar el pleno desarrollo de cada niña y niño. Así la Ruta Integral de Atenciones, se constituye como un instrumento por excelencia que permite que se relacionen y materialicen los conceptos que dan vida a la concepción de integralidad de la atención.

El municipio dando cumplimiento a la política de estado, desarrolló una RIA local que a través de un aplicativo informático permite realizar el seguimiento nominal niño a niño de las once (11) atenciones priorizadas en la ciudad, tres más que a nivel nacional:

1. Cuenta con afiliación vigente a salud en el sistema general de seguridad social.
2. Tiene su esquema de vacunación completo para la edad.
3. Asiste a las consultas para la detección temprana de alteraciones en el crecimiento y desarrollo.
4. Cuenta con valoración y seguimiento nutricional.
5. Asiste a una unidad de servicio de las modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral, cuyo talento humano está certificado en procesos de cualificación.
6. Tiene acceso a colección de libros o contenidos culturales especializados en las modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral.
7. Cuenta con registro civil de nacimiento.
8. Su familia participa en procesos de formación.
9. Practica actividades físicas y de recreación que estimulen los sentidos, el crecimiento físico y las interacciones entre los diferentes miembros del hogar y la niña o el niño.
10. Valoración oportuna de odontología, optometría y audiología.

11. Valora el proceso gestacional de la mujer⁸.

Dicho seguimiento se coordina desde la subsecretaría de primera infancia de la secretaría de bienestar social y cuenta con la participación activa de los auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, coordinadoras(es) y demás talento humano presente en la atención de la población de primera infancia; es importante destacar la eficacia del seguimiento nominal niño a niño en los Nidos, depende la calidad de la información reportada en la matriz de seguimiento. De este modo se busca garantizar el restablecimiento de derechos y la materialización de las atenciones. Los resultados de dicho seguimiento para el año 2018 se pueden observar en la siguiente gráfica:



Fuente: Ruta Integral de Atenciones de Santiago de Cali, con elaboración propia.

Como se puede observar en el 2018, se generó un incremento del 28.6% de beneficiarios los cuales se les realiza seguimiento en la Ruta Integral de Atenciones (RIA) Local, pasando de 5,118 en el mes de marzo a 6,584 en el mes de diciembre, es decir, un aumento de 1,466 beneficiarios.

También es importante resaltar que en el mes de septiembre se presentó el pico más alto en la historia de la RIA local, con respecto al porcentaje de beneficiarios con cumplimiento de la totalidad de las atenciones, de los 6,531 beneficiarios con seguimiento el 95.7%

⁸ Aplica únicamente a la mujer gestante.

(6,252) cumplieron a cabalidad con las 11 atenciones priorizadas. Aunque se implementaron acciones de gestión y seguimiento en el territorio, para el mes de diciembre se presentó un descenso en este cumplimiento y se obtuvo un cumplimiento del total de las atenciones en el 89.5% de los beneficiarios.

Inversión en primera infancia

La inversión de primera infancia en el Municipio de Santiago de Cali se realiza a través de proyectos de inversión BP, que a su vez responden al cumplimiento de indicadores del Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 “Cali Progresas Contigo”. Dichos proyectos se formulan por organismo y para 2018 se obtuvo una inversión total de \$41.366.283.652, como se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla 8. Inversión de primera infancia por organismo

Organismo	Inversión
Secretaría de Salud	\$ 5.810.019.565
Secretaría del Deporte y La Recreación	\$ 1.240.873.314
Secretaría de Educación	\$ 4.632.555.753
Secretaría de Cultura	\$ 460.000.000
Secretaría de Bienestar Social	\$ 29.222.835.020
Total	\$ 41.366.283.652

El detalle de cada uno de los proyectos BP para cada uno de los organismos, se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 9. Proyectos de Secretaría de Bienestar Social

Código de BP	Nombre de proyecto	Meta 2018	Presupuesto Definitivo
07044851	Fortalecimiento de las estrategias de atención integral a la Primera	7109	\$ 26.332.459.020

Código de BP	Nombre de proyecto	Meta 2018	Presupuesto Definitivo
	Infancia en el Municipio Santiago de Cali		
07044852	Fortalecimiento de las estrategias de movilización social para la primera infancia del Municipio de Santiago de Cali	6.200	\$ 622.000.000
07044859	Fortalecimiento de las estrategias para el desarrollo integral de la primera infancia del Municipio de Santiago de Cali	6.539	\$ 1.461.376.000
07044858	Capacitación en habilidades parentales, cuidado y crianza de la Primera Infancia en Santiago de Cali	950	\$ 807.000.000

Tabla 10. Proyectos de Secretaría de Cultura

Código de BP	Nombre de proyecto	Meta 2018	Presupuesto Definitivo
06046330	Fortalecimiento de los derechos culturales en la primera infancia en el municipio de Santiago de Cali	40780	\$ 460.000.000

Tabla 11. Proyectos de Secretaría de Educación

Código de BP	Nombre de proyecto	Meta 2018	Presupuesto Definitivo
---------------------	---------------------------	------------------	-------------------------------

02047376	Fortalecimiento de la estrategia de fomento de la educación inicial con enfoque integral de Santiago de Cali	836	\$ 459.200.000
02047380	Servicio de atención integral a los niños y niñas de transición en las Instituciones Educativas del Municipio de Santiago de Cali.	7.279	\$ 4.173.355.753

Tabla 12. Proyectos Secretaría de Salud Pública

Código de BP	Nombre de proyecto	Meta 2018	Presupuesto Definitivo
01046514	Fortalecimiento de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos de vida cotidiana en pro de la mitigación de las enfermedades no transmisibles en el Municipio de Cali (Componente - SALUD ORAL)	1.876.530	\$ 1.434.852.805
01046506	Fortalecimiento de la atención integral en salud sexual y reproductiva en mujeres en edad fértil en el municipio de Santiago de Cali	910.063	\$ 455.979.898
01046526	Fortalecimiento de la elección y consumo de alimentos saludables en los diferentes actores del Municipio de Santiago de Cali.	738.430	\$ 213.925.782

Código de BP	Nombre de proyecto	Meta 2018	Presupuesto Definitivo
01046527	Fortalecimiento en seguridad alimentaria y nutricional mediante programas de recuperación nutricional en el Municipio de Santiago de Cali.	6,104 personas (Gestantes, menor de cinco años y adultos mayores)	\$ 380.002.716

Tabla 13. Proyectos Secretaría del deporte y la recreación

Código de BP	Nombre de proyecto	Meta 2018	Presupuesto Definitivo
05044496	Recreación a través de experiencias lúdicas con niñas y niños de primera infancia del Municipio de Santiago de Cali.	1.200	\$ 1.240.873.314

Conclusiones de la línea

Aunque a nivel territorial se ha establecido una RIA local, que hace el seguimiento niño a niño de más atenciones de las establecidas a nivel nacional, es importante que se siga trabajando no sólo en la verificación del cumplimiento de las atenciones en terreno, sino también en la ampliación de la RIA, para que la misma no quede restringida sólo a los beneficiarios de la atención que brinda la Alcaldía, sino que pueda llegar a todos los niños de primera infancia de la ciudad. Como conclusión relevante de esta línea, es importante resaltar algunas situaciones críticas que se han identificado y que deberían tomarse en consideración para mejorar esta línea de acción en el municipio:

- Número limitado de niñas y niños de primera infancia con seguimiento nominal de atenciones priorizadas.
- Ausencia de validación en territorio sobre el cumplimiento e incumplimiento de las atenciones priorizadas (seguimiento).
- Número restringido de atenciones priorizadas para seguimiento, sobre todo aquellas asociadas a las mujeres gestantes.
- Procesos de supervisión y/o interventoría sin continuidad durante el año, lo cual afecta el seguimiento a la calidad de la atención.
- Falta de presupuesto para mejorar la cobertura e implementación de la RIA local.

1.2.4. Movilización social

Entendiendo movilización social como aquellas “acciones desarrolladas con los diferentes actores, incluyendo los niños y las niñas; que busca generar transformaciones culturales e influir en imaginarios sociales donde la niñez efectivamente sea lo primero” (Congreso de Colombia, 2016), Cali cuenta con diversos espacios de encuentro que permiten ir cambiando algunos paradigmas e imaginarios que van en contra del desarrollo integral de las niñas y los niños de primera infancia. A continuación, se presentan las acciones en el marco de movilización social que se realizaron en el municipio en el último año:

Secretaría de Bienestar Social

Desde la secretaría de bienestar social – subsecretaría de primera infancia, desde el año 2017 se ha establecido el proyecto “fortalecimiento de las estrategias de movilización social para la primera infancia en el municipio de Santiago de Cali” que tiene como objetivo “promover imaginarios sociales y transformaciones culturales que desarrollen una movilización social del municipio para la primera infancia”. Dicho proyecto consta de las siguientes estrategias:

- Día de la niñez, atendiendo alrededor de 2,700 niñas y niños de primera infancia y sus familias en cada encuentro anual. En dicha celebración se logra la articulación de los organismos de la administración municipal, entidades

privadas, académicas y sin ánimo de lucro, en pro de resaltar el juego como una actividad rectora y primordial para el desarrollo de las niñas y los niños.

Ilustración 7. Día de la niñez



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Inti Raymi, es una ceremonia ancestral de adoración al sol, la cual conmemora que en cada solsticio de verano los pueblos ancestrales agradecían al sol por los frutos recibidos en la cosecha. En busca de no perder dichas tradiciones y enseñar a las niñas y niños de primera infancia sobre esta celebración

Ilustración 8. Celebración Inti Raymi



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- El Petronio, influye en las estrategias lúdicas y pedagógicas en los centros de desarrollo infantil nidos de Cali, donde se atienden 6,729 beneficiarios de primera infancia y sus familias, quienes aprenden durante esta celebración al son de marimbas, chirimías y cununos.

Ilustración 9. Petronio Álvarez



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- La semana de la primera infancia se desarrolla anualmente en el marco de la conmemoración de la adopción de la convención de los derechos del niño por las Naciones Unidas, la cual se realiza en la ciudad con la articulación de los organismos de la administración municipal, entidades privadas, académicas y sin ánimo de lucro, en pro de reconocer a las niñas y los niños como sujetos de derechos prioritarios.

Ilustración 10. Semana de la primera infancia



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Los talleres territoriales de política de primera infancia y ámbito de responsabilidad de los actores, para la formulación del plan de atención integral a la primera infancia del municipio, es una estrategia donde se buscó escuchar la voz de las comunidades sobre las atenciones, los actores, tensiones y posibles soluciones a las problemáticas de la primera infancia en la ciudad.

Ilustración 11. Talleres territoriales de política de primera infancia



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Los talleres en hospitales buscan llevar actividades lúdicas y juegos a los espacios de salud donde se encuentran internos las niñas y los niños de primera infancia.

Ilustración 12. Talleres en hospitales



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Huertas Urbanas (en articulación Dagma- secretaria de bienestar social) busca desarrollar en las niñas y niños de primera infancia la concentración y la capacidad de observación junto con sus familias, además de acercarlos a la naturaleza.

Ilustración 13. Huertas urbanas



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Evento académico, diálogo Internacional: “Cali, segura, saludable y amiga de los niños y las niñas de primera infancia” organizado por la secretaría de bienestar social- subsecretaría de primera infancia, con el apoyo del sector académico y centros de investigación, entre otros.

Ilustración 14. Eventos académicos



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Talleres URBANIÑOS

Ilustración 15. Talleres Urbaniños



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

Ilustración 16. Talleres de socialización de la Brú17



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Talleres periódicos con monitores de la secretaría de cultura, secretaría de educación, estudiantes de nutrición de la escuela nacional del deporte, entre otros organismos y entidades.

Ilustración 17. Talleres con secretaría de salud



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Apoyo en los encuentros intergeneracionales con la secretaría del deporte y la recreación.

Ilustración 18. Talleres con secretaría de deporte y recreación



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- Brigadas de servicio social: barrios Belisario Betancourt, Valle Grande, Camilo Torres, El Obrero y el Corregimiento El Hormiguero, Brigada en Brisas de Comuneros, entre otros.

Ilustración 19. Brigadas de servicio social



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

Secretaría de Salud Pública

Desde la secretaría de salud pública anualmente se conmemora la celebración de semana mundial de la lactancia materna, en la cual se realizan actividades y eventos académicos en torno a la temática y además, en el cierre del evento se realiza un encuentro denominado “Lactatón”, donde se reúnen mujeres gestantes, madres lactantes, niñas y niños y sus familias, con el fin de sensibilizar a toda la comunidad sobre la importancia de la leche materna, como alimento exclusivo durante los primeros 6 meses de vida.

En el año 2018 se tuvo la particularidad de batir el récord con la “Lactatón” más grande del mundo, al reunir un total de 5,416 madres lactando, el evento se realizó en el estadio olímpico pascual guerrero, con el objetivo de enviar un mensaje sobre la importancia de la lactancia como alimento fundamental en el desarrollo de los niños de menos de 6 meses.

Ilustración 20. Evento “Lactatón”



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

Herramientas de información y comunicación

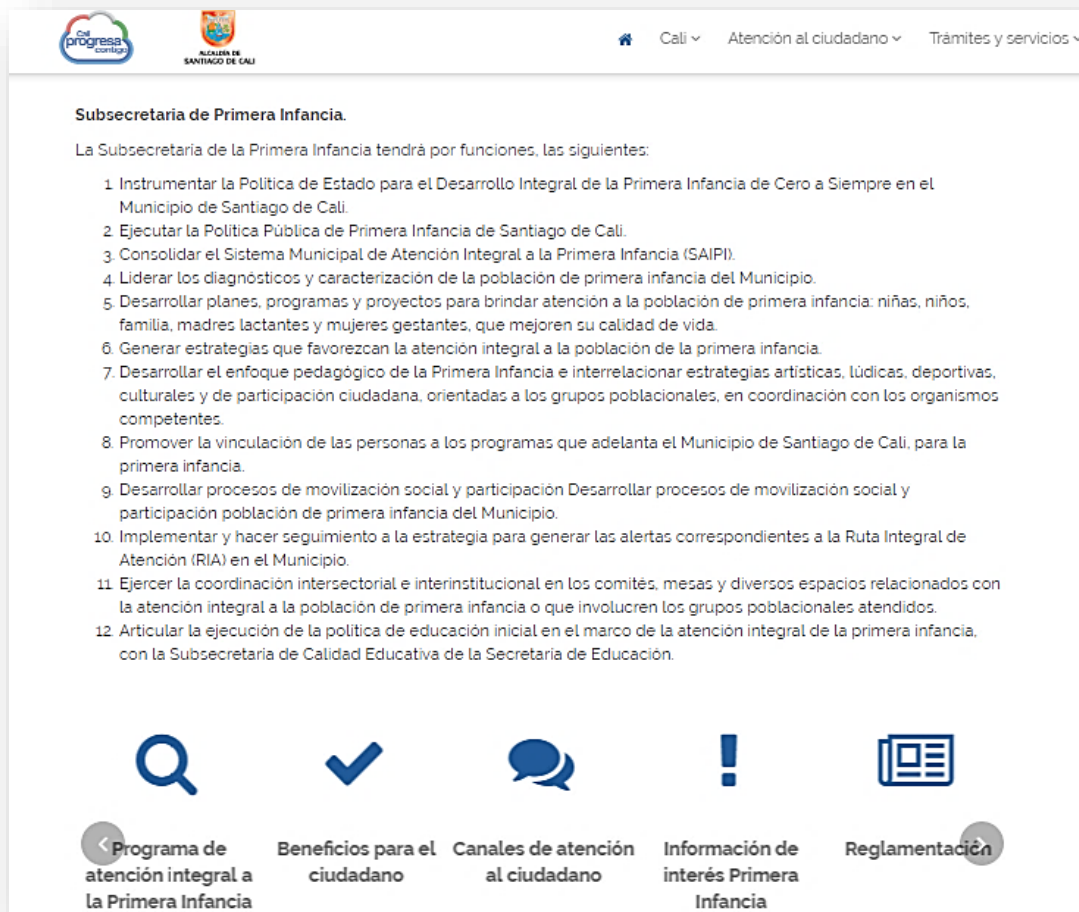
- *Página web institucional – Alcaldía de Santiago de Cali*

En la página web institucional de la Alcaldía, se encuentra el portal de la secretaría de bienestar social-subsecretaría de primera infancia (<http://www.cali.gov.co/bienestar/publicaciones/130680/subsecretaria-de-la-primera-infancia/>), allí se puede encontrar información referente a:

- Programas de atención integral a la primera infancia.
- Beneficios para el ciudadano.
- Canales de atención al ciudadano.
- Información de interés sobre primera Infancia.

- Reglamentación.
- Comité Intersectorial de primera infancia (Cipi).

Ilustración 21. Portal web de la subsecretaría de primera infancia

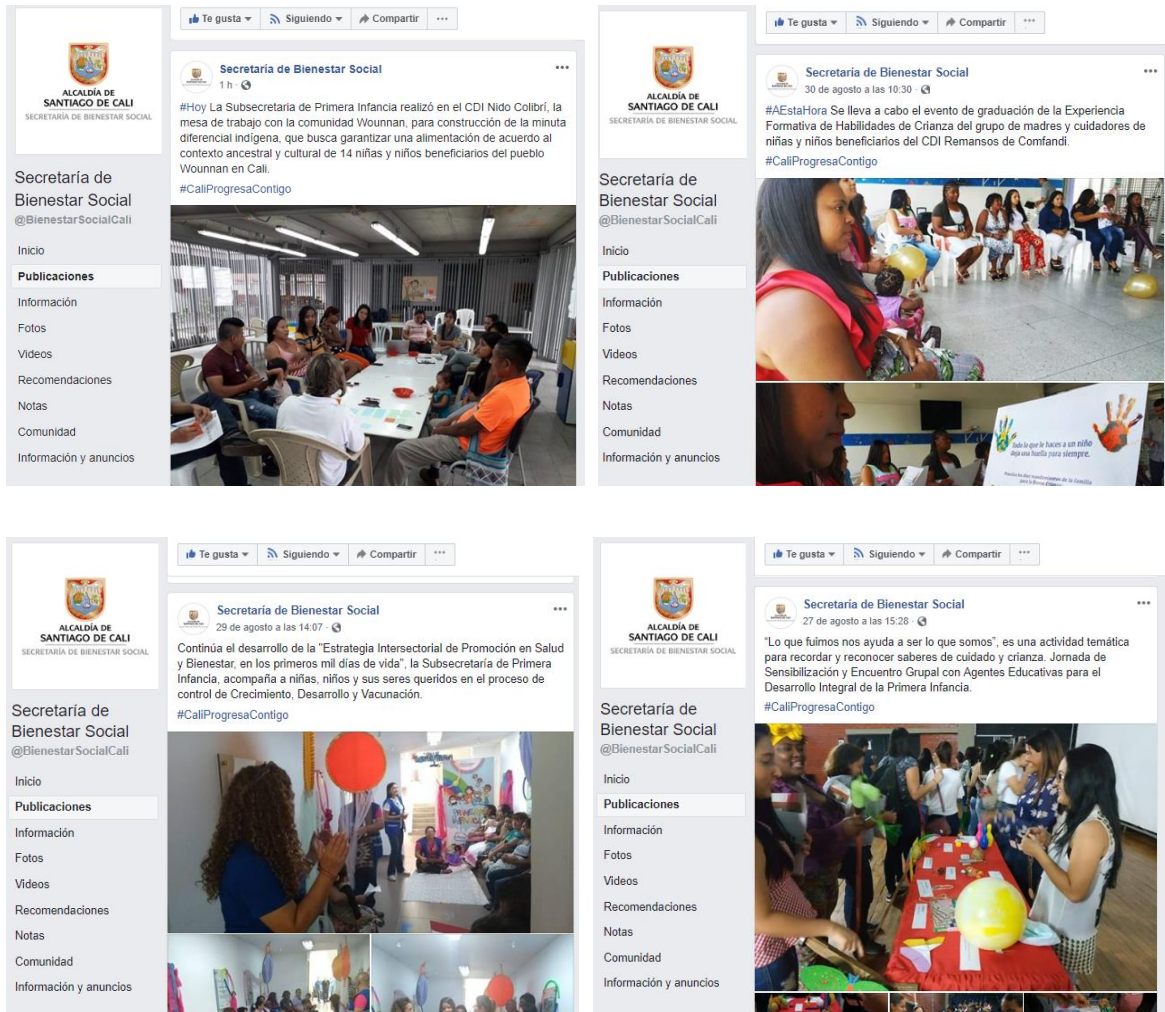


Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

- *Fan Page – Facebook*

La Secretaría de Bienestar Social, es el organismo de la administración municipal donde se encuentra la subsecretaría de primera infancia, esta cuenta con una página de Facebook (@BienestarSocialCali) donde se dan a conocer las actividades y experiencias implementadas con la población de primera infancia de la ciudad.

Ilustración 22. Fan page secretaria de bienestar social



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

Ilustración 23. Plegable sobre el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

Ilustración 24. Cartilla para desarrollar las acciones significativas de la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, Municipio de Santiago de Cali.



Fuente: Secretaría de Bienestar Social. Subsecretaría de Primera Infancia.

Conclusiones de la línea

Es de resaltar que el municipio cuente con acciones de movilización social donde se integran las niñas y los niños, sus familias, los agentes educativos y toda la comunidad en general, con el objetivo de aportar en la transformación de los imaginarios sociales y culturales que se tienen sobre la población de primera infancia y lograrla visibilizar desde diferentes medios. La articulación de las acciones con los diferentes organismos de la administración municipal es un aspecto valioso que debe seguir fortaleciéndose mediante el aumento de actores comprometidos por la primera infancia del municipio, incluyendo no sólo los del nivel público sino también privados.

Dentro de los retos para el próximo año está realizar acciones de movilización enfocados en fortalecer los procesos de control social y de redes comunitarias hacia la atención de primera infancia, generar acciones para transformar imaginarios asociados con las niñas y los niños con discapacidad, y dar continuidad a las estrategias que resaltan la importancia del ciclo vital de primera infancia en el desarrollo humano.

1.2.5. Gestión de conocimiento

En el municipio se tienen espacios de investigación y generación de conocimiento sobre primera infancia, entre los que se pueden destacar:

Observatorio de Infancia y Primera Infancia – OIPI



Observatorio
de Infancia &
Primera Infancia
Universidad del Valle

Este Observatorio hace parte de la Universidad del Valle y busca “construir un saber público y analítico sobre la infancia y primera infancia, a partir del cual se pueda constituir un campo, una red y un sistema de investigación y formación para la ciudad” (Universidad del Valle, 2018).

Dicho observatorio cuenta con un registro de tesis que se encuentran alojadas en la biblioteca Mario Carvajal sobre infancia y primera infancia, un registro de proyectos de investigación registrados en la universidad e información sobre el comportamiento

demográfico de la infancia en Cali. La información contenida en el OIPI puede ser consultada en el siguiente enlace: <http://oipi.univalle.edu.co/>

Grupo de Investigación en Economía, Gestión y Salud, ECGESA – Pontificia Universidad Javeriana Cali

Grupo de carácter multidisciplinar cuyo objetivo es comprender fenómenos sociales y económicos, tanto a nivel macro como desde el punto de vista de los individuos, las organizaciones y los grupos poblacionales. ECGESA está compuesto por investigadores de las ciencias sociales y las ciencias de la salud. A pesar de sus diferencias disciplinares, comparten la búsqueda por entender, desde sus propias perspectivas y, en algunos casos, en interacción con los saberes de los demás integrantes, las dinámicas y problemáticas sociales, económicas y de las organizaciones, con el ánimo de contribuir a encontrar soluciones que redunden en un mayor desarrollo humano, social y económico (Pontificia Universidad Javeriana Cali, 2018).

Una de las actividades anuales de este grupo es la realización del encuentro sobre medición del bien-estar en la niñez, el cual es un espacio que permite el análisis, reflexión y discusión académica sobre el concepto de bien-estar en la niñez, y fomenta la investigación acerca de la construcción de indicadores y sistemas de seguimiento en este tema. Igualmente, generan diversas publicaciones sobre dicha medición de bien-estar en la niñez del municipio, la última de ellas es “El estado de la niñez en Cali: Una mirada por comunas 2018”, la cual es una publicación anual del programa de investigación sobre medición del bien-estar en la niñez, PIMBN, con un aliado estratégico en la ciudad como es el programa “Cali Cómo Vamos”.

En dicha publicación se busca visibilizar y hacer seguimiento a las condiciones de vida de la niñez, promoviendo un diálogo objetivo, basado en evidencia entre formuladores de política, académicos, instituciones y la comunidad en general, en torno al bien-estar de la niñez (Osorio Mejía & Aguado Quintero, 2018). Este grupo de investigación puede

consultarse en el siguiente enlace: <https://www.javerianacali.edu.co/grupos-de-investigacion/economia-gestion-y-salud-ecgesa-0>

Conclusiones de la línea

Esta línea de acción es la que menos desarrollada se encuentra en el territorio, por ende, es necesario aunar esfuerzos para que se genere nuevo conocimiento relacionado con la primera infancia y se puedan tener desarrollos propios como ciudad, teniendo en cuenta lo diversa y pluricultural que es la población.

Bibliografía

- Alarcón, D., & Robles, M. (2007). *Los retos para medir la mortalidad infantil con registros civiles incompletos (I No. 69)*. Washington, D.C.: Serie de Documentos de Trabajo.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2005). *Cali Saludable*. Obtenido de Antecedentes históricos e indicadores de lactancia materna en Colombia, Valle y Cali: <http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/lactancia2.php>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2012-2015*. Santiago de Cali: Departamento Administrativo de Planeación Municipal.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2012-2015 "CaliDA, una ciudad para todos"*. Santiago de Cali, Colombia.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2015). *Diagnóstico de la situación de la primera infancia, infancia, adolescencia y los jóvenes del municipio de Santiago de Cali*. Santiago de Cali: Comité municipal de rendición de cuentas 2012-2015.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016). *Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali 2016-2019: "Cali Progresando Contigo"*. Santiago de Cali, Colombia.
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2016). *Sistema de Indicadores Sociales de Santiago de Cali*. Obtenido de <https://planeacion.cali.gov.co/sis/index.php>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2017). *Anuario educativo del Municipio de Santiago de Cali - Boletín Estadístico 2017*. Obtenido de http://www.cali.gov.co/educacion/publicaciones/109157/cifras_del_sector_educativo/
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2017). *Boletín Epidemiológico de Seguridad Alimentaria Semana 24*. Obtenido de http://www.cali.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=23128&id_comunidad=salud
- Alcaldía de Santiago de Cali. (08 de mayo de 2018). *La Ludoteca Rodante estará de visita en las comunas 10 y 11 de Cali*. Obtenido de

<http://www.cali.gov.co/deportes/publicaciones/140937/la-ludoteca-rodante-estara-de-visita-en-las-comunas-10-y-11-de-cali/>

American Academy of Pediatrics. (2015). *Caring for Your Teenager*. Obtenido de <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/teen/dating-sex/paginas/teen-parents.aspx>

Barbary, O., & Raberono, M. (2002). *Segmentation A Survey of African Colombian Households*. Institut National d'Études Démographiques, 57(4), 765–792.

Black, RE; et al. . (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *Lancet*, 371.

CEPAL; UNICEF. (2014). *La evolución de las estructuras familiares en América Latina, 1990-2010 Los retos de la pobreza, la vulnerabilidad y el cuidado*. . CEPAL. Recuperado el 2018, de https://www.unicef.org/lac/S2014182_es.pdf

Coldeportes. (s.f.). *De Cero a Siempre*. Obtenido de Plan Nacional de Recreación 2013-2019: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Estrategia-Nacional-Recreacion-Primera-Infancia.pdf>

Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia. (2013). *Lineamiento Técnico de Alimentación y Nutrición para la primera infancia*. Obtenido de <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/4.De-Alimentacion-y-nutricion-para-la-Primera-Infancia.pdf>

Concejo de Santiago de Cali. (17 de Diciembre de 2015). Acuerdo No. 0392 de 2015. *Política Pública de primera infancia, infancia y adolescencia 2015-2024, Cali Municipio responsable y amigo de los niños, niñas y adolescentes*. Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.

Congreso de Colombia. (Junio de 2015). *Diario Oficial No. 49.538*. Recuperado el Agosto de 2016, de Ley 1753 de 2015: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1753_2015.html

Congreso de Colombia. (Agosto de 2016). *Ley 1804 de 2016*. Recuperado el Agosto de 2016, de Presidencia de la República:

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201804%20DEL%2002%20DE%20AGOSTO%20DE%202016.pdf>

Consejo Nacional de Política Económica Social . (Diciembre de 2007). *Documento Conpes Social 109*. Recuperado el Agosto de 2016, de Ministerio de Educación Nacional: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf

Consejo Nacional de Política Económica Social . (Marzo de 2008). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. *Documento CONPES 113 de 2008*. Bogotá D.C., Colombia.

CONSTRUMÁTICA. (2018). *Definición de Habitabilidad*. Obtenido de <http://www.construmatica.com/construpedia/Habitabilidad>

DANE. (2005). *Proyecciones de población municipales por área 2005-2020*. Bogotá D.C.

DANE. (2005). *Resultados Censo General 2005. Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por total, cabecera y resto. Municipio de Cali*. Santiago de Cali.

DANE. (2010). *Metodología de Estimación de la Tasa de Mortalidad Infantil Municipal 2005-2007*. Colección Documentos - Actualización 2010, (N° 98), 1–32.

DANE. (2018). *Estadísticas sociales: definiciones básicas*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/ficha_encv_97.pdf

DANE; CIDSE. (2010). *Análisis regional de los principales indicadores sociodemográficos de la comunidad afrocolombiana e indígena a partir de la información del censo general 2005*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Afro_indicadores_sociodemograficos_censo2005.pdf

De Cero a Siempre. (2016). *Lineamiento técnico para la protección integral del ejercicio de los derechos de las niñas y los niños desde la primera infancia*.

Deaton, A. (2006). *Measuring poverty*. In *Understanding poverty* - Banerjee, Abhijit Vinayak; . Reino Unido: Benabou, Roland and Mookherjee, Dilip (eds.) (pp. 3–15). Oxford University Press.

- Departamento Administrativo de Planeación Municipal . (2016). *Plan de Desarrollo Municipal 2016-2019 "Cali Progresando Contigo"*. Santiago de Cali: Alcaldía de Santiago de Cali.
- Departamento Administrativo de Planeación Municipal. (2016). *Cali en cifras 2016*. Santiago de Cali: Alcaldía de Santiago de Cali.
- Di Virgilio, M. M., & Solano, R. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: CIPPEC y UNICEF.
- DNP. (2017). *Ficha territorial Santiago de Cali*. Obtenido de <https://terridata.dnp.gov.co/#/perfiles>
- Erviti, B., & Segura, T. (2000). *Estudios de población La Habana*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos. Universidad de La Habana.
- ICBF. (03 de Noviembre de 2016). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Recuperado el 2016, de Servicios de Atención a la Primera Infancia: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PrimeraInfanciaICBF/Servicios>
- ICBF. (15 de mayo de 2018). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Obtenido de Modalidad Institucional: <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primera-infancia/modalidades-de-atencion/institucional>
- ICBF. (15 de mayo de 2018). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Obtenido de Modalidad Familiar: <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primera-infancia/modalidades-de-atencion/familiar>
- ICBF. (15 de mayo de 2018). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Obtenido de Modalidad Comunitaria - HCB: <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primera-infancia/modalidades-de-atencion/comunitaria>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (10 de Mayo de 2018). *Tipos de pirámides*. Obtenido de https://www.indec.gov.ar/comunidadeducativa/tipos_de_piramides.pdf
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2015). *Exámenes médico legales por presunto delito sexual. Colombia 2015*. Bogotá, D.C.: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

- Instituto Nacional de Salud. (25 de Septiembre de 2010). *Protocolo de vigilancia y control de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años*. Obtenido de Vigilancia y control en salud pública: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MORTALIDAD%20POR%20EDA%20MENORES%20DE%205%20A%C3%91OS.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2016). *Protocolo de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna*. Obtenido de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33712/9789275319338-spa.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2018). *Boletín epidemiológico BES - Semana 52*. Bogotá D.C.: Gobierno de Colombia. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052.pdf>
- Ipia, J., & Vivas, H. (2016). *Precios del suelo, segregación residencial y distribución del empleo*. Cali: ACIUR. (pp. 1–28).
- Lozano-Avendaño, L., Bohórquez-Ortiz, A., & Zambrano-Plata, G. (2016). Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. *Universidad y Salud*, 364-372.
- M de mujer. (2018). *¿Cuáles son las diferencias entre un embarazo planeado y no planeado para las mujeres y sus hijos?* Obtenido de Consultado en: <https://www.mdemujer.org/cuales-las-diferencias-embarazo-planeado-no-planeado-las-mujeres-hijos/>
- Martínez, W. (2003). *Estadística descriptiva con énfasis en salud pública*. Bolivia: Grupo editorial la hoguera.
- Mesa Municipal de Primera Infancia. (2011). *Plan de Atención Integral para la Primera Infancia*. Santiago de Cali: Secretaria de Educación Municipal.
- Mesa, C., & Gustavo, J. (2011). Análisis de reducción de la fecundidad en Colombia: Modelo de determinantes próximos. *Cuadernos de Economía*, 30(54), 127-150. Recuperado el 4 de Noviembre de 2018, de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/24109/31548>

- Ministerio de Educación Nacional. (2014). *La literatura en la educación inicial*. Bogotá: Comisión Intersectorial de Primera Infancia.
- Ministerio de Educación Nacional. (2018). *Actividades rectoras de la primera infancia y de la educación inicial*. Obtenido de <https://www.mineduacion.gov.co/primerainfancia/1739/article-178032.html>
- Ministerio de Educación Nacional. (2018). *Preescolar es una nota*. Obtenido de <https://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-propertyvalue-57218.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2017). *Lo que debes saber sobre las vacunas*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/Lo-que-debes-saber-sobre-vacunas.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010*. Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Ficha técnica de indicadores: Duración mediana de la lactancia materna exclusiva*. Obtenido de [https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/14\(2\).pdf](https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/14(2).pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Ruta integral de atenciones a la primera infancia - Salud y Nutrición*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/atenciones%20salud%20y%20nutrici%C3%B3n_ruta%20cero%20a%20siempre-Unidos.pdf
- Misa, A., Vignolo, J., Herrera, M., Bruno, A., & Bálsamo, A. (2007). *Enfermedades Transmisibles. Estudio de Brote*. C.E.F.A. - Departamento de Medicina Preventiva y Social.
- Observatorio Así Vamos en Salud. (2010). *Seguimiento al sector salud en Colombia Así vamos en salud*. Obtenido de Indicadores de estado de salud: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/prevalencia-de-desnutricion-global-y-cronica-en-menores-de-5-anos>
- Observatorio de Violencia Familiar (OVF) . (2009). *Violencia intrafamiliar*. Obtenido de http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2009_violencia_if.php

- OMS. (2007). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Obtenido de http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=535:clasificacion-internacional-de-enfermedades&Itemid=487
- OMS. (2018). *Malnutrición*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- OMS. (2018). *Mortalidad materna*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- ONU. (2005). *ONU*. Recuperado el Agosto de 2016, de Convención de los derechos de los niños y las niñas: <http://www.unicef.org/colombia/pdf/CDNparte1.pdf>
- OPS - OMS. (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- Osorio Mejía, A. M., & Aguado Quintero, L. F. (2018). *El estado de la niñez en Cali: Una mirada por comunas*. Santiago de Cali: Pontificia Universidad Javeriana Cali.
- Pontifica Universidad Javeriana Cali. (2018). *Economía, Gestión y Salud (ECGESA)*. Obtenido de <https://www.javerianacali.edu.co/grupos-de-investigacion/economia-gestion-y-salud-ecgesa-0>
- Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud - Tomo I*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud.
- Sen, A. (2000). *El desarrollo como libertad*. Barcelona: Editorial Planeta S.A.
- Sierra, R., Macana, N., & Cortés, C. (2014). *Impacto social de la Violencia Intrafamiliar*. Obtenido de Instituto Colombiano de Medicina Legal: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49496/Violencia+Intrafamiliar.pdf>
- Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF). (2018). *Sistema Único de Información de la Niñez (SUIN)*. Obtenido de <http://www.suin-snbf.gov.co/suin/Pages/IndicadorPorCicloVital.aspx>

- SITEAL. (2013). *El analfabetismo en América Latina*.
http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/siteal_datodestacado20130218.pdf.
- Social, M. d. (2010). *Análisis de la situación de Salud en Colombia 2002-2007 - Morbilidad y Mortalidad de la Población C (III)*. Bogotá D.C.: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.
- Torres, J. E., & Pérez, E. (2008). Caracterización del mercado de arrendamientos urbano para el segmento de la población de bajos ingresos. *Revista INVI*, 53-87.
- Universidad del Valle. (2018). *Observatorio de Infancia y Primera Infancia* . Obtenido de <http://oipi.univalle.edu.co/quienes-somos/>
- Urrea Giraldo, F. (2012). *Distribución espacial de la pobreza en Cali desde dos escalas urbanas de análisis a partir de la población registrada en SISBEN III*.
- Urrea Giraldo, F., & Viafara, C. (2016). *Igualdad para un buen y mejor vivir*. Bogotá D.C.: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Urrea Giraldo, F., Bergonzoli, G., Carabalí, B., & Muñoz, V. H. (2015). *Patrones de mortalidad comparativos entre la población afrodescendiente y la blanca-mestiza para Cali y el Valle*.
- Vega, L., Abarca, K., & Sánchez, I. (2006). Vacuna anti-influenza en niños: Estado del arte. *Chil. Infectol*, 164-169.
- Viafara, C. (2016). *Desigualdades étnico-raciales en las oportunidades de vida en Cali*.
- Victora, CG; et al. (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*, 340–357.
- Vivas, H. (2010). *Vecindades, background familiar y potencial de logro educativo. Documento de Trabajo Cidse, (No. 132)*.
- Vivas, H., & Viafara, C. (2015). *Análisis Espacial de la Población Beneficiaria de los Programas Sociales (Sisben) en la Ciudad de Cali: Facetas y correlaciones*.