

3. LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA EN LA PRIMERA INFANCIA Y LA SITUACIÓN DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS EN SANTIAGO DE CALI.

3.1. DEFINICIÓN E IMPORTANCIA.

La niñez o Primera Infancia, es considerada como la etapa del ciclo vital, que comprende el desarrollo del niño y la niña, desde su gestación hasta llegar a los 5 años, pero sin haber cumplido los 6 años de vida.[48]

Los resultados de investigaciones científicas, en diversas disciplinas en todo el mundo, revelan que es durante los primeros seis años de vida, cuando se construyen la mayoría de las conexiones fisiológicas y psicológicas, que determinan las condiciones físicas y emocionales del ser humano, durante toda su existencia.[49] Desde la neurociencia, Vera[50, p.11-12] afirma que, con respecto al cerebro humano el niño y la niña a la edad de 2.5 años alcanza el 85 % y a los 3 años, el 90 % del tamaño del cerebro de una persona adulta, aspecto importante porque provee a los niños y niñas de los fundamentos necesarios para las emociones y habilidades cognitivas y no cognitivas, cruciales para el desempeño futuro. [50] Otros factores como la interacción de los padres, educación, salud y nutrición, igualmente juegan un papel muy importante, dado que contribuyen a la formación de las conexiones entre las células y al desarrollo infantil.[51] Desde la sicología, los niños y las niñas alcanzan las bases más importantes en la primera infancia: apego emocional, habilidades motoras y desarrollo del lenguaje. [52]

En disciplinas como la educación y la economía, se afirma que los efectos positivos de las intervenciones en la primera infancia, se extienden a los dominios cognitivos y comportamentales, es así como Reynolds y Temple[53], afirman que se logran menores tasas de deserción y repetición escolar.[54][50] La evidencia sugiere que se cometerán menos crímenes y serán más productivos, con mejores ingresos[50][55][56], que genera también mayor ingreso público y una ruptura en la pobreza intergeneracional. [50]

Los primeros años de vida son cruciales para el futuro, ellos sientan las bases para las capacidades y oportunidades que se tendrán a lo largo de la vida[50][57], razón por la cual los países desarrollados han enfocado sus estrategias de largo plazo en la intervención en la primera infancia, en especial Estados Unidos. [50][58], Karoly et al[54] enfatiza en su estudio de 10 programas ⁴⁷, que el fin es “mejorar el desarrollo y la salud ofreciéndole a los niños socioeconómicamente vulnerables y sus familias, servicios durante parte o todo el período de su primera infancia”. Los organismos multilaterales, el BID y el BM, enfocan sus esfuerzos económicos en apoyar la atención a la infancia como medio para la transformación social, económica y cultural. .[49]

3.1.1. Colombia: Política Pública y Marco Normativo de la Primera Infancia.

La política pública de la primera infancia, implica una noción de desarrollo humano, que haga valer los derechos de las niñas y niños, ésta le da a los individuos las “opciones esenciales de poder tener una larga y saludable vida. . .”[59] y como consecuencia, un mejoramiento de sus condiciones de vida y la ampliación de sus oportunidades. Este argumento ha sido demos-

⁴⁷Para la finalidad de este libro, se destaca el Infant Health and Development Project (IHDP).

trado por los “metaderechos” propuestos por Sen.[60] Debe incluir, como eje fundamental, el reconocimiento de la familia, pues ésta genera vínculos y favorece la socialización[48], en un esfuerzo conjunto, entre organismos nacionales e internacionales, las instituciones públicas y privadas y la sociedad en general.

En Colombia, aunque antes de la década de los 90 se adoptó una política pública, basada en el reconocimiento y el respeto de los derechos de la primera infancia, estas políticas dejaron de lado la participación ciudadana. No hubo una interacción entre el Estado, la sociedad, la familia y la infancia. [48] Por tanto, es a partir de los noventa que se introduce un cambio en ese sentido y se presenta una visión desde la perspectiva de los derechos. El proceso de formulación de política pública de la primera infancia en Colombia está enmarcada, por la Constitución Política de 1991 y la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN), aprobada por el Congreso de la República de Colombia, mediante la Ley 12 del 22 de enero de 1991. La primera, establece en su artículo 44, que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de las demás personas. La segunda, introduce un cambio con respecto a la concepción social de la infancia.

Hasta la década de los 90, en Colombia los esfuerzos dirigidos a la primera infancia, estuvieron ligados a programas generales, que desde el punto de vista del gobierno no recibía los recursos necesarios, dadas sus implicaciones significativas en la sociedad. [49] El proceso de construcción de la política pública para la primera infancia, ha adquirido importancia recientemente en Colombia. Tuvo su origen en el año 2002⁴⁸, mediante un grupo de trabajo, en la Alianza por la Política Pública de Infancia y Adolescencia en Colombia.⁴⁹ Este grupo se amplió dos años después con la participación de diferentes instituciones tanto públicas como privadas, bajo la coordinación del ICBF. [48] Dado que hasta ese momento no existían lineamientos de política para la primera infancia claramente orientados, se realizó como acercamiento inicial en el año 2003⁵⁰ el primer Foro Internacional: “Primera infancia y desarrollo. El desafío de la década”.

El año 2005, se destacó por tres (3) acontecimientos, en torno al tema de primera infancia, se realizó el Segundo Foro Internacional, denominado “Movilización por la Primera Infancia”, se adoptaron los ODM para Colombia y se da inicio al Programa de Apoyo para la Formulación de Política de Primera Infancia en Colombia que surge con el propósito de “definir un marco institucional y un sistema de gestión local, regional y nacional, para garantizar los derechos de la primera infancia, ampliar coberturas, mejorar la calidad del programa y buscar estrategias, para empoderar a las familias y a la comunidad”. [45] Se conformaron siete (7) mesas de trabajo entre las que se destacan: el mapeo de investigaciones, la expedición por la primera infancia⁵¹ y la gestión y desarrollo local (diseño y desarrollo de estrategias en la protección integral).

Desde su origen en el 2002, la participación activa de los diferentes estamentos del gobierno y de la sociedad civil, le otorgaron el carácter de política pública. [45] A pesar de que es el Estado el responsable directo de garantizar las condiciones necesarias para respetar, promover, cumplir y proteger los derechos de la primera infancia[45], se enfatiza que la eficiencia de los

⁴⁸ Antes de este periodo, la Resolución 412 del 2000, estableció las normas técnicas y guías de atención para las acciones y detección temprana de enfermedades de interés en salud pública. Además, la Ley 715 de 2001, definió las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (educación y salud), posibilitando entre otros, la asignación de recursos para la alimentación de los niños en edad preescolar.

⁴⁹ Grupo de Trabajo integrado por el ICBF, el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), el Centro Internacional de Educación y Desarrollo (CINDE), Save the Children y UNICEF.

⁵⁰ Igualmente, en este año se establece la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la cual promueve el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

⁵¹ Otorga “la perspectiva de los saberes, construidos a partir de la experiencia de los actores sociales de base, relacionados directamente con la primera infancia, con el fin de visibilizar los procesos locales y regionales de atención integral, formación, participación y movilización social”. [48]

resultados de la intervención estatal, dependen de la interacción conjunta del Estado, la familia y la comunidad.[50, p.12], [61]

Por su parte, en el año 2006⁵², el Congreso Colombiano armonizando la legislación con los postulados de la CDN, expide la Ley 1098 de 2006, mediante la cual se crea el Código de la Infancia y la Adolescencia.[48] El año 2007, se destaca por presentar cuatro (4) instrumentos de política pública, dirigida a la primera infancia: primero, el Plan Nacional de Salud Pública, de sus prioridades la Salud Infantil; segundo, la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, mediante el CONPES 113; tercero, la Ley 1146 de 2007, para la prevención de la violencia sexual y atención integral de niños y adolescentes abusados sexualmente y cuarto, la Política Nacional de Primera Infancia, mediante el CONPES 109.[48]

La Política Nacional se caracteriza por formular los objetivos y líneas estratégicas de la Primera Infancia.

El objetivo general establece “promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años; respondiendo a sus necesidades y características específicas y contribuyendo al logro de la equidad y la inclusión social en Colombia”.[48]

Entre las líneas estratégicas se encuentran ofrecer una atención integral a la primera infancia, con calidad y mejorar la supervivencia y la salud de los niños entre cero (0) a seis (6) años y de las madres gestantes y en periodo de lactancia. Para lograrlo, se propusieron, el incremento progresivo a la afiliación a la seguridad social en salud, promover la salud y estilos de vida saludables, mejorar las condiciones de salud y el entorno, y abordar de manera integral la implementación de las estrategias IAMI y AIEPI.[48]

En el año 2009 se expide la Ley 1295 donde se prioriza la niñez de sectores vulnerables de niveles 1 y 2 del SISBEN. Actualmente, el Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014, contiene una Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, creada en el gobierno del Presidente Juan Manuel Santos y denominada Estrategia “De Cero a Siempre”, donde confluyen políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin de brindar una verdadera Atención Integral, haciendo efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y cinco años de edad.[62] La Ley 1438 de 2011, surge para fortalecer el SGSSS, a través de un modelo de APS, priorizando la protección y asistencia a grupos vulnerables.

3.1.2. Marco de la Política en el Municipio de Santiago de Cali.

En el año 2004, la Procuraduría General de la Nación[57], con el apoyo de UNICEF, realizó un estudio para determinar el grado de inclusión del tema de infancia, entre otros, en los planes de desarrollo departamentales y municipales⁵³, para el período 2004-2007. Se examinó y verificó cómo abordaron los temas referentes a la infancia, qué programas y proyectos se propusieron y la disponibilidad de recursos para implementar las políticas públicas para la primera infancia. [57]

En el período 2001 a 2011, solo el Plan de Desarrollo Municipal “Cali, un nuevo latir” (2007-2011)⁵⁴, incluye de manera implícita el objetivo de “promover la salud y contribuir a reducir las enfermedades prevalentes de la infancia”. La SSPM en su preocupación por la supervivencia y el desarrollo infantil, adelanta actividades para contribuir al logro de este objetivo y de las metas propuestas en este plan.

⁵²Se realizan modificaciones al sistema de SGSSS con la Ley 1122 de 2006.

⁵³Son herramientas fundamentales pues permiten direccionar y asignar los recursos públicos necesarios para propiciar el desarrollo social.

⁵⁴Una descripción detallada de cada plan municipal se encuentra en el Capítulo sobre la Historia de la Secretaría.

Con participación de entidades del gobierno y sociedad civil en Cali, para dar respuesta a las demandas gubernamentales, se inició un proceso de construcción de política pública de la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, destacando el trabajo realizado por la Mesa Municipal de Primera Infancia, que quedó expresado en el Plan de Atención Integral para la Primera Infancia (PAIPI), en la orientación de que Cali sea hoy y siempre una Ciudad Responsable y Amiga con los Niños, Niñas y Adolescentes[49], consiguiendo mejores condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales, hacia el desarrollo integral y la generación de oportunidades para los niños, niñas y adolescentes, en su calidad de sujetos activos y titulares plenos de Derechos.

En el 2010, la Política se socializó en un foro con amplia asistencia de las instituciones participantes, públicas y privadas, fundaciones, ONG, organizaciones sociales de base y sociedad civil, quienes desarrollaron un arduo trabajo de investigación con responsabilidad y compromiso, articulando procesos de intervención, con el liderazgo de la Secretaría de Bienestar Social y la decisión política del Alcalde de Cali, congruente con su responsabilidad, avalado por un compromiso firmado por los participantes. Este documento se entregó al Concejo Municipal para su aprobación por esta Corporación.

3.2. SITUACIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS EN SANTIAGO DE CALI

3.2.1. Aspectos Demográficos.

3.2.1.1. Estructura de la Población.

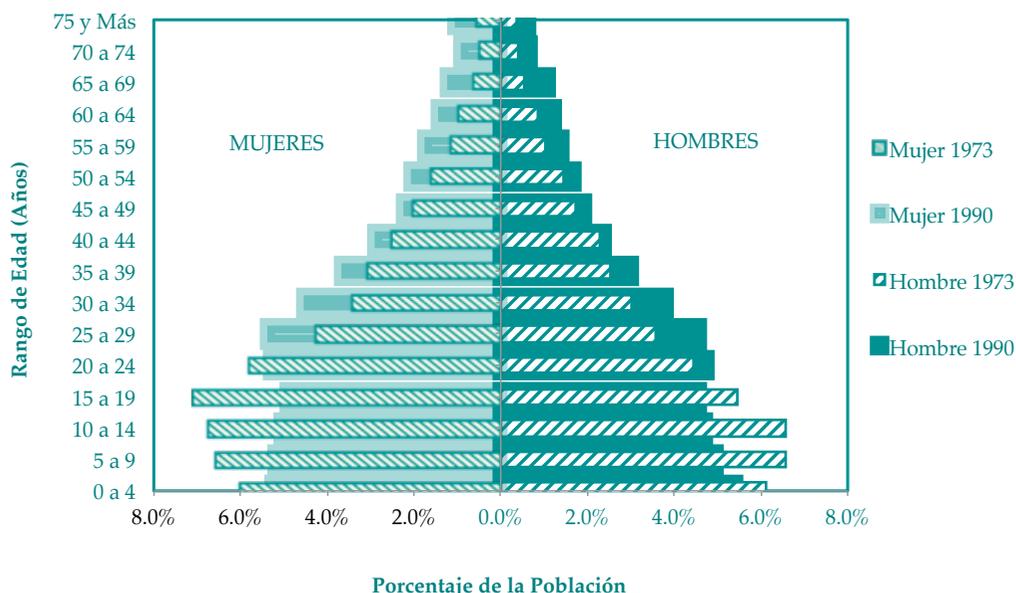
El crecimiento de la población caleña en los últimos años es más lento, de acuerdo a la información suministrada por las pirámides poblacionales del Municipio de Santiago de Cali para los años 1973, 1990, 2000, 2011 y 2015 (Gráfico 5, Gráfico 6, Gráfico 7).

Según lo indica el Gráfico 5, la población de Cali experimentó un crecimiento rápido en la década del 70. La pirámide mantiene su forma, ya que las cohortes más jóvenes (de 0 a 19 años de edad) representaban el 51.1 % de la población total, mientras que el resto de las cohortes (de 20 años en adelante) ocupaba un 48.9 % de la misma. Aproximadamente, veinte años más tarde, según lo indica la pirámide poblacional del año 1990, en el Municipio de Santiago de Cali las cohortes más jóvenes de la población y el resto de las cohortes, pasaron a representar el 40.2 % y el 59.8 % de la población caleña, respectivamente.

Lo anterior indica el inicio de una nueva transición, en donde los grupos más jóvenes de la población empezaron a perder participación en el total de la población caleña, al compararse con los demás grupos de edad. En el año 2000, la situación descrita al inicio de los setenta cambió significativamente. Se observa que las cohortes más jóvenes representaron el 37.7 % de la población caleña, mientras que las demás cohortes ocuparon el 62.3 %, que significa un decrecimiento del 26.2 %, de las cohortes más jóvenes, en el período 1973-2000.⁵⁵

⁵⁵ Además, una variación del 6.2 % entre 1990 y 2000.

**Gráfico 5. Pirámide Poblacional
Municipio de Cali, 1973 y 1990**



Fuente: datos DANE. Elaboración Propia.

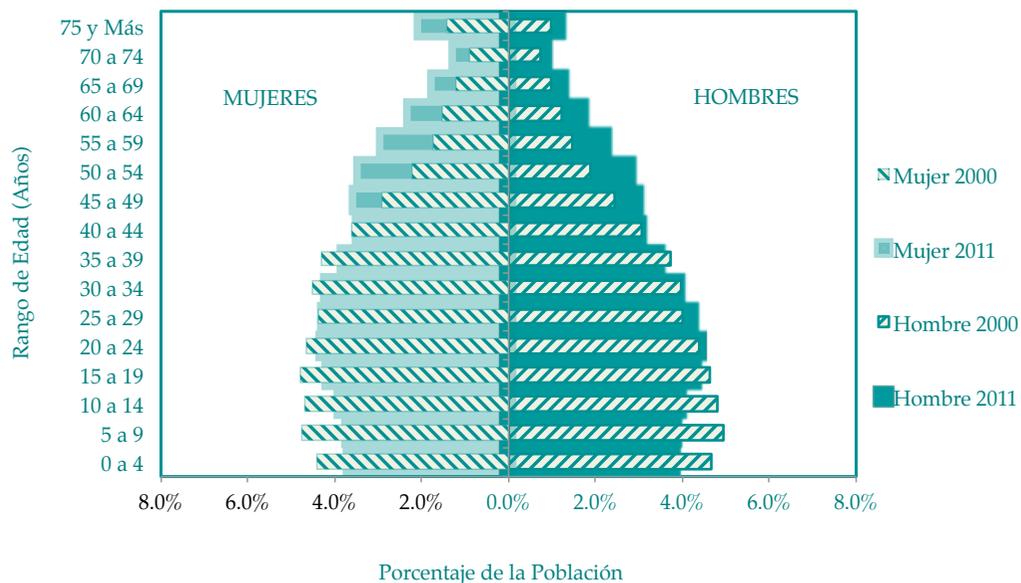
Según el Gráfico 6, las cohortes más jóvenes, en el año 2011, representaron un 31.2 % de la población caleña. El crecimiento, de este grupo de la población respecto del total, disminuyó en 22.5 %, en aproximadamente 20 años⁵⁶ confirmando la tendencia observada entre el inicio y el final de la década de los noventa.

Las proyecciones de población para el Municipio de Santiago de Cali, muestran que la tendencia expuesta se mantendrá, aunque con un leve crecimiento. Las estimaciones del DANE, revelan que para el año 2015, las cohortes más jóvenes representarán el 33.1 % de la población total, porcentaje muy similar al alcanzado en el 2011 (Gráfico 7).

En resumen, existe una clara tendencia decreciente de las cohortes más jóvenes de la población. Este hecho permite inferir, que la dinámica poblacional del Municipio de Santiago de Cali atraviesa por una etapa de transición demográfica, en la cual, la pirámide poblacional pasó de ser expansiva (mayor porcentaje de la población en su base) a constrictiva, es decir, cohortes jóvenes cada vez más pequeñas en relación a las demás.

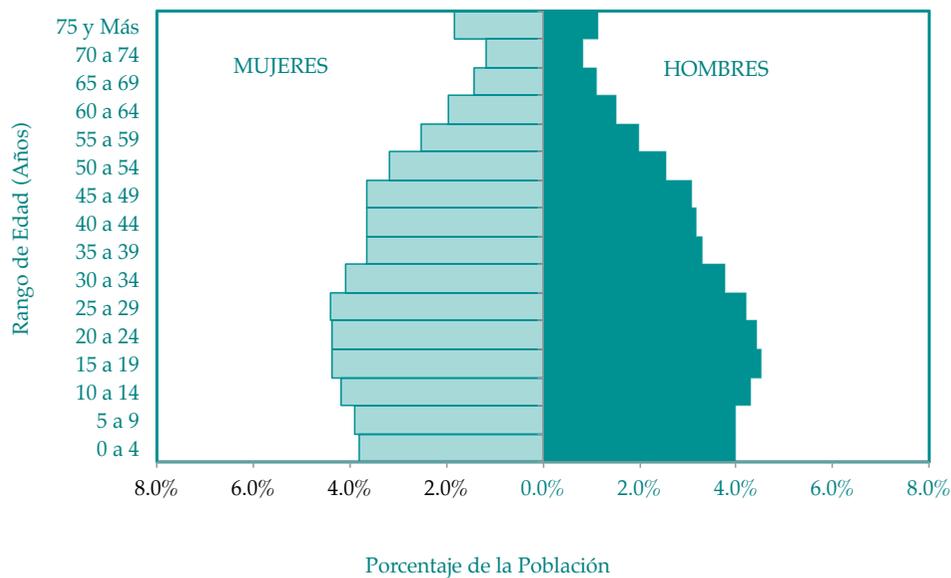
⁵⁶Al compararse las cifras del crecimiento de esas cohortes entre 1990 y 2011.

**Gráfico 6. Pirámide Poblacional
Municipio de Cali, 2000 y 2011**



Fuente: datos DANE. Elaboración Propia.

**Gráfico 7. Pirámide Poblacional
Municipio de Cali, 2015**

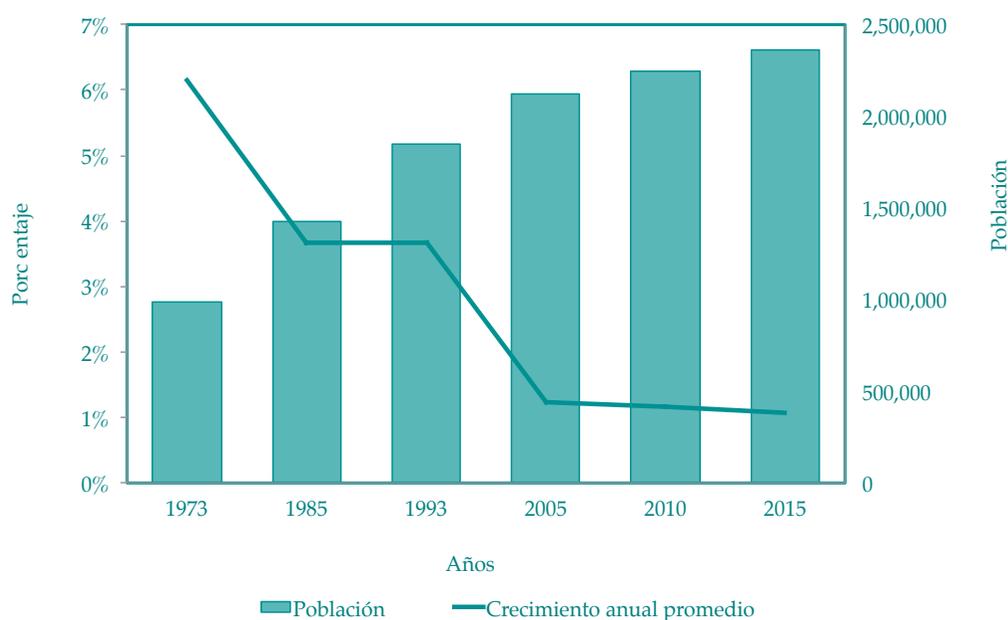


Fuente: datos DANE. Elaboración Propia.

3.2.1.2. Crecimiento de la Población.

Comparando las tasas de crecimiento intercensal (Gráfico 8), se observa que efectivamente el crecimiento de la población se ha desacelerado, para el periodo 1964-1973 fue de 6.16 %, para 1993-2005 fue del 1.2 %, mientras que el estimado para 2010-2015, es de 1.07 % anual. Para el año 2015, se estima que la población del Municipio de Santiago de Cali, alcance los 2,364,363 habitantes.

Gráfico 8. Población Censal y Tasa de Crecimiento Anual Promedio Municipio de Cali, 1973-2015.



Fuente: DANE^a-DAPM^b Municipio de Santiago de Cali. Elaboración propia.

^aDepartamento Administrativo Nacional de Estadística.

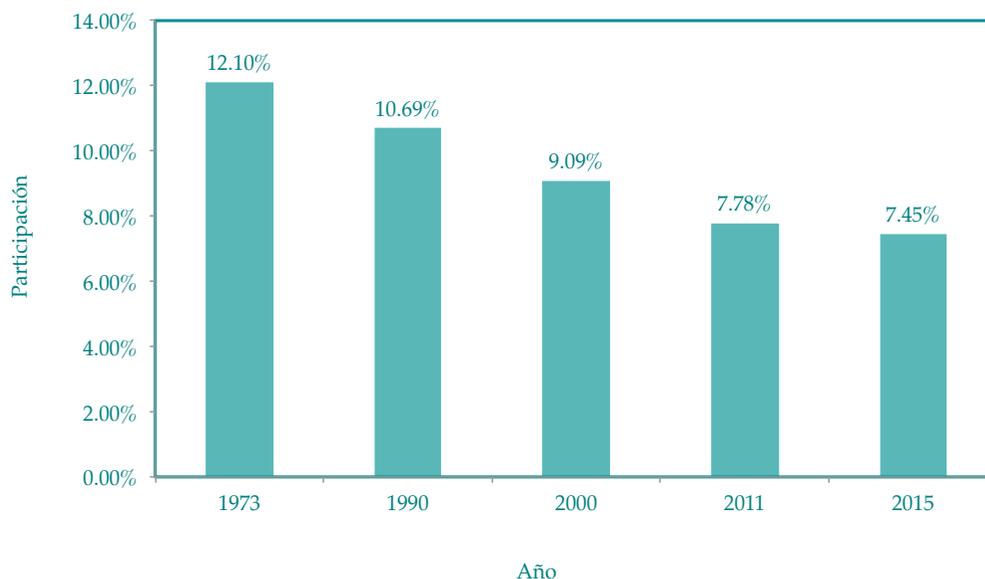
^bDepartamento Administrativo de Planeación Municipal.

3.2.1.3. Niños y niñas menores de 5 años.

De acuerdo a la descripción anterior y al analizar la cohorte de niños y niñas menores de 5 años, la tendencia es a la baja en el crecimiento de este grupo poblacional. En este sentido, la participación de esta cohorte en el total de la población, ha venido disminuyendo drásticamente (Gráfico 9). Entre 1973 y 2011, se registró una desaceleración del 38.4 %, pues la participación de esta cohorte pasó de 12.1 % en 1973 a 7.45 % en el 2011, confirmando la forma adoptada por las pirámides. Pese a que para el 2015, se proyecta una participación del 7.78 %⁵⁷ para esta cohorte, implicando un aumento de 0.33 puntos porcentuales en comparación al 2011, se observa que la tendencia global seguirá siendo a la baja.

⁵⁷ Es decir, una reducción del 35.7 % en relación con la participación de esta cohorte en 1973 (12.15 %).

Gráfico 9. Participación de Niños y Niñas Menores de 5 años en la Población Total. Municipio de Cali, 1973-2015.



Fuente: DANE. Cálculos propios.

Gráfico 10. Comunas con mayor población de niños y niñas menores de 5 años. Municipio de Cali, 2010.



Fuente: DANE, Cálculos del Autor.

Paralelo al ritmo desacelerado del crecimiento de la población caleña, especialmente de los niños y niñas menores de 5 años, el índice de dependencia económica juvenil también ha disminuido. En 1993, este índice mostró que de 100 personas en edades económicamente productivas, 43 jóvenes (menores de 15 años) dependían de ellas, mientras que en el 2005 dependían 40 jóvenes. Estos resultados, unidos al aumento de la población adulta mayor, como efectivamente se observa en la punta de las pirámides poblacionales, implican un deterioro socioeconómico de la región.

3.2.1.3.1. Distribución de los niños y niñas menores de 5 años en las Comunas. La población de niños y niñas menores de 5 años se concentra en las comunas 13, 14, 6 y 15 con el 36.55 % de la población. Lo que implica que los recursos destinados a los menores de 5 años, se deben focalizar prioritariamente en los problemas de los niños, niñas y jóvenes de estas cuatro (4) comunas (Gráfico 10).

3.2.1.4. Tasa Global de Fecundidad, Tasa General de Fecundidad y Fecundidad según edad de la Madre.

El fenómeno de crecimiento lento de la población caleña, es explicado por el descenso general de la fecundidad. La tasa global de fecundidad evidencia un importante descenso, pues en 1970 era de 4.5 hijos por mujer, en 1995 de 1.97 y en 2009 es de 1.88 hijos por mujer, que representa una disminución del 58.2 %, en un período de 30 años.

La tasa general de fecundidad (TGF) experimentó un decrecimiento aproximado del 6 % entre 1995 y 2009, de 60.15 a 56.57 nacimientos por cada 1,000 Mujeres en Edad Fértil (MEF). El año 2004, registró la menor TGF, con 54.4 nacimientos por cada 1,000 MEF (Gráfico 11).

Al analizar la información anterior con los datos reportados para el Departamento del Valle del Cauca y Colombia por el DANE⁵⁸, es posible afirmar que el Municipio de Santiago de Cali presenta cifras menores a las del promedio del departamento y el país. En el período 1995 - 2000, la Tasa Global de Fecundidad para el Departamento del Valle del Cauca y para Colombia, corresponden a 2.46 y 2.86 hijos por mujer respectivamente, mientras que para el Municipio de Santiago de Cali fue de 1.94 hijos por mujer.

La TGF refleja la misma dinámica para el Valle del Cauca y para el país, en el período 1995 - 2000 es de 78.2 y 92.0 nacimientos por cada 1,000 MEF respectivamente, mientras que para el Municipio de Cali correspondió a 58.32 nacimientos por cada 1,000 MEF.

En Cali, el grupo de mujeres de 15 a 19 años, experimentó un incremento del 1.03 % en la tasa de fecundidad según la edad de la madre en el período 1993 - 2008, al pasar de 71.1 a 77.9 por cada 1,000 MEF. En 1993 y en 2008, las mujeres entre los 20 y 24 años presentaron la mayor tasa de fecundidad dentro de las MEF, con 119.6 y 103.3 nacimientos por cada 1,000 MEF, respectivamente (Gráfico 12).

⁵⁸Para los quinquenios desde el año 1995 hasta el 2010.

**Gráfico 11. Tasa Global de Fecundidad, 1995-2009.
Tasa de Fecundidad General, 1991-2004.
Municipio de Cali**



Fuente : SSPM/Municipio de Santiago de Cali.

**Gráfico 12. Fecundidad según Edad de la Madre
Municipio de Santiago de Cali, 1993 y 2008**



Fuente : SSPM/Municipio de Santiago de Cali.

3.2.1.5. Desplazamiento

Teniendo en cuenta la situación de conflicto que ha padecido el país y la cantidad de desplazados que llegan al Municipio de Santiago de Cali (municipio receptor)[63], hay que considerar factores externos, que afectan las tendencias demográficas en los diferentes grupos de edad, pues termina afectando la composición de la población y la demanda de servicios, especialmente de salud y educación.

Identificar la cantidad de personas que ingresan cada año a la ciudad no es una tarea fácil, pues en muchos casos, no se existen los mecanismos adecuados que permitan establecer la magnitud de los migrantes y muchos casos, los migrantes solo están de paso hacia otras ciudades. En el Informe Regional sobre Desarrollo Humano, realizado por el PNUD para el Valle del Cauca[63], se presentan índices de intensidad⁵⁹ y presión de desplazamiento⁶⁰. A partir de éstos, se realiza una inferencia sobre la situación de migración al Municipio de Santiago de Cali.

La Tabla 5, contiene el índice de intensidad de desplazamiento, donde se puede observar que la relación de personas que emigran del Municipio de Santiago de Cali, es muy baja, en relación con el departamento del Valle, sin embargo el comportamiento no es estable, pues en el Municipio de Santiago de Cali entre 1999 y 2007, tuvo un crecimiento del 154 %, al pasar de 6.3 a 16 personas que dejaron la ciudad por cada 100,000 habitantes. En el mismo período en el Valle del Cauca, el crecimiento fue 20 veces mayor, pasó de 4.19 a 109.5 personas que dejaron el departamento por cada 100,000 habitantes.

Tabla 5. Índice de Intensidad de desplazamiento por 100,000 habitantes. Municipio de Santiago de Cali y Valle, 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cali	6.3	5.8	18.3	23.5	15.4	21.8	22.3	22.8	16
Valle	4.19	213.2	399.9	194.5	412.3	104.2	149.6	329.2	109.5

Fuente: Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, Cálculo IDH-Valle del Cauca.

Para el índice de presión del desplazamiento, el Municipio de Santiago de Cali registra un mayor crecimiento del indicador, comparándolo con el presentado por el Valle. En el Gráfico 13, se observa que entre 1999 y 2007 el Municipio de Santiago de Cali, el índice de presión registró un crecimiento del 935 %, en 1999 la ciudad recibió 25.2 personas por cada 100,000 habitantes y en 2007 fueron 260.7 por cien mil. Para el Valle el crecimiento fue de 575 % en los mismos años, pasó de 51.5 a 347.5 personas recibidas por cada 100,000 habitantes.

De lo anterior, se puede inferir que el Municipio de Santiago de Cali y el Valle son grandes receptores de población desplazada desde finales de la década de los 90 hasta el año 2007. Comparando el índice de intensidad y el de presión del desplazamiento, es posible apreciar que para todos los años es siempre mayor el segundo para ambos casos. Para el 2007 en Santiago de Cali y el Valle, el índice de presión supera el de intensidad, en alrededor de 245 y 238 personas por 100,000 habitantes respectivamente. Factor importante pues refleja que el Municipio de Santiago de Cali, en total, está recibiendo más desplazados que el Valle.

⁵⁹Es la relación entre el número de personas que abandonan una región y la población estimada de dicha región.

⁶⁰Es la relación entre el número de personas recibidas por una región y la población estimada de dicha región.

Gráfico 13. Índice de Presión de desplazamiento, por 100,000 habitantes. Municipio de Cali y Valle del Cauca, 1999-2007.



Fuente: Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Cálculo IDH-Valle del Cauca.

De esta manera, se afirma, que el desplazamiento en el Municipio de Santiago de Cali es un factor relevante, que afecta la composición de la población caleña y por tanto, su crecimiento y la demanda de los servicios sociales.⁶¹ Igualmente, afecta el crecimiento de la población infantil, pues la mayoría de desplazados lo conforman familias numerosas. Según el documento “Mujeres desplazadas por el conflicto armado” [64], quizá la principal característica de la población desplazada que llega a Santiago de Cali, es que lo hacen silenciosamente (bola de nieve) lo que se conoce como “desplazamiento individual o a cuenta gota” de familias, con un promedio de 6 personas, haciendo más complejo tener una visión concreta sobre su dimensión.⁶²

Ante tal situación, la Corte Constitucional señala, específicamente que “la población en situación de desplazamiento y la primera infancia, constituyen un ámbito crítico de intensificación y confluencia de problemas que se retroalimentan perversamente entre sí, para obstruir con especial fuerza el ejercicio de los Derechos Fundamentales de los niños y niñas”. [65]

3.2.1.5.1. Desplazamiento de niños y niñas menores de cinco años Complementando el análisis anterior, Ruiz [66] en su estudio, el desplazamiento forzado en el interior de Colombia, presenta entre otros, las tasas netas de desplazamiento infantil, que permiten establecer, si una determinada región pierde (expulsa) o recibe población menor de 5 años. En Santiago de Cali

⁶¹Igualmente, contribuye a la conformación de subregiones en el Valle del Cauca que evidencian una fuerte movilidad poblacional desarraigada por el conflicto político armado y sus efectos que en el caso del desplazamiento forzado, se proyecta a otras esferas sociales y políticas en el departamento, afectando específicamente su configuración territorial. (González, D.:2002)

⁶²El documento afirma también que “el desplazamiento ha producido un impacto psicológico y social que ha incrementado la destrucción del tejido social, la pauperización, la desintegración familiar, desnutrición, enfermedades, alcoholismo, drogadicción, prostitución, deserción escolar y delincuencia, agravando por esta vía los problemas históricos de los pobladores y barrios de la ciudad”.

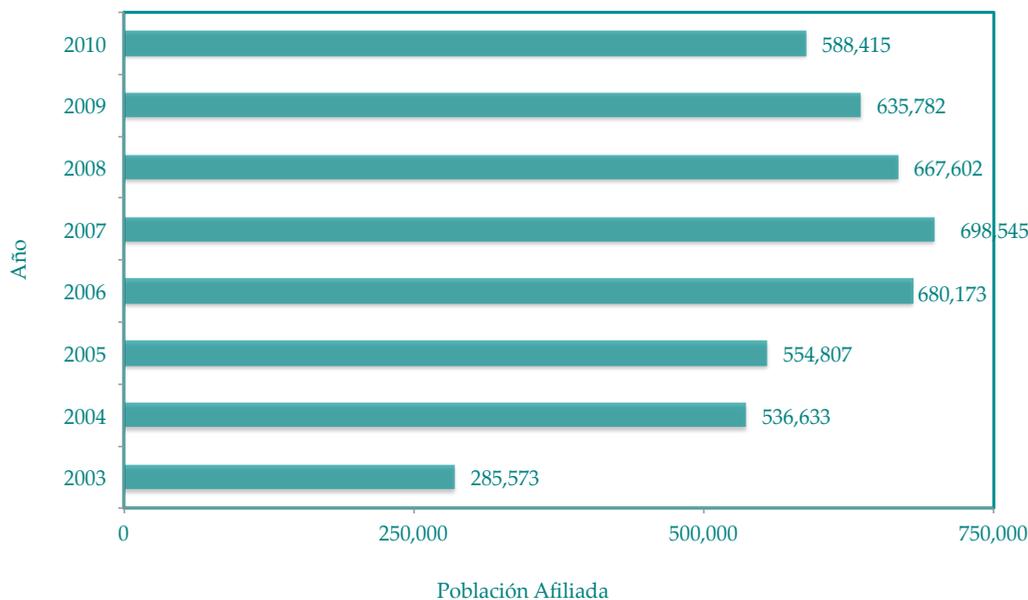
hay una ganancia neta de población,⁶³ para el periodo 2000-2004, ingresaron 17.3 niños menores de 5 años por cada 1,000 habitantes, es decir, un saldo positivo de 3,637 niños. Al comparar a Cali con Medellín, la ganancia neta fue menor, puesto que en Medellín fue de 42.6 niños menores de 5 años por cada 1,000 habitantes (8,191 niños), sin dejar de ser un problema grave para Cali.

Se concluye entonces, que Santiago de Cali es un municipio receptor de población y que con la llegada de niños están ingresando también adultos, lo que genera un impacto sobre la estructura de la población de origen, como de destino. Esta “dinámica migratoria tiene efectos económicos sobre el hogar y consecuentemente, se traduce en sobreoferta de mano de obra” y exceso de demanda de servicios sociales. [66]

3.2.1.6. Situación de Aseguramiento en Municipio de Santiago de Cali y Valle del Cauca.

Una de las formas de medir el mejoramiento de la supervivencia y la salud de los niños de bajos recursos económicos, es mediante el incremento en el número de afiliados a la seguridad social. El régimen subsidiado depende de dos factores importantes, por un lado del nivel de pobreza de la población y las altas tasas de desempleo y por otro lado de los recursos disponibles por el estado para subsidiar a esta población. En Cali, hasta el año 2007 (Gráfico 14) el régimen subsidiado se incrementó hasta llegar a 698,545 afiliados y anualmente fue descendiendo hasta llegar en el 2010 a 588,415 afiliados (disminución de 15.77 %), situación que puede ser coherente con la reducción de la tasa de desempleo en el mismo período y con la depuración de las bases de datos.

Gráfico 14. Afiliación a régimen subsidiado de salud Municipio de Santiago de Cali, 2003-2010.



Fuente: Oficina de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios,- SSPM/Municipio de Santiago de Cali.

Contrastando los afiliados, tanto al régimen subsidiado como contributivo en 2010, entre el Departamento del Valle del Cauca y el Municipio de Santiago de Cali, vemos que el 31.09 %

⁶³El desplazamiento que tiene en cuenta este estudio es el forzado.

de la población afiliada del Valle del Cauca pertenece al régimen subsidiado (Tabla 6) y en Santiago de Cali ésta corresponde al 24.08 % (Tabla 7). La afiliación al régimen contributivo es mayor en Cali (55.79 %) que en el departamento del Valle del Cauca (53.01 %), esto refleja la situación global, donde el Municipio de Santiago de Cali tiene una cobertura de la seguridad social en salud del 79.90 %, mientras que para el departamento del Valle esta cifra es del 84.09 %. La cobertura de afiliación en Cali no es mayor, debido a la depuración de la base de datos que se viene realizando desde el año 2009, donde se detectan casos de duplicidades con el régimen contributivo y por los efectos de las migraciones internas y externas.⁶⁴

Tabla 6. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Regímenes Valle del Cauca, 2010.

	Total	Porcentaje de afiliación
Población Total	4,384,131	100.00%
Contributivo	2,324,166	53.01%
Subsidiado	1,362,888	31.09%
Pobre No Asegurada	697,077	15.09%

Fuente : DANE - ECV 2010⁶⁵.

Tabla 7. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud por Regímenes Municipio de Cali, 2010.

	Total	Porcentaje de Afiliación
Población Total	2,442,668	100.00%
Contributivo	1,362,838	55.79%
Subsidiado	588,415	24.08%
Pobre No Asegurada	491,160	20.10%

Fuente : Oficina de Aseguramiento y Desarrollo de Servicios - Secretaria de Salud de Cali.

3.2.2. Aspectos Socioeconómicos.

Una vez analizados los aspectos demográficos más relevantes de Cali, en este apartado se analizan los indicadores claves de la situación socioeconómica de la ciudad y cómo afectan el bienestar de la población infantil. Se analizan los siguientes cinco (5) indicadores: Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Línea de Pobreza (LP), Línea de Indigencia (LI), Índice de Desarrollo Humano (IDH) y Producto Interno Bruto (PIB) per cápita.⁶⁶

3.2.2.1. Necesidades Básicas Insatisfechas.

Este indicador identifica las carencias críticas en una población y caracteriza la pobreza, por lo tanto, facilita el diseño, elaboración de políticas sociales y asignación de subsidios. El Municipio de Santiago de Cali, ha dirigido esfuerzos para mejorar el bienestar de los caleños, lo que se refleja en una reducción de la población con al menos una NBI, entre 1993 y 2005 en 9.6 puntos porcentuales (Tabla 8). Según el DANE (2003-2005) el Municipio de Cali tuvo un

⁶⁴Datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del Censo 2005.

⁶⁶Vale la pena aclarar que dichos indicadores se estudian para la población en general, situación que no permite establecer la proporción de niños y niñas de la primera infancia que se encuentran en situación de miseria, pobreza e indigencia.

ascenso en el ranking como ciudad principal en la satisfacción de las necesidades básicas, por encima de Medellín.

**Tabla 8. Porcentaje de Personas con al menos una NBI.
1993 y 2005**

Región	1993	2005
Medellín	16.08%	12.42%
Bogotá D.C.	17.28%	9.20%
Cali	20.64%	11.01%
Colombia	35.80%	27.78%

Fuente: DANE Censos de Población 1993 y 2005.

3.2.2.2. Línea de Pobreza y Línea de Indigencia.

Este indicador mide el nivel mínimo de ingresos considerados necesarios para lograr un estándar de vida adecuado, es decir, para comprar una canasta mínima de alimentos para subsistir⁶⁷, en el Municipio de Santiago de Cali se estimó que para el año 1996 fue de 43.4 % y cayó a 30.1 % en el año 2008, superado por Medellín y Barranquilla (Tabla 9). El Municipio va por buen camino hacia el logro de la meta de ODM, de reducir la población por debajo de la LP a 21.7 %.[67, p.55]

**Tabla 9. Porcentaje de la población bajo la línea de pobreza
1996 y 2008.**

Año	Bogotá D.C	Cali	Barranquilla	Medellín
1996	29.5	43.4	32.7	48.8
2008	22.5	30.1	40.8	38.5

Fuente: Misión para el Empalme de las Series de Empleo Pobreza y Desigualdad (MESEP), DNP.

La Línea de indigencia mide el porcentaje de personas que presentan un ingreso inferior al necesario para adquirir una canasta con los requerimientos mínimos de energía calórica⁶⁸[67]. En Cali, la LI ha decrecido (Tabla 10) en 2008 en un 16.82 % menos que en 1996, a pesar de esto la variación fue menor en comparación con la obtenida por Bogotá y Medellín que fue de 36.07 % y 22.03 % respectivamente. La meta de ODM para la LI es de 3.05 %, para el Municipio de Santiago de Cali.[67, p.55]

**Tabla 10. Porcentaje de la población bajo la línea de indigencia.
1996 y 2008**

Año	Bogotá D.C	Cali	Barranquilla	Medellín
1996	6.1	10.7	6.1	11.8
2008	3.9	8.9	10.5	9.2

Fuente: MERPD - ECH - ENH, MESEP.

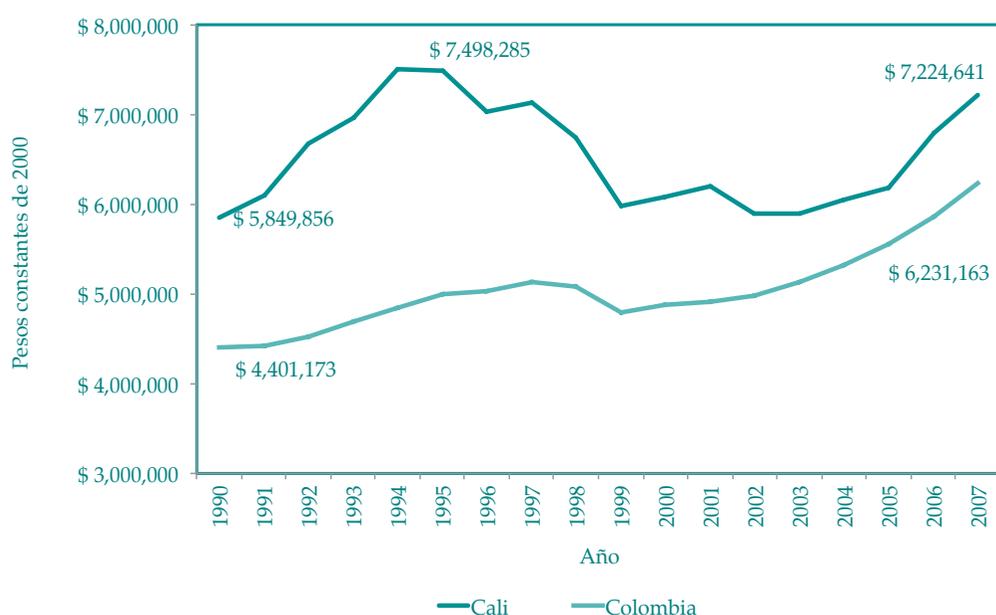
⁶⁷ Para el 2009, la LP tuvo un valor per cápita de 281,384 pesos corrientes, según el DNP.

⁶⁸ Para el 2009, la LI tuvo un valor per cápita de 120,588 pesos corrientes, según el DNP.

3.2.2.3. Producto Interno Bruto per cápita.

En el Municipio de Cali, el comportamiento del PIB per cápita, no tiene una tendencia clara durante el periodo 1990-2007, en tanto exhibe un comportamiento muy lateral, pues en 1994 se observó un ingreso de \$7,498,285 a pesos constantes de 2000 (alto) que descendió en 2002 a \$5,895,057 a pesos constantes de 2000 (bajo), sin embargo, entre 1990 y 2007 se presentó un crecimiento del 23.3 % (Gráfico 15). El PIB per cápita del Municipio de Santiago de Cali supera el de Colombia, en el período 1990-2007, lo que indica que hay mejores condiciones de ingresos en Cali, frente al país⁶⁹. La brecha en este período se ha reducido en 30.6 %, al pasar en 1990 de \$1,448,683 pesos constantes de 2000 a \$993,478 pesos constantes de 2000 en el 2007.

**Gráfico 15. Producto Interno Bruto per cápita.
Municipio de Cali y Colombia, 1990-2007**



Fuente: DAPM-Municipio de Santiago de Cali. Cienfi, Universidad Icesi.

En el análisis de la primera infancia es muy importante tener en cuenta este indicador, puesto que permite hacer una aproximación al promedio de los ingresos de cada persona que habita en Cali, para acceder a servicios de salud, alimentación, educación (en este caso preescolar), vivienda y recreación, por lo que el incremento del PIB per cápita, debe generar mejores condiciones de salud de la población y mejor acceso a los servicios de salud.⁷⁰ A pesar de este indicador, hay que estar alertas con la situación preocupante reportada por el DANE en el Censo de 2005, que encontró que el 4.3 % de los niños y niñas del Municipio de Santiago de Cali dejaron de consumir alimentos la semana anterior a éste, por falta de dinero, situación que vulnera y desconoce los derechos fundamentales de los niños y las niñas; el Departamento del Valle registró una cifra de 6.1 %.[63, p.332]

⁶⁹ Al respecto, es importante aclarar que el PIB per cápita es un indicador que no tiene en cuenta la distribución del ingreso, entre otros factores que afectan el ingreso de una persona.

⁷⁰ Ya sea por ejemplo gracias al aumento de los ingresos que reciben sus padres o tutores, quienes se supone están a cargo de su manutención.

3.2.2.4. Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Este indicador social que complementa al PIB per cápita, fue elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), mide el desarrollo humano, basado en tres parámetros: esperanza de vida (vida larga y saludable), educación y nivel de vida digno (ingreso) que presentan sus pobladores.[63] Su valor oscila entre 0 y 1, entre más cercano a la unidad significa que la región o el país muestra un mejor desempeño en cuanto a los resultados de desarrollo humano.

El Municipio de Santiago de Cali tiene un IDH de 0.802, mejor que el Valle del Cauca (0.792) y Colombia (0.791) como lo indica la Tabla 11. Se observa aquí el esfuerzo de la ciudad en materia de salud, educación y mejora en la productividad, que se refleja en mejor esperanza de vida, educación y PIB per cápita.

**Tabla 11. Índice de Desarrollo Humano.
Municipio de Cali, Valle y Colombia, 2005.**

IDH	2005
Valle	0.792
Colombia	0.791
Cali	0.802

Fuente: DANE, Censo 2005, procesado Redatam y Cuentas departamentales. Valle del Cauca. Cálculo Cidse.

3.2.3. Condiciones de Salud.

Este estudio se enfoca en indicadores que permiten tipificar las condiciones de salud de la primera infancia en el Municipio de Santiago de Cali, como la esperanza de vida al nacer, la razón de mortalidad materna, la tasa de mortalidad infantil y de menores de cinco años, las principales causas de muerte⁷¹ y las principales causas de morbilidad.

3.2.3.1. Esperanza de vida al nacer

Este indicador que establece la cantidad de años que vive una población en un periodo determinado de tiempo, muestra que en Cali, hay un mejoramiento, a pesar que hay diferencias por sexo (mayor en mujeres que hombres), debido sobre todo a la prematura muerte de la población masculina joven y en edad productiva, por causa de la violencia. Según el Departamento Administrativo de Planeación Municipal (DAPM), en el año 2007, la esperanza de vida al nacer para los caleños, se ubicó en 72 años⁷², 1.5 años más que la registrada en 1995.

3.2.3.2. Razón de Mortalidad Materna (RMM).

El informe Progreso para la infancia, en la página Web de Unicef, llama la atención sobre las ventajas de mantener una política para mejorar la salud de las mujeres, ellas son de tipo económico entre otras, “pues los niños y las niñas de madres saludables también tienden a tener buen estado de salud”; los niños y las niñas, hijos de madres enfermas o que han muerto en el proceso del nacimiento, generalmente tienen problemas de salud por la falta de lactancia materna en los primeros meses, mayor probabilidad de morir que los hijos de madres sanas y que están al lado de su hijo en la primera infancia.[68]

⁷¹En el Capítulo 4 se discutirá en detalle la mortalidad por EDA e IRA y otros programas.

⁷²Ese comportamiento es consistente con lo que muestran las puntas de las pirámides, en el apartado de demografía.

Como se mencionó en el capítulo anterior en los ODM acerca de la RMM, Cali viene realizando importantes avances en su reducción, por lo que las cifras proyectadas para el 2010 indican que es la ciudad con la más baja RMM del país, con 29 muertes por 100,000 NV (cifra provisional). Esto ha sido posible gracias a las estrategias implementadas: vigilancia comunitaria para la maternidad segura, madres comunitarias FAMI, vigilancia de la morbilidad materna extrema, monitoreo de la calidad de atención a la gestante en instituciones de salud públicas y privadas, estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI), estrategia AIEPI, entre otras. Las comunas con más alta mortalidad materna son : 7, 10, 17 y 9. En cuanto al cumplimiento de la meta del Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio al 2015, es posible que de continuar con la tendencia actual, se logre una RMM 21.9 muertes por 100,000 NV.[67, p.144]

En Cali, al igual que en Colombia, las principales causas de mortalidad materna son la eclampsia e hipertensión inducida por el embarazo, seguida de las hemorragias, situación diferente a la presentada a nivel mundial que tiene a la hemorragia en el primer lugar.

Unicef afirma que las niñas deben “crecer y madurar, antes de procrear”, con este lema se trabaja para reducir el embarazo en la adolescencia. Cali ha reducido la proporción de embarazadas adolescentes de 3.1 % en 2004 al 1.8 % en el año 2010. El embarazo en la adolescencia es reconocido a nivel mundial como un problema de origen multifactorial, con mayor riesgo de complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio, que incrementan las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, además de las implicaciones que conlleva en lo biológico, psicológico y sociocultural y sus correspondientes consecuencias para la salud pública y costos tanto para la madre como para la familia y la sociedad.

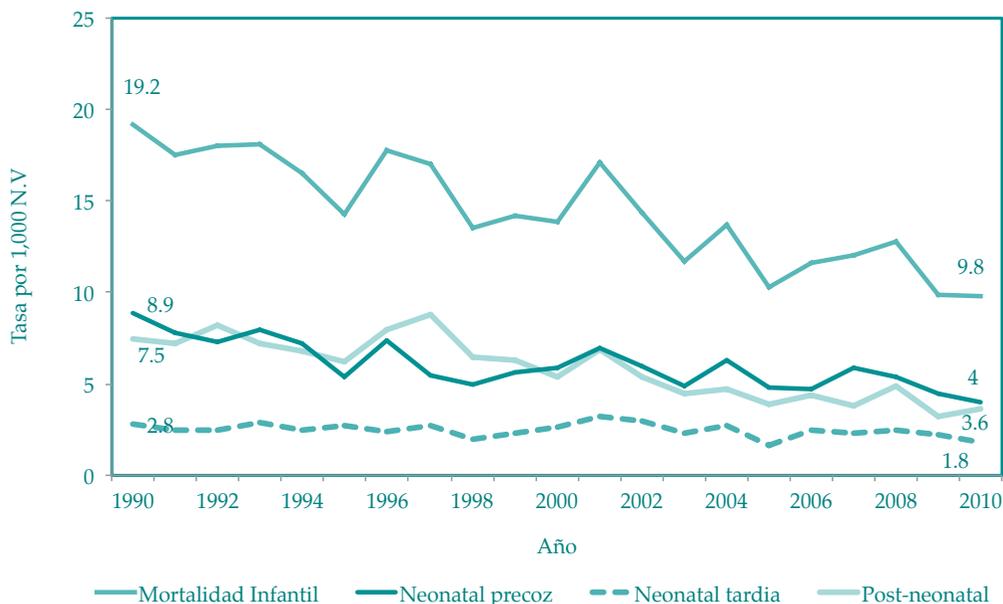
3.2.3.3. Mortalidad en la Infancia.

3.2.3.3.1. Tasa de Mortalidad en Menores de 1 año. La tasa de mortalidad infantil de menores de un (1) año en el Municipio de Santiago de Cali, presenta una tendencia al descenso, en el periodo 1990-2010 se redujo en un 50.5 %, pasando de una tasa de 19.0 muertes en menores de un año por cada 1,000 NV en el 2000, a 9.4 en el 2010.

Los componentes de la mortalidad infantil son: mortalidad neonatal precoz (muerte de los niños antes de los 7 días de vida), mortalidad neonatal tardía (la muerte de los niños entre los 7 y los 28 días de vida) y mortalidad post-neonatal (muerte de los niños entre los 29 días hasta antes de cumplir los 365 días). Con relación a su comportamiento, puede decirse que entre 1990 y 2010 la mortalidad neonatal precoz y la mortalidad postneonatal tuvieron una reducción de 55 % y 52 % respectivamente; la tasa de mortalidad neonatal tardía se redujo en un 36 %.

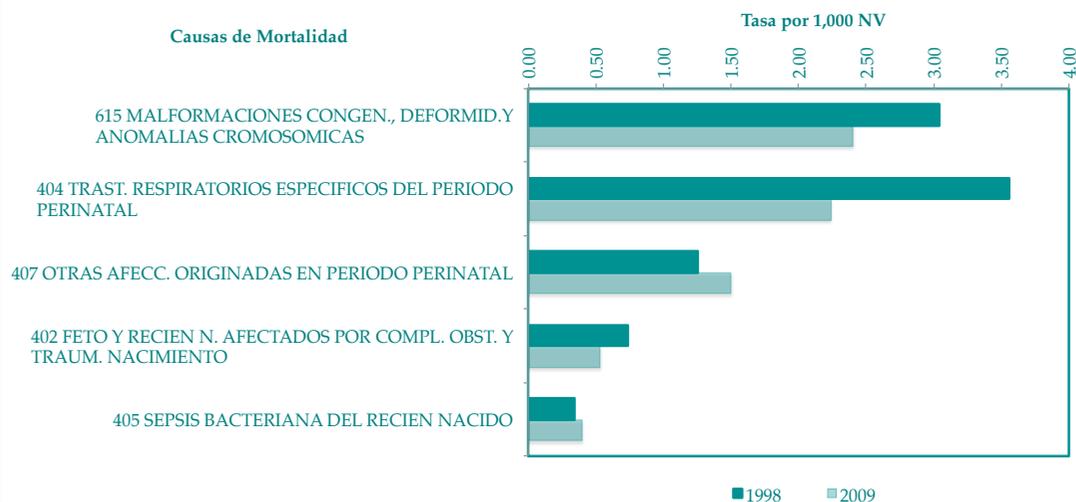
La mayor reducción de la mortalidad neonatal se relaciona con las estrategias implementadas para mejorar la salud materno infantil. La mortalidad neonatal precoz está relacionada con la mejor cobertura de atención del parto por personal de salud y la mejora de los servicios hospitalarios de atención neonatal, tanto tecnológicos (Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal) como humanos (Médicos Especializados en Neonatología), sin embargo, por estas mismas razones, la reducción de la mortalidad neonatal tardía no es mayor, puesto que ocurre un desplazamiento de las muertes neonatales precoces por una mayor sobrevivencia de los niños recién nacidos pretérmino y prematuros extremos en la primera semana de vida. La reducción de la mortalidad postneonatal se atribuye al mejoramiento de las condiciones de vida de la población, que generan una menor mortalidad por causas infecciosas y parasitarias.

Gráfico 16. Tasa de Mortalidad Infantil por Componentes. Municipio de Cali, 1990-2010.



Fuente: DANE, SSPM - Vigilancia epidemiológica.

Gráfico 17. Cinco primeras causas de mortalidad infantil. Municipio de Cali, 1998 y 2009



Fuente: Dane, Estadísticas Vitales

El Gráfico 16 muestra la tendencia de la mortalidad infantil entre 1990 y 2010 y la tendencia a la reducción de todos sus componentes, es así como en 2010 la mortalidad neonatal precoz es de 4 muertes por 1,000 NV, siendo el 42.6 % del total de las muertes infantiles, la mortalidad neonatal tardía es de 1.8 muertes por 1,000 NV, que corresponde al 19.1 % de la mortalidad infantil y la mortalidad postneonatal presenta una tasa de 3.6 muertes por 1,000 NV, corres-

pondiente al 38.3 % de la mortalidad infantil. La mayor tasa de mortalidad infantil en la última década ocurrió en el año 2001 con 17.1 muertes por 1,000 nacidos vivos.

El Gráfico 17 muestra las cinco primeras causas de mortalidad infantil en 2009. Comparativamente con 1998, en el año 2009 no aparecen en las primeras cinco causas las Infecciones Respiratorias agudas y Enfermedades infecciosas intestinales. Todas las causas de mortalidad han tenido reducción en la tasa, excepto otras afecciones en el período perinatal y la sepsis bacteriana del recién nacido que presentan un leve aumento que puede estar relacionado también con supervivencia de niños con complicaciones mayores al nacimiento y que sobreviven por la tecnología disponible en la atención neonatal y de las Unidades de cuidado intensivo. Las cinco primeras causas de mortalidad tienen que ver con trastornos relacionados con el recién nacido, muertes ocurridas probablemente en el período neonatal.

3.2.3.3.2. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años. En el Municipio de Santiago de Cali, la tasa de mortalidad en este grupo de población, ha tenido una tendencia al descenso pasando en 1990 de una tasa de 23.7 a 11.8 por cada 1,000 NV en el 2010.

A pesar de que la tasa de mortalidad infantil ha descendido, proporcionalmente ha sido menor el descenso (39.7%) que para la tasa de mortalidad en niños entre uno y cuatro años (51.1%), El descenso de la tasa de mortalidad infantil ha sido mayor que el presentado para el rango de 1 a 4 años de edad, (debido a una mayor reducción de la TMI), se mantiene en 2 %, la proporción entre las dos mortalidades y en una misma línea de tendencia (Gráfico 18).

Gráfico 18. Tasa Mortalidad en Menores de 5 Años y en Niños de 1 a 4 años. Municipio de Cali, 1990-2010

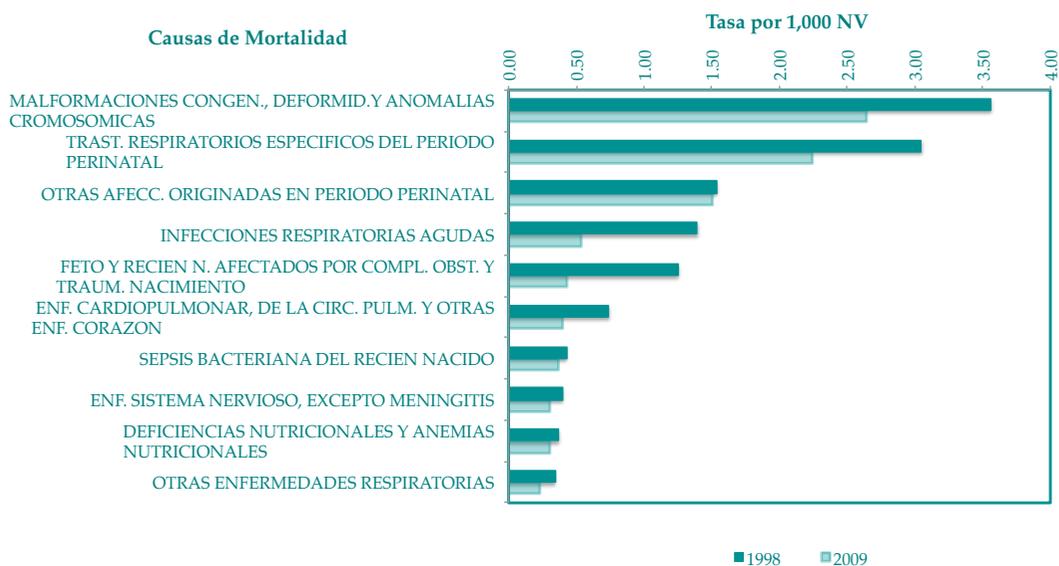


Fuente: DANE, SSPM - Vigilancia epidemiológica.

3.2.3.3.2.1. Principales Causas de Muerte en Menores de 5 años. Las diez (10) primeras causas de mortalidad en menores de cinco años, son las mismas causas de los menores de un año, siendo la principal causa de muerte las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, que para el año 2009 representaron presentaron una tasa de 2.40

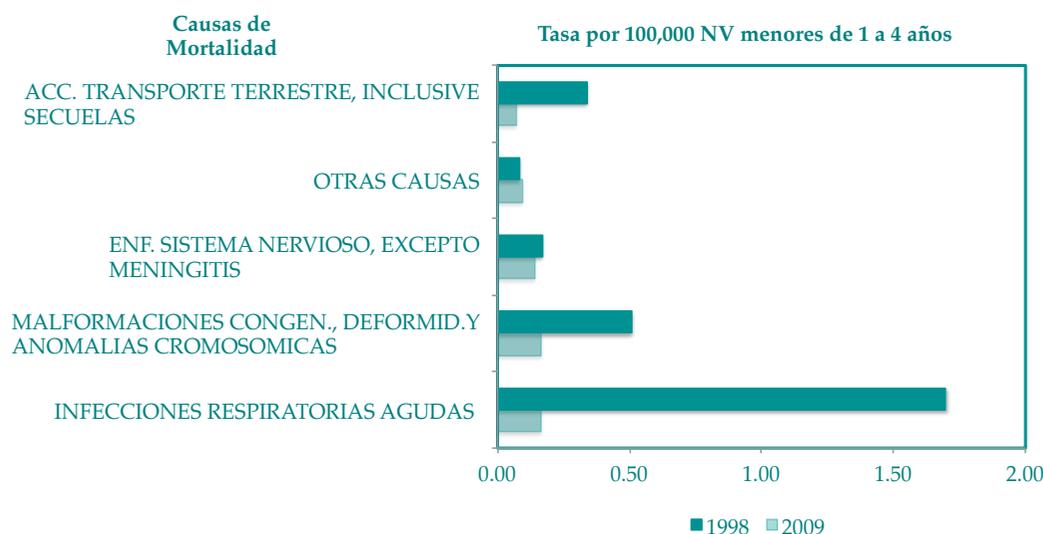
muerres por mil nacidos vivos, seguidas de las afecciones del período perinatal. En general todas las causas de mortalidad en menores de cinco años han presentado reducción con relación al año 1998.

Gráfico 19. Diez principales causas de mortalidad en menores de 5 años por 1,000 NV. Municipio de Cali, 1998 y 2009.



Fuente: DANE, Lista 667-OPS-CIE-10 Agrupación por causas de defunción

Gráfico 20. Cinco principales causas de mortalidad en niños de uno (1) a cuatro (4) años por 100,000 NV. Municipio de Cali, 1998 y 2009.



Fuente: Estadísticas Vitales. DANE

En las causas de mortalidad para el año 2009 no aparecen las enfermedades infecciosas intestinales, que hacían parte de las diez primeras causas en el año 1998 y presentan una reducción muy importante las infecciones respiratorias agudas, al pasar de 1.54 a 0.37 muertes por 1.000 NV.

Con el fin de comparar las tasas de mortalidad con el grupo menor de un año y el de cinco años, se calcula la tasa de mortalidad para el grupo de uno (1) a cuatro (4) años de edad sobre los nacidos vivos. La estructura de mortalidad es muy diferente al grupo menor de cinco (5) años, con presencia de causas de mortalidad por procesos infecciosos y presencia de muertes por accidentes de tránsito, dentro de las primeras cinco causas de mortalidad. Se observa un importante impacto en la mortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas, pues tuvo una reducción de 1.70 muertes por 1,000 NV en 1998 a 0.16 muertes por 1,000 NV en el año 2009 y de las muertes por enfermedades infecciosas gastrointestinales que ya no aparecen en las primeras causas de mortalidad (Gráfico 20).