



**Banco
Interamericano de
Desarrollo**

División de Protección
Social y Salud

NOTAS TÉCNICAS

244

Atención integral a la primera infancia en Colombia: estrategia de país 2011-2014

**Nota sectorial para su
discusión con las nuevas
autoridades y actores del
sector**

Monica Rubio
Leonardo Pinzón
Marcela Gutiérrez

Diciembre 2010

Atención integral a la primera infancia en Colombia: estrategia de país 2011-2014

Nota sectorial para su discusión con las nuevas autoridades y actores del sector

Monica Rubio
Leonardo Pinzón
Marcela Gutiérrez



Banco Interamericano de Desarrollo

2010

<http://www.iadb.org>

Las "Notas técnicas" abarcan una amplia gama de prácticas óptimas, evaluaciones de proyectos, lecciones aprendidas, estudios de caso, notas metodológicas y otros documentos de carácter técnico, que no son documentos oficiales del Banco. La información y las opiniones que se presentan en estas publicaciones son exclusivamente de los autores y no expresan ni implican el aval del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representan.

Este documento puede reproducirse libremente.

Documento realizado con la asistencia de Claudia Peveri. Se agradecen los comentarios de Caridad Araujo (SPH/SCL), Adriana Montaña (SPH/SCL), Ana Lucía Muñoz (SPH/SCL) y Hugo Ñopo (EDU/SCL).

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AIPI	Atención integral a la primera infancia
AIEPI	Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
DIT	Desarrollo infantil temprano
DNP	Departamento Nacional de Planeación
EDA	Enfermedad diarreica aguda
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EPS	Entidades prestadoras de salud
ERPD	Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad
HCB	Hogares Comunitarios de Bienestar
IAMI	Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IRA	Infección respiratoria aguda
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MPS	Ministerio de la Protección Social
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PAI	Plan de Acción Integral
PAIPI	Programa de Atención Integral a la Primera Infancia
PMA	Programa Mundial de Alimentos
POS	Plan Obligatorio de Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
SISBEN	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SGP	Sistema General de Participaciones
UPA	Unidad pedagógica de apoyo

CONTENIDO

SIGLAS Y ABREVIATURAS	IV
I. INTRODUCCIÓN	1
II. CONTEXTO GENERAL: SITUACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN AIPI	2
A. SITUACIÓN ACTUAL DE LA PRIMERA INFANCIA.....	2
B. JUSTIFICACIÓN A LA INTERVENCIÓN PRIORITARIA EN AIPI	13
III. LA RED DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA Y LA PRIMERA INFANCIA	18
A. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA	18
B. PRINCIPALES PROGRAMAS DE ATENCIÓN SEGÚN EL ENTE RESPONSABLE	26
C. COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA (AIPI)	54
1. Cobertura de salud de los niños y niñas menores de 5 años.....	55
2. Cobertura de educación inicial.....	56
3. Cobertura de servicios de nutrición	56
IV. GASTOS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN ACTUALES	57
V. PRINCIPALES RETOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE COLOMBIA Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA.....	62
A. CONFORMACIÓN DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA, COMO PARTE INTEGRAL DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	62
1. Asegurar la coordinación interinstitucional necesaria para la atención integral	65
2. Garantizar una financiación adecuada y sostenible	67
3. Introducir el concepto de “educación inicial” y reconocer al ICBF y el MEN como sus principales actores	72
4. Estandarización de los niveles de calidad del servicio: regulación y supervisión	74
5. Promover asociaciones público privadas para una atención integral de calidad	74
6. Necesidades de información para el seguimiento de la estrategia en primera infancia	76
VI. LA EXPERIENCIA Y EL ROL DEL BID EN EL SECTOR	77
REFERENCIAS	79
ANEXO A.....	81

COLOMBIA

ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA¹

I. INTRODUCCIÓN

Esta nota técnica de Atención Integral a la Primera Infancia (AIPI) tiene como objetivo servir de base al diálogo de políticas del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Gobierno de Colombia (GCO) en un momento de transición de la gestión de gobierno. Su estructura es la siguiente. Una primera sección presenta como contexto un breve diagnóstico de la situación de la primera infancia en Colombia, así como la justificación a la atención prioritaria —desde el punto de vista de las políticas y el accionar públicos— a este segmento poblacional. En una segunda sección, se presenta el marco normativo e institucional vigente, incluyendo la descripción de los principales programas de AIPI, así como aspectos de su financiamiento. Finalmente, una tercera sección presenta los principales retos de la atención de la infancia en Colombia, delinea recomendaciones de política y propone aspectos para el accionar del BID en ésta área.

¹ El presente documento retoma aspectos del estudio de Alternativas de asociación público privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia. Estudio realizado por Econometría Consultores para el Departamento Nacional de Planeación, mayo de 2010.

II. CONTEXTO GENERAL: SITUACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA EN COLOMBIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN EN AIPI

A. Situación actual de la primera infancia²

El Código de Infancia y Adolescencia de Colombia, aprobado por la Ley 1098 de 2006, define la primera infancia como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano, y que comprende a la franja poblacional de 0 a 6 años de edad.

Los menores de 5 años en Colombia, 4,8 millones de niños que equivalen a 9% de la población total del país³, se encuentran en situaciones de pobreza e indigencia más graves que el resto de la población. Usando la Encuesta de Calidad de Vida de 2008 (ECV-08) se observa que, mientras en ese año 46% de los colombianos se encontraban en situación de pobreza⁴ y 17,8% en situación de indigencia⁵, para los niños menores de 5 años la pobreza alcanzaba a 48% y la indigencia a 21%. La condición de vulnerabilidad de este grupo etario se refuerza con los resultados del Registro Único de Población Desplazada, en el cual se documenta que, a diciembre de 2009, 7% de esta población era menor de 5 años (231.908 niños y niñas).

Si se utiliza la clasificación de la población de acuerdo a nivel SISBEN, se observa que 47% de los niños de 0-5, tanto en zonas urbanas como rurales, se encuentra en el primer nivel -- nivel caracterizado por los peores indicadores de acceso a servicios-- tal y como se mostrará a continuación. Por su parte, 19,5% de los niños menores de 5 años están clasificados como nivel SISBEN 2 y 3,8% como nivel SISBEN 3⁶.

El cuadro 1 pone en evidencia que los niños de 0-5 años tienen bajos niveles de acceso a servicios públicos como gas, acueducto y alcantarillado, lo cual es aún más grave en los niveles de SISBEN en los que se encuentran la mayoría de niños colombianos (niveles 1 y 2) y en las

² Esta sección del documento presenta la situación de la primera infancia en Colombia de acuerdo a la última Encuesta de Calidad de Vida disponible (ECV 2008).

³ Cálculos de Econometría consultores usando como base la ECV-08.

⁴ Hogares con ingresos por debajo de la línea de pobreza (US 1.25 por día por persona).

⁵ Hogares con ingresos por debajo de la línea de indigencia.

⁶ Cálculos Econometría Consultores según la ECV-08.

áreas rurales. Así, sólo 41% de los niños de 0-5 años vive en un hogar con conexión a la red pública de gas (cifra que a nivel rural llega a 1% y que en SISBEN 1 es de tan sólo 25%), 36% vive en hogares sin acueducto (95% a nivel rural y 56% en SISBEN 1) y el servicio de alcantarillado llega a los hogares de sólo 76% de estos niños (7% a nivel rural y 55% para los de SISBEN 1).

Cuadro 1. Cobertura de servicios públicos por nivel de SISBEN, ECV 2008

		Total niños de 0-5 años			
		Electricidad	Gas	Acueducto	Alcantarillado
SISBEN	1	92%	25%	44%	55%
	2	98%	45%	71%	76%
	3	100%	56%	80%	88%
	4	100%	58%	87%	92%
	5	100%	84%	100%	100%
	6	100%	84%	100%	100%
Total		96%	41%	64%	76%

Fuente: Cálculos propios, ECV 2008.

Cerca de 22% del total de niños menores de un año y 15% de aquellos entre 2 y 5 años no se encuentran afiliados al sistema de salud⁷. Esta situación es aún más grave para aquellos en el primer nivel del SISBEN, donde 36% de los menores de un año y cerca del 21% de aquellos en el rango de edad de 2 a 5 años no están cubiertos por el sistema.

Desagregando lo anterior en términos de regímenes de salud, se encuentra que 67% de los menores de 5 años de los dos primeros estratos socioeconómicos están afiliados al régimen subsidiado, mientras que 30% tiene afiliación en el régimen contributivo. Este promedio esconde una importante diferencia de acuerdo a la situación rural o urbana del menor. Así, en el área rural y para los dos primeros estratos sociales, 86% de los niños menores de 5 años participa en el régimen subsidiado (frente al 59% urbano), y apenas 13% en el contributivo (frente al 38% urbano)⁸. Cabe destacar que al ser preguntados por las razones de la no-afiliación, tanto en áreas

⁷ Lo anterior se puede observar en el cuadro 2.

⁸ Al analizar el mismo fenómeno en términos de SISBEN, se encuentra que el régimen subsidiado de salud es el que presenta la mayor

urbanas como rurales, la razón principal notificada por estos dos primeros estratos sociales fue el encontrarse en espera del carné de afiliación (37% y 34%, respectivamente), seguido por el exceso de trámites (con aproximadamente 18%) y la falta de dinero (10% rural y 19% urbano).

Cuadro 2. Cobertura preescolar y salud de los niños y niñas menores de 5 años en Colombia, ECV 2008

	0-1 año		2-3 años		4-5 años	
	Preescolar	Salud	Preescolar	Salud	Preescolar	Salud
	1	2	3	4	5	6
SISBEN	5%	64%	42%	80%	30%	78%
	7%	81%	41%	87%	29%	88%
	7%	92%	42%	90%	31%	91%
	6%	100%	51%	92%	16%	92%
	0%	100%	71%	100%	45%	100%
	33%	100%	100%	100%	48%	100%
Total	6,4%	78,2%	42,2%	85,4%	29,8%	85,5%

Fuente: Cálculos propios, ECV 2008.

Nota: El análisis de cobertura preescolar para niños de 4-5 años no incluye al grado de transición, que es el único grado obligatorio. Cuando se tienen en cuenta a los niños de 4-6 años esta cifra se eleva a niveles de 43% (según cifras del DANE para el 2008).

Cuadro 3. Porcentaje de niños menores de 5 años que asisten a controles de crecimiento y desarrollo, ECV 2008

Categoría	Estrato 1 y 2			Estrato 3			Estrato 4, 5 y 6		
	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total
Sí	77%	77%	77%	72%	78%	78%	77%	77%	77%
No	23%	23%	23%	28%	22%	22%	23%	23%	23%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios, ECV 2008.

Aproximadamente 23% de los menores de 5 años no asiste a controles de crecimiento y desarrollo (CRED), con poca variación de acuerdo a zona urbana o rural y estrato

participación de los niños de los dos primeros niveles de SISBEN (78.4% para los menores de un año y 97.4% para aquellos entre 1 y 4 años de edad).

socioeconómico (cuadro 3)⁹.

Estas coberturas en salud se ven reflejadas en una mayor tasa de mortalidad neonatal, y en menores tasas de mortalidad infantil y de mortalidad de menores de 5 años que el promedio mundial de países con ingresos similares¹⁰. Las tasas de mortalidad de menores han disminuido desde 1990 en todo el mundo, sobre todo en países de ingresos altos y medios, los cuales presentan indicadores menores al promedio global¹¹. Al comparar las tasas de mortalidad de Colombia con el resto de países con ingresos similares observamos que ésta tiene tasas de mortalidad neonatal un poco mayores a las de estos países (la tasa de Colombia es de 12 mientras que la del promedio de países de ingreso medio-alto es 11), y tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años menor al promedio (16 y 20, contra 19 y 23 respectivamente). Al comparar al país con el resto de países de América Latina, se encuentran tasas de mortalidad neonatales similares y tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años menores que el promedio.

Si nos enfocamos en las causas de las mortalidades presentadas anteriormente para Colombia y analizamos la morbilidad y la mortalidad¹² de los niños menores de 4 años, observamos que la asfixia y trauma al nacer, y el bajo peso al nacer son responsables de 68% del total de años saludables perdidos¹³ de los niños y niñas colombianos menores de 4 años. El cuadro 4 muestra que en 2009 por cada 1.000 niños nacidos vivos, cerca de 14 sufrieron defunciones perinatales (7.673 niños). Por otro lado, las defunciones por infección respiratoria aguda (IRA) fueron de 325, mientras que aquellas por enfermedad diarreica aguda (EDA) fueron de 164.

⁹ El aumento en asistencia a controles de crecimiento y desarrollo como resultado de programas como Familias en Acción, que lo exigen como una corresponsabilidad, ha tenido efectos en términos de mayores tasas de vacunación en DPT (incrementos de 12% en el área urbana) y de reducciones de hasta 11 puntos en la enfermedad diarreica aguda para menores de 4 años en área rural.

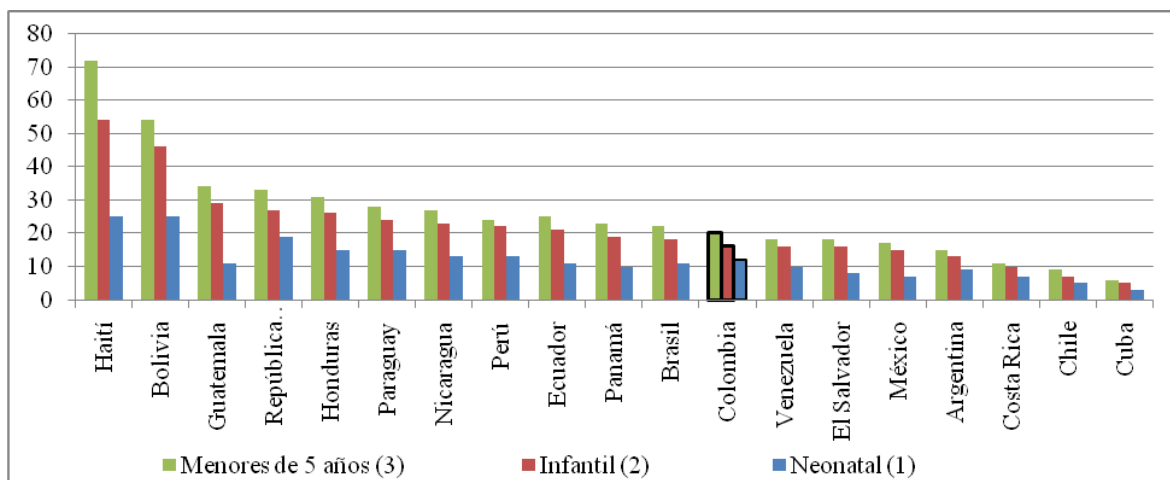
¹⁰ Según la Organización Mundial de Salud, Colombia se clasifica como un país de ingreso medio-alto, por lo que esta comparación se realiza con países en esta misma categoría de ingresos. Los países categorizados como de ingreso medio-alto son Algeria, Argentina, Bielorrusia, Bosnia y Herzegovina, Botsuana, Brasil, Bulgaria, Chile, **Colombia**, Islas Cook, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Fiji, Gabón, Granada, Jamaica, Kazajistán, Latvia, Lebanon, Libyan Arab Jamahiriya, Lituania, Malaysia, República de Mauricio, México, Montenegro, Namibia, Nauru, Niue, Palau, Panamá, Perú, Polonia, Rumania, Rusia, San Cristobal y Nieves, Santa Lucia, San Vicente y las Granadinas, Serbia, Seychelles, Sur África, Surinam, República de Macedonia, Turquía, Uruguay y Venezuela.

¹¹ El mundo en promedio presenta tasas de mortalidad neonatal de 26 niños por cada 1.000 nacidos vivos, 45 niños fallecidos antes de cumplir 1 año de edad por cada 1.000 nacidos vivos (mortalidad infantil) y 65 niños menores de 5 años fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos. Colombia presenta tasas de 12, 16 y 20 para estos mismos indicadores respectivamente.

¹² Fuente: Estudio Carga de Enfermedad Colombia 2005: Resultados Alcanzados. Centro de Proyectos para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Javeriana. 2005.

¹³ Se utiliza el AVISA; un índice por cada 1.000 habitantes que representa el número de años de vida saludables perdidos ya sea por discapacidad, mortalidad prematura o por ambas debidos a un grupo, subgrupo o subgrupo de causas de enfermedad. Este índice tiene en cuenta la edad en la que ocurren las muertes, asignando entonces un mayor peso estadístico a las muertes que ocurren más prematuramente que a aquellas que ocurren en edad adulta.

**Gráfico 1. Tasas de mortalidad en América Latina
(Por cada 1.000 nacidos vivos), 2008**



Fuente: OMS, 2010.

Notas: (1) Número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos.

(2) Número de niños fallecidos antes de cumplir 1 año de edad por cada 1.000 nacidos vivos.

(3) Número de niños menores de 5 años fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos.

Cuadro 4. Tasa de mortalidad perinatal por enfermedad diarreica aguda (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA)

Indicador	2008	2009
Nacidos vivos ⁽¹⁾	714,477	553,212
Defunciones perinatales ⁽²⁾	5,674	7,673
Tasa por 1.000 nacidos vivos	7,9	13,9
Defunciones: IRA ⁽²⁾	296	325
Defunciones: EDA ⁽²⁾	146	164

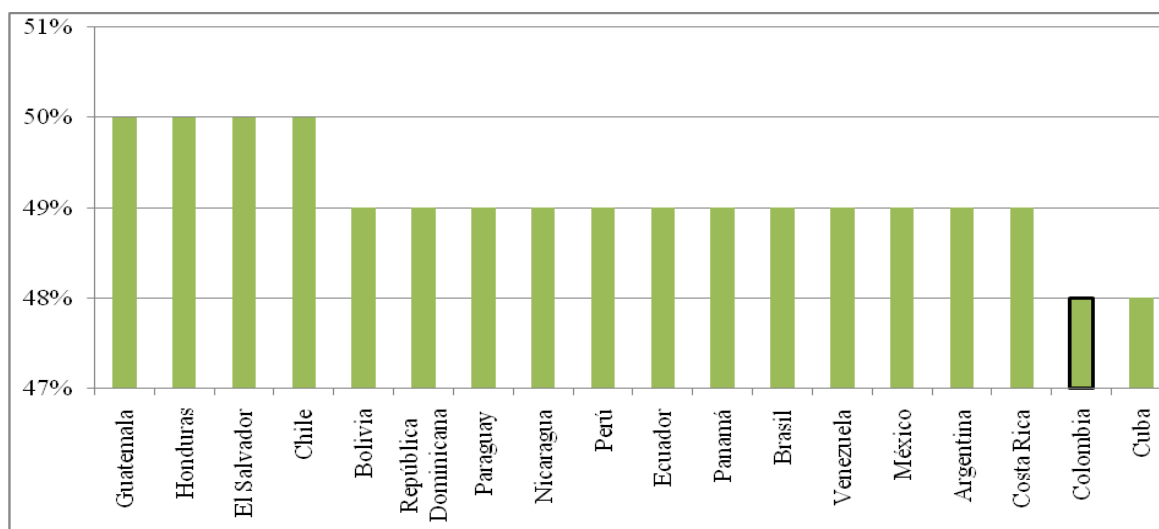
⁽¹⁾ **Fuente:** Departamento Nacional de Estadística – DANE

⁽²⁾ **Fuente:** Instituto Nacional de Salud

En términos de educación, el porcentaje de niños escolarizados en la enseñanza preescolar en Colombia es levemente menor al promedio de América Latina, pero igual al hallado en el promedio de los países en desarrollo y del mundo en general (el promedio de toda la región es de 49%, mientras que el de Colombia, el mundo y los países en desarrollo es de

48%¹⁴). Como se observa en el gráfico 2, este indicador, que compara escolarización para niños de edades levemente distintas en cada país, no varía mucho entre países de la región¹⁵.

Gráfico 2. Porcentaje de niños escolarizados en la enseñanza preescolar para el año escolar finalizado, 2007



Fuente: UNESCO (2010), usando la base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU, 2009)

Nota: El grupo de edad tomado para realizar estas estimaciones varía por países dada la disponibilidad de datos y la reglamentación respecto a la aplicabilidad de la educación preescolar por grupo etario. Así, Colombia, Argentina, Chile, Cuba, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Venezuela consideran niños en edades de 3-5 años; Bolivia, Costa Rica, México y Panamá toman un rango de edad de 4-5; Brasil y El Salvador toman el rango de edad de 4-6 años; Ecuador únicamente los 5 años, y Guatemala considera las edades de 3-6 años.

Al analizar este indicador para Colombia desagregando entre grupos etarios, se encuentra que la cobertura en educación preescolar es especialmente baja para el grupo de edad objetivo; 58% de los niños entre 2 y 3 años, y 70% de los niños entre 4 y 5 años no se encuentran inscritos en educación preescolar (cuadro 2). De acuerdo a la ECV 2008, entre aquellos de estrato 1 y 2, el 54% de los niños de 0-5 permanece con los padres en casa, seguidos por 32% que atiende a un hogar comunitario, guardería o preescolar y 10% que permanece al cuidado de un pariente. En el área rural, los porcentajes de los que quedan en casa con uno de los padres es significativamente

¹⁴ Según la UNESCO, los países en desarrollo son países de regiones de África Subsahariana, de América Latina y el Caribe (excepto Bermudas), Asia Meridional y Occidental, Asia Oriental y el Pacífico (excepto Australia, Japón y Nueva Zelandia), y Estados Árabes. Incluye así mismo a Chipre, Israel, Mongolia y Turquía.

¹⁵ La comparación de niños de distintas edades responde a la disponibilidad de datos y la normatividad relacionada con la educación preescolar en cada país.

mayor (67%, frente al 49% urbano), mientras que la asistencia a un hogar comunitario, guardería o jardín es significativamente menor (22% frente al 36% urbano).

Cuadro 5. Espacios donde los niños y las niñas menores de 5 años permanecen la mayor parte del tiempo entre semana, 2008

Categoría	Estrato 1 y 2			Estrato 3			Estrato 4, 5 y 6		
	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total
Hogar comunitario, guardería o preescolar	22%	36%	32%	22%	37%	36%	9%	42%	40%
Con su padre o madre en la casa	67%	49%	54%	65%	43%	43%	77%	35%	37%
Con su padre o madre en el trabajo	2%	2%	2%	2%	2%	2%	4%	4%	4%
Al cuidado de un pariente de 18 años o más	8%	10%	9%	4%	15%	15%	11%	9%	9%
Al cuidado de un pariente de menor de 18 años	1%	1%	1%	5%	1%	1%	0%	0%	0%
Al cuidado de una empleada o niñera	0%	1%	1%	2%	3%	3%	0%	11%	10%
En casa únicamente con menores que él	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Al cuidado de amigos o vecinos	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios, ECV 2008.

Un factor que ciertamente incide en la cobertura institucionalizada de la atención es que gran parte de los padres o responsables de los niños y niñas considera que la familia es el lugar más adecuado para que el menor pase la mayor parte del tiempo. Así, según datos de la ECV 2008, para 50% de los hogares la razón por la cual los niños y niñas menores de 5 años no asisten a una institución de cuidado es el hecho de que consideran que aún no están en edad de asistir a instituciones por fuera de sus hogares. En el área rural, la inexistencia de instituciones de cuidado cercanas se registra como una razón de inasistencia en 28% de los hogares de los estratos 1 y 2 del SISBEN.

Cuadro 6. Razones por las que los niños menores de 5 años no asisten a una guardería, hogar comunitario o preescolar, ECV 2008

Categoría	Estrato 1 y 2			Estrato 3			Estrato 4, 5 y 6		
	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total	Rural	Urbano	Total
No hay una institución cercana	28%	1%	10%	9%	1%	1%	45%	0%	3%
Es muy costoso	2%	5%	4%	0%	5%	5%	0%	6%	6%
No encontró cupo	2%	3%	3%	0%	2%	2%	0%	4%	4%
Prefiere que no asista todavía	14%	19%	17%	20%	25%	25%	0%	23%	22%
Tiene un familiar en la casa que lo cuida	6%	12%	10%	0%	10%	10%	0%	5%	5%
Considera que no está en edad de asistir	44%	54%	50%	51%	51%	51%	55%	54%	54%
Otra	4%	7%	6%	20%	6%	7%	0%	7%	6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

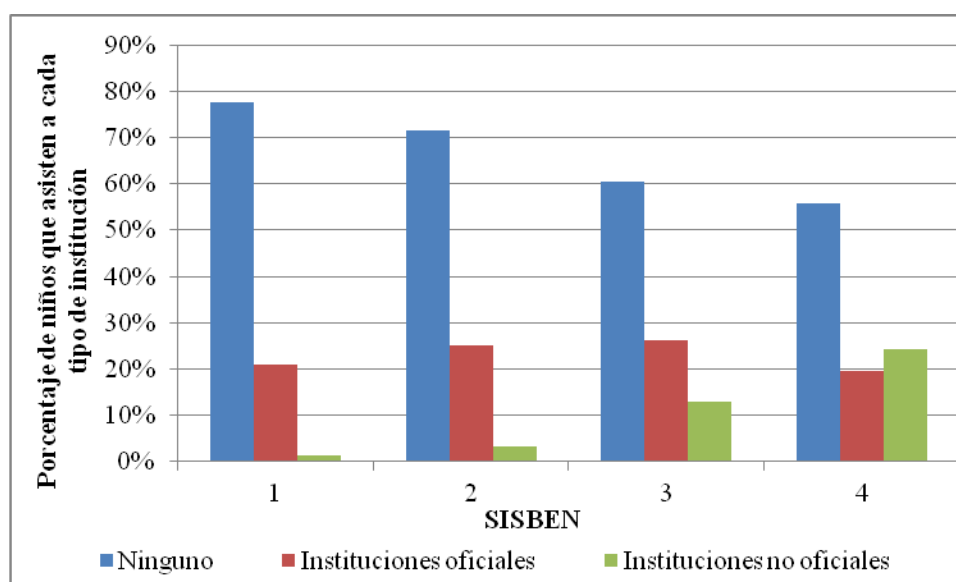
Fuente: Cálculos propios, ECV 2008.

De los niños y niñas que asisten a alguna institución de educación inicial, la gran mayoría (48%) asiste a los hogares comunitarios de bienestar familiar (HCBF), particularmente en el área rural (64%), seguido por una guardería o jardín de bienestar familiar, con alrededor de 25% en áreas urbanas y rurales. Sólo en tercer lugar se recurre a la provisión privada, que es fundamentalmente en el área urbana. Se destaca además lo siguiente: (i) los padres mayoritariamente consideran que la calidad de atención que reciben sus niños es buena o muy buena (más de 90%), independientemente de si el dato es rural o urbano; (ii) la proporción de niños que recibe algún tipo de alimentación en estas instituciones es importante en los niveles 1 y 2 de SISBEN (en promedio 68% recibe almuerzos, y en zonas rurales esta cifra se eleva a aproximadamente 75%).

La provisión privada es un servicio utilizado principalmente por aquellos con mayor poder adquisitivo. En el gráfico 6 se observa que, tal y como se espera, aunque la mayoría de los niños menores de 5 años no asisten a ninguna institución, entre aquellos que sí lo hacen los de SISBEN más bajo se centran en instituciones oficiales (21,1% matriculados en oficiales contra 1,4% en no oficiales) mientras que los de SISBEN más alto asisten principalmente a

instituciones no oficiales (19,7% en oficiales contra 24,3% en no oficiales). Es importante notar que ante incrementos en el nivel de SISBEN, la disminución en matrícula oficial es muy baja y no compensa el aumento en la matrícula no oficial. Este aumento se compensa por medio de una disminución en los niños que no asisten a ningún tipo de establecimiento. El análisis en términos de edades de los niños muestra que las diferencias se centran en la matrícula de niños de 2 a 5 años -- especialmente en los 5 años-- en instituciones no oficiales, manteniéndose relativamente constante el nivel de matrículas en instituciones oficiales¹⁶.

Gráfico 3. Tipo de establecimiento al que asisten los menores de 5 años, Colombia, 2003



Fuente: Gráfico basado en datos de Bernal y Camacho (2009) de la encuesta SISBEN 2003.

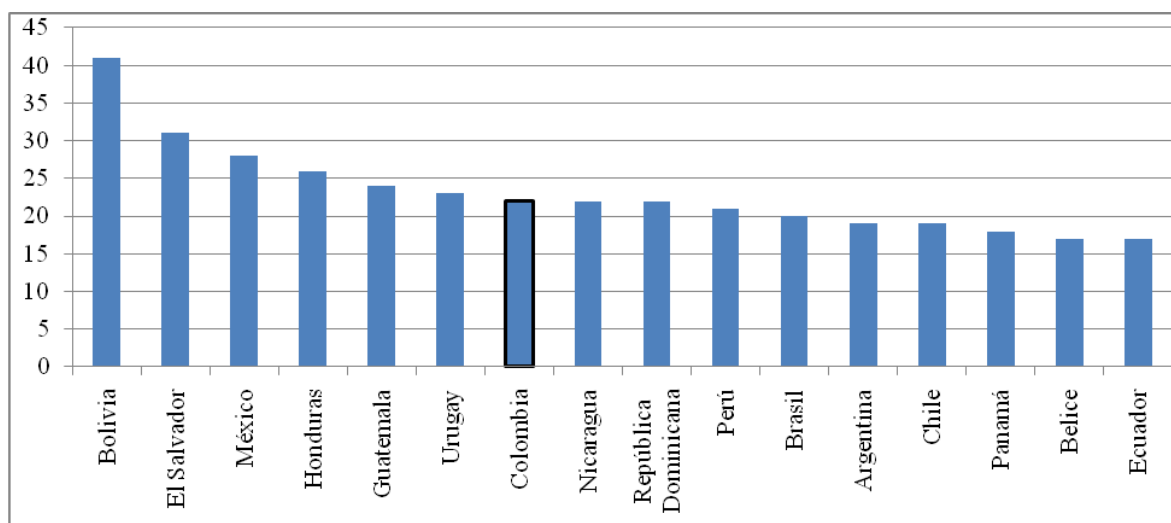
Nota: Entre las instituciones oficiales se encuentran los establecimientos del ICBF, los jardines oficiales, y las escuelas e universidades oficiales.

La calidad de cuidado recibida en los Hogares Comunitarios del ICBF, modalidad que cobija a la mayor cantidad de niños, varía con respecto al tipo de hogar al que asisten los niños. Así, los hogares institucionales o los hogares múltiples (hogares comunitarios con características de institución) son identificados como aquellos con los lineamientos más específicos y desarrollados (en cuanto a espacios, apoyos técnicos e infraestructura). Esto lleva a que probablemente tengan criterios de monitoreo y evaluación mejor definidos y más exigentes,

¹⁶ Para más información remitirse al Anexo, cuadro A1.

procesos de monitoreo y evaluación más rigurosos y sistemáticos, y por ende mayor calidad de atención que los hogares familiares o tradicionales (lo que se refleja en los mayores impactos documentados en las evaluaciones)¹⁷.

Gráfico 4. Proporción alumnos/docente para los países latinoamericanos, 2007



Fuente: UNESCO 2010, usando la Base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU, 2009).

Nota: Se basa en el número de alumnos y docentes

Los datos de Argentina y Honduras corresponden al año escolar finalizado en 2006; los de Bolivia y Venezuela corresponden al año escolar finalizado en 2005, y los de Brasil y República Dominicana son estimaciones nacionales

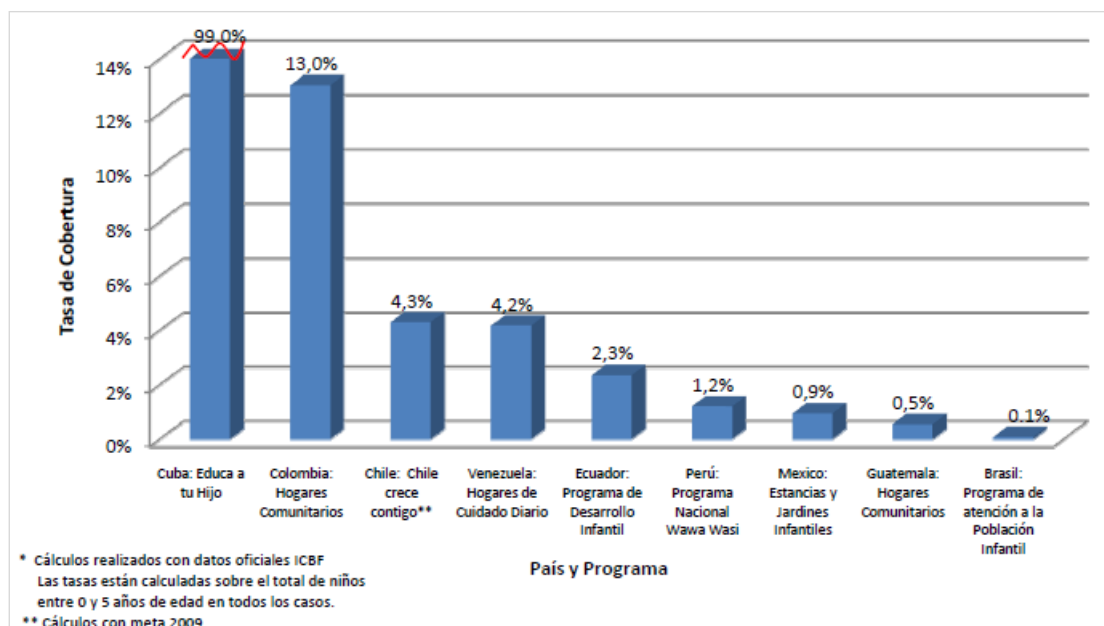
Aunque se observan tasas de asistencia a preescolar bajas, la primacía de programas como los Hogares Comunitarios es clara, sobre todo si se comparan iniciativas de este tipo con otras similares para diferentes países latinoamericanos. El gráfico 5 compara la cobertura de programas con objetivos y naturaleza parecidos a el programa de Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF¹⁸, teniendo como base al total de niños de 0 a 5 años (inclusive cuando estos son más que el grupo objetivo del programa, tal y como pasa con los HCB donde se focaliza a niños de este rango de edad clasificados como SISBEN 1 y 2). En este gráfico se evidencia que la cobertura del programa de HCB es de las más altas de la región, siendo superada únicamente

¹⁷ Para mayor información con respecto a las modalidades de cuidado presentadas por el ICBF y sus características, remítase al Cuadro de Modalidades de la AIPI: Institucional, comunitaria y familiar.

¹⁸ Programas que consten de la provisión de cuidado y atención integral, con un componente de promoción al desarrollo (tanto cognitivo como no cognitivo) y un componente nutricional (que por lo general corresponde a un porcentaje del requerimiento calórico diario de los niños), utilizando en su mayoría a madres comunitarias (el programa de Hogares de Cuidado Diario en Venezuela, el Wawa Wasi familiar en Perú, el Proyecto Integral de Desarrollo Infantil en Bolivia y los Hogares Comunitarios en Guatemala y Colombia).

por el programa Cubano Educa a tu Hijo.

Gráfico 5. Tasas de cobertura de primera infancia en América Latina, 2009



Fuente: Bernal y Camacho (2009).

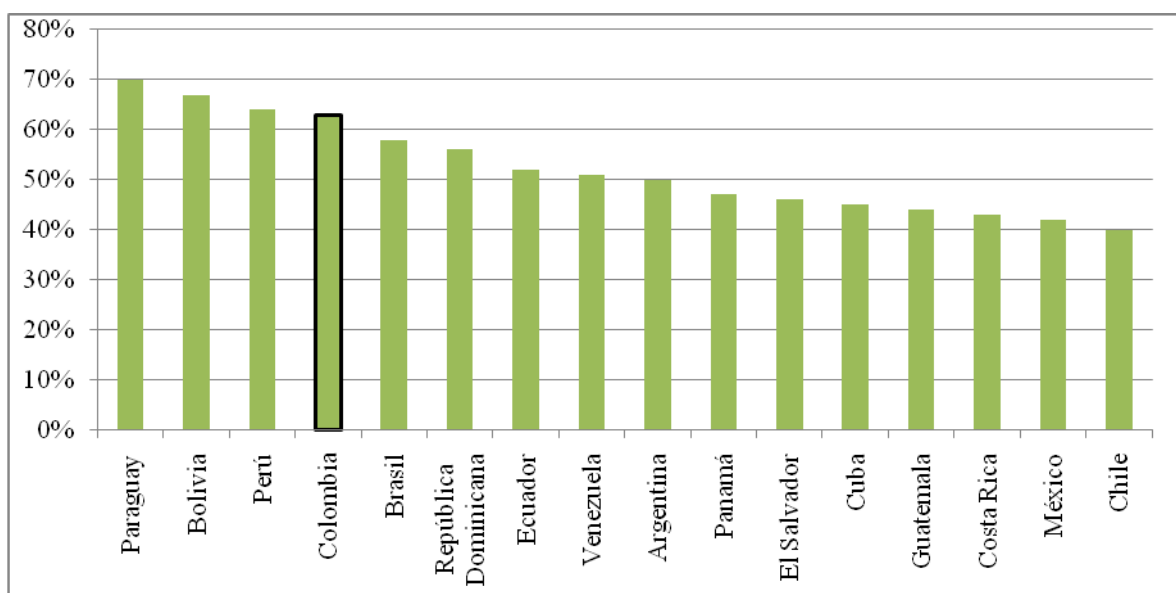
Nota: Aunque el gráfico llega a coberturas de 14%, la cobertura del programa Cubano Educa a tu Hijo es de 99%.

Las altas tasas de cobertura presentadas anteriormente pueden estar relacionadas con los elevados niveles de participación laboral femenina en Colombia. Según la UNESCO, el índice de actividad de las mujeres de 15 años y más en Colombia es de 63%, mientras que a nivel global y en los países clasificados como en desarrollo alcanza a 53% y en América Latina llega a 50%¹⁹. Lo anterior no permite establecer una relación causal de los programas sobre la participación laboral, aun cuando estudios de programas específicos si han cuantificado esta interacción observando efectos positivos de programas como los HCB y Familias en Acción sobre la participación laboral de las madres²⁰.

¹⁹ El gráfico 5 pone en evidencia el alto nivel de participación laboral femenina en Colombia con relación otros países de América Latina.

²⁰ Un estudio titulado *Programa Familias en Acción; Impacto del Programa a un año y medio de ejecución*, publicado por el DNP en 2005 encontró que los HCB aumentan la probabilidad de trabajar en 39 puntos porcentuales y el número de horas trabajadas (condicionadas al hecho de estar trabajando) en 71,7 horas mensuales, mientras que el programa Familias en Acción aumentan la tasa de empleo de las mujeres en zona urbana en 6,49 puntos porcentuales y el número mensual de horas trabajadas de mujeres en 19 horas.

Gráfico 6. Índice de actividad de las mujeres de 15 años de edad y más en países de América Latina, 2006



Fuente: UNESCO 2010, basándose en la OIT, 2009, con datos para el 2006.

Nota: El índice de actividad de las mujeres de 15 años y más se refiere a la proporción de mujeres en actividad y desempleadas en la población activa del grupo de edad interesado. Este índice tiene en cuenta a (i) las mujeres que tienen un empleo pero que lo han interrumpido momentáneamente por razones entre las que se encuentra la licencia de maternidad; (ii) las mujeres que trabajan a domicilio en la producción de bienes y servicios para el consumo personal y; (iii) las empleadas del hogar que presentan servicios domésticos y personales. Los datos no tienen en cuenta a las mujeres dedicadas exclusivamente a las tareas del hogar.

B. Justificación a la intervención prioritaria en AIPI

Se destacan tres razones principales por las que existe un importante argumento de política pública para la atención a la primera infancia:

- a) Los primeros años de la vida de una persona son definitivos en la formación de sus capacidades físicas, cognitivas y psicosociales, las cuales dependen en gran medida de su acceso a salud, nutrición y estimulación. La experiencia internacional, respaldada por un importante acervo de investigaciones²¹, demuestra que existe una alta correlación entre las condiciones alcanzadas por un niño o niña en su primera infancia en términos de nutrición, salud, capacidad cognitiva y desarrollo psicosocial, y su desempeño en el futuro en términos

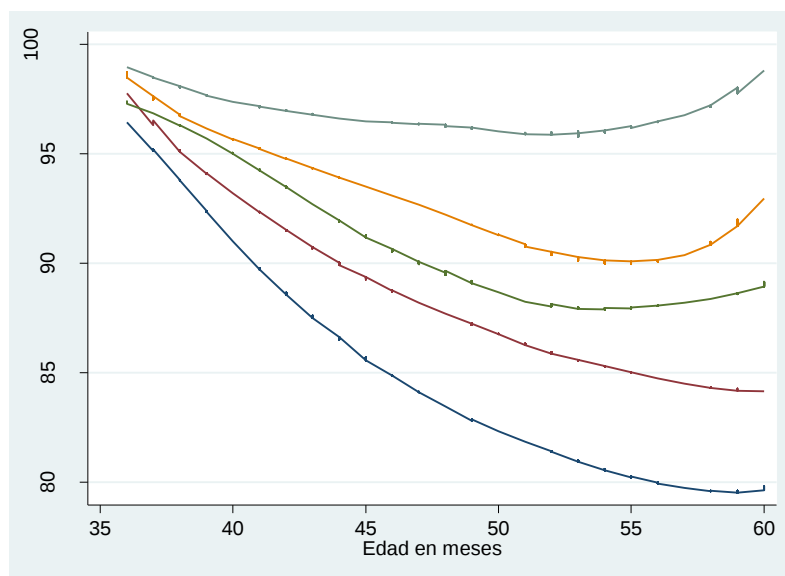
²¹ Para más información remitirse a: Bernal Raquel et al.(2009) *La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia* Convenio interinstitucional con ICBF.

de mejor rendimiento académico, menor deserción escolar, mejores ingresos, y menor morbilidad y criminalidad futuras. Asegurar un desarrollo saludable e integral de los niños es por tanto una inversión que se traduce en retornos económicos tangibles.

- b) Las inversiones en la infancia temprana fomentan mayor equidad y potencian los impactos de otras inversiones. Las desventajas socioeconómicas han mostrado tener, en algunos niños y niñas, un impacto empobrecedor en el desarrollo cognitivo, lingüístico e intelectual. En efecto, los niños criados en pobreza muestran una tendencia a un desarrollo integral menor que el correspondiente a su edad cronológica, a diferencia de sus pares de otros niveles socioeconómicos. La corrección de esta inequidad recae en gran medida en el Estado, naturalmente con la debida corresponsabilidad de las familias y la sociedad civil. Tradicionalmente, los esfuerzos realizados por los gobiernos con el fin de lograr igualdad de oportunidades estaban centrados en aumentar la cobertura de los niños que asistían a educación básica. No obstante, toda vez que la brecha en desarrollo infantil comienza en los años críticos que preceden al ingreso a la escolaridad básica, trabajar en el fortalecimiento de la primera infancia se vuelve un factor crítico para multiplicar los resultados en niveles educativos superiores. El Estado debe garantizar, como una política de equidad, que los niños y niñas más pobres y vulnerables tengan una atención integral en su primera infancia.
- c) En Colombia existe la posibilidad de lograr altísimos beneficios en equidad y desarrollo socioeconómico, a través de una extensión focalizada de la inversión en desarrollo infantil temprano de alta calidad, pues 61% de los niños menores de 4 años viven en condiciones de pobreza²². El gráfico 7 muestra cómo incluso entre los hogares de SISBEN 1 y 2 se observan diferencias importantes entre los niveles de desarrollo cognitivo de los niños asociadas al nivel de riqueza, y la brecha entre los niños más ricos y los más pobres se agranda en forma importante precisamente entre los 3 y los 5 años, favoreciendo –incluso al interior de estos estratos— a quienes están en una situación socioeconómica relativamente próspera.

²² Alternativamente, 47% de todos los niños y niñas del país menores de 5 años son del SISBEN 1, es decir los más pobres. Si se adicionan los menores de 5 años del SISBEN 2 se tiene que 66% de los menores de 5 años son pobres.

Gráfico 7. Desarrollo cognitivo según quintil de ingreso para niños de SISBEN 1 y 2, 2006



Fuente: Bernal et al. 2009 Evaluación de impacto del programa HCBF.

El nivel de desarrollo cognitivo medido en el gráfico 7 se basa en el puntaje estandarizado del test de “Vocabulario en imágenes Peabody” (un test de habilidad cognitiva). Al estar estandarizado dicho test tiene una desviación estándar de 15, y un puntaje de 100 corresponde al rendimiento promedio de la población de referencia. Los datos para los pertenecientes a SISBEN 1 y 2 en Colombia²³ muestran que a la edad de 3 años los niños, independientemente del quintil de ingreso al que pertenezcan, se encuentran levemente por debajo de la población de referencia. A los 5 años existe una gran divergencia entre niveles de ingreso en cuanto a la habilidad cognitiva; los niños en el quintil más bajo de ingreso (dentro de aquellos de SISBEN 1 y 2) se encuentran más que una desviación estándar por debajo de lo que deberían estar.

²³ La fuente utilizada es la base de datos de la “Evaluación del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar”, y el ingreso informado por los jefes de hogar.

Resultados de la evaluación de impacto de los principales programas de atención a la primera infancia: componente nutricional del Programa Familias en Acción y HCBF

Las evaluaciones de impacto de los programas de atención a primera infancia muestran relaciones beneficio-costos mayores a uno, lo que implica que inversiones en este tipo de programas tienen sentido y lógica económica como inversiones estatales y por ende deberían ser promovidas.

El subsidio de nutrición del programa Familias en Acción presenta una relación beneficio-costos de 1,66²⁴, valor inclusive mayor que aquel encontrado para el componente de educación del mismo programa (1,55).

Se esperaría que estos beneficios fueran inclusive mayores, ya que esta evaluación de impacto cuantifica únicamente el efecto del aumento en peso al nacer y en talla para niños de 0-6 años, y no incluye ni cambios en indicadores como la incidencia de EDA e IRA en los beneficiarios, que pueden verse reflejados en aumentos salariales futuros de los receptores del programa, ni el efecto que tienen las mejoras en estado nutricional, en términos de reducción de costos de cuidado, al tener menos niños con bajo peso al nacer y menos morbilidad. Los costos tenidos en cuenta fueron tanto aquellos generados a los beneficiarios dada su participación en el Programa, como aquellos de operación.

En el caso de los Hogares Comunitarios del ICBF, la evaluación de impacto de la Universidad de los Andes²⁵ calcula los beneficios asociados con aspectos nutricionales, de desarrollo cognitivo y de desarrollo psicosocial encontrando una relación beneficio-costos de 1,3. Aunque dicha relación es menor a la hallada con el componente nutricional de Familias en Acción, sigue siendo alta y mayor a uno. Dicha evaluación computa los incrementos salariales generados de mayores estaturas, menor probabilidad de desnutrición, puntajes más altos en pruebas SABER y aumentos en los niveles de desarrollo psicosocial, medido en la escala Penn de Interacción en el juego. La evaluación, al igual que la de Familias en Acción, tiene en cuenta tanto costos operativos y administrativos como costos privados.

²⁴ Esto implica que por cada peso de subsidio nutricional entregado, se genera un incremento salarial para los beneficiarios que, en valor presente es de 1,66 pesos.

²⁵ Además del estudio de evaluación de los HCB de la Universidad de los Andes antes mencionado, es una importante referencia el trabajo de Raquel Bernal y Adriana Camacho: *La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia- Convenio ICBF-CEDE* julio 2009, pp. 70-75. Este estudio evalúa los efectos del programa en términos de aumentos salariales, usando como referencia relaciones encontradas en estudios internacionales. Los valores son dados en precios de 2007.

Estudios realizados para Colombia indican que, como en otros países, la inversión pública en la primera infancia tiene alta rentabilidad. Por ejemplo, la evaluación beneficio-costo del componente de nutrición del Programa Familias en Acción en Colombia, mostró que la entrega de un subsidio promedio de US\$24 mensuales, al núcleo familiar de niños y niñas de 0 a 6 años pertenecientes al SISBEN 1 en áreas rurales y en pequeños municipios, durante el periodo 2002-2006, tuvo una relación beneficio-costo de 1,66. Por su parte, la evaluación de impacto de los hogares comunitarios del ICBF presentó una relación beneficio-costo de 1,3²⁶.

²⁶ Departamento de Planeación Nacional, Programa Familias en Acción: Impactos en capital Humano y evaluación beneficio-costo del programa, econometría, IFS, SEI, 2008.

III. LA RED DE PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA Y LA PRIMERA INFANCIA

A. Marco normativo e institucional para la atención a la primera infancia

La Red de Protección Social en Colombia y la primera infancia: El Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 “Estado Comunitario: desarrollo para todos” define la necesidad de lograr que todos los colombianos tengan igualdad de oportunidades en el acceso y la calidad de un conjunto básico de servicios sociales que, en el futuro, permitan que todos alcancen ingresos suficientes para llevar una vida digna. En el marco de este Plan, se amplía el alcance del Sistema de Protección Social. Este Sistema, creado con la Ley 789 de 2002, se define como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos y se estructura a partir del Plan en cinco pilares básicos: (i) seguridad social integral, (ii) promoción social, (iii) formación de capital humano, (iv) manejo del riesgo social y (v) acceso a activos. En concordancia con esta nueva estructura, dentro del pilar de “promoción social”, y en el entendimiento de que la pobreza y la vulnerabilidad requieren de intervenciones integrales, se diseña y pone en marcha la Red de Protección Social para la Superación de la Pobreza Extrema, Red Juntos.

La Red Juntos, orientada al millón y medio de familias más pobres, es central a la estrategia de reducción de la pobreza en Colombia. Red Juntos se plantea como un mecanismo de gestión de la oferta de programas públicos dirigidos a hogares de escasos recursos, que brinda acompañamiento directo transitorio y acceso preferente a programas sociales a los hogares, para que puedan acceder a condiciones mínimas de calidad de vida²⁷. En tanto la familia es el centro de la intervención de Juntos, la coordinación de la oferta y la garantía del acceso preferente a servicios para la primera infancia, es un área crítica de trabajo de Juntos y el marco más amplio de AIFI como un subconjunto de las acciones de la protección social amplia en Colombia. En efecto, de los 45 logros básicos de Juntos, 21 tienen relación directa con los derechos de los

²⁷ Las condiciones mínimas promovidas por la Red Juntos han sido identificadas por la ERPD como claves para romper las trampas de pobreza, y se organizan en 9 dimensiones: (i) identificación; (ii) ingresos y trabajo; (iii) educación; (iv) salud; (v) habitabilidad; (vi) nutrición; (vii) dinámica familiar; y (viii) aseguramiento y bancarización.

niños y niñas contemplados en la Ley, y la política de atención integral a la primera infancia²⁸.

Orientación de política y normatividad. En su Artículo 44, la Constitución Nacional establece los derechos de los niños y las niñas, estipula que éstos prevalecen sobre los derechos de los demás y asigna al Estado la obligación de asistir y proteger a esta población para garantizar su desarrollo integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Así mismo, mediante la Ley 12 de 1991, Colombia adoptó la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños (1989) la cual, sumada a la suscripción de la Declaración Mundial para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo de los niños del mundo en 1990, comprometió al país con asumir una perspectiva de derechos en la planeación de políticas y programas de primera infancia.

Sobre esta base, y desde comienzos de la década de los noventa, Colombia ha dado pasos importantes en materia de política pública de primera infancia bajo una orientación principal que se refleja a nivel normativo: la necesidad de proveer una atención integral a la primera infancia basada en una perspectiva de derechos²⁹. Así, recogiendo lo estipulado en la Constitución Nacional y en la Ley 12, el Código de Infancia y Adolescencia, aprobado por la Ley 1098 de 2006, consolidó jurídicamente el “derecho al desarrollo integral en la primera infancia”, estableciendo como derechos impostergables para la primera infancia “la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial; además del registro civil en el primer año de vida” (Artículo 29, Código de Infancia y Adolescencia).

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010, aprobado por la Ley 1151³⁰ de 2007,

²⁸ Ver Nota Técnica de Protección Social.

²⁹ Así, la atención integral abarca todas las dimensiones de la vida y desarrollo de las niñas y los niños. Estas áreas de derecho deben ser garantizadas de manera integral, es decir sin privilegiar unas sobre otras. Es también integral porque implica la corresponsabilidad de los diferentes garantes de los derechos de la infancia: la familia, la sociedad y el Estado. Además, implica que la atención de niños y niñas no se realice de manera sectorial, sino en una mirada de ciclo de vida que integre la atención de los distintos actores institucionales y privados involucrados. La integralidad apunta a una mirada completa de los distintos factores y situaciones que influyen en el desarrollo infantil de manera que se puedan trabajar todos ellos de manera integral y no de forma aislada.

La perspectiva de derechos tiene tres implicaciones importantes. En primer lugar concibe al niño y la niña como sujetos plenos de derechos, lo cual implica considerarlos como personas en desarrollo y no como futuros adultos, ni como seres débiles, vulnerables, pasivos y sin capacidad de autogestionarse. En esta perspectiva, el desarrollo se logra a través de las interacciones con el medio social y físico, el cual debe ser un ambiente enriquecido y seguro que provea facilidades para el desarrollo armónico e integral con la participación activa de los niños y las niñas.

En segundo lugar, este enfoque se caracteriza por haber dado el paso de las necesidades a los derechos, lo cual supone un cambio de óptica en la relación del Estado y los adultos con los niños y las niñas, pues frente a las necesidades de la infancia ya no se responde de manera asistencialista. El niño y la niña no son simples receptores de la ayuda social, sino que se les reconoce su derecho al desarrollo y por lo tanto a su estimulación y a la protección en situaciones que afecten este desarrollo.

³⁰ Valga decir que esta ley tiene vigencia sólo hasta 2010, ya que está sujeta a las modificaciones del próximo Plan Nacional de Desarrollo.

ordenó formular e implementar una Política Nacional de Primera Infancia, que luego fue plasmada en el Documento CONPES 109 de 2007, “Colombia por la Primera Infancia”.³¹ El documento CONPES reconoce la necesidad de que la atención a la primera infancia sea integral, con un enfoque de derechos y con una perspectiva de la protección integral. De acuerdo con la Ley 1151, la atención a la primera infancia se inscribe dentro del Sistema de Protección Social, creado por la Ley 789 de 2002, y también dentro del Sistema de Bienestar Familiar, creado por la Ley 7ª de 1979 (desarrollada por el Decreto 2388 de 1979 y modificada por el Decreto 1137 de 1999). Sin embargo, resulta importante mencionar que en la normatividad de estos sistemas no se menciona la atención integral ni la articulación de las entidades participantes. Uno de los obstáculos que en la actualidad enfrenta la atención integral a la primera infancia es que -- a pesar de los avances conceptuales -- no existe una normatividad que concrete la articulación institucional requerida para el diseño e implementación de dicha atención.

El documento CONPES plantea que la atención puede ser otorgada en los entornos familiar, comunitario e institucional, y establece la educación inicial como un elemento básico de la atención integral. La educación inicial es diferente y previa a la preescolar y al ingreso a la educación básica primaria. Esta debe orientarse a “proporcionar a niños y niñas experiencias significativas en su desarrollo presente y no solamente para su futuro inmediato”. En tal sentido, “lo propio de la educación inicial es el cuidado y acompañamiento del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas mediante la creación de ambientes de socialización seguros y sanos, en los que se reconozcan las singularidades de cada niño y niña y se asigne importancia al juego y la formación de la confianza básica como ejes fundamentales del desarrollo infantil, así como al trato afectuoso”.

Finalmente, la Ley 1295 de 2009 reglamentó la atención integral a la primera infancia (AIPI) de los niños y niñas, y madres gestantes de los hogares de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN. Su objetivo es “contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de 5 años clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud”. La Ley plantea la necesidad, por parte del Gobierno Nacional, de mejorar la articulación

³¹DNP <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/CONPES/ConpesSociales/2007/tabid/247/Default.aspx>. Consultado en 12 de junio de 2010.

entre las entidades estatales (nacionales y territoriales) y la vinculación de particulares a los distintos programas de AIPI. Así mismo, la Ley ordena al Gobierno Nacional que elabore propuestas de coordinación interinstitucional que permitan garantizar dicha atención integral.

Independientemente del sistema de coordinación interinstitucional que adopte el Gobierno en cumplimiento de este mandato, la Ley 1295 establece que los responsables de la atención integral son por un lado el Ministerio de la Protección Social (MPS) para la atención en salud y nutrición de las mujeres gestantes y de los niños y niñas hasta los 6 años, el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) para la atención integral en nutrición, educación inicial y apoyo psicológico cuando este fuera necesario. Igualmente, la Ley otorga a los entes territoriales la responsabilidad del desarrollo de planes de atención integral a la primera infancia, y la coordinación entre las dependencias encargadas del desarrollo de los niños y las niñas en los niveles municipal y nacional.

Como última referencia, aunque no con rango de normativa, cabe destacar la “Guía operativa para la prestación del servicio de AIPI”, de 2009³² (Guía AIPI), que nació de un importante esfuerzo de articulación de acciones institucionales por el ICBF y el MEN. Ambas instituciones, por medio de un convenio interadministrativo (el Convenio No. 309 de 2007), acuerdan acciones para llevar a cabo la atención integral a la primera infancia de manera conjunta. De este convenio han surgido lineamientos claros para la prestación del servicio de AIPI, expresados en la Guía.

La Guía AIPI establece la estructura organizativa de orden nacional, territorial y local para la atención integral, además de las funciones y responsabilidades de las diferentes entidades y organizaciones, así como las articulaciones que deben darse entre ellas (ver la sección siguiente). Contiene además el Plan de Atención Integral para la primera infancia (PAI), que establece los objetivos, las guías y los criterios de los operadores³³ que prestan el servicio de atención integral a la primera infancia. Así, el PAI plantea la consecución de varios objetivos que los operadores deben garantizar de manera integral a los niños y niñas menores de 5 años que

³²Ministerio de Educación.

http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178515_archivo_pdf_ruta_version_marzo_2009.pdf. Consultado el 12 de julio de 2010.

³³ Se entiende por operadores AIPI a las personas naturales o jurídicas que contratan con el Estado para prestar servicios en alguno de los componentes de atención integral.

atiendan en el entorno que corresponda. Estos objetivos son: (i) promocionar la nutrición, la salud y los ambientes sanos desde la gestación hasta los 5 años, entre las familias, la comunidad y los centros infantiles; así como, la prevención y atención a la enfermedad y el impulso de prácticas de vida saludables y condiciones de saneamiento básico ambiental; (ii) fomentar prácticas socioculturales y educativas que potencien el desarrollo integral de los niños y niñas menores de 5 años; (iii) velar por la restitución de los derechos vulnerados a los niños y las niñas, por parte de los organismos responsables; (iv) orientar la participación de niños y niñas menores de 5 años en la toma de decisiones que afectan sus vidas en los espacios de desarrollo familiar, social e institucional; (v) impulsar la creación de canales de participación ciudadana para la formulación, ejecución y evaluación de políticas locales de primera infancia, y (vi) garantizar el derecho a la identidad de todos los niños y las niñas, desde los primeros días de su nacimiento, realizando las gestiones necesarias, derecho que sirve como base de acceso a los demás. En estos objetivos se incluyen todos los derechos planteados por la Ley 1098. Algunos de estos derechos deben ser garantizados directamente por el operador de los servicios de atención, mientras otros lo son por otras entidades, pero aun así el operador debe gestionar que sean asegurados por los entes responsables.

Institucionalidad. Los mayores responsables a nivel nacional de la prestación de los servicios para la atención a la primera infancia son el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Ministerio de Educación (MEN). De hecho su construcción, seguimiento y evaluación, según la Política Nacional de Primera Infancia (ver párrafo 0) y la Guía AIPI, corresponden al nivel nacional. A nivel territorial, son los departamentos y los municipios quienes deben diseñar e implementar políticas, planes, programas y acciones que permitan la protección integral de la primera infancia, así como garantizar la prestación de los servicios a través de las secretarías o departamentos administrativos (de educación, salud y bienestar social, principalmente).

Un desarrollo importante de tipo institucional es la creación de nuevas instancias en el nivel nacional y territorial que permitirán la implementación del PAI. A nivel nacional, el Comité Técnico Nacional, conformado por el ICBF, el Departamento Nacional de Planeación, el MPS y el MEN, tiene las funciones de gestar y coordinar acciones para la prestación de la AIPI y de velar por su implementación. Por su parte, las mesas departamentales y municipales,

conformadas entre otras por las secretarías de educación, salud y desarrollo social, están encargadas de implementar la política y garantizar la articulación interinstitucional en el territorio. Dentro de toda la estructura institucional de atención a la primera infancia es importante resaltar el rol creciente en los últimos tres años del MEN, específicamente de la Dirección de Primera Infancia, como un nuevo actor con capacidad técnica y recursos que ha contribuido, junto con el ICBF, al proceso de estructuración de una estrategia intersectorial para la prestación del servicio de atención integral. Esta estructura de dos niveles, uno nacional y otro territorial, se presenta en el gráfico 8.

Gráfico 8. Estructura organizativa de la AIPI



Fuente: Guía operativa para la prestación del servicio de atención integral a la primera infancia.

La instancia nacional corresponde al Comité Técnico Nacional, conformado por el ICBF, el MPS y el MEN. Este Comité tiene entre sus funciones: (i) gestionar y coordinar acciones para la prestación del servicio de AIPI; (ii) asesorar a los comités departamentales o municipales de primera infancia en aspectos de implementación de la política, y (iii) coordinar las acciones necesarias en los diferentes niveles para garantizar el cumplimiento de los convenios establecidos.

Una segunda instancia corresponde al Comité Departamental para la Primera Infancia, conformado por las secretarías departamentales de educación, salud, bienestar social y desarrollo humano, la dirección regional del ICBF y la Red JUNTOS. Las funciones de este Comité son: (i) garantizar la articulación intersectorial e interinstitucional dentro de la administración departamental; (ii) orientar la formulación e implementación del Plan de Atención Integral

(PAI); (iii) diseñar estrategias de seguimiento y evaluación a la ejecución del convenio y la asistencia técnica en la prestación del servicio; (iv) gestionar ante los comités departamentales de capacitación la inclusión de la línea de formación de agentes educativos, y (v) promover y acompañar la formación de las mesas municipales de primera Infancia. La tercera y última instancia corresponde a la Mesa Municipal de Primera infancia, conformada por instituciones públicas y privadas, organizaciones comunitarias y la Red JUNTOS presentes en cada municipio. Sus funciones son: (i) movilizar y coordinar acciones para la atención integral de la primera infancia; (ii) orientar la formulación e implementación del Plan de Atención Integral; (iii) generar lineamientos para la articulación de las ofertas en el municipio, y (iv) gestionar y coordinar recursos locales para la implementación de diversas estrategias de atención integral.

Así mismo, la Guía AIPI provee orientaciones técnicas y metodológicas a los prestadores del servicio en el nivel nacional y a las entidades territoriales del nivel departamental, municipal y local. De este modo, a los prestadores de servicio les suministra orientaciones para la construcción del PAI según los lineamientos técnicos establecidos por el MEN y el ICBF, y a los equipos regionales del ICBF y a las secretarías de educación les brinda elementos para llevar a cabo los procesos de acompañamiento, supervisión y asesoría a los agentes educativos responsables de la atención en cada uno de los niveles. La Guía también define los perfiles y competencias de los agentes educativos y los procedimientos técnicos para la gestión administrativa y financiera en la prestación del servicio. Cada una de estas fases se aplican para las tres modalidades de atención integral a la primera infancia: institucional, comunitaria y familiar.

Modalidades de la AIPI: institucional, comunitaria y familiar

La modalidad de atención en *entorno institucional* va dirigida a niños y niñas ubicados en zonas urbanas que no acceden a ningún servicio o atención integral por falta de oferta. Ofrece cuidado, nutrición y educación inicial durante 5 días a la semana en jornadas de 8 horas. Esta modalidad es administrada por cajas de compensación familiar o jardines infantiles que utilizan su capacidad instalada o la generan para brindar el servicio. En la actualidad, 22.944 niños y niñas reciben atención integral en esta modalidad. El Banco Interamericano de Desarrollo ha iniciado la evaluación de impacto de los jardines infantiles

La modalidad de *entorno comunitario* brinda atención a niños y niñas atendidos actualmente en los hogares comunitarios de bienestar del ICBF, complementando los servicios de cuidado y nutrición con un componente educativo. El prestador del servicio debe proveer una unidad pedagógica de apoyo (UPA), donde se reunirán una vez a la semana los niños y niñas de tres a cuatro hogares comunitarios con sus respectivas madres comunitarias. La atención del prestador se hará durante 4 días de la semana para un total de 12 a 16 hogares comunitarios atendidos semanalmente. El programa incluye el suministro de 2 refrigerios y un almuerzo por niño y por madre comunitaria. En la actualidad, esta modalidad atiende a 68.832 niños y niñas³⁴.

Finalmente, la modalidad de *entorno familiar* presta atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas, prioritariamente de niveles 1 y 2 de SISBEN o en condición de desplazamiento, ubicados en zonas rurales dispersas o urbano marginales, que por diversas dificultades no acceden a ninguna otra modalidad de atención integral. Esta modalidad tiene antecedentes en los hogares FAMI del ICBF, en el preescolar no escolarizado de Escuela Nueva, en el programa de Familias en Acción y en la Red JUNTOS. La modalidad se desarrolla con padres y madres o adultos responsables de la crianza para fortalecer su rol educativo en el hogar a través de "encuentros educativos", que tienen lugar en espacios comunitarios, y acompañamientos educativos en el hogar. El componente nutricional en este entorno consiste de un refrigerio distribuido durante el encuentro educativo. Este tipo de entorno alcanza a cubrir a 35.517 niños y niñas.

³⁴ **Fuente:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Departamento Nacional de Planeación.

Regulación. En Colombia actualmente no hay un marco regulatorio para la prestación del servicio de atención integral a la primera infancia. La regulación existente está circunscrita a la que tiene cada una de las entidades encargadas de garantizar servicios en alguno de sus componentes (salud, nutrición, protección, educación inicial), es decir, una regulación sectorial regida por las leyes y esquemas de supervisión, vigilancia y control que se han establecido al interior de cada una de ellas. De esta manera, la atención de los niños y niñas menores de 5 años en salud está regida según lo estipulado por el Ministerio de la Protección Social, y la atención en nutrición, por las normas administrativas y decretos que rigen al ICBF y sus programas. Tampoco se cuenta hoy día con una regulación específica para la educación inicial, aunque se han dado ciertos desarrollos en ese sentido con el mencionado Convenio entre el MEN y el ICBF (ver párrafo 0).

Con el Fondo de Fomento para la Atención Integral a la primera infancia del MEN, se han venido configurando algunos elementos regulatorios en la dirección de la atención integral, como la organización de un banco de oferentes para la ejecución de los programas de atención, nutrición y educación a la primera infancia. La constitución de este banco significa un avance importante en la regulación de la AIPI ya que implica, entre otros aspectos, la descripción de los potenciales oferentes, las modalidades de atención, los costos del servicio, los procedimientos y requisitos de participación. Cabe señalar que también existen avances regulatorios a nivel local en Bogotá y Medellín, donde se han adelantado procesos importantes de construcción de lineamientos y normas para la atención integral a la primera infancia³⁵.

B. Principales programas de atención según el ente responsable

En Colombia son numerosos los servicios de atención que se prestan a las madres gestantes y a los niños y niñas menores de 5 años en las áreas de salud, nutrición y educación inicial por parte de las diferentes entidades públicas nacionales y territoriales, desagregadas a nivel sectorial. Los cuadros 7 a 10 presentan los principales programas de atención a la primera infancia de cada ente responsable, incluyendo el objetivo general y el tipo de intervención de cada programa, los mecanismos de focalización y los usuarios cubiertos, y el presupuesto de financiación.

³⁵ En el caso de Medellín se hace referencia a las guías operativas del Programa Buen Comienzo de la Alcaldía Municipal, y en la ciudad de Bogotá, a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Integración Social de la Alcaldía Mayor, donde se definen los estándares de calidad que deben cumplir los operadores de los servicios dirigidos a la primera infancia.

Ministerio de la Protección Social (MPS). De acuerdo con sus funciones, este ministerio define los lineamientos de la protección social y la política de salud, pero son las entidades territoriales, departamentales y municipales las encargadas de ejecutar la política social con el fin de garantizar la seguridad social integral (cuadro 7).

La cobertura del régimen subsidiado en salud es de 78% en los menores de 1 año pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, mientras que para los niños de 1 a 4 años la cobertura es de 97%³⁶. Los servicios de salud que ofrece el Plan Obligatorio de Salud (POS) incluyen: programas de prevención de enfermedades, urgencias de cualquier orden, consulta médica general y especializada, consulta y tratamientos odontológicos, exámenes de laboratorio y rayos X, hospitalización y cirugía, consulta médica en psicología, optometría y terapias, medicamentos esenciales en su denominación genérica, y atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.

En la actualidad el MPS no tiene definido dentro de su estructura organizacional un grupo dedicado exclusivamente a la primera infancia. Su Dirección General de Promoción Social y la Dirección General de Salud Pública tienen a su cargo los siguientes programas:

- a) Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), cuyo objetivo es disminuir la mortalidad y morbilidad de los menores de 5 años. Es operada por las entidades territoriales que decidan adoptarla en su jurisdicción, en convenio con las EPS e IPS, y tiene como beneficiarios a todos aquellos registrados dentro de la seguridad social en salud.

La AIEPI se viene implementando desde 1999³⁷ y hoy está establecida como una estrategia de obligatorio cumplimiento en el Plan Nacional de Salud. La estrategia contribuye al cumplimiento de las metas y objetivos planteados en la Política Nacional de Primera Infancia a través de la gestión “de intervenciones costo-efectivas que permitan prevenir y controlar en forma integrada las principales causas de enfermedad y muerte en la niñez, a través del mejoramiento de las habilidades del personal de salud, los sistemas de

³⁶ En el sector salud, es importante mencionar el efecto que tuvo la Sentencia 760/08 de la Corte Constitucional, por medio de la cual se unifican los planes obligatorios del régimen subsidiado y contributivo en salud para los niños y niñas menores de 12 años.

³⁷ Ochoa Luz Angela del MPS. Entrevista realizada el 19 de octubre de 2009.

salud y las prácticas de la familia y la comunidad para posicionar como prioritaria la promoción de la salud y el bienestar de la infancia y la reducción de la mortalidad en la niñez³⁸. Concebida como una respuesta integral a las necesidades identificadas en los niños y niñas menores de 5 años y de las mujeres gestantes, busca vincular los servicios de salud con la comunidad y la familia para efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes de la infancia, además de lograr un tratamiento completo y adecuado y efectuar acciones de prevención y promoción. Para ello enfoca la atención en los niños y niñas y no en la enfermedad³⁹ y cuenta con un componente clínico que busca estandarizar procedimientos en la consulta médica que respondan, detecten y traten eficazmente los eventos, en virtud del cual en la consulta se deberían mirar aspectos adicionales al factor que efectivamente llevó al paciente a asistir a la organización. Otro de sus componentes —el de organización local— procura lograr una coordinación más cercana y constante entre todos los actores sociales que se relacionan con la salud, desarrollo y crecimiento del niño, por medio de un comité o mesa de infancia municipal donde se coordinan recursos y acciones, en tanto que un tercer componente comunitario está dirigido a mejorar el conocimiento y prácticas de la familia para el tratamiento y cuidado en el hogar.

En términos de la integralidad de esta estrategia, se destaca la evaluación realizada por Colsubsidio en 2007, en la cual se analizó su aplicación, hallándose que las acciones llevadas a cabo se relacionaban con la capacitación de los agentes de salud, pero que por lo general la estrategia, sobre todo el componente clínico, no se aplicaba. Encontraron asimismo poca articulación de la AIEPI con otras acciones de atención en salud, lo cual llevaba a replicar esfuerzos y tener entonces un gasto menos eficiente⁴⁰.

- b) Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Este programa tiene como objetivo garantizar la vacunación gratuita y obligatoria para todos los niños menores de un año. Su tasa de cobertura promedio en 2009 fue de 90%. Se trata de un programa integral en cuanto plantea articular al Estado, la comunidad y la sociedad civil, las EPS y entidades que

³⁸ Colsubsidio (2009). Asistencia técnica al plan de salud de la infancia en las direcciones territoriales de salud.

³⁹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). http://www.col.ops-oms.org/prevencion/aiepi/aiepi2003feb_1.asp. Consultado el 20 de octubre de 2009.

⁴⁰ Colsubsidio (2009). Asistencia técnica al plan de salud de la infancia en las direcciones territoriales de salud.

atienden a la primera infancia y los comités municipales. Por otro lado, propone articular los entes departamentales y municipales, y plantea la articulación con la estrategia AIEPI. Se considera, sin embargo, que la existencia de 35 municipios priorizados y el no haber aún cobertura universal indican que falta avanzar en este trabajo de articulación⁴¹.

- c) Atención de la gestación y los riesgos perinatales, que busca brindar un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado a las todas las mujeres gestantes portadoras del VIH, estén o no inscritas en el sistema de salud.
- d) Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI). Cualquier institución de salud se puede acreditar como IAMI con enfoque integral, una vez que utilice y siga una metodología de autoevaluación, analice sus prácticas de atención, tenga un plan de mejoramiento, haga los ajustes necesarios y sea evaluada por profesionales externos que lo acrediten. Estas instituciones buscan mejorar las prácticas de establecimientos de salud existentes, en términos de atención en salud y nutrición materna e infantil. Siguen los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas. Se concibe como integral al buscar atender tanto a la mujer gestante como al neonato y a la madre lactante, enfocándose entonces en la etapa crítica del desarrollo --la gestación y los primeros 2 años de vida. Cabe mencionar que la estrategia estimula la creación de grupos comunitarios de apoyo para la lactancia materna y la atención de niños pequeños.
- e) Además, el MPS cuenta con programas y estrategias de atención en salud que, aunque no son específicos para primera infancia, la incluyen, por ejemplo: Prevención, detección y atención del maltrato infantil, Estrategia dentro de la política nacional de reducción de demanda de sustancias psicoactivas y Componentes de la política nacional de discapacidad.

Estudios como los mencionados muestran que, aunque existen concepciones integrales⁴², en la práctica se sigue manteniendo una atención tradicional en salud, con énfasis en la enfermedad y no en la promoción de la salud integral, sin un enfoque diferenciado para la

⁴¹ Econometría.

⁴² Es decir programas pensados desde la gestación, que intentan incorporar los ámbitos comunitarios, familiares e institucionales, que consideran la salud física, psicológica y el ambiente social, que se complementan e incorporan unos con otros, que presuponen articulación a nivel nacional y territorial y entre entidades de salud, y que están pensados para atender tanto a aquellos del régimen subsidiado y contributivo.

primera infancia. Por otra parte, es difícil que el sector salud se articule con otros sectores en el nivel municipal, como lo proponen el PAI y AIEPI. La articulación sólo se logra cuando confluyen voluntades políticas o intereses de instituciones que la promueven. Las EPS e IPS, a su vez, cumplen con los requerimientos del Plan Obligatorio de Salud (POS), sin una mirada específica de la atención integral a la primera infancia.

Programas del ICBF. Dado su enfoque en la familia y en la niñez, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es la entidad nacional que por competencia legal se ha responsabilizado por la atención a la primera infancia. Entre los principales programas del ICBF orientados a la primera infancia se encuentran los hogares, los desayunos infantiles y los programas de recuperación nutricional. Tal y como se evidencia en el gráfico 4, si bien los desayunos infantiles y los programas de recuperación nutricional han ganado importancia presupuestal en el tiempo, los hogares del ICBF siguen siendo el principal mecanismo de uso presupuestal de la entidad hacia la primera infancia. Este manejo presupuestal se ve reflejado en el número de usuarios cubiertos según presupuesto. Así, el gráfico 5 muestra que entre 2002 y 2009 los usuarios de los hogares del ICBF se han mantenido cercanos a 1.300.000, mientras que los de los desayunos infantiles han aumentado casi 15 veces (de 78.152 niños en 2002 a 1.168.178 en 2009). La mayor apropiación presupuestal de este programa gana entonces sentido en términos de cobertura.

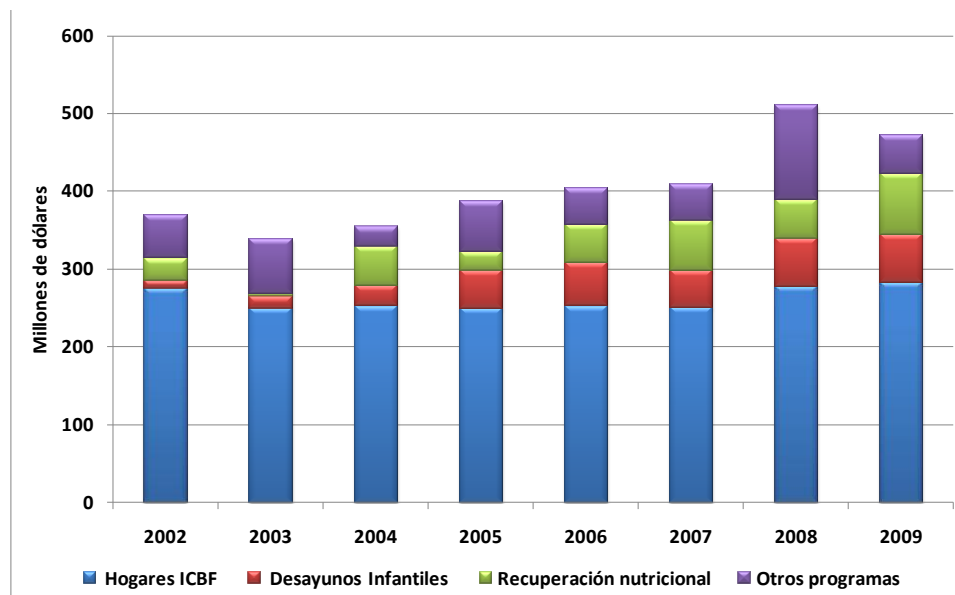
Cuadro 7. Principales programas de atención a la primera infancia del MPS

Programa	Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de focalización	Unidad	Cobertura (Dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)
Sistema de Seguridad Social en Salud.	Promover la afiliación de toda la población colombiana al sistema de seguridad social en salud.	El sistema de seguridad social en salud está integrado por dos regímenes: el contributivo y el subsidiado, este último dirigido a aquella población que no tiene capacidad de pago para acceder al servicio de salud.	El régimen subsidiado está focalizado en personas de hogares de SISBEN 1 y 2.	Niños y niñas entre 0 y 4 años afiliados al régimen subsidiado en salud.	2.774.196	\$1.100.000
Programa ampliado de inmunización (PAI).	Garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana.	El programa se desarrolla bajo los lineamientos del Plan de Salud Pública, el cual estipula las estrategias, componentes y actividades para el cumplimiento de los objetivos del mismo.	Toda la población.	Niños y niñas menores de un año.	90%	ND
Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).	Disminuir la mortalidad y morbilidad de los niños menores de 5 años.	La Estrategia AIEPI está concebida como una respuesta integral a las necesidades identificadas en los niños y niñas menores de 5 años y de las mujeres gestantes. Busca vincular los servicios de salud con la comunidad y la familia para efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes de la infancia, además de lograr un tratamiento completo y adecuado y efectuar acciones de prevención y promoción. Para ello enfoca la atención en los niños y niñas y no en la enfermedad, y cuenta con tres componentes: clínico, de organización local y comunitario.	Cada entidad territorial decide si adopta o no la estrategia en su jurisdicción. La población beneficiaria es toda aquella que esté registrada dentro del servicio de seguridad social en salud, bien sea como contribuyente, subsidiado o vinculado.	Niños y niñas atendidos.	ND	ND
Programa de atención de la gestación y los riesgos perinatales.	Brindar un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado a las mujeres gestantes del país.	Desarrollo de la estrategia del programa a partir de acciones de fortalecimiento del recurso humano, adquisición de insumos, difusión y educación, asistencia técnica.	Mujeres gestantes afiliadas y no afiliadas al sistema de salud.	Mujeres gestantes no afiliadas a la seguridad social atendidas por el programa entre 2003 y 2008	710.948	

Programa	Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de focalización	Unidad	Cobertura (Dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)
Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMÍ).	Motivar a las instituciones de salud a mejorar sus prácticas de atención en salud y nutrición materna e infantil, siguiendo los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, responsabilidad social y rendición de cuentas.	La Estrategia propone a las instituciones que prestan servicios de atención a gestantes, madres, niñas, niños y adolescentes una metodología que les permita autoevaluarse, analizar sus prácticas de atención, realizar un plan de mejoramiento, hacer los ajustes necesarios, ser evaluadas por profesionales externos a la institución y finalmente ser acreditadas como una IAMÍ con enfoque Integral.	Toda institución de salud interesada en convertirse en una IAMÍ.	Instituciones prestadoras de salud (IPS) acreditadas como IAMÍ	339	ND

Fuente: Información recopilada por el autor. Datos provenientes del MPS.

Gráfico 9. Distribución del presupuesto del ICBF en primera infancia, según programa, 2002-2009

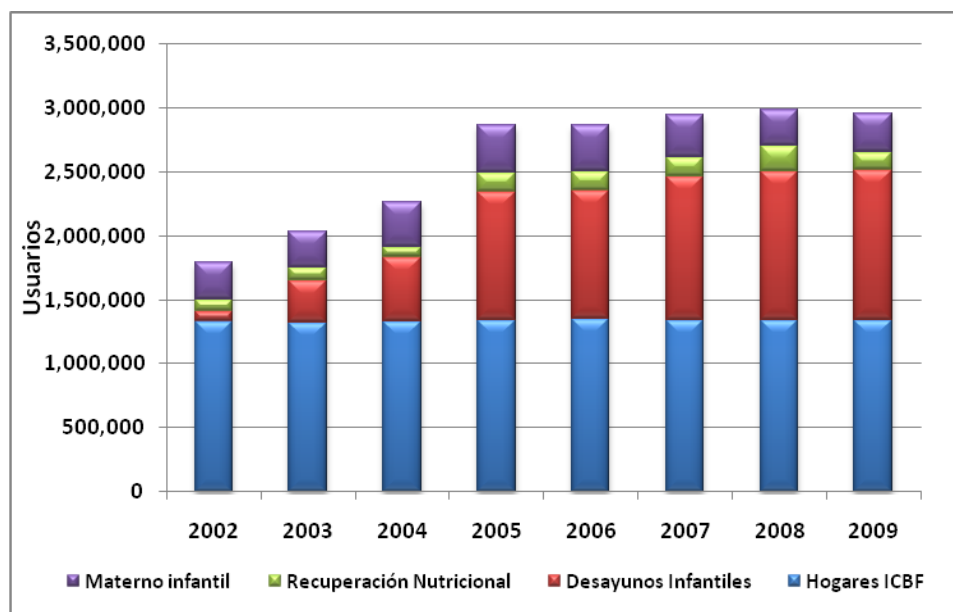


Fuente: Cálculos con datos del informe “Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público–privada en la atención Integral a la primera infancia en Colombia”.

Nota: Para un mayor nivel de detalle, ver cuadro A1 en el anexo.

En la actualidad, el ICBF cuenta con cuatro tipos de programas en los cuales se brindan de forma directa los servicios de cuidado, educación inicial y nutrición, todos operados por entidades privadas --ONG, cajas de compensación, asociaciones de padres de familia, cooperativas, entre otras-- que el ICBF contrata por medio de contratos de aporte. Los programas son: Hogares Comunitarios de Bienestar, Hogares Infantiles, Lactantes y Preescolares y Jardines Comunitarios.

Gráfico 10. Usuarios a ser atendidos por el ICBF según presupuesto, 2002-2009



Fuente: Cálculos con datos del informe “Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público-privada en la atención Integral a la primera infancia en Colombia”.

Nota: Para mayor información, ver cuadro A2 en el anexo.

Los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), creados en 1988⁴³ con el objetivo brindar atención a niños y niñas de hogares pobres, conforman uno de los programas de mayor cobertura nacional (35% de los niños de SISBEN 1 y 2). Tradicionalmente, los HCB han funcionado a través de Hogares Comunitarios Familiares, pero con la expedición de los nuevos lineamientos⁴⁴, el programa ha ampliado sus modelos de atención a entornos más institucionales para poder elevar la calidad de la atención⁴⁵. Las modalidades de los HCB incluyen:

⁴³ El programa de HCB busca que “a través del otorgamiento de becas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a las familias con miras a que en acción mancomunada con sus vecinos y utilizando un alto porcentaje de recursos locales, atiendan las necesidades básicas de nutrición, salud, protección y desarrollo individual y social de los niños de los estratos sociales pobres del país.

⁴⁴ República de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2006). Lineamientos técnico-administrativos: hogares comunitarios de bienestar-múltiples. Tomado de:

<http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/pdf/LINEAMIENTOSHCBMULTIPLES.pdf>

⁴⁵ Evaluaciones realizadas en 1987 y 1993 observaron que los jardines comunitarios cuentan con menores deficiencias en el uso de menús alimentarios, menores niveles de hacinamiento y condiciones precarias de saneamiento, y menor deficiencia en el conocimiento y prácticas de las madres comunitarias en temas relacionados con salud, nutrición y cuidado infantil.

- a) El hogar comunitario familiar: opera en la casa de la madre o padre comunitario, en la que se atiende a entre 12 y 14 niños y niñas menores de 5 años de edad, de los cuales sólo dos pueden tener edades entre 6 meses y 2 años. Así mismo, un sólo niño o niña puede estar en condición de discapacidad, en cuyo caso sólo se atenderá uno menor de 2 años;
- b) El hogar empresarial: concentra más de dos hogares comunitarios familiares y es para hijos e hijas de empleados –con menores ingresos-- de las empresas que los cofinancian. También pueden ser beneficiarios de estos hogares niños y niñas de los sectores en donde funciona el hogar empresarial;
- c) El hogar grupal: integra a entre dos y siete hogares comunitarios familiares. Para su organización y funcionamiento pueden participar y asociarse la comunidad, las entidades territoriales, las organizaciones comunitarias, ONG, cajas de compensación, empresas privadas y el ICBF;
- d) El hogar múltiple: puede agrupar entre 8 y 12 hogares familiares y atiende durante jornadas de 8 horas (tiempo completo) o de 4 horas (jornada parcial, para optimizar la utilización del espacio y de los recursos. Funciona en infraestructuras construidas para tal fin o en inmuebles remodelados y adecuados para cumplir con los estándares de infraestructura establecidos por el ICBF. Son una nueva modalidad de atención a la primera infancia que busca dar respuesta a la necesidad de mejorar el servicio en términos de infraestructura, dotación y talento humano;
- e) El hogar FAMI: creado para apoyar a las familias en desarrollo que tienen mujeres gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de 2 años. Procura cualificar las relaciones intrafamiliares y fortalecer los vínculos afectivos para que apoyen el desarrollo de los niños y niñas desde su gestación, vinculando a otros adultos para que participen en la crianza de los niños y niñas. Atienden a entre 12 y 15 familias residentes en el mismo sector geográfico donde opera el hogar FAMI.

A estas intervenciones se añaden las de nutrición⁴⁶. El programa Desayunos Infantiles con Amor es el de mayor envergadura, con una cobertura de 38% de niños y

⁴⁶ Véase Nota Técnica de Nutrición, División de Protección Social y Salud, junio 2010.

niñas de SISBEN 1 y 2. Es un programa que busca fortalecer la nutrición de niños y niñas menores de 5 años que no son atendidos por otros servicios del Estado⁴⁷, a través de raciones que se distribuyen diaria o semanalmente a las familias. En este momento existen más de 9.000 puntos de atención en el país y se tiene una cobertura de 1.311.333 niños y niñas, con un presupuesto cercano a los \$114.348 millones para 2009. Además, el programa tiene un componente de salud y control de crecimiento y desarrollo, y el ICBF gestiona ante las entidades territoriales para que las EPS garanticen la prestación de la totalidad de las actividades, procedimientos e intervenciones, contenidos en las normas técnicas de obligatorio cumplimiento y en las guías de atención para los niños y sus familias beneficiarios del Programa de Desayunos Infantiles⁴⁸. El programa también tiene un componente de formación y capacitación para fomentar prácticas sociales de alimentación, salud y nutrición y la cualificación de las relaciones entre adultos y niños, mediante espacios de reflexión y formación con los padres, otros adultos acompañantes y con los niños beneficiarios.

En el ámbito nutricional también se encuentran las Unidades de Atención Integral y Recuperación Nutricional para la Primera Infancia, ubicadas en zonas con altas prevalencias de desnutrición infantil. Estas unidades son una estrategia de emergencia para el tratamiento de la desnutrición aguda o global, moderada o severa sin patología agregada y sin discapacidad. Se ubican en aquellos departamentos y municipios que presentan mayores índices de desnutrición en la población infantil o mayores riesgos de mortalidad infantil por desnutrición. Asisten a niños y niñas menores de 6 años y sus familias a través de atención nutricional, médica y psicosocial a cargo de un equipo interdisciplinario. Tienen dos modalidades. Una la conforman los centros o unidades de recuperación nutricional ubicados dentro de las IPS, los cuales en 2009 contaban con un presupuesto de \$2.921 millones. En la actualidad se encuentran funcionando 22 unidades (nueve en el departamento de Boyacá, nueve en la Guajira, una en Risaralda y tres en Chocó) que

⁴⁷ Información obtenida en la página WEB de ICBF:

http://www.icbf.gov.co/Nuestros_programas/desayunos_infantiles.html. (i) Desayuno tipo 1: un kilo de bienestarina tradicional por niño o niña al mes, que corresponde al suministro de treinta y tres (33) gramos al día, suministrada por el ICBF; y (ii) Desayuno tipo 2: a la bienestarina del desayuno Tipo 1 se le añade: leche entera de vaca, adicionada con hierro aminoquelado, zinc aminoquelado, ácido fólico aminoquelado y un sólido de base cereal, adicionado con hierro aminoquelado y ácido fólico aminoquelado.

⁴⁸ Dato suministrado por la página WEB de ICBF: http://www.icbf.gov.co/Nuestros_programas/desayunos_infantiles.html

brindan atención a un total de 585 niños y niñas⁴⁹, incluyendo niños indígenas y población de alta inseguridad alimentaria y nutricional. La otra modalidad corresponde a los centros o unidades de recuperación ambulatorias, ubicados fuera del área hospitalaria. En 2009, estos centros contaban con un presupuesto \$18.249 millones, el cual fue usado en la atención de 135.258 niños.

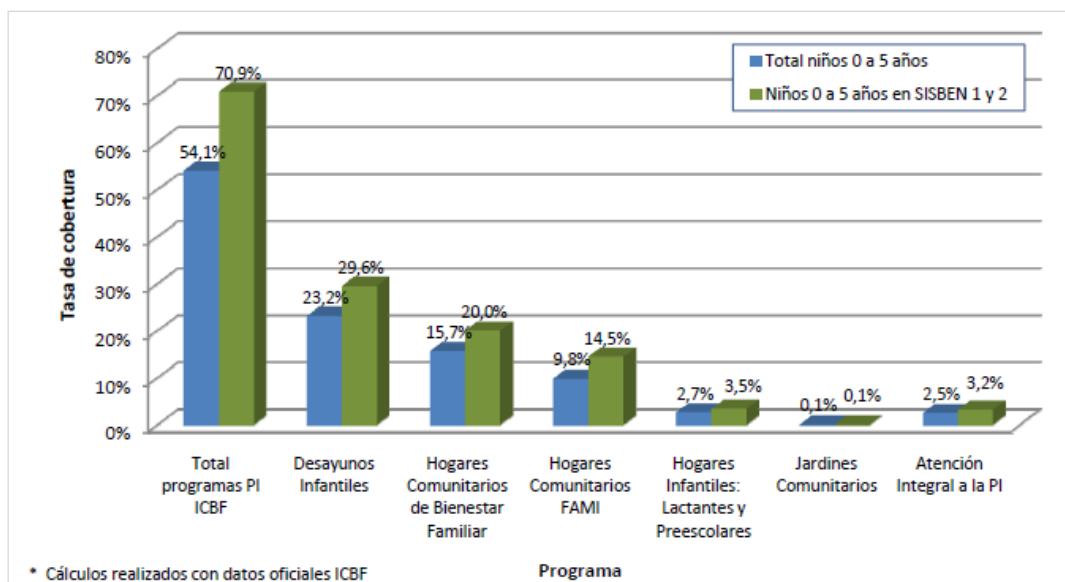
Por último, en cuanto a protección, el ICBF desarrolló recientemente un modelo de atención para la detección, prevención y tratamiento de la violencia doméstica. Además, el ICBF ha desarrollado algunos programas de atención diferencial, como los dirigidos a niños sordos, a niños y niñas de hasta 3 años en centros de reclusión de mujeres, al fortalecimiento social y cultural a la familia (familias y comunidades indígenas, negras, raizales y roma) y la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación (OPSR), orientada a la población desplazada.

Al mirar la cobertura de los programas más importantes del ICBF, observamos que entre todos atienden a aproximadamente 70,9% de la población objetivo (niños de 0-5 años de SISBEN 1 y 2) (gráfico 11). El programa que más niños cubre es Desayunos Infantiles con Amor, con casi 30% de los niños objetivo. Como se observó, la mayoría de programas cuenta con un componente nutricional, por lo que se puede pensar que el número de niños menores de 5 años pertenecientes a SISBEN 1 y 2 sin acceso a algún tipo de ayuda en nutrición es bajo.

Los programas del ICBF que más se acercan al concepto de atención integral a la primera infancia son los de educación inicial de entorno institucional (Hogares infantiles y Lactantes y preescolares) y de entorno comunitario (HCB en sus diversas modalidades y jardines comunitarios), así como algunos de los programas de atención diferencial (como la atención en sitios de reclusión de mujeres). Los programas de nutrición no incorporan esta mirada al prestar un servicio complementario a la atención en salud y educación.

⁴⁹ Cifra a diciembre de 2009.

Gráfico 11. Tasa de cobertura de los programas del ICBF



Fuente: Bernal y Camacho (2009)

Nota: La cobertura para hogares FAMI es calculada con base a la encuesta SISBEN para niños de 0-2 años.

Es importante señalar que los programas del ICBF mencionados parecen planteados como paralelos a los programas de salud que se describirán a continuación y a los programas del MPS ya descritos. En este sentido, hará falta reforzar la articulación entre instituciones para potencializar los esfuerzos y los logros. AEPI, por ejemplo, tiene un elemento comunitario de promoción de salud importante que se beneficiaría inmensamente si fuera incorporado en estrategias como los HCBF.

Cuadro 8. Principales programas de atención a la primera infancia del ICBF

Programa	Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de focalización	Unidad	Cobertura (No., dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)
Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB)	Atender las necesidades básicas de niños de bajo nivel socioeconómico en nutrición, salud, protección y desarrollo individual y social.	El ICBF realiza un contrato de aporte con una entidad privada (asociaciones de padres, ONG, cajas de compensación familiar) que a su vez contrata a las madres comunitarias, que son las que tienen a su cargo a los niños y niñas. Actualmente hay seis tipos de hogares comunitarios, pues el ICBF ha ido elevando los estándares de calidad del programa y adecuando la intervención a las necesidades de atención: Hogar comunitario familiar, Hogar empresarial, Hogar grupal, Hogar múltiple, Jardín social y Hogar FAMI.	Dirigido a niños y niñas de hogares de SISBEN 1 y 2.	Niños y niñas menores de 5 años	1.066,750	\$760,189
Jardines comunitarios	Apoyar a niños y niñas de padres de familia que trabajan medio tiempo, a destajo o en el mercado informal.	Tienen un coordinador pedagógico y agentes educativos solidarios que lo apoyan en la orientación y educación de los padres y madres que se desarrolla en media jornada. La entidad territorial apoya al programa con infraestructura y servicios públicos. El contrato es por aportes con ONG o con asociaciones. Esta modalidad ha ido evolucionando para convertirse en hogares agrupados, lo cual ha hecho que se esté analizando la conveniencia de mantenerla como modalidad de atención.	Niños y niñas de padres de familia que trabajan medio tiempo, a destajo o en el mercado informal.	Niños y niñas menores de 5 años	3.236	

Programa	Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de focalización	Unidad	Cobertura (No., dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)
Hogares infantiles	Prestar un servicio de atención integral a niños y niñas vulnerables que ofrece educación inicial, cuidado y nutrición de calidad, en instalaciones adecuadas y con personal especializado por un periodo de 4 u 8 horas al día, regidos por lineamientos técnico administrativos y altos estándares.	Este programa es operado por diferentes tipos de organizaciones y asociaciones privadas (asociaciones de padres de familias, cajas de compensación familiar, organizaciones eclesiásticas, etc.). Muchos de estos hogares funcionan en locales de ICBF; otros funcionan en construcciones pertenecientes a las entidades territoriales.	Los niños que se reciben responden a criterios de focalización establecidos por los lineamientos: hijos de padres y madres trabajadores y los de menos ingreso. Se prioriza además a los niños y niñas en situación de desplazamiento.	Niños y niñas menores de 5 años	167.523	\$123.560
Lactantes y preescolares	Prestar atención a madres lactantes, niños y niñas vulnerables mediante un convenio con una empresa, organización o persona particular.	Funciona de manera similar a los hogares infantiles, aunque en este caso la entidad privada aporta la infraestructura física.	Los niños que se reciben responden a criterios de focalización establecidos por los lineamientos: hijos de padres y madres trabajadores y los de menos ingreso. Se prioriza además a los niños y niñas en situación de desplazamiento.	Madres lactantes, niños y niñas menores de 5 años	2.158	\$11.299

Programa	Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de focalización	Unidad	Cobertura (No., dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)
Programa Desayunos Infantiles	Mejorar el consumo y aprovechamiento biológico de alimentos de los niños y niñas de hogares en situación de pobreza.	Complemento alimentario diferente según grupo de edad. Acciones formativas, de promoción, de prevención y atención en salud.	Niños entre 6 meses y 5 años de edad, pertenecientes a hogares de SISBEN 1 y 2 o en situación de desplazamiento.	Niños de 6 meses a 5 años de edad	1.311.333	\$144.348
Programa de Recuperación Nutricional	Estrategia de emergencia para tratar la desnutrición aguda o global, moderada o severa sin patología agregada y sin discapacidad.	Apoyan la recuperación de los niños con desnutrición mediante raciones de alimentos adecuadas a través de diferentes estrategias: ambulatoria y centros o unidades de recuperación nutricional -- ubicadas en las IPS, prestan servicio de atención nutricional, médica y psicosocial a través de un equipo interdisciplinario.	Niños y niñas de 6 meses a un año y de 2 a 5 años en departamentos donde existen altas prevalencias de desnutrición infantil y se han presentado casos de muerte asociadas a la misma.	Niños y niñas beneficiados de la recuperación ambulatoria.	135.258 (4,5% de los niños de SISBEN 1-3)	\$18.249
				Niños y niñas beneficiados en las unidades de recuperación nutricional.	585	\$2.921
Programa para niños y niñas en establecimientos de reclusión de mujeres.	Brindar atención de estimulación temprana a los niños y niñas de las mujeres reclusas y capacitar a las madres en pautas de crianza.	La ley establece que las mujeres privadas de libertad pueden tener consigo a sus hijos hasta 3 años y exige al INPEC que coordine con ICBF su atención. Generalmente, la atención se realiza en un espacio vecino al centro de reclusión. En estos casos, las mamás van a formarse al centro al cual asisten sus hijos e hijas y se integran a las actividades del jardín. Cuando la atención en educación inicial se ofrece dentro del centro, la educadora es generalmente una madre que está presa.	Niños y niñas de madres reclusas. Actualmente, el programa opera en las principales nueve ciudades del país.	Niños y niñas atendidas	200	\$157

Fuente: Información recopilada por el autor. Datos provenientes del ICBF.

Ministerio de Educación Nacional (MEN). Si bien el MEN tiene por mandato de ley la responsabilidad de impartir la educación preescolar, en los últimos 4 años ha fortalecido su enfoque de educación inicial, el cual se hizo explícito en el reto de “desarrollo infantil y educación inicial” del Plan Decenal de Educación 2006-2016. De acuerdo con éste, los objetivos del MEN en ese sentido son: “convertir la educación inicial en prioridad para la inversión económica nacional, regional y local de Colombia, garantizar la oferta de atención integral a niños menores de siete años, articular instancias públicas y privadas en el desarrollo e implementación de la política pública de primera infancia, fortalecer los planes de cuidado de la infancia e impulsar programas de formación y cualificación de docentes”.

Son tres las líneas de acción que ha establecido el MEN para garantizar el acceso de niños y niñas de primera infancia a una atención integral: (i) la prestar el servicio por medio de la implementación de las modalidades de atención en los entornos familiar, comunitario e institucional, en alianza con entidades privadas que demuestren experiencia e idoneidad en la atención de la primera infancia, (ii) desarrollar proyectos piloto de atención integral por medio de metodologías alternativas que reconozcan la diversidad cultural y étnica del país y (iii) en alianza con el Programa Familias en Acción, calificar a los cuidadores de los niños de las familias beneficiarias del programa.

La primera línea --prestación de atención en alianzas con entidades privadas-- se desarrolla a través de dos modalidades: el Fondo de Fomento para la AIPI (FFAIP) y los convenios de cooperación. El FFAIP, una iniciativa novedosa, fue establecido en fiducia con el ICETEX y tiene como objetivo garantizar un subsidio a la atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas menores de 5 años, hasta su ingreso al grado obligatorio de transición⁵⁰. A este Fondo se han adherido 785 municipios (71% del total) y 3 gobernaciones (9% del total), los cuales aportan como contrapartida 61% de los recursos del CONPES Social 12351 destinados para la Atención Integral de la Primera

⁵⁰ Textualmente, el objetivo es: “garantizar el subsidio de atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas menores de 5 años, hasta su ingreso al grado obligatorio de transición [...] mediante las modalidades de atención que sean ofertadas por prestadores de servicio que hayan sido habilitados en el Banco de Oferentes”. Es decir que se busca “garantizar la cohorte completa de atención de cada uno de los niños y niñas menores de cinco años que resulten beneficiarios, reservando los recursos necesarios para atenderlo hasta su ingreso al grado obligatorio de transición y sea asumido por el sistema público educativo”.

⁵¹ Este documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social tiene como fin distribuir los recursos del sistema General de

Infancia. En efecto, este CONPES reglamentó el empleo de los recursos para primera infancia, que por disposición constitucional se tienen cuando la economía crece por encima de 4%. Para beneficiar a los municipios que reciben menos cantidad de recursos por concepto del CONPES, los aportes de cofinanciación por parte del Ministerio son diferenciados por rango de ingreso.

De este modo, los aportes del Ministerio para cofinanciar la prestación del servicio en los diferentes municipios ascienden a \$191.975 millones. Sin embargo, estos recursos de contrapartida se agotaron en la medida que la economía dejó de crecer a altas tasas en los últimos 2 años. Así, el total de recursos aportados al fondo es de \$354.404 millones⁵², de los cuales 61% corresponden a aportes de los municipios y gobernaciones y 39% restante a aportes del Ministerio de Educación, alcanzando un estimado de atención de 267.881 niños y niñas. Entre las reglas del FFAIPI, se establece que los prestadores son personas naturales o jurídicas habilitados en el Banco de Oferentes para la atención integral a la primera infancia que pueden llevar a cabo esta atención. Pueden ser personas naturales o jurídicas, bien sea ONG, jardines infantiles privados, universidades públicas o privadas, cajas de compensación familiar, iglesias o confesiones religiosas. También pueden ser uniones temporales o consorcios que integren algunas de las anteriores personas.

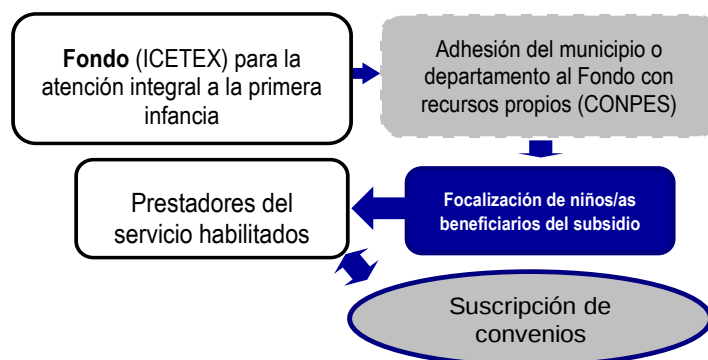
La segunda modalidad es la de los convenios de cooperación con entidades territoriales. Estos convenios interadministrativos buscan aunar esfuerzos técnicos y económicos para aumentar las coberturas y fortalecer los servicios de atención a la primera infancia. A la fecha se tienen convenios con la ciudad de Medellín, con el departamento de Boyacá y con Bogotá.

Participaciones para la Atención Integral de la Primera Infancia para la vigencia 2009. Estos recursos provienen del crecimiento real de la economía superior al 4% en el 2007 y la declaración estratégica del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia.

<http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/CONPES/ConpesSociales/2009/tabid/908/Default.aspx>

⁵² \$191.975 millones aportados por el Ministerio y \$162.429 millones por parte de los municipios y gobernaciones.

Gráfico 12. Esquema de operación Fondo ICETEX– Convenios – Prestadores⁵³



Fuente: MEN, Política educativa para la primera infancia en el marco de una atención integral. Bogotá, presentación ante el Consejo Directivo del ICBF, 3 de septiembre de 2009.

El Programa Buen Comienzo de Medellín presta atención de calidad diferenciada por ciclo de vida, que va desde la gestación y primer año dentro de la familia, hasta los 5 años de edad. Se ha enfocado en entornos institucionales con altas inversiones en calidad y seguridad que articulan la educación con otros programas municipales inscritos en el plan de desarrollo de la administración (programas de salud, nutrición, recreación y deporte). El departamento de Boyacá tiene un convenio con el MEN en el marco del programa “Creciendo a-pasitos”, el cual hasta ahora ha aplicado la modalidad de atención en entorno familiar, pero se prevé extenderlo a las otras dos modalidades. Este programa contrató a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia para que se encargara de capacitar a madres y padres en temas como alimentación y nutrición, buen trato, y pautas de crianza. Cuenta también con un componente de investigación y gestiona, en el momento, un apoyo para el componente nutricional con el Programa Mundial de Alimentos (PMA). Para garantizar la coordinación interinstitucional, conformó el Equipo Técnico Territorial de Boyacá, dentro del Comité de Infancia y Adolescencia del departamento, y realizó alianzas con otros sectores y entidades. Bajo esta modalidad, se lograron articulaciones entre programas e instituciones y se logró brindar atención integral, más allá de educación inicial. Por último, el convenio con la Alcaldía Mayor de Bogotá pactó 25.000 cupos, 5.000 del

⁵³ Tomado de Vélez White, Cecilia María. Política educativa para la primera infancia en el marco de una atención integral. Bogotá, presentación ante el Consejo Directivo del ICBF, 3 de septiembre de 2009.

ámbito familiar y 20.000 del ámbito institucional. En este convenio el MEN aporta los mismos recursos financieros que a otros municipios y Bogotá aporta el 50% correspondiente a las exigencias del Distrito en calidad educativa. En el marco del convenio, se construyeron procesos de lineamientos y estándares y un sistema de inspección, vigilancia y control estricto y eficiente, que facilita el trabajo institucional por medio de una normativa que regula la articulación. Como parte del convenio, Bogotá compartirá estos procesos con el Ministerio para que este pueda expandirlos al resto del país. Estas experiencias, cuya documentación exhaustiva trasciende el objetivo del presente trabajo, son referentes importantes de buenas prácticas de gestión coordinada entre niveles de gobierno para la provisión de servicios de AIPI.

La segunda línea de acción del MEN tiene que ver con la implementación de proyectos piloto de atención a la primera infancia que reconozcan la diversidad cultural y étnica del país. A través de esta estrategia se busca desarrollar proyectos de metodologías alternativas con el fin de sistematizarlas y replicarlas en territorios de características semejantes. En esta línea se enmarcan tres actividades: (i) atención en ludotecas, (ii) atención a niños y niñas del Chocó y (iii) atención a niños y niñas de comunidades indígenas.

La atención a la primera infancia en ludotecas se desarrolla a través de un convenio entre el MEN y la Corporación Día del Niño en virtud del cual se ha puesto en marcha un proyecto de educación para la primera infancia en espacios lúdicos con la metodología ‘Naves’. Se han elegido 50 ludotecas para aplicar esta metodología para la atención de 21.500 niños y niñas menores de 5 años. En esta metodología se entiende que el juego es una actividad fundamental, pilar de la educación inicial y una herramienta para el desarrollo de competencias en la primera infancia. En este sentido, el compromiso con el juego como derecho fundamental para transformar la vida de los niños y las niñas requiere de lugares adecuados para el juego o ludotecas.

A su vez el proyecto de atención a la primera infancia en el departamento del Chocó, ejecutado a través de un convenio entre el MEN y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), está dirigido a brindar atención integral a los niños y niñas de

14 municipios de ese departamento para alcanzar un nivel satisfactorio de desarrollo infantil y al mismo tiempo contribuir a la prevención del reclutamiento de grupos armados ilegales. Entre la OIM, el ICBF y los municipios se ha construido una propuesta pertinente para la cultura local y para las condiciones de vulnerabilidad y diversidad de la región. En 2010, en el marco de esta estrategia se han atendido unos 17.000 niños y niñas. Finalmente, se trabaja con la comunidad Guambiana del Cauca mediante el “Convenio de atención integral en las casas del Taita Payán y resignificación del proyecto educativo de la comunidad indígena Guambiana”.

La tercera línea de acción del MEN consiste en una alianza con el Programa Familias en Acción, destinada a llegar con una formación adecuada y pertinente a los cuidadores infantiles de familias beneficiarias de Familias en Acción. Su propósito es articular los subsidios de nutrición que hoy otorga el programa con procesos de educación inicial y cuidado adecuado para ofrecer una atención integral de los niños y niñas. La fase inicial de este programa concluyó en noviembre de 2010.

Iniciativas intersectoriales: Convenio MEN-ICBF. Con el fin de garantizar el acceso de los niños y niñas menores de 5 años a una atención integral de calidad, el ICBF y el Ministerio de Educación han establecido convenios entre sí y con otras entidades públicas y privadas de los entes territoriales en acciones de articulación intersectorial (gráfico 13).

La estructura planteada por el Convenio MEN - ICBF tiene la ventaja de recoger la experiencia de muchos años que ha desarrollado el país a través de los programas del ICBF y de entidades privadas. Además, ha sido concebido para responder a la política de primera infancia y está construido sobre una política de educación inicial del MEN, permitiendo así que su estructura articule diversas modalidades y entornos de atención.

Cuadro 9. Principales programas de atención a la primera infancia implementados por el MEN

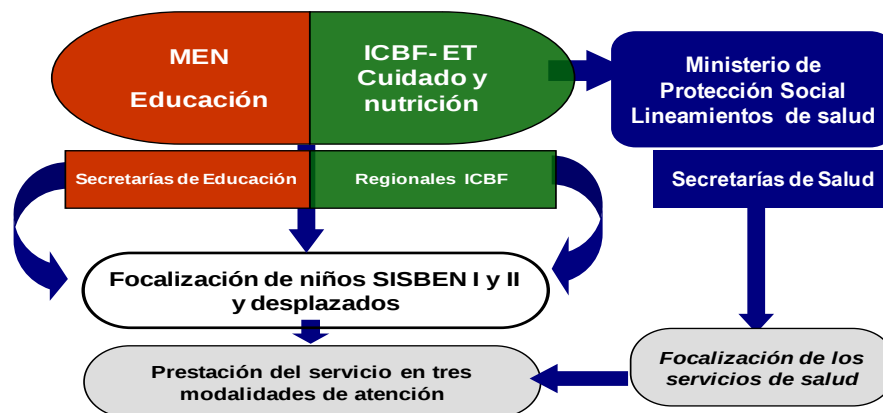
Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de focalización	Unidad	Cobertura (Dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)	Programa
Garantizar la atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas menores de 5 años.	Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI).	El MEN ha diseñado e implementado varias estrategias para el desarrollo de este programa. Destacan la realización de un convenio con el ICBF y con algunas entidades territoriales y entidades privadas para complementar programas ya existentes en nutrición o cuidado con educación inicial de alta calidad en los entornos familiar, comunitario e institucional.	Diferentes criterios según convenio específico entre el MEN y la contraparte.	Niños y niñas atendidos por el PAIPI.	\$289.168	\$331.400
				Niños y niñas atendidos en Hogares Comunitarios del ICBF en convenio con el PAIPI.	\$87.000	
Brindar atención a niños y niñas de primera infancia que no estaban recibiendo ningún tipo de atención.	Proyecto de educación para la primera infancia en ludotecas.	La atención a la primera infancia en ludotecas se desarrolla a través de un convenio entre el MEN y la Corporación Día del Niño, que ha puesto en marcha un proyecto de educación para la primera infancia en ludotecas.	Por tratarse de un proyecto piloto, se han escogido inicialmente 50 ludotecas de todo el país.	Niños y niñas.	\$15.300	
Proporcionar atención integral a los niños y niñas de 14 municipios del departamento del Chocó, para alcanzar un satisfactorio nivel de desarrollo	Proyecto de atención a la primera infancia en Chocó.	Se desarrolla a través de un convenio entre el MEN y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM),	Niños y niñas pertenecientes a 14 municipios de Chocó.	Niños y niñas.	\$17.000	

Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de focalización	Unidad	Cobertura (Dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)	Programa
infantil y contribuir con la prevención del reclutamiento de grupos armados ilegales.						
Brindar atención integral a niños y niñas guambianos con un enfoque diferencial.	Proyecto de atención integral a la primera infancia de la comunidad indígena Guambiana.	Se desarrolló con el apoyo de las autoridades indígenas y bajo modelos pedagógicos contruidos considerando las particularidades culturales de la comunidad.	Niños y niñas de la comunidad guambiana.	Niños y niñas	\$2.800	

Fuente: Información recopilada por el autor. Datos provenientes del MEN.

El Convenio concibe la integralidad en la atención desde varias perspectivas. En primer lugar, reconoce las familias, las comunidades y las instituciones como los entornos donde se desarrollan los niños y las niñas, flexibilizando la atención de acuerdo con las condiciones de las familias y las posibilidades de acceso a los servicios según la oferta existente. En segundo lugar, si bien el eje de la atención está en la educación inicial, también incluye el servicio de nutrición cuando la atención es proporcionada por una institución o un hogar comunitario. En tercer lugar, plantea la operación a través de operadores públicos o privados que deben seguir una serie de lineamientos orientados a garantizar los derechos de niños y niñas a ambientes seguros, nutrición, salud y registro civil. El sector salud y el sector de protección tienen que articularse de manera más específica a estos operadores o a las secretarías de educación, para que la garantía de derechos se logre no sólo desde una mirada de cobertura y atención, sino como programas articulados y complementarios que buscan promover el desarrollo infantil en un ciclo de vida que requiere de atenciones específicas. No obstante, podría decirse que a nivel nacional es la propuesta más enfocada en la atención integral y a ella, por su forma de organización, se adhieren los entes territoriales.

Gráfico 13. Articulación intersectorial en la atención integral a la primera infancia



Fuente: MEN: Política Educativa para la Primera Infancia en el marco de una atención integral. Bogotá, Presentación ante el Consejo Directivo del ICBF. Septiembre 3 de 2009

Familias en Acción. Éste es un programa de transferencias condicionadas iniciado en 2001 por iniciativa del Gobierno Nacional, para entregar subsidios monetarios directos de nutrición o educación a los niños y niñas menores de 18 años de familias pertenecientes al nivel 1 del SISBEN, familias en condición de desplazamiento (registradas en SIPOD) o familias indígenas (registradas en censos indígenas). Actualmente tiene una cobertura de 2,9 millones de familias en 32 departamentos y 1.093 de los 1.098 municipios del país. El subsidio se entrega a la madre beneficiaria, condicionado al cumplimiento de compromisos por parte de la familia. Para niños y niñas de primera infancia (menores de 7 años), la recepción de un “subsidio de nutrición” está vinculado con su asistencia a las citas de control de crecimiento y desarrollo programadas, mas no considera ninguna intervención nutricional complementaria. Si bien la evaluación de impacto que se realizó⁵⁴ evidenció impactos significativos del programa en el componente nutricional y de crecimiento y desarrollo, existe un amplio margen para potenciar el impacto nutricional del programa a través de su coordinación con intervenciones nutricionales de alto costo-efectividad⁵⁵. Hoy Familias en Acción atiende a 2.050.603 niños menores de 6 años, a través de la entrega de su subsidio de nutrición.

⁵⁴ DNP, 2008.

⁵⁵ Ver Nota Técnica de Nutrición, BID, 2010.

Iniciativas de entidades territoriales. El programa Buen Comienzo de Medellín y el modelo de atención integral a la primera infancia de Bogotá se han constituido en referentes importantes en el nivel nacional. En Bogotá, la intervención, a cargo de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), tiene cuatro modalidades de educación inicial bajo un entorno institucional: casas vecinales, jardines infantiles de la SDIS, jardines sociales y cupos cofinanciados. En 2010 atendieron a un total de 30.000 niños y niñas.

Desde 2000, Bogotá ha realizado esfuerzos progresivos en la conceptualización y la construcción de un marco normativo de la educación inicial. Entre 2000 y 2007 se publicaron tres documentos que contribuyeron a avanzar en el tipo de atención que se presta a los niños y niñas⁵⁶. En los dos primeros (2000 y 2003) se explicitó el enfoque de derechos y se acercó la mirada a los lineamientos y tendencias internacionales sobre educación inicial. En el último (2007), además de confirmar la perspectiva de derechos, se extendió la mirada hacia la atención integral, con énfasis en la garantía integral de derechos y la corresponsabilidad Estado, sociedad y familia.

Adicionalmente, desde 2004 se han realizado avances concretos relacionados con la “Política por la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes” y con el Acuerdo 138, por medio del cual se regula el funcionamiento de los establecimientos públicos y privados que prestan servicios de educación inicial, y en el cual se asignan competencias y responsabilidades a la Secretaría Distrital de Integración Social en materia de control, asesoría y fortalecimiento de este servicio. Mediante la expedición del Decreto 057 (2009) se consolidó además el enfoque de atención integral en la educación inicial, y con la Resolución 0325 (también de 2009) se definieron los lineamientos y estándares técnicos de educación inicial en el distrito.

⁵⁶ Proyecto pedagógico red de jardines sociales (2000), Desarrollo infantil y educación inicial (2003) y La calidad en la educación inicial: un compromiso de ciudad (2007).

Familias en Acción y desarrollo infantil temprano

Con una cobertura actual de 2.9 millones de hogares y una sólida organización a nivel territorial, Familias en Acción es uno de los principales programas de la red de protección social colombiana orientada a la población de menores ingresos. Sobre la base del reconocimiento de la alta efectividad de la intervención temprana, y con el objetivo de potenciar sus impactos en el desarrollo de capital humano de los niños beneficiarios, el programa FA viene implementando los siguientes tres pilotos enfocados a la primera infancia: (i) el **Proyecto Cuidadores de la Infancia**, basado en talleres con madres y madres líderes para promover cambios de actitudes en temas de crianza (30 municipios, 670 madres); (ii) el **Proyecto CuidArte**, diseñado en convenio FA-MEN para ofrecer capacitación a cuidadores de niños de familias beneficiarias de FA; este proyecto desarrolla un currículum específico en talleres con cuidadores de niños, con énfasis en temas de nutrición, entorno familiar y crianza; en su primera fase atiende a 4.800 cuidadores de niños que no acceden a centros infantiles institucionales, y finalmente (iii) el **Proyecto de Visitas Domiciliarias y Nutrición**, el cual sobre la base de la experiencia documentada de Jamaica (ver S. M. Graham et al.) desarrolla un trabajo individual con la madre, en su hogar, a partir de un currículum de estimulación temprana; se complementa con la entrega de micronutrientes (1.400 niños en 96 municipios) y será evaluado de modo experimental. De estas tres intervenciones, sólo la última tiene un diseño de evaluación riguroso que permitirá inferir sobre la posibilidad de escalar la intervención.

Es de resaltar que la construcción de los estándares fue un proceso interinstitucional llevado a cabo entre los entes que tenían injerencia en este campo, Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación y el Departamento de Bomberos. Con base en una propuesta de estándares, cada entidad establecía qué funciones les eran propias y el marco normativo que las respaldaban. A partir de allí se comenzaron a definir los estándares que luego fueron validados a través de consulta ciudadana con 300 jardines infantiles públicos y privados y con expertos. Con posterioridad a la publicación y socialización de los estándares, se han ido construyendo 16 guías técnicas sobre temas como crecimiento y desarrollo, vacunación, hábitos de vida saludable, saneamiento básico, manufactura de alimentos, prevención de accidentes, salud oral. En cada guía, además de explicarse el concepto del tema de la guía y su sentido en la atención integral, se proveen mecanismos para aplicar los estándares especificando la responsabilidad del jardín o la de otras entidades, como por ejemplo el

hospital para el caso de la salud. Asimismo, en Bogotá se ha avanzado en la definición de un marco de acción interinstitucional que viabilice la atención integral de manera efectiva, con la participación de las diferentes entidades del distrito. También es para destacar la amplia cobertura de la AIPI.

Cuadro 10. Programa de Acción Social para la primera infancia

Entidad	Programa	Objetivo general	Tipo de intervención	Mecanismo de Focalización	Unidad	Cobertura (Dic. 2009)	Financiamiento (Presupuesto en millones)
Agencia presidencial para la acción social y la cooperación internacional (Acción Social).	Familias en Acción.	Proteger y fomentar la formación de capital humano mediante subsidios monetarios directos de nutrición o educación a los niños y niñas menores de 18 años de hogares vulnerables.	Programa de transferencias condicionadas.	Hogares pertenecientes al nivel 1 del SISBEN, familias en condición de desplazamiento (registradas en SIPOD) o familias indígenas (registradas en censos indígenas).	Niños y niñas entre 0 y 6 años que reciben el subsidio de nutrición.	2.050.603	\$636.906

Fuente: Información recopilada por el autor. Datos provenientes de Acción Social.

Es de resaltar que la construcción de los estándares fue un proceso interinstitucional llevado a cabo entre los entes que tenían injerencia en este campo, Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación y el Departamento de Bomberos. Con base en una propuesta de estándares, cada entidad establecía qué funciones les eran propias y el marco normativo que las respaldaban. A partir de allí se comenzaron a definir los estándares que luego fueron validados a través de consulta ciudadana con 300 jardines infantiles públicos y privados y con expertos. Con posterioridad a la publicación y socialización de los estándares, se han ido construyendo 16 guías técnicas sobre temas como crecimiento y desarrollo, vacunación, hábitos de vida saludable, saneamiento básico, manufactura de alimentos, prevención de accidentes, salud oral. En cada guía, además de explicarse el concepto del tema de la guía y su sentido en la atención integral, se proveen mecanismos para aplicar los estándares especificando la responsabilidad del jardín o la de otras entidades, como por ejemplo el hospital para el caso de la salud. Asimismo, en Bogotá se ha avanzado en la definición de

un marco de acción interinstitucional que viabilice la atención integral de manera efectiva, con la participación de las diferentes entidades del distrito. También es para destacar la amplia cobertura de la AIPI.

Por su parte, el programa Buen Comienzo en Medellín, adscrito a la Secretaría de Educación y cuyo objetivo es atender con integralidad a los niños y niñas de la ciudad menores de 6 años, se ha constituido en un modelo de gestión para la prestación del servicio AIPI en el país, logrando una alta coordinación interinstitucional en el diseño, financiación y operación de la atención. La cobertura actual del Programa es de 17.000 niños y niñas.

Actualmente, el programa está construyendo 19 jardines infantiles nodales que van a prestar un servicio AIPI de alta calidad a niños y niñas pobres. Estos jardines serán ubicados en los lugares más desatendidos, tendrán sedes sanas y seguras, lo cual se probará con una certificación de seguridad y una licencia de sanidad. Además, este programa ha logrado una importante relación con el sector privado, el cual se ha involucrado en la atención a la primera infancia, tanto desde lo financiero como desde lo operativo. Es precisamente el sector privado el encargado de coordinar los aspectos de calidad y de servicio por medio de una “feria de buen comienzo”, donde participan agentes como Confama, Fundación Éxito, Carulla y la Secretaría de Integración Social de Bogotá. Se espera tener en 2011 una cobertura universal de atención integral a la población más pobre de la ciudad.

Programas del sector privado. De los programas de atención a la primera infancia llevados a cabo por el sector privado, destacan los de las cajas de compensación familiar y los de algunas fundaciones sociales. Las primeras, a través de la Red de Jardines Sociales, atienden diariamente a 243.852 niños y niñas con una inversión de US\$51.000 (Reyes, 2009). Los programas de las cajas por su parte operan con recursos del Fondo para la Atención Integral de la Niñez (Foniñez), el cual es financiado con un porcentaje que reciben los recursos parafiscales⁵⁷ que reciben las cajas. Entre ellos, cajas como

⁵⁷ Según la normativa colombiana, toda empresa o unidad productiva que tenga trabajadores vinculados mediante contrato de trabajo debe hacer un aporte equivalente a 9% de su salario por concepto de los llamados aportes parafiscales, que incluyen aportes (i) al ICBF (3% del salario base de cotización), (ii) al SENA (2% del salario base de cotización) y (iii) a las cajas de compensación social (4% del

COMFENALCO Antioquia han desarrollado modelos pedagógicos innovadores que han contribuido a formular y establecer estándares de calidad para la prestación del servicio AIPI. Por su capacidad técnica y administrativa, y su experiencia en proyectos de infraestructura y educación, las cajas son un actor privado que puede jugar un rol muy importante como operadores de las modalidades de atención integral bajo un entorno institucional.

En el grupo de las fundaciones, la Fundación Carulla (AeioTu), orientada a la atención integral de la primera infancia, se ha constituido en un modelo de alta calidad que ha logrado una relación sólida con el sector público para la prestación del servicio AIPI a niños y niñas de hogares pobres.

C. Cobertura de atención integral a la primera infancia (AIPI)⁵⁸

Si bien el gobierno de Colombia ha realizado esfuerzos importantes para aumentar la cobertura de la atención integral a la primera infancia, las tasas permanecen aún bajas, especialmente en los segmentos más vulnerables de la población. Un factor que ha tenido gran incidencia en la cobertura institucionalizada de la atención es que gran parte de los padres o responsables de los niños y niñas consideran que la familia es el lugar más adecuado para que el niño o la niña pase la mayor parte del tiempo. Así, según datos de la ECV2008, para 50% de los hogares la razón por la cual los niños y niñas menores de 5 años no reciben atención es el hecho de que consideran que todavía no están en edad de asistir a las instituciones que brindan estos servicios.

Cerca de 21%⁵⁹ de los niños y niñas menores de 5 años en el país, pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, reciben actualmente atención integral. De estos niños y niñas, 56% son atendidos por el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI, convenio MEN-ICBF), 32% por los programas del ICBF (hogares infantiles, hogares múltiples, hogares agrupados, hogares empresariales y a través de convenios con entidades

salario base de cotización).

⁵⁸ Al establecerse unos derechos impostergables para la primera infancia en la Ley 1098 de 2006, se concretó la atención integral de la primera infancia a la garantía del derecho a la salud, la nutrición, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

⁵⁹ Fuente: Ministerio de Educación Nacional, 2010.

como la OIM), 7% por medio de programas de los entes territoriales (alcaldías de Bogotá y Medellín) y 5% a través de programas del Ministerio de Educación diferentes al PAIPI (en asociación con el Programa Familias en Acción y la OIM).

1. Cobertura de salud de los niños y niñas menores de 5 años

Dentro de los niveles 1 y 2 del SISBEN, la cobertura del régimen subsidiado en salud es de 78% en los menores de un año y de 97% en el grupo de edad entre 1 a 4 años. Es importante señalar el efecto que sobre el plan de beneficios tiene la Sentencia 760/2008 de la Corte Constitucional, por medio de la cual se unifica el plan de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para los niños y niñas menores de 12 años en todo el país. Los servicios de salud que incluye el Plan Obligatorio de Salud (POS) abarcan programas para prevención de enfermedades; urgencias de cualquier orden; consulta médica general y especializada; consulta y tratamientos odontológicos; exámenes de laboratorio y rayos X; hospitalización y cirugía; consulta médica en psicología, optometría y terapias; medicamentos esenciales en su denominación genérica, y atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido. Cabe mencionar también la tasa de cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que en 2009 alcanzó un promedio de 90% del total de niños y niñas menores de un año.

En cuanto a la percepción de los propios hogares sobre el estado de salud de sus niños y niñas, según datos de la ECV 2008 en 20% de los hogares SISBEN 1 y 15% de los hogares SISBEN 2 se considera que el estado de salud de los niños es regular o malo. Al preguntárseles si los miembros menores de cinco años habían tenido algún problema de salud en los últimos 30 días, 22% y 19% de los hogares de SISBEN 1 y 2, respectivamente, respondieron afirmativamente, porcentaje no muy diferente al registrado por los hogares SISBEN 3 a 6. Sin embargo, al preguntar si acudieron a una institución de salud para solucionar dicho problema, mientras que en los hogares SISBEN 3 a 6 asistieron en el 100% de los casos, en los hogares SISBEN 1 y 2 esta proporción fue de solo 76%. Al indagar por qué no acudieron, la falta de dinero fue la razón más importante, especialmente en los hogares SISBEN 1, donde esta proporción llegó a 33%.

2. Cobertura de educación inicial

La cobertura informada por el Ministerio de Educación Nacional para 2010 señala que 50%⁶⁰ de los niños y niñas menores de 5 años de los niveles 1 y 2 del SISBEN reciben algún tipo de atención en educación inicial, incluido el componente de nutrición. De estos niños y niñas, 97% son atendidos por el ICBF principalmente a través de sus hogares comunitarios tradicionales y hogares FAMI. Como ya se mencionó, la principal razón por la cual los niños y niñas no asisten a una guardería, hogar comunitario o jardín es que los responsables consideran que aún no están en edad de asistir o prefieren que no asistan todavía. Sin embargo, en la zona rural la segunda razón está relacionada con la insuficiencia de la oferta (28%), puntualmente con el hecho de que los hogares no cuentan con instituciones cercanas a su lugar de residencia.

3. Cobertura de servicios de nutrición

El ICBF, a través de sus programas de desayunos infantiles y recuperación nutricional, atiende a 1,3 millones niños y niñas de los niveles 1 y 2 del SISBEN --una cobertura de atención de 47%. Por su parte, los resultados revelados por la ECV 2008 con relación a seguridad alimentaria muestran cómo los hogares del nivel 1 del SISBEN, donde hay niños y niñas menores de 5 años, son los más vulnerables. Cerca de la mitad de estos hogares se ha quedado sin alimentos, algún niño o joven ha recibido una alimentación poco nutritiva o ha comido menos de lo acostumbrado por falta de dinero.

El programa Familias en Acción atiende aproximadamente a 4,8 millones de niños, niñas y adolescentes pertenecientes al nivel 1 del SISBEN, de los cuales 43% son beneficiarios del componente de nutrición. El componente de nutrición⁶¹ de Familias en Acción está focalizado en niños y niñas entre 0 y 6 años.

⁶⁰ Fuente: Ministerio de Educación Nacional, 2010.

⁶¹ El componente de nutrición se focaliza en niños y niñas entre 0 y 6 años. Este subsidio se otorga por grupo familiar, es decir, se liquida uno por familia sin importar el número de niños entre 0 y 6 años y su valor es de US\$25/mes (US\$50/ciclo).

IV. GASTOS Y FUENTES DE FINANCIACIÓN ACTUALES

En Colombia no se dispone de información consolidada del gasto público y privado dedicado a la primera infancia. En el sector público no se cuenta con ejecuciones presupuestales desglosadas con las cuales se pueda tener claridad para consolidar la información sobre el gasto en atención a este sector de la población.

Se estima que en 2009 el gasto en primera infancia de la población pobre fue aproximadamente US\$2.235 millones, es decir 5,3% del gasto público total y 0,8% del producto interno bruto. El gasto de afiliación al régimen subsidiado de salud de niñas y niños es el más representativo, con cerca de 45% del total del gasto en primera infancia. En orden de magnitud le sigue el gasto del ICBF (21%), el programa Familias en Acción (15%) y el Fondo de Fomento de Atención a Primera Infancia (8%). Fuentes como FONIÑEZ (aportes de las cajas de compensación familiar dedicados exclusivamente a la primera infancia), aportes de los padres de familia, recursos propios de los entes territoriales o recursos transitorios destinados a infraestructura representan en conjunto 16%.

El ICBF, ente con la mayor participación en términos de recursos, ha ido aumentando sus ingresos en el tiempo (gráfico 7). Estos ingresos se basan principalmente, aunque cada vez en menor medida, en parafiscales; en 2002 96% de los recursos provenían de parafiscales mientras que en 2009 este porcentaje disminuyó a 71%. Los recursos de capital han ganado peso en el tiempo, ya que en 2002 aportaban menos de 1% a los ingresos del ICBF, mientras que en 2009 dicha cifra fue 20%. Como se observa en el cuadro 12, la primera infancia absorbe cerca de la mitad de los recursos obtenidos por el ICBF con concepto de parafiscales, lo cual los hace recursos volátiles y circunscritos al ciclo económico.

Cuadro 11. Recursos destinados a la atención de la primera infancia en Colombia, 2009

Fuente	Gasto (Millones de US\$)	Participación con infraestructura	Participación sin infraestructura
Afiliación al régimen subsidiado de salud	917,0	45,2%	50,2%
ICBF	431,7	21,3%	23,6%
Programa Familias en Acción	318,0	15,7%	17,4%
Fondo de Fomento AIPI (MEN – ICETEX)	165,7	8,2%	9,1%
Recursos propios de entes territoriales	107,2	5,3%	5,9%
Cajas de Compensación	51,5	2,5%	2,8%
Copagos de familias al ICBF	39,3	1,9%	2,2%
Inversión en infraestructura (aportes por crecimiento del PIB mayores a 4%)	204,5	10,1%	
Total con infraestructura	2.234,9	100,0%	
Total sin infraestructura	2.030,4		111%

Fuente: Cálculos Econometría Consultores sobre cifras de las entidades.

Cuadro 12. Participación del presupuesto de primera infancia del ICBF en recursos parafiscales

(En millones de US\$⁶²)

Descripción	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Parafiscales	731,3	733,1	746,6	746,1	835,9	935,2	1,014,9	1,114,0
Primera infancia	369,1	338,5	354,1	387,5	404,2	408,2	510,3	471,7
Part. Primera infancia	50,5%	46,2%	47,4%	51,9%	48,4%	43,7%	50,3%	42,3%

Fuente: Cálculos con datos del informe Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público-privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia.

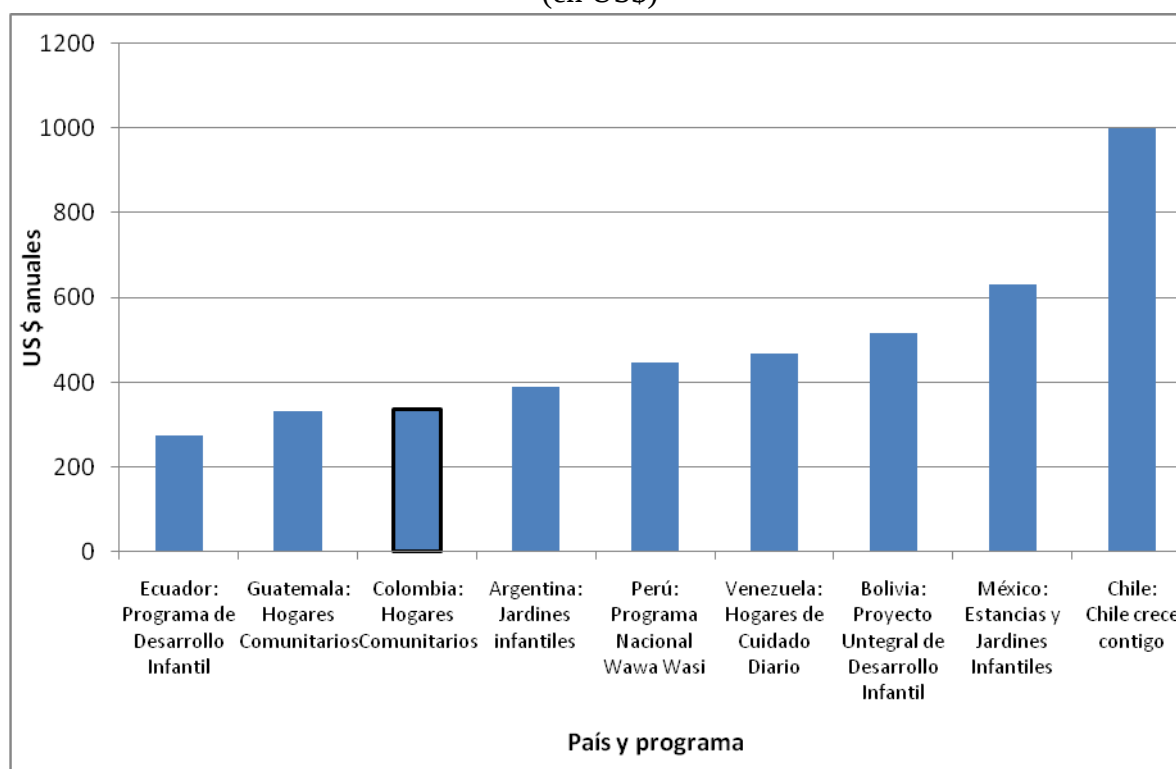
Los gastos por niño realizados por el ICBF en modalidades de programas parecidas a los HCB son relativamente bajos si se comparan con gastos de programas parecidos en la región. El gráfico 8 muestra cómo Colombia presenta gastos menores que los otros programas, a excepción del Programa de Desarrollo Infantil en Ecuador y el Programa de Hogares Comunitarios en Guatemala. Como se mostró en la sección de Diagnóstico, el

⁶² Los valores corresponden a pesos constantes de 2009, con un tipo de cambio promedio para el periodo considerado de \$2.000 / dólar.

número de alumnos por maestro en preescolar para Colombia es parecido al del promedio de los países latinoamericanos, por lo cual se podrían esperar niveles de calidad similares y estos niveles de costos podrían estar reflejando eficiencia⁶³.

Gráfico 14. Gasto anual por niño de diferentes programas de atención a la primera infancia en América Latina, 2009

(en US\$)



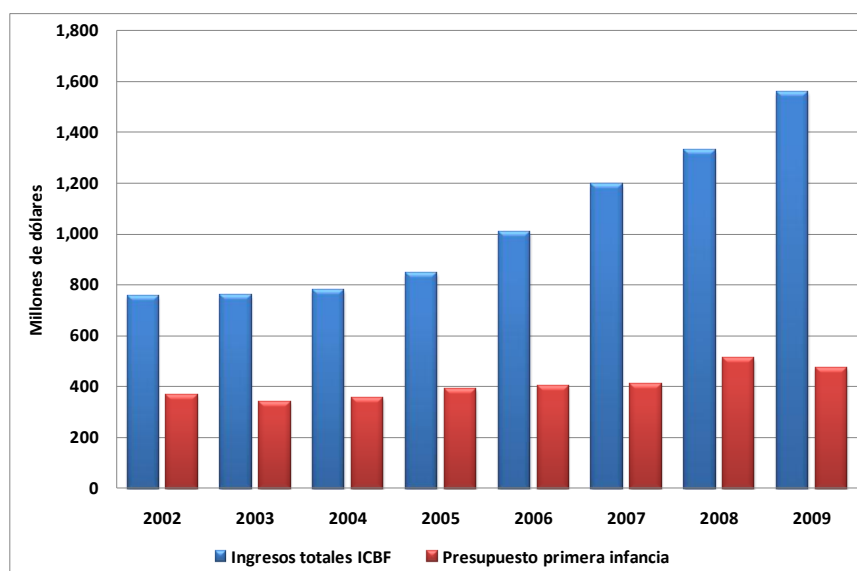
Fuente: Elaborado con datos de Bernal y Camacho (2009).

Nota: El costo por niño en Argentina varía según la provincia. El valor presentado es el costo más bajo encontrado. El costo de Venezuela está en dólares de 1993. Se utilizaron además las siguientes fuentes: Argentina Jardines Infantiles: www.me.gov.ar Consultada Abril 2009, Chile Crece Contigo: Sistema de Protección Integral a la Infancia. www.chilecrececontigo.gov.cl. Consultada Abril 2009, Ecuador PDI: Programa de desarrollo Infantil: <http://www.oei.es/linea3/inicial/ecuadorne.htm> Consultada Abril 2009, México, Programas del Gobierno Federal: Guarderías y Estancias Infantiles: <http://www.presidencia.gob.mx/programas/?contenido=34602> Consultada Abril 2009, Perú: Programa Nacional Wawa Wasi: http://www.oei.es/inicial/informacion_pais/peru.htm Consultada Abril 2009, Venezuela: Hogares de Cuidado Diario: www.oei.es/linea3/inicial/venezuelane.htm#7 Consultada Abril 2009, Quisumbing y Ruel (2002), Behrman, Cheng y Todd (2004), Bernal et al (2009).

⁶³ Esta afirmación utiliza una aproximación a la calidad que no tiene en cuenta factores como la formación y la calificación de los docentes ni su perfil educativo por lo que, aunque sirve como un indicativo, debería ser tomado con cautela.

Aun cuando la primera infancia sigue siendo el principal destino de gasto del ICBF, se observa que esta entidad le dedica un porcentaje de recursos cada vez menor⁶⁴. Lo anterior puede deberse al aumento en actividades y roles que ha tenido que asumir en el tiempo la entidad, lo cual podría haber dado cabida a que otras entidades empiecen a intervenir en torno a este grupo etario.

Gráfico 15. Ingresos totales y gasto en primera infancia del ICBF, 2002-2009



Fuente: Cálculos con datos del informe Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público-privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia.

Aunque los recursos actuales son insuficientes para universalizar y brindar una atención integral de calidad a la primera infancia vulnerable, el país ha realizado importantes esfuerzos por lograr este objetivo. En 1990 la proporción de gasto público destinado a primera infancia fue de 0,02%, en 2000 de 1,91% y en 2009 de 5,3%. Este crecimiento se debe, entre otras razones, a la priorización de la infancia como grupo objetivo en el gasto social.

Se estima que para lograr cobertura universal de los niños y niñas más vulnerables

⁶⁴ Para observar esta información a nivel de programa remítase al anexo.

(SISBEN 1 y 2) según lo plantea la ley, el país requeriría una inversión anual de US\$5.600 millones anuales para atender a cerca de 3,6 millones de niños y niñas en los entornos familiar, comunitario e institucional. Así mismo, la margen del entorno, esta atención contempla los siguientes componentes: educación inicial, nutrición, cobertura de salud y protección. Estos montos se basan en los costos actuales de las canastas de atención integral designadas por el Ministerio de Educación Nacional, el ICBF y algunos entes territoriales; el programa Familias en Acción y el aseguramiento en salud.

Cuadro 13. Costo de la universalización de la atención integral a los niños y niñas menores de 5 años de los niveles 1 y 2 del SISBEN, según componente

Componente	Millones de US\$	Participación
Educación inicial y nutrición	3.815	68%
Familias en Acción	313	6%
Salud	1.482	26%
Total	5.610	100%

Fuente: Cálculos Econometría Consultores sobre cifras de las entidades.

V. PRINCIPALES RETOS DE LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA DE COLOMBIA Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

A. Conformación de un sistema de atención integral a la primera infancia, como parte integral del sistema de protección social

La integralidad en la atención de la primera infancia parte de la constatación de que, desde la perspectiva de los niños y las niñas, su desarrollo es integral y sus derechos, a la vez que universales, están interrelacionados. De acuerdo con lo expuesto en el numeral anterior, y en consonancia con las directrices normativas y de políticas que el país ha desarrollado recientemente, la atención integral a la primera infancia desde la perspectiva de los niños y las niñas se debe entender como la garantía de cumplimiento de sus derechos de salud (incluida vacunación), nutrición, educación inicial y protección contra los peligros físicos. Esto exige no sólo la acción coordinada de los distintos sectores y niveles de gobierno, sino la participación de padres, madres y de la sociedad civil de manera corresponsable. Colombia cuenta con una política nacional de AIPI, inicio fundamental del camino a la articulación y coordinación de acciones desde una visión común. El cuadro 14, resultado de un diagnóstico prospectivo, presenta una propuesta de los servicios que deben ser considerados en cada uno de los componentes de la atención integral a la primera infancia (salud, nutrición, educación inicial, protección) según los diferentes rangos de edad (gestación, 0-2 años, 2-5 años). Si bien parte de las intervenciones vigentes hoy en día, ilustra el “deber ser” de la atención integral a la primera infancia en Colombia. Por lo mismo, no da cuenta de los programas existentes, sino que más bien puntualiza el tipo de servicio que debería prestarse en cada instancia y qué entidad debería ser la responsable de prestarlos.

Cuadro 14. Propuesta de clasificación de los servicios que deberían ser incluidos en cada componente de la atención integral a la primera infancia en Colombia, según rango de edades

Ciclo primera infancia	Salud		Nutrición		Educación inicial		Protección		
	Servicio	Entidad responsable	Servicio	Entidad responsable	Servicio	Entidad responsable	Servicio	Entidad responsable	
Gestación	- Afiliación al sistema de seguridad social en salud -Promoción, prevención y atención en salud - Condiciones mínimas de saneamiento	- Ministerio de Protección Social , EPSs -EPS, IPS, ESE -EPS, IPS, ESE -Entes territoriales	-Alimentación nutritiva para la mujer gestante	-ICBF -Programas de asistencia social territoriales	-Educación en mejores prácticas de cuidado y gestación	-EPS, IPS, ESE	-Medidas de protección frente al maltrato, violencia intrafamiliar y conflicto armado	-ICBF -Comisarías de Familia – Fiscalía -Policía Nacional y fuerzas armadas	
Cero a 2 años (0-2)	-Afiliación al Sistema de seguridad social en salud -Promoción, prevención, atención y rehabilitación -Vacunación -Condiciones mínimas de saneamiento	-Ministerio de Protección Social , EPS -EPS, IPS, ESE -Ministerio de Protección Social, EPS, ESE, IPS -Entes territoriales	-Alimentación nutritiva para los niños y niñas -Alimentación nutritiva para la madre lactante	-Familia o cuidadores de los niños y niñas -ICBF -Programas de entes territoriales de asistencia social -Instituciones que ofrecen educación inicial	-Educación inicial entorno familiar -Educación inicial entorno institucional	-Familia o cuidadores de los niños y niñas -Instituciones públicas o privadas (MEN- ICBF, entes territoriales, instituciones privadas)	-Registro civil -Medidas de protección frente a abandono, maltrato, violencia intrafamiliar, conflicto armado y explotación económica	-Familia o cuidadores de los niños y niñas -Registraduría Nacional del Estado Civil -2.1 ICBF -2.2 Comisarías de Familia -Fiscalía -2.3. Policía Nacional y fuerzas armadas Instituciones privadas de protección y adopción	

Ciclo primera infancia	Salud		Nutrición		Educación inicial		Protección		
	Servicio	Entidad responsable	Servicio	Entidad responsable	Servicio	Entidad responsable	Servicio	Entidad responsable	
Dos a cinco años (2-5)	-Afiliación al sistema de seguridad social en salud -Promoción, prevención, atención y rehabilitación -Vacunación	-Ministerio de Protección Social, EPS -EPS, IPS, ESE -Ministerio de Protección Social , EPS, ESE, IPS	-Alimentación nutritiva	-Familia o cuidadores de los niños y niñas -ICBF -Instituciones que ofrecen educación inicial	-Educación inicial Entorno familiar -Educación inicial entorno institucional	-Familia o cuidadores de los niños y niñas -Instituciones públicas o privadas (MEN- ICBF, entes territoriales, instituciones privadas)	-Medidas de protección frente a abandono, maltrato, violencia intrafamiliar, conflicto armado y explotación económica	-ICBF -Comisarías de Familia- Fiscalía -Policía Nacional y fuerzas armadas -Instituciones privadas de protección y adopción	

A continuación se desarrollan elementos constitutivos a la construcción empírica o implementación de esta visión, o el conjunto de bloques necesarios para desarrollar una política integral de atención.

1. Asegurar la coordinación interinstitucional necesaria para la atención integral

Reto. En Colombia no existe una institución que por misión se oriente de modo exclusivo a coordinar y garantizar la atención integral a la primera infancia. Los actores principales – ICBF, MEN y MPS-- tienen a su cargo no sólo la atención a la primera infancia sino también otras responsabilidades adicionales, lo cual ha llevado a que las acciones institucionales dirigidas a los niños y niñas estén fragmentadas y carezcan en gran medida de una lógica integral. Existe por tanto la necesidad de contar con un referente institucional técnico, reconocido por todos los sectores de la política social, que actúe como coordinador de la estrategia.

Recomendación. Establecer un ente rector y coordinador de la atención integral a la primera infancia.

El propósito general de dicho ente sería garantizar el cumplimiento de los derechos de salud, nutrición, educación inicial y protección de los niños y niñas del país, particularmente de los pertenecientes a los hogares en situación de pobreza. Sus objetivos específicos consistirían en formular lineamientos de política y de regulación a nivel nacional, asegurar la coordinación entre las entidades públicas y privadas involucradas y entre los distintos niveles de gobierno, con miras a garantizar una arquitectura institucional adecuada para la oferta sostenible de servicios de calidad, garantizar la sostenibilidad de recursos en el largo plazo para la prestación del servicio y hacer seguimiento y vigilancia a los prestadores. Al respecto, existen varias alternativas o fórmulas de conformación de este ente coordinador.

- i. Una opción es el aprovechamiento de la recientemente creada Alta Consejería para la Prosperidad Social, que tiene entre sus propósitos el velar por la primera infancia. Esta vía tiene como ventaja la participación del alto consejero en el consejo de

ministros, lo cual trae consigo una presencia constante del tema de primera infancia en la agenda presidencial, así como la posibilidad de ser tratado constantemente con todos los ministros⁶⁵, facilitando así la articulación intersectorial. En este espacio también existe la posibilidad de citar y articular a los directores de institutos descentralizados, y presentar resultados periódicamente.

- ii. Otra posibilidad es la conformación de una “comisión intersectorial de la primera infancia”, para que coordine las actividades de todas las agencias gubernamentales involucradas en la atención integral a la primera infancia. En esta comisión deberían estar representados al menos el MEN, el MPS, el ICBF y el DNP. También debería estar en la Comisión, por lo menos como invitado permanente, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, por su rol fundamental en asegurar el flujo de recursos hacia el sector.

La figura jurídica más adecuada para conformar este espacio institucional es un decreto presidencial. Al respecto, se debe resaltar que en el momento existen los instrumentos legales para la creación de un organismo articulador de la AIPI. En efecto, el gobierno nacional dispone de las autorizaciones que otorga la Ley 1295/09 para articular institucionalmente los servicios AIPI. Por otra parte, por tratarse de responsabilidades que están a cargo de dos ministerios, el de la Protección Social y el de Educación Nacional, el artículo 45 de la Ley 489/98 prevé la conformación de una comisión intersectorial para estos casos.

Se sugiere que la función principal de la comisión sea la de actuar como órgano articulador de la AIPI. Para tal propósito, debería elaborar planes multianuales de acción y adoptar estándares de calidad para los diferentes componentes de la AIPI, a los cuales tendrían que acogerse todas las entidades oficiales nacionales y territoriales, así como los operadores privados del servicio. Es importante aclarar que la centralización de fondos para atender a la primera infancia por medio de esta comisión puede llevar a que esta tenga

⁶⁵ Entre estos se encuentran la Ministra de Educación Nacional, el Ministro de hacienda y Crédito Público, el Ministro de la Protección Social, el Ministro del Interior y de Justicia, la Ministra de Relaciones Exteriores, el Ministro de Defensa Nacional, el Ministro de Agricultura y Desarrollo Rural, el Ministro de Minas y Energía, el Ministro de Comercio, Industri y Turismo, la Ministra de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el Ministro de Tecnologías de Información y Comunicaciones, el Ministro de Transporte y la Ministra de Cultura.

realmente fuerza para la decisión e inmediata implementación de acciones. Adicionalmente, la comisión podría, cuando fuere necesario, recomendar al gobierno nacional la expedición de decretos reglamentarios sobre distintos aspectos, como por ejemplo la regulación de las asociaciones público privadas para la prestación de los servicios de AIPI.

Es fundamental que, una vez creada, la comisión apoye la adecuación y apropiación de la AIPI en los niveles regionales y locales de gobierno. Los objetivos de estos niveles serían identificar la entidad a coordinar todo lo relacionado con la AIPI y conformar un espacio interinstitucional que permita articular planes, acciones y seguimiento de la AIPI en el territorio.

2. Garantizar una financiación adecuada y sostenible

Reto. Uno de los principales retos que tiene el país para lograr la universalización de la atención integral a la primera infancia es la apropiación de fuentes sostenibles y continuas de financiación de las actividades ya iniciadas y de su progresiva expansión para lograr la atención universal a la población más pobre del país en 2019. Los recursos anuales requeridos para lograr una atención integral universal a esta población (SISBEN 1 y 2) se estiman en US\$4.000 millones, es decir cerca de 75% más que el gasto en 2009. La ley 1295 de 2009 plantea como mandato la universalización de la atención integral en forma progresiva hasta 2019. Al momento no se dispone de nuevos recursos para la consecución de este mandato través de esquemas institucionalizados que aseguren atención integral a las madres gestantes pobres y niños y niñas menores de 5 años pues, como se describe en la sección, los recursos del ICBF, MEN, MPS y de los entes territoriales no son fácilmente ampliables. Más todavía, en Colombia la entidad pública es la que asume los costos de atención y la gratuidad de los servicios es una práctica común en los entes territoriales. Los copagos actuales de algunos de los servicios, especialmente del ICBF, representan menos del 2% del gasto total en primera infancia.

Esta rigidez en las fuentes existentes de financiamiento fue aliviada en los últimos años a través del FFAIPI. Los avances de los dos últimos años en infraestructura de atención y el logro de contrapartidas para operación se lograron en gran medida por la reforma constitucional de 2007, que autorizó recursos adicionales de cerca de 9% del gasto

en primera infancia, en los años que la economía crezca por encima de 4%. Estos recursos son transitorios y volátiles. En 2009, por este concepto el MEN aportó cerca de US\$165 millones. A partir de este año no se cuenta con esta fuente de recursos, dada la baja del crecimiento del PIB.

Recomendación. Se requieren reformas normativas importantes para tener nuevas fuentes de financiación estables y sostenibles para la atención integral a la primera infancia. Algunas posibles opciones son: (i) incluir el concepto de “educación inicial” en los gastos de educación del SGP; (iii) usar impuestos con destino específico, como por ejemplo, incluir los rubros de “atención integral al menor” o “educación inicial” como uno de los rubros obligatorios de destinación de los recursos de las regalías por explotaciones mineras y de petróleo que reciben la nación y los entes territoriales. Esto ya se ha hecho con otros conceptos como cultura y deporte. Como ya se mencionó, las acciones más importantes al respecto son garantizar la continuidad de financiación del Fondo de Fomento a la Atención Integral a la primera infancia del MEN⁶⁶; asegurar aportes continuos del sistema de transferencias y de las regalías para los programas de primera infancia; conseguir mayor financiación de los entes territoriales; considerar créditos externos para poner en marcha un sistema de atención integral en el país y lograr que los operadores aporten recursos de contrapartida en contraprestación a contratos estables de operación.

Algunas opciones de financiamiento

- i. Aseguramiento de recursos para el Fondo de Fomento de la AIPI. El Fondo de Fomento del MEN tiene actualmente recursos cercanos a US\$250 millones. La labor del Fondo ha sido muy importante en sus dos años de actividades, pues ha cofinanciado proyectos de atención integral en cerca de 500 municipios del país. Sin embargo su principal fuente de recursos se ha originado en las transferencias constitucionales dado el crecimiento del PIB por encima de 4%, las cuales ya no

⁶⁶ El Fondo de Fomento a la Atención a la Primera Infancia surge del convenio suscrito entre el Ministerio de Educación Nacional y el Instituto Colombiano de Crédito y Fomento de Estudios en el Exterior. Su propósito es garantizar el subsidio de atención integral en cuidado, nutrición y educación inicial a niños y niñas menores de 5 años, hasta su ingreso al grado obligatorio de transición. A este Fondo se han adherido los municipios con los recursos distribuidos por el CONPES Social 123 destinados para la atención integral de la primera infancia. Con fecha de corte 2009, al Fondo se han adherido 785 municipios y 3 gobernaciones, que suman aportes por valor de US\$81 millones y que representan contrapartidas por parte del Ministerio de US\$96 millones. El total de recursos constituyen un estimado de atención de 267.881 niños y niñas.

están disponibles por la desaceleración de la economía. Ante esta situación se requiere inmediatamente, mediante recursos de presupuesto nacional, asegurar que el Fondo continúe financiando las operaciones iniciadas.

- ii. Recursos del Sistema General de Participaciones (SGP). El SGP es la fuente principal de recursos que financia la educación preescolar, básica y media del país, mediante transferencias de la nación a los entes territoriales. En el concepto de educación que tiene el SGP es necesario incluir el de educación inicial. Su justificación es muy clara, dado que las coberturas en educación básica ya son muy altas, el crecimiento de las transferencias es mayor al de la población y se ha comprobado que la rentabilidad social en Colombia del gasto en educación inicial es mucho más alta que en las otras etapas de la educación, como media y superior. La extensión de los recursos del SGP a educación inicial no implica aumentar los montos actuales dedicados a educación en el SPG, sino redistribuirlos hacia educación inicial. Este cambio se puede hacer mediante la incorporación en el presupuesto del SGP de partidas para educación inicial de acuerdo a los excedentes que se prevean para los años siguientes.
- iii. Ahorros de nomina. Según estimados del MEN, actualmente 82,7% de los recursos de educación son destinados a pagar la nómina de docentes, porcentaje que se estima se reducirá gradualmente hasta 78,1% hacia el año 2016⁶⁷ por efecto del cambio generacional y de escalafón de los docentes. Los resultados muestran que los ahorros pueden ser una cifra importante, de aproximadamente de US\$500 millones anuales, una proporción de los cuales se podría asignar a educación inicial.
- iv. Recursos de regalías. Otra fuente importante de nuevos recursos para la primera infancia son los recursos de regalías que se reciben por la explotación de los recursos mineros y energéticos la nación y los entes territoriales. La asignación de estos recursos puede realizarse mediante una ley que la faculte, como ya se ha hecho en cultura y deporte. Las justificaciones para esta reforma son las mismas que apoyarían un cambio en la definición de gasto en educación del SPG.

⁶⁷ Econometría S.A., octubre de 2007, “Diseño de perfiles salariales para los maestros del nuevo escalafón”.

- v. Se estima que para 2010 se generarían alrededor de US\$3.000 millones en regalías por la explotación de hidrocarburos y minerales, los cuales aproximadamente 30% van a la nación y el resto a los entes territoriales. Se prevé que en 2012 estos recursos se habrán duplicado. El 60% de estos recursos, en el caso de los departamentos, y 70%, en el caso de los municipios, deben ser invertidos en cumplir con las coberturas mínimas en los sectores de educación, salud, agua potable y saneamiento básico. En este mismo sentido es posible incorporar la cobertura en educación inicial en los entes territoriales con el fin de que los mismos puedan destinar recursos de regalías en los conceptos actualmente permitidos: infraestructura, dotación y contratación de la atención integral a la primera infancia.
- vi. Recursos de crédito externo. Para poner en marcha el sistema AIPI, especialmente en las tareas que tendría a su cargo la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia, sería conveniente contar con el apoyo de organismo(s) multilateral(es) que provean recursos de asistencia técnica para la etapa de diseño de instrumentos, adecuación institucional, estructuración de las alternativas de asociación público privadas, conformación de sistemas de información, conformación de estándares de calidad y recursos para financiar el arranque generalizado de las alternativas APP en todo el país, especialmente hasta que se logren varias de las adecuaciones propuestas, particularmente en materia de financiación.

Incremento y sostenibilidad de otras fuentes de financiación. En forma complementaria es necesario resaltar que las fuentes de recursos antes planteadas no son las únicas que deben ser incorporadas a la financiación de la AIPI. Es necesario fortalecer otras fuentes de recursos como son las contrapartidas de las entidades territoriales; los fondos que destinan las cajas de compensación; los recursos de los excedentes de las empresas y entidades de economía solidaria y las contrapartidas que puedan garantizar los operadores de las APP.

A manera de resumen de los planteamientos anteriores, en un reciente ejercicio de financiación de universalización de la AIPI presentado al DNP, el mencionado estudio de

Econometría⁶⁸ mostró que se pasaría de un costo total anual de aproximadamente US\$1.400 millones en 2011 a US\$3.700 millones en 2019. Esto quiere decir que para universalizar la AIPI en la población más pobre del país los recursos disponibles deberían aumentar 171% en un poco menos de 10 años. Para financiar este déficit, el estudio plantea las siguientes opciones:

- i. Destinar alrededor de 60% del ahorro estimado en los próximos años en la nómina de docentes por efectos del nuevo escalafón, a gastos de educación inicial, dentro de los rubros de utilización del SGP de educación. Esta partida crecería 5% por año.
- ii. Destinar inicialmente 10% de los recursos del SGP de destinación general y libre disposición de los municipios a educación inicial. Este valor aumentaría anualmente 8% a partir de 2012.
- iii. Destinar a educación inicial 5% del valor total que actualmente reciben la nación y los entes territoriales por conceptos de regalías de la explotación de hidrocarburos y minerales. Este porcentaje subiría hasta 10% en 2018.
- iv. Incrementar inicialmente en 30% el gasto que los entes territoriales destinan hoy a programas de primera infancia. Este valor adicional a su vez se incrementaría en un 20% en los años siguientes. De esta manera los entes territoriales duplicarían el gasto en primera infancia en un periodo de cerca de 8 años. A partir de 2019, el gasto de estos entes territoriales crecería anualmente en 5%.
- v. A partir de 2012 se reintroducen los recursos constitucionales para educación inicial por crecimiento del PIB por encima de 4% --basado en las proyecciones actuales de crecimiento de la economía que tiene el DNP. Estos recursos crecerían a un ritmo que permitiría alcanzar en 2019 el valor de los recursos que se generaron en 2007 por este concepto. De allí en adelante aumentarían anualmente en 5%.
- vi. Se ha previsto que los agentes privados que operen las APP de servicios integrales a la primera infancia aporten como contrapartida 5% de los costos de atención de los servicios que presten. Este monto de recursos es un estimado de diferentes fuentes,

⁶⁸ Análisis de alternativas de asociación público privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia, AIPI. Econometría Consultores, Informe de la Fase III del estudio, junio de 2010, pp. 118-120.

dentro de las cuales se consideran descuentos en subastas competitivas de las concesiones AIPI; mayores aportes de FONNINÉZ, y aportes directos de las cajas de compensación, de las empresas de economía solidaria, de fundaciones operadoras y de la cooperación internacional.

- vii. Finalmente, se ha previsto que las familias que acceden a servicios AIPI realicen un copago equivalente 5% de lo que cuesta la atención que se les brinden las APP correspondientes. Esto, como ya se mencionó, significaría que la atención integral deberá tener una pequeña corresponsabilidad económica en las familias beneficiarias, la cual puede ser regulada y monitoreada por la Comisión Intersectorial, de acuerdo al puntaje SISBEN a que pertenezcan, comenzando con ningún pago por parte de los de más bajo nivel, pero que en promedio se logre recaudar 10% de los costos de atención.

Como se observa, el esfuerzo de financiación es considerable si se desea universalizar la AIPI antes de 2019. Si no se consiguen los recursos que aún faltan, existen varias otras opciones como serían ampliar el plazo de universalización de la AIPI más allá del año 2019 o cumplir prioritariamente con la universalización en el estrato 1 de SISBEN y progresivamente aumentar su cobertura en los puntajes más bajos del estrato 2. Sin embargo, estas no deberían ser opciones necesarias. En tal sentido, es de esperar que se consiga un compromiso político para lograr el objetivo de universalizar la AIPI en la población más pobre y vulnerable del país en 2019, además de que las perspectivas de crecimiento de la economía para los próximos años hacen factible cumplir con las metas de financiación antes planteada.

3. Introducir el concepto de “educación inicial” y reconocer al ICBF y el MEN como sus principales actores

Reto. En la normativa actual del Sistema Nacional de Protección Nacional o en la de Bienestar Familiar no se hace una efectiva mención de la educación inicial, componente fundamental de la atención integral. En ambas, la responsabilidad de la atención a la primera infancia es del MPS y del ICBF, y el MEN no tiene funciones de primera infancia en los mismos. Como se discutió en secciones anteriores, desde hace 2 años el MEN hace

parte de su política explícita la AIPI y llega el momento de reconocer en la legislación un suceso que se da de facto. Hoy, la relevancia del MEN y del ICBF son indiscutibles: el primero, a través de un liderazgo técnico que ha contribuido a proveer un importante contenido a lo que se entiende –conceptual y operativamente—por AIPI. El ICBF es, a su lado, la institución con experiencia acumulada, base territorial y recursos y mandato asignado para llegar de modo efectivo a los más pobres y vulnerables.

Recomendación. El Convenio Marco ICBF-MEN ha probado ser una iniciativa importante en la dirección correcta. El concepto de atención integral, pese a sus avances en la política pública y en la normativa existente --como lo reconoce la Ley 1295 de 2009-- y a desarrollos importantes en ciertas ciudades como Bogotá y Medellín, y en algunos departamentos con el apoyo del FAIPI, todavía no ha podido ingresar en la “agenda pública” de la mayoría de los municipios y departamentos del país, quienes son los responsables directos de su prestación. Esto ocurre no solo por la falta de recursos, sino por la falta de pedagogía sobre el concepto de atención integral en los formuladores de políticas en los niveles nacionales y territoriales. A nivel territorial no se percibe aún la atención integral a la primera infancia como una política atractiva y de alto impacto en el campo social.

Una forma de posicionar el tema de la atención integral con un enfoque de educación inicial podría ser la inclusión en el Sistema General de Participaciones (SGP) del concepto de educación inicial. Esto permitiría que las transferencias del presupuesto nacional a los entes territoriales consideraran explícitamente a la educación inicial dentro de los rubros de las transferencias de educación, lo cual a su vez haría posible resolver en buena medida la falta de recursos para su financiación en los departamentos y municipios. Acciones como éstas estarían en correspondencia con los avances recientes a nivel internacional sobre el abordaje de la atención integral teniendo como eje la educación inicial⁶⁹.

⁶⁹ UNESCO, Bases sólidas: atención y educación de la primera infancia, 2007.

4. Estandarización de los niveles de calidad del servicio: regulación y supervisión

Reto. Como ya se mencionó, en Colombia no hay una regulación para la atención integral a la primera infancia a nivel nacional, sino regulaciones sobre los distintos elementos que forman parte de dicha atención, expedidas por cada entidad y cada sector. Si se ha de estandarizar la atención integral, será necesario introducir una regulación integral y de aplicación general sobre el tipo de servicios que se consideran atención integral y sobre sus estándares básicos de calidad, además de otros aspectos relacionados con las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios y con los requerimientos de información para un sistema de información de la AIPI.

Recomendación. El Estado colombiano debe generar un marco regulatorio que permita desarrollar la prestación del servicio AIPI conforme a un conjunto de reglas de juego claras y precisas. En el caso de que se estableciera la “comisión intersectorial”, de su seno deberían surgir las definiciones, estándares y parámetros específicos de este marco regulatorio, asociados con aspectos tales como el tipo de servicios a prestar, la caracterización de los perfiles de los prestadores u operadores y de los beneficiarios, los mecanismos para la selección de los beneficiarios, la calidad de los componentes que harían parte del servicio, los costos de atención, la estructura tarifaria de remuneración a los operadores privados por parte del Estado, los contenidos de los contratos y los mecanismos y orientaciones para el control, la vigilancia y el seguimiento de la AIPI.

5. Promover asociaciones público privadas para una atención integral de calidad

Reto. Como ya se señaló, sin contar a las madres comunitarias, la mayoría de los prestadores de servicios para la primera infancia en Colombia son entidades privadas sin fines de lucro, como por ejemplo cajas de compensación, fundaciones privadas y congregaciones religiosas, que tienen como uno de sus objetivos misionales brindar servicios a la primera infancia. Es importante estructurar esquemas de asociaciones público privadas para la vinculación estable de estos operadores con las entidades nacionales y territoriales encargadas de garantizar los servicios AIPI. Estas relaciones de servicios deben

tener formas contractuales adecuadas, de largo plazo, bajo estándares de calidad rigurosamente vigilados y con fuentes de financiación ciertas y sostenibles.

Recomendación. El gobierno nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación, viene promoviendo en la una serie de iniciativas para la estructuración de alternativas que permitan atraer la inversión privada en sectores donde la participación del sector privada es aún escasa, como es el caso de la prestación de servicios sociales. Dentro del marco de la atención integral a la primera infancia y su progresiva universalización, es necesario desarrollar dos estrategias. Por un lado, mantener las formas tradicionales de participación de privados promoviendo condiciones que las lleve a ser más efectivas y eficaces, y por otro, diseñar e implementar esquemas de asociación público privada en aquellos sectores donde se justifique.

El diseño de esquemas APP en la atención integral a la primera infancia se debe impulsar en aquellos servicios que se caractericen por un tamaño mínimo de la operación, la presencia de economías de escala y las relaciones contractuales de largo plazo. Un reciente estudio⁷⁰ planteó la conveniencia de desarrollar estas formas de atención en el país. Los servicios de AIPI sobre las cuales se estructuraron cinco alternativas de asociación público privada, corresponden a:

- i. Jardines infantiles nodales en grandes ciudades en un entorno institucional
- ii. Hogares múltiples o jardines sociales del ICBF en grandes ciudades en un entorno institucional
- iii. Redes regionales de jardines infantiles en el resto de municipios en un entorno institucional
- iv. Apoyo al entorno familiar en zonas rurales
- v. Cualificación de agentes educativos en los entornos familiar y comunitario

La evaluación de estas alternativas mostró que en todas ellas la relación beneficio-coste es positiva y superior a las alternativas tradicionales de atención bajo las cuales hasta el momento se han prestado los servicios de atención a la primera infancia en el país. Esto

⁷⁰ Análisis de alternativas de asociación público privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia. Estudio realizado por Econometría Consultores para el Departamento Nacional de Planeación, mayo 2010.

implica que los beneficios de atender integralmente a la primera infancia más vulnerable son superiores a los mayores recursos públicos gastados para lograr las coberturas y niveles de calidad consideradas en las opciones propuestas.

6. **Necesidades de información para el seguimiento de la estrategia en primera infancia**

Reto. Actualmente, el país no cuenta con un sistema de información que permita consolidar datos sobre programas, coberturas, contratos o financiación. Por lo general las entidades que presentan servicios a la primera infancia tienen sus propios sistemas, aunque cabe resaltar el esfuerzo del Ministerio de Educación Nacional quien viene avanzando en este esfuerzo de consolidación de información a través del Sistema de Información de Primera Infancia, SIPI.

Recomendación. Es necesario que el avance en la cobertura de la atención integral a la primera infancia vaya acompañado de sistema de cierta sofisticación para que permita no sólo establecer los avances en cobertura sino que también se convierta en una herramienta de seguimiento y evaluación. El diseño y la implementación de un sistema tal requeriría articular los sistemas y bases de datos existentes (MEN, ICBF, MPS e INFOJUNTOS) relacionados con la prestación de los servicios a primera infancia. El sistema debería contar con un conjunto de indicadores que permitan hacer seguimiento a los niños y niñas, los operadores y las entidades, públicas o privadas, que financian la atención integral.

VI. LA EXPERIENCIA Y EL ROL DEL BID EN EL SECTOR

El desarrollo temprano de la niñez, por definición, es integral e intersectorial. Institucionalmente, esto se refleja en la variedad de los ministerios y agencias de gobierno involucrados (por ejemplo, educación, salud, bienestar familiar). El BID tiene experiencia regional en el diseño e implementación de programas multisectoriales y en el sector de la primera infancia. El Banco ha apoyado el diseño y puesta en marcha de intervenciones en desarrollo infantil temprano (pre-escolares, guarderías, estimulación, capacitación a los padres) y ha dado respaldo al diseño de políticas nacionales dirigidas a la primera infancia en varios países de la región. Adicionalmente, ha tenido un papel relevante en el financiamiento y evaluación de programas y políticas dirigidos a mejorar el estado nutricional de niños de 0 a 6 años a través de programas específicos de nutrición y de programas de transferencias condicionadas en efectivo. En conjunto, durante la última década, el BID ha brindado respaldo con cerca de US\$1.650 millones para las áreas recién descritas.

Existen algunas áreas relacionadas con el desarrollo infantil temprano (DIT) donde es necesario generar conocimientos que faciliten el diseño de políticas y programas por parte de los gobiernos. El Banco ha definido como una prioridad institucional el contribuir a llenar estos vacíos y está financiando una serie de iniciativas con ese propósito. Así, estudios de esta institución indican que los países de América Latina no cuentan con información comparable, sistemática y nacionalmente representativa que les proporcione conocimiento sobre el estado de los niños en múltiples dimensiones importantes para su desarrollo, entre las que se encuentran el desarrollo cognitivo, motriz, sicosocial y de lenguaje. Así mismo, poco se ha documentado sobre la costo-efectividad e impacto de diferentes modalidades de atención y cuidado a los menores en la región. El BID está apoyando investigaciones para conocer y comparar el impacto de diferentes aspectos operativos del diseño de los programas (como por ejemplo, el servicio que prestan, la población objetivo a la que atienden y los diferentes componentes que se ofrecen) sobre diferentes medidas de desarrollo infantil temprano.

En el caso particular de Colombia, el BID ha brindado asistencia técnica en temas de desarrollo infantil temprano y financió el proceso de elaboración de la Política de primera infancia y la evaluación de los hogares comunitarios del ICBF (que atienden a cerca de 780.000

menores de 6 años), además de financiar estudios sobre el impacto de modalidades público-privadas de provisión de servicios sociales dirigidos a niños menores de 6 años.

En lo que se refiere a su apoyo a la implementación de la política de atención integral a la primera infancia durante la nueva administración del gobierno nacional (2010-2014), el Banco se encuentra trabajando en las siguientes áreas: (i) La evaluación de impacto del programa Jardines Sociales – fase II, cuyo objetivo es comparar tres modalidades de cuidado infantil -- los Jardines Sociales, los HCB y otros centros privados de cuidado. Se espera que los resultados de esta investigación permitan informar el diseño y expansión de los Jardines Sociales en el mediano plazo (la visión estratégica del ICBF es pasar de un programa tradicional como el de hogares comunitarios a un programa más formal del tipo de Jardines Sociales, por lo que se requiere información acerca de la costo-eficiencia de esta opción); (ii) La medición del desarrollo cognitivo de los niños de 0 a 3 años, para lo cual se aplicará una batería de pruebas a una muestra de 2.730 niños de Bogotá y sus alrededores, con el fin de medir y calcular el gradiente entre distintos niveles socioeconómicos, así como de comparar el desempeño de una batería de pruebas seleccionadas, contra el estándar de la prueba Bayley; (iii) una Nota Técnica de diagnóstico nutricional, evaluación de programas alimentarios y nutricionales y recomendaciones de política con foco en la atención nutricional de la primera infancia; y (iv) asistencia técnica a la agenda de evaluación del programa Buen Comienzo en Medellín.

REFERENCIAS

- Alderman H, J. Behrman, J. Hoddinott . Hunger and Malnutrition. Copenhagen Consensus – Challenges and Opportunities, 2004.
- Alderman. H, J. Hoddinott , B. Kinsey. Long Term Consequences of Early Childhood, Malnutrition. HiCN, 2004.
- Attanasio, O., M. Vera-Hernández. Medium and Long-Run Effects of Nutrition and Child Care. Evaluation of a Community Nursery Program in Rural. Colombia, 2005.
- Attanasio, O., V. Di Maro, M. Vera. Child Care Choices and Nutrition, The Impact of Hogares Comunitarios: Evidence from Urban and Rural. London, Columbia University College, 2008.
- Barnett. W., L. Masse. Comparative benefit-cost analysis of the Abecedarian program and its policy implications National Institute for Early Education Research, Rutgers University, 2005.
- Bernal, R., A. Camacho. La importancia de los programas para la primera infancia en Colombia. Universidad de los Andes-CEDE, 2009.
- Bernal, R., C. Fernández, A. Gaviria, C.E. Flórez, P. Ocampo, F. Sánchez, B. Samper. Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios del Bienestar Familiar. Colombia, Universidad de los Andes, 2009.
- Cillero, M. “Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios”, en: derecho a tener derecho, UNICEF – Instituto Interamericano del Niño – Instituto Ayrton Senna, tomo 4. Montevideo, 1999.
- Colsubsidio. Asistencia técnica al plan de salud de la infancia en las direcciones territoriales de salud. Colombia, 2009. Sin más datos de edición.
- CONPES. Documento CONPES 109: política pública nacional de primera infancia. Colombia por la Primera Infancia. Bogotá, CONPES, 2007.
- Constitución Nacional de Colombia, 1991.
- Convenio 109 de 2007 MEN – ICBF. Colombia, 2007.
- Departamento Nacional de Planeación. Programa Familias en Acción: Impacto del Programa a un año y medio de su ejecución. Bogotá, DNP, 2005.
- Departamento Nacional de Planeación. Programa Familias en Acción: Impactos en Capital Humano y Evaluación Beneficio Costo del Programa. Bogotá, Econometría, IFS, SEI, 2008.
- Departamento Nacional de Planeación, Universidad de los Andes, ICBF, Profamilia. Evaluación de impacto del Programa Hogares Comunitarios de Bienestar del ICBF. Bogotá, 2009. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/LinkClick.aspx?fileticket=W30Ag1a2h68%3d&tabid=843>
- Fondo de Fomento a la Atención Integral de la Primera Infancia, Anexo 1. Documento suministrado por el MEN. Sin más datos de edición.

- Grunewald, R. Early Childhood Development: Economic Development with High Return. Federal Reserve Bank of Minneapolis, 2005.
- Heckman J. Schools Skills and Synapses. NBER, 2008.
- Lacker J. Early Childhood Development and Economic Growth. 2008.
- Ley 1098 de 2006. Colombia.
- Ley 1151 de 2007. Colombia.
- Ley 12 de 1991. Colombia.
- Ley 1295 de 2009. Colombia.
- Meisels. S., J. Shonkoff. Handbook of Early Childhood Intervention. 2000.
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Guía operativa para la prestación del servicio de atención integral a la primera infancia. Bogotá, Ministerio de Educación Nacional, 2007.
- Renoylds A. The long term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest, 2001;
- Reyes, Luz Stella. “El papel de las cajas de compensación familiar y de las fundaciones empresariales de Colombia en primera infancia”, IV Foro Internacional de Primera Infancia. Cali, 4 de noviembre de 2009.
- Schweinhart, L.J., H.V. Barnes, D.P. Weikart. Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27. Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation, 1993.
- Sen, Amartya K. Romper el ciclo de la pobreza, invertir en la infancia. Conferencias magistrales. Washington, DC, BID, 1999.
- UNESCO. Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2010. UNESCO, 2010.
- World Health Organization. World Health Statistics 2010. Geneva, WHO, 2010.

ANEXO A

**Cuadro 0.1 Tipo de establecimiento al que asisten los menores de 5 años.
Encuesta SISBEN, Colombia, 2003**

Tipo de establecimiento	SISBEN 1 y 2			SISBEN 3 y 4		
	0-1 año	2-4 años	5 años	0-1 año	2-4 años	5 años
Ninguno	96,9%	71,3%	35,8%	96,2%	54,5%	15,5%
Establecimientos ICBF/ Jardín infantil oficial	3,0%	22,9%	25,0%	2,8%	25,6%	25,1%
Jardín infantil no oficial	0,1%	2,0%	2,6%	0,9%	12,4%	9,9%
Escuela, universidad oficial	0,0%	3,3%	33,7%	0,0%	3,4%	32,2%
Escuela, universidad no oficial	0,0%	0,5%	2,9%	0,0%	4,1%	17,3%
Total niños	1.460.362	1.842.379	609.356	153.805	245.331	90.143

Fuente: Bernal y Camacho, 2009.

Cuadro 0.2 Presupuesto para primera infancia: inversión y total del ICBF. Colombia, 2002-2009

(Millones de US\$ ⁽¹⁾)

Descripción	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Presupuesto ICBF	758,7	767,3	796,0	865,0	1.029,9	1.205,5	1.345,2	1.555,5
Presupuesto inversión ICBF	655,2	675,3	706,7	775,6	940,9	1.119,7	1.245,2	1.434,2
PRIMERA INFANCIA								
Hogares ICBF	365,3	330,2	335,8	333,3	340,7	334,4	373,5	380,1
Desayunos infantiles	0,9	5,1	13,6	49,6	55,3	54,4	71,7	72,2
Recuperación nutricional	2,6	3,2	3,8	3,7	7,2	9,5	9,9	1,1
Otros programas	0,3	0,0	0,9	1,0	0,9	9,8	55,2	0,9
Total primera infancia	369,1	338,5	354,1	387,5	404,2	408,2	510,3	454,2
Variación presupuesto primera infancia		-8,3%	4,6%	9,4%	4,3%	1,0%	25,0%	-11,0%

Fuente: Cálculos con datos del informe Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público-privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia.

⁽¹⁾ Los valores corresponden a pesos constantes de 2009, con un tipo de cambio promedio para el periodo considerado de \$2.000/dólar.

**Cuadro 0.3 Número de usuarios atendidos por el ICBF según presupuesto.
Colombia, 2002-2009**

Descripción	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Usuarios ICBF	6.197.263	6.241.736	7.320.223	9.574.461	10.936.923	11.763.301	12.359.081	12.024.268
Usuarios PI								
Hogares ICBF	1.328.895	1.323.625	1.330.018	1.337.240	1.347.793	1.336.973	1.344.107	1.344.364
Desayunos infantiles	78.152	322.236	503.663	1.006.074	1.006.564	1.125.185	1.156.640	1.168.178
Recuperación nutricional	90.571	101.396	75.094	148.448	146.392	149.680	198.752	135.843
Materno infantil	288.120	287.896	351.928	369.783	361.576	332.937	283.241	300.575
Otros programas	6.175	112	17.716	9.274	7.989	7.726	190.376	153.134
TOTAL PI	1.791.913	2.035.265	2.278.419	2.870.819	2.870.314	2.952.501	3.173.116	3.102.094

Fuente: Cálculos con datos del informe Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público–privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia.

Cuadro 0.4 Costos presupuestados por usuario de atención a la primera infancia. Colombia, 2002-2009

(En US\$⁷¹)

Descripción	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hogares ICBF	274,9	249,5	252,5	249,2	252,8	250,2	277,9	282,7
Desayunos infantiles	11,2	15,9	27,0	49,3	55,0	48,4	62,0	61,8
Recuperación nutricional	28,5	3,1	50,5	24,6	49,3	63,8	49,6	77,9

Fuente: Cálculos con datos del informe Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público–privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia.

⁷¹ Los valores corresponden a pesos constantes de 2009, con un tipo de cambio promedio de \$2000/dólar.

Cuadro 0.5 Presupuesto de ingresos del ICBF, Colombia, 2002-2009

(En millones de US\$⁷²)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I. Ingresos públicos	744,7	753,7	763,3	773,9	922,3	1,111,5	1,317,6	1,546,5
A. Ingresos corrientes	9,0	16,7	6,1	6,8	-	16,8	135,1	109,5
Tributarios	-	0,1	-	-	-	-	-	-
Contribuciones	-	0,1	-	-	-	-	-	-
No tributarios	9,0	1,7	6,1	6,8	-	16,8	135,1	109,5
Venta de bienes y servicios	-	-	-	-	-	-	-	-
Aportes de entidades	7,1	15,0	4,8	0,6	-	16,8	133,7	108,1
Otros ingresos	1,8	1,7	1,2	0,1	-	-	1,3	1,5
B. Recursos de capital	4,4	3,9	10,6	2,1	86,3	159,5	167,7	321,4
Rendimientos financieros	0,2	1,9	9,3	18,2	0,3	30,1	36,2	39,8
Recursos del balance	2,9	2,0	1,3	0,4	49,8	127,9	131,2	280,1
Venta de activos	2,9	2,0	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	31,1
Excedentes financieros	-	-	-	-	4,9	123,9	12,7	0,2
Recuperación de cartera	-	-	-	-	-	0,3	2,5	0,2
Otros recursos del balance	-	-	0,9	-	0,6	0,6	0,6	2,2
Donaciones	-	-	-	2,4	4,2	1,6	0,3	0,2
C. Parafiscal	731,3	733,1	746,6	746,1	835,9	935,2	1,014,9	1,114,0
II. Aportes de la nación	10,5	5,9	18,0	73,5	85,6	85,9	13,8	13,9
Funcionamiento	-	-	-	-	-	-	-	-
Inversión	10,5	5,9	18,0	73,5	85,6	85,9	13,8	13,9
TOTAL	755,2	759,6	781,3	847,4	1,007,9	1,197,3	1,331,4	1,560,4
Variación anual total ingresos		0,6%	2,9%	8,5%	18,9%	18,8%	11,2%	17,2%

Fuente: Cálculos con datos del informe Análisis de las condiciones regulatorias, económicas y financieras, beneficios y riesgos de la participación público-privada en la atención integral a la primera infancia en Colombia.

⁷² Los valores corresponden a pesos constantes de 2009. Asimismo, se utilizó una tasa de cambio promedio para el periodo considerado de \$2.000/ dólar.