

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO



Entrega Final al Ministerio de la Protección Social

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DATOS RELEVANTES DE INFANCIA Y
JUVENTUD**

Producto elaborado dentro del desarrollo del marco conceptual de infancia en el sistema de la protección social en Colombia

B. Piedad Úrdinola
FEDESARROLLO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DATOS RELEVANTES DE INFANCIA Y JUVENTUD

Los sistemas de protección social (SPS) han sido creados para cobijar a aquellos individuos que ante choques o crisis que afectan su consumo, no tienen manera de cubrirse. Los sistemas de protección social son un instrumento central en la generación de equidad y crecimiento para los países en desarrollo y ayudan a prevenir o mitigar la depreciación o pérdidas irreversibles en capital humano. Sin embargo la mayoría de estos sistemas se han diseñado con los adultos en mente, esperando que los beneficios que ellos obtienen se reflejen en sus hijos (Huston, 2002). Idealmente, estos sistemas deberían garantizar los niveles mínimos de consumo y el acceso a servicios básicos para evitar que la pobreza transitoria se vuelva permanente, incentivar y asegurar un mínimo de inversión en capital humano durante los periodos de crisis para evitar las transferencias intergeneracionales de pobreza y reducir la exposición de riesgo de los más vulnerables/pobres para mejorar su perfil de rendimiento-riesgo de sus decisiones económicas.

La ausencia de sistemas de protección social dirigidas directamente a los niños, es la principal motivación del presente documento. En particular, este informe se divide en dos secciones. La primera revisa las experiencias internacionales de intervenciones dirigidas a la infancia y juventud, con el fin de dar luces a políticas similares en Colombia, que estén enmarcadas en un sistema de protección social y que respeten el enfoque de derechos de los niños. La segunda sección presenta una compilación de cifras que describen la situación de la infancia y juventud en Colombia en los principales temas relacionados a los sistemas de protección social y derechos de los niños en el país.

Entrega Final al Ministerio de la Protección Social

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y DATOS RELEVANTES DE INFANCIA Y
JUVENTUD**

Producto elaborado dentro del desarrollo del marco conceptual de infancia en el sistema de la protección social en Colombia

B. Piedad Urdinola
FEDESARROLLO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Las intervenciones de política pública directas sobre niños y jóvenes, se justifican por al menos tres elementos: el enfoque de derechos, el enfoque de protección social y el enfoque de desarrollo humano. En el enfoque de derechos, es pertinente citar el Artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño: “1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social [...] será primordial la atención al interés superior del niño. 2. Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar [...] y, con ese fin, tomarán todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas”. Así, al adherirse a ella, el Gobierno Colombiano se obligó legalmente a cumplir este Artículo, considerado como uno de sus principios fundamentales de la Convención.

Dentro del enfoque de protección social, se encuentra el trabajo seminal de Manejo Social del Riesgo (MSR) de Holzmann y Jorgensen (2000); cuyo enfoque coincide con lo establecido por la Ley 789 de 2002. En su artículo primero, esta ley define al Sistema de Protección Social “como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos.”

Sin embargo, y dentro de las nuevas teorías que empiezan a modificar el paradigma del MSR, cabe mencionar los documentos preparados por la Unidad Técnica del Programa de Montaje del Sistema de Protección Social para el Ministerio de la Protección Social, en donde se propone un sistema de protección social que reduce la pobreza a través de la acumulación de activos (y sus mayores retornos) en hogares pobres y vulnerables. Los niños y los jóvenes en situación o en hogar vulnerable deberían ser, claramente, una de las poblaciones objetivo prioritarias del sistema de protección social.

Desde la perspectiva de este documento, el enfoque de derechos y el enfoque de la protección social son convergentes. De hecho, el enfoque de derechos puede concebirse como la base filosófica que fundamenta la existencia de un sistema de protección social enfocado a niños y jóvenes. Las personas tienen derecho a protegerse de posibles

pérdidas derivadas del riesgo y también tienen derecho a aprovechar las oportunidades derivadas de la acumulación de activos y capital. Las estrategias de manejo del riesgo son instrumentales al enfoque de derechos.

Finalmente, el enfoque de desarrollo humano subraya una realidad biológica y económica: las acciones de bienestar y el ambiente que rodea al ser humano durante los primeros años de vida son fundamentales para su desarrollo integral y son predictores cercanos de su desempeño como adulto. Como lo expone el Banco Mundial, “los estudios muestran repetidamente que los niños que nacen en pobreza, viven en condiciones deficientes de higiene, experimentan poca estimulación y entrenamiento mental, y tienen bajos niveles de nutrición en sus primeros años de vida tienen mayor probabilidad de bajo crecimiento corporal y mental que su contraparte. La ciencia ha demostrado que el desarrollo temprano es crítico y marca al niño de por vida. El desarrollo del cerebro de un infante afecta su salud mental y física, su capacidad para aprender y su comportamiento a través de la infancia y la edad adulta. La formación de conexiones entre neuronas y su génesis durante los primeros años establecen la base para el desarrollo de competencias y talentos más tarde. “Para las naciones, los primeros años de vida de los niños tienen un efecto multiplicador [...] La inversión en los niños es una inversión esencial en desarrollo humano y económico.”¹

Con esas perspectivas convergentes como marco conceptual, esta primera sección revisa las experiencias internacionales dirigidas a la infancia y juventud, principalmente, aquellos relacionados con salud y educación. Por ser estas áreas las de mayor relevancia en el largo plazo y las que de no atacarse, pueden provocar daños irreversibles en la población.

¹ Ramphela, Mamphela, Foreword en Young, Mary Eming (Ed.), From Early Child Development to Human Development. Investing in Our Children's Future, The World Bank, 2002

I. El Enfoque de Derechos y los Sistemas de Protección Social

Existe un amplio debate en la literatura entre los objetivos que deben perseguir los sistemas de protección social (SPS) enfocados a la infancia y sus posibles contradicciones con los enfoques de bienestar puro o los derechos de los niños. Muchas de estas controversias se han originado porque el diseño de los SPS se han enfocado en programas dirigidos a los adultos y cuya base teórica (y por ende su evaluación) ha sido meramente económica. Huston (2002) resume los principales dilemas de esta discusión, dentro de los que se destacan: (1) los objetivos que persiguen los SPS deben postularse en términos de productividad económica, sin importar las condiciones de bienestar o el enfoque de derechos (2) hasta qué punto los niños tienen derecho a ciertos beneficios de la sociedad? (3) deben dedicarse recursos públicos a programas cuyos resultados que se relacionan con la productividad, bien sean de largo o de corto plazo? (4) debe protegerse la población infantil vulnerable, sólo porque es pobre o vulnerable, o por qué se le está dando la oportunidad de convertirse en un agente productivo? (5) las políticas dedicadas a la juventud, deberían ser sólo preventivas o también coercitivas?.

Este documento, sin embargo, plantea que los sistemas de protección social con políticas directas sobre la niñez y juventud deben ser entendidos desde una perspectiva más amplia. Si bien es cierto que las inversiones en capital humano (salud y educación) dirigidos a la infancia y juventud tienen retornos medibles a través de la productividad y calidad del empleo de esta población, estos efectos sólo pueden evaluarse una o dos décadas después de haber realizado la inversión inicial. En consecuencia, la evaluación de costos y beneficios de estos programas dirigidos a niñez y juventud no puede restringirse a una mera evaluación financiera o económica siguiendo los estándares establecidos por los SPS dirigidos a adultos (i.e. programas de reducción de desempleo).

Adicionalmente, las intervenciones sobre capital humano en la infancia y juventud muestran un aumento, casi inmediato, en el bienestar de estos niños y jóvenes que es típicamente olvidado en las evaluaciones económicas de estos programas. Por ende, la calidad de vida durante los primeros años de vida debe ser entendido como uno de los objetivos primordiales de los sistemas de protección social. Lo que permite tener como sostén teórico de los SPS las convenciones establecidas por los derechos de los niños.

II. Experiencias en el Área de la Salud

El continente asiático ha sido uno de los mayores laboratorios mundiales sobre experiencias e intervenciones positivas de salud y nutrición en los niños. Las lecciones que se pueden sacar para la formulación de políticas y la replicación de experiencias exitosas en Colombia es relevante. A continuación se exponen brevemente algunos de los programas en esta área².

A. Bangladesh

El Proyecto de Nutrición Integrada de Bangladesh (PNIB), se estableció en 1996 y fue concebido con el objetivo de cubrir a 8 millones de personas en áreas rurales. Tiene tres componentes: actividades de nutrición en el ámbito nacional (información, educación, comunicación, desarrollo de programas y construcción de instituciones); nutrición en el ámbito comunitario (NNC); desarrollo de programas intersectoriales de nutrición.

La NNC trata de solucionar los problemas de desnutrición proteínica, bajo peso al nacer y deficiencia de micro nutrientes.

- La desnutrición proteínica es intervenida en el corto plazo con alimentación suplementaria para niños con deficiencias en crecimiento y desnutrición aguda; y en el largo plazo a través de cambios de comportamiento relacionados con el cuidado de los niños (e.g. cortos periodos de lactancia exclusiva, retrasos en la alimentación complementaria, nutrición materna inadecuada durante el embarazo) y a través de mejoras en seguridad alimentaria con otros proyectos intersectoriales.
- El bajo peso al nacer, y la más alta probabilidad de mortalidad y morbilidad infantil asociadas, se combaten a través de la provisión de las calorías necesarias a las mujeres embarazadas para una apropiada ganancia de peso durante la gestación.

² Esta sección se basa en: Allen, Lindsay H. y Gillespie, Stuart R., What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions, United Nations y Asian Development Bank, Manila, 2001

- La deficiencia de micro nutrientes se combate con la provisión de hierro, ácido fólico, promoviendo el consumo de sal yodada y con la provisión de cápsulas de vitamina A dentro de las dos semanas previas al parto³.

B. República Popular de China

Los programas de nutrición directa se manejan en estructuras verticales y horizontales. Entre los verticales (i.e. políticas de gran escala manejadas en el ámbito nacional) se encuentra la Iniciativa Hospitalaria por los Bebés (IHB), que cubre 6.700 hospitales y el Programa Nacional para la Erradicación de los Desórdenes por Deficiencia de Yodo muy (PNEDDY)⁴.

Los elementos principales de PNEDDY son:

- Establecimiento de una organización y un marco gerencial multisectoriales;
- Revisión, promulgación e implementación de la legislación relevante;
- Distribución de sal yodada;
- Suplemento de aceites yodados en las áreas remotas;
- Mecanismos de entrenamiento, monitoreo y evaluación.

Junto a la UNICEF, el Gobierno chino ha desarrollado una aproximación de escala local a los problemas de nutrición. Durante el periodo 1985-89, se introdujeron programas comunitarios en 18 zonas rurales de 7 provincias, incluyendo:

- Una de las estrategias clave de este proyecto fue el establecimiento de comités zonales y locales, encargados de administrar las actividades de nutrición;
- Se entrenaron más de 11.000 trabajadores de terreno durante este periodo de cinco años;

³ Las deficiencias de micro-nutrientes y desnutrición tienen implicaciones no sólo en el desarrollo físico, sino además en el desarrollo mental y cerebral; las deficiencias y sus efectos en la edad temprana tienden a mantenerse durante el resto de la vida. Esa es la principal razón por la cual son motivo de estudio.

⁴ La deficiencia de yodo es reconocida como una de las principales causas de discapacidad humana, que puede ser prevenida, que se refleja en la incidencia de bocio y cretinismo obvio. El mayor riesgo en la deficiencia de yodo es el daño cerebral que puede ocurrir durante la vida fetal o postnatal temprana. El adecuado suplemento de yodo en estos periodos de la vida, por tanto, debe estar asegurada.

Características de la intervención:

- Promoción de huertas y cría de animales caseros
- Comunicación sobre nutrición, con énfasis en lactancia y prácticas de alimentación complementaria
- Prácticas de prevención y manejo de la enfermedad
- Control de la anemia, a través de suplementos de hierro para mujeres embarazadas
- Fortificación de comida

En 1990 se inició un Programa de Seguimiento e Intervención de la Nutrición Infantil. Cubría más de 120.000 niños en 700 pueblos dentro de 101 condados pobres. Una evaluación posterior mostró que se habían reducido los niveles de anemia y baja talla para la edad, y dejó como recomendación la necesidad de fortalecer la capacidad organizativa en el ámbito local.

C. India

Los más importantes programas nutricionales de la India son el Programa Integrado de Servicios para el Desarrollo Infantil (PISDI), el Sistema Focalizado de Distribución Pública (SFDP), trabajo por comida, el Programa Nacional de Meriendas (PNM) y las estrategias de micro nutrientes (distribución de sales de hierro y vitamina A, y sal yodada).

Población objetivo:

- El PISDI se dirige a infantes y madres, complementado con esfuerzos en áreas de salud
- El SFDP se dirige a hogares pobres, junto a estrategias para atacar el desempleo
- El PNM se dirige a los niños en edad escolar

Características generales de la intervención:

PISDI: está compuesto de cinco actividades principales para las madres y los niños de cero a seis años:

- Suplementos alimenticios
- Inmunización contra las enfermedades propias de la niñez

- Chequeos médicos y atención de especialistas si es necesaria
- Educación nutricional y de salud a las madres
- Centros preescolares para niños entre tres y seis años
- Se realizan actividades complementarias en algunos lugares, como trabajo con mujeres adolescentes (capacitación, nutrición, salud), y en otros lugares también se ha complementado con programas y estrategias de generación de ingreso para las mujeres
- Los servicios se llevan a cabo en centros comunitarios dirigidos por una madre entrenada para hacerlo, con la asistencia de una enfermera del centro de salud
- Los servicios de PISDI se dirigen a hogares pobres, como resultado de la auto-focalización y no necesariamente por el diseño inicial

SFPD trata de asegurar seguridad alimentaria para los pobres, pero sus limitaciones logísticas han impedido que tenga éxito.

PNM tiene el objetivo doble de aumentar la asistencia escolar y mejorar los niveles de nutrición. Su éxito ha sido mayor en el primer componente, lo que no sorprende ya que la población objetivo sufre de problemas crónicos difíciles de revertir. Los programas de nutrición para la infancia tienen mayor impacto a edad más temprana.

Los tres grandes programas (PISDI, SFPD y PNM) han tenido impactos limitados, según las evaluaciones realizadas. Al parecer las áreas que siguen siendo preocupantes son: cobertura, focalización, capacitación de los trabajadores sociales, participación comunitaria, bajos niveles de coordinación y duplicación de servicios.

D. Otras experiencias asiáticas

El Banco Asiático de Desarrollo, comparando experiencias de sus asociados y otros países, expone algunas lecciones que dejan las intervenciones en salud para la formulación de políticas en países en desarrollo⁵.

⁵ Allen *et al*, Op. Cit.

1. Intervenciones para prevenir y tratar bajo peso al nacer (BPN)

Asia tiene una alta prevalencia de BPN (<2.500 gramos), llegando a ser mayor a 30% en Asia Central del Sur y Bangladesh. BPN está estrechamente asociado a la relativa desnutrición de las madres. La incidencia de bajo peso de las mujeres (<45 Kg) también es alta, siendo del 60% en Asia del Sur y del 40% en el Sudeste Asiático. Las consecuencias en salud y otros problemas de desarrollo son importantes.

Algunos experimentos controlados y aleatorios han dejado las siguientes lecciones principales:

- Los suplementos que contienen más energía fueron los únicos que lograron algunas mejoras en peso al nacer; aunque la proteína proveía aproximadamente el 25% de la energía en estos suplementos, al menos un estudio sugiere que es posible mejorar el peso al nacer sin aumentar el contenido proteínico. Cuando la población tiene un nivel adecuado de consumo de proteínas, los suplementos con alto nivel proteínico (>25%) incluso pueden aumentar la tasa de mortalidad neonatal^{6 7}.
- Otros de los beneficios de los suplementos maternos con alto contenido de energía son el aumento de peso en la madre, aumento en la circunferencia de la cabeza del niño y, cuando el déficit energético es agudo, la talla del niño al nacer.
- El beneficio esperado de los suplementos alimenticios maternos se considera importante. En Gambia (África), una experiencia que daba suplementos alimenticios en forma de galletas a las madres en la segunda mitad del embarazo, proveyendo 1.017 Kcal. y 22 gr. de proteína al día redujo la prevalencia de BPN en 39%, y aumentó el peso al nacer en 136 gr. En la temporada de hambre, cuando la energía materna era mínima, los suplementos

⁶ Kramer MS, Balanced protein/energy supplementation in pregnancy. Oxford, UK: The Cochrane Library, 1999, citado por Ibid.

⁷ Rush D, Stein Z, Susser M. A randomized controlled trial of prenatal nutritional supplementation in New York City. Pediatrics 65: 683-97, 1980, citado por Ibid.

redujeron BPN en 42% y aumentó el peso al nacer en 201 gr. La mortalidad infantil se redujo en un 40%⁸.

- Para mujeres desnutridas, o aquellas cuyo peso sea bajo (<40 Kg), este tipo de mejoras en el resultado del embarazo se pueden lograr promoviendo y asistiendo mayor consumo de dieta normal, o suplementos ricos en energía. Los suplementos deben provenir o darse en forma de alimentos presentes en la dieta local.
- Para efectos de focalización, las mujeres con menor peso (al momento de la concepción y durante la parte temprana del embarazo) y/o menores consumos de energía son las más beneficiadas por este tipo de programas. El Índice de Masa Corporal (IMC), altura u otras medidas antropométricas no son tan efectivas como la focalización exclusiva por peso.
- Las madres jóvenes tienen mayor riesgo de tener hijos con BPN. Es por eso que también es importante dirigir los programas a ellas⁹.
- Otras intervenciones no nutricionales que pueden incidir en BPN son dejar de fumar, profilaxis contra malaria, aumentar la edad en la concepción, y la reducción de gasto de energía en trabajo físico¹⁰.

2. *Intervenciones para prevenir y tratar la anemia*

Las lecciones sobre la prevención y el tratamiento de la anemia son:

- Los suplementos de hierro mejoran el nivel de hemoglobina y hierro en mujeres embarazadas, utilizando dosis de hasta 60 miligramos por día¹¹.
- Los suplementos de hierro durante el embarazo también mejoran el nivel de hierro en madres e infantes hasta seis meses posparto^{12 13}.

⁸ Ceesay SM, Prentice AM, Cole TJ, Foord F, Weaver LT, Poskitt EM, Whitehead RG, Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5-year randomised controlled trial. British Medical Journal 315: 786-790, 1997, citado por Ibid.

⁹ Frisancho AR, Matos J, Leonard WR and Yaroch LA, Developmental and nutritional determinants of pregnancy outcome among teenagers, American Journal of Physical Anthropology 66: 247-261, 1985, citado por Ibid.

¹⁰ Gülmezoglu M, de Onis M, Villar J, Effectiveness of interventions to prevent or treat impaired fetal growth. Obstetrical Gynecological Survey 52: 139-49, 1997, citado por Ibid.

¹¹ Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML, Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia. Geneva: International Nutritional Anemia Consultative Group/ UNICEF/WHO, 1998, citado por Ibid.

- Los experimentos han demostrado que la dosis diaria de hierro es más efectiva que la dosis semanal para prevenir anemia, incluso la severa, durante el embarazo.
- La cantidad total de hierro consumido es el más importante predictor de la respuesta de los niveles de hemoglobina en las mujeres embarazadas.
- La profilaxis contra la malaria, combinada con los suplementos de hierro, son importantes para prevenir anemia materna y BPN en áreas con alta incidencia de malaria¹⁴.
- Los niños con BPN tienen pocas reservas de hierro, que no pueden recuperar fácilmente en la lactancia. Se les deben dar suplementos de hierro a partir de los dos meses de edad¹⁵.
- Suplementos de hierro en niños anémicos en edad preescolar han mejorado su desarrollo cognitivo y físico¹⁶.
- Además de la fortificación con hierro de alimentos propios de la dieta, no se ha encontrado una estrategia exitosa, a partir del consumo de alimentos, para aumentar el nivel de hierro en zonas donde la prevalencia de anemia es alta.
- La fortificación con hierro de los alimentos ha producido mejoras en el nivel de hierro en varios países: en Venezuela con la fortificación del maíz y la avena; hierro electrolítico redujo la anemia y la deficiencia de hierro cuando se le incluyó como alimento complementario en Ghana; la doble fortificación de la sal con yodo y hierro ha cumplido con el doble objetivo en India; la distribución nacional de leche en polvo fortificada con sulfato de hierro y ácido ascórbico redujo la prevalencia de anemia en infantes de 27% a casi cero en Chile¹⁷.

¹² Puolakka, J, Jänne O, Pakarinen A, Järvinen PA, Vihko R, Serum ferritin as a measure of iron stores during and after normal pregnancy with and without iron supplements. Acta Obstetrica Gynecology Scandinavica 95: 43-51, 1980, citado por Ibid.

¹³ Preziosi P, Prual A, Galan P, Daouda H, Boureima H, Hereberg S, Effect of iron supplementation on the iron status of pregnant women: consequences for newborns. American Journal of Clinical Nutrition 66: 1178-1182, 1997, citado por Ibid.

¹⁴ Stoltzfus RJ et al, Op. Cit., citado por Ibid.

¹⁵ Stoltzfus RJ, Albonico M, Chwaya HM, Tielsch JM, Schulze KJ, Savioli L, Effects of the Zanzibar school-based deworming program on iron status of children. American Journal of Clinical Nutrition 68 (1): 179-186, 1998, citado por Ibid.

¹⁶ Draper A., Child Development and Iron Deficiency: the Oxford Brief. Washington DC: USAID, Opportunities for Micronutrient Interventions and Partnership for Child Development. Nutrition. 64: 368-374, 1997, citado por Ibid.

¹⁷ Layrisse M, Chaves JF, Mendez-Castellano H, Bosch V, Tropper E, Bastardo B, Gonzalez E, Early response to the effect of iron fortification in a Venezuelan population. American Journal of Clinical Nutrition 64: 903-907, 1996, citado por Ibid.

- Contrario a las mujeres embarazadas, las dosis diarias o semanales de suplementos de hierro en niños y adolescentes son igualmente efectivas. Esto contribuye a disminuir el costo de los programas¹⁸.
- Los suplementos multivitamínicos y con otros minerales pueden ser más eficientes para mejorar los niveles de hemoglobina que solamente los suplementos de hierro. Este tipo de suplementos con multi-micro nutrientes puede ser más eficiente que la dosis individual, y se encuentran en proceso de evaluación por parte de organizaciones internacionales.

3. Intervenciones para prevenir y tratar la deficiencia de yodo

Las lecciones son:

- La fortificación con yodo de la sal de mesa sigue siendo la manera más eficiente de tratar la deficiencia de yodo a gran escala¹⁹.
- El cretinismo es consecuencia de deficiencia de yodo durante el embarazo. Puede ser prevenida supliendo a la madre durante el embarazo, preferiblemente durante el primer trimestre, o máximo durante el segundo trimestre²⁰.
- La deficiencia de yodo durante la edad temprana afecta adversamente la capacidad para aprender, la motivación, el rendimiento escolar y la función cognitiva general²¹.

¹⁸ Beaton GH, McCabe GP, Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anemia in developing countries: an analysis of experience. Ottawa: Micronutrient Initiative, 1999, citado por Ibid.

¹⁹ Mannar V, Regional Approaches for Fortification of Staples and Complementary Foods. Paper prepared for the Asian Development Bank IFPRI Report Technical Assistance Project (RETA) 5824. Nutrition Trends, Policies and Strategies in Asia and the Pacific. Washington DC: International Food Policy Research Institute, 2001, citado por Ibid.

²⁰ Cao XY, Jiang XM, Kareem A, Dou ZH, Rakeman MA, Zhang ML, Ma T, O'Donnell K, DeLong N, DeLong GR. Iodination of irrigation water as a method of supplying iodine to severely iodine-deficient population in Xinjiang, China. The Lancet 344: 107-110, 1994, citado por Ibid.

²¹ Tiwari BD, Godbole MM, Chattopadhyay N, Mandal A, Mithal A, Learning disabilities and poor motivation to achieve due to prolonged iodine deficiency. American Journal of Clinical Nutrition 63: 782-786, 1996, citado por Ibid.

4. Intervenciones para tratar deficiencia de Vitamina A

Las lecciones son:

- La principal causa de Deficiencia de Vitamina A (DVA) es el bajo consumo de productos animales, ricos en retinol. El betacaroteno (vegetal) tiene alto contenido de vitamina A, pero generalmente el cuerpo humano no lo absorbe tan eficientemente. El betacaroteno presente en las frutas se absorbe mejor que el presente en hojas y vegetales en general²².
- Las infecciones con *Áscaris* bajan la concentración de retinol. Campañas contra gusanos y parásitos han mejorado los niveles de retinol con éxito²³.
- Un análisis demostró que altas dosis de vitamina A reducen la probabilidad de muerte por diarrea o sarampión en aproximadamente 23% en niños entre seis meses y cinco años. La diarrea severa se redujo con dosis mínimas de vitamina A²⁴.

E. Participación comunitaria

Existe literatura que describe y estudia las diferentes maneras en que la comunidad puede participar en la prestación o apoyo de un programa. Por ejemplo, Scott-McDonald describe los diferentes elementos de calidad en tres programas en Jamaica²⁵.

El "*Roving Caregivers Program*" (Programa de Oferentes de Cuidado Ambulantes), incluye a la comunidad a través del entrenamiento de estudiantes graduados de secundaria, recomendados por sus antiguos rectores o consejeros estudiantiles. El objetivo básico es el desarrollo y expansión de la prestación de servicios eficientes de desarrollo temprano para niños entre 0 y 3 años. Con el apoyo de una organización

²² Christian P, West KP Jr, Khatry SK, Katz J, Shrestha SR, Pradhan EK, LeClerq SC, Pokhrel RP, Night blindness of pregnancy in rural Nepal-nutritional and health risks. International Journal of Epidemiology 27: 231-237, 1998, citado por Ibid.

²³ Jalal F, Nesheim MC, Agus Z, Sanjur D, Habicht J-P, Serum retinol levels in children are affected by food sources of beta-carotene, fat intake, and anti-helminthic drug treatment. Ithaca, New York: Division of Nutritional Sciences, Cornell University, 1997, citado por Ibid.

²⁴ Beaton GH, Martorell R, Aronson KJ. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young childhood morbidity and mortality in developing countries. State-of-the-Art Series Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Geneva: ACC/SCN, 1993, citado por Ibid.

establecida dentro de la comunidad, el gobierno y UNICEF que apoyaron esta iniciativa en dos parroquias, como un programa piloto en 1992. Hasta ahora el programa ha beneficiado a 3.500 niños en 700 hogares.

Los componentes básicos del programa incluyen cuidado infantil, educación ambiental, asistencia para procesos de traslado médico o de otros servicios públicos, desarrollo personal, capacitación y generación de ingreso. La focalización fue hecha por los centros de salud comunitarios.

Los oferentes de cuidado visitan los hogares de su propia comunidad, promoviendo actividades de estimulación y comunicando estrategias y conocimientos importantes para educar de una manera más sana a los niños. Deben realizar las actividades de estimulación, de tal forma que la promoción se hace a través del ejemplo y no sólo con publicaciones o exposiciones. Son supervisados cada dos semanas por oficiales del proyecto.

El *Programa de Rehabilitación de Base Comunitaria* tiene como objetivo principal la rehabilitación e integración de niños entre 0 y 6 años, que exhiben desarrollo lento o retardado en una o varias áreas de habla y lenguaje o de comportamiento cognitivo y motor. Así, se entrena y apoya a asistentes de cuidado para que ayuden el desarrollo del máximo potencial posible de estos niños. En la actualidad ha beneficiado a más de 1.000 niños en 14 parroquias.

Entre los servicios del programa se encuentran: estimulación temprana para niños en riesgo de desarrollarse lentamente, identificación temprana de discapacidades, evaluación de capacidades, desarrollo de planes específicos para cada niño con el fin de que siga su tratamiento en el hogar, consejería individual y grupal para los padres, evaluación psico-educacional para niños en edad escolar, y traslado a otras agencias para problemas específicos.

La focalización se hace a través de padres, doctores, enfermeras, guarderías, trabajadores sociales y profesores de escuela. Ellos remiten al programa a niños que

²⁵ Scott- McDonald, Kerida, *Elements of Quality in Home Visiting Programs: Three Jamaican Models, en From Early Child Development to Human Development*, World Bank, 2002

consideran en riesgo o situación de discapacidad. Después de la remisión, se evalúa al niño mediante un examen médico, y cuando el diagnóstico se completa es ubicado en un grupo de intervención manejado por un asistente de cuidado.

El asistente de cuidado, después de entrevistar a padres, educadores y miembros de la comunidad, elabora un tratamiento específico para cada niño y sus familias. También enseña a los padres estrategias de estimulación. Los asistentes de cuidado visitan a los niños semanalmente al inicio del programa, y dos veces por mes cuando el programa está más avanzado. Los asistentes visitan entre 12 y 20 niños por semana, atienden conferencias semanales con su supervisor para discutir programas específicos y estudiar casos.

El *Programa para Niños Desnutridos* se estableció en 1994, respondiendo a la demanda detectada por hospitales y centros de salud por la alta tasa de readmisión de niños tratados previamente por problemas de desnutrición.

Para tratar de solucionar la desnutrición en la base, se diseñó un esquema de visitas al domicilio de los niños como parte del seguimiento del tratamiento del hospital. Durante las visitas los trabajadores se enfocan en estimulación, factores ambientales que pueden ir en detrimento de la salud de los niños, su estado nutricional y la necesidad de consumo de suplementos.

Los padres de los niños admitidos en el programa deben asistir a talleres de educación sobre cuidado infantil y un proyecto de asistencia social. El programa ayuda a los padres en el desarrollo de capacidades para generar ingresos, iniciar proyectos propios, y encontrar trabajo o casa. También provee mercados, alojamiento y ropa para padres desempleados y en necesidad. Los padres tienen que atender al menos 12 talleres.

En general, y después del estudio de estas y otras experiencias reseñadas en la Tabla 1 del Anexo, tanto Scott-McDonald como Kirpal (2002), encontraron ciertos elementos comunes que ayudan al éxito de los programas que involucran a la comunidad y a la familia. En la siguiente tabla se encuentran las listas de ambos autores.

Tabla 1. Elementos claves para la calidad de servicios proveídos en el hogar y que involucran a la comunidad

Kirpal (2002)	Scott-McDonald (2002)
Enfoque en los niños	Unir el apoyo a los niños con apoyo a las familias
Apoyo de la familia e involucrar a los padres	Reconocer el múltiple rol de las mujeres: madres, trabajadoras y amas de casa
Apropiación de la comunidad	Materiales usados en los programas sustentables
Sostenibilidad cultural y financiera	Transferencia de conocimiento a los hogares y clientes
Capacitación y formación	Flexibilidad en la prestación de los servicios
Integración dentro de un marco de desarrollo más amplio	Reconocimiento de la configuración familiar y construir sobre redes existentes que trabajen por los niños
Sociedades público-privadas	Sistemas eficientes de remisión y acceso a los diferentes programas. Continuidad de los trabajadores y voluntarios. Documentación de cada etapa. Mecanismos eficientes de retroalimentación y monitoreo. Investigación enfocada en la posterior acción. Medidas pro-activas sostenibles y que garanticen su institucionalización

Fuente: Kirpal (2002) y Scott-McDonald (2002)

Varios elementos de la tabla son coincidentes. Uno de ellos es que el apoyo a los niños debe estar relacionado con el apoyo a las familias y dentro de un marco de desarrollo social más amplio. Los problemas de las familias y los de los niños son estrechamente relacionados, y probablemente es ineficiente tratarlos por separado.

Ejemplo de esa visión integral en la aproximación a problemas de salud en la infancia, fue la campaña de erradicación de enfermedad diarreica aguda (EDA) en Cuba. Partiendo de una visión de largo plazo, y aprovechando el contexto político particular, el gobierno cubano se propuso como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad por EDA. Se dividió en tres fases, resumidas a continuación:

Primera Fase (1962-9):

- Mejora de factores ambientales vía servicios públicos: agua, alcantarillado, recolección de basuras y pasteurización de leche

- Recolección semanal de datos de incidencia de EDA
- Énfasis en lactancia y mejora de prácticas higiénicas
- Creación de salas especiales en hospitales para pacientes con gastroenteritis
- Promoción de prevención y tratamiento de EDA dirigida al público y a los médicos

Segunda Fase (1970-9):

- Mejora en la recolección de estadísticas
- Establecimiento del acompañamiento del niño por parte de la madre durante la hospitalización
- Ampliación del número de camas en los centros de salud para pacientes con gastroenteritis
- Creación de planes de contingencia para brotes estacionales
- Campañas de promoción durante la temporada de verano

Tercera Fase (1980-9):

- Una vez se fueron cumpliendo los objetivos, el programa empezó a liberar recursos (e.g. Disminución del número de camas para pacientes con EDA)
- Se introdujeron nuevas tecnologías
- Se amplió la distribución de suero oral gratuito (se alcanzó el 100% de cobertura en 1987)

Sin embargo, la variación del contexto político, social y económico aumenta o disminuye la posibilidad de llevar a cabo programas extremos de este tipo; los programas a largo plazo son más difíciles de mantener en una democracia como la colombiana. Aunque es una idea recurrente en la literatura, no sobra recalcar que el contexto ofrece oportunidades y limitaciones: no se debe replicar un programa sólo porque funcionó en un país, ya que su éxito pudo deberse a la adecuada interacción con las instituciones y la cultura específica de un país; para efectos de la replicación, se debe analizar cuidadosamente los procesos aplicables en Colombia.

III. Experiencias en el Área de Educación

Como se postuló anteriormente, un sistema de protección social activo busca la reducción de la pobreza a través del aumento de la base de activos de los hogares pobres y vulnerables, y sus mayores retornos. Dentro de este marco conceptual, el riesgo se observa, a la vez, como una fuente de ganancias y pérdidas económicas.

Saber encontrar, dentro del riesgo y la amenaza, la oportunidad para un mejor futuro es prioritario en el tema de la infancia y la familia. La acumulación de capital humano en forma de educación es una inversión con efecto multiplicador para el individuo y la sociedad. La educación temprana es la base de la formación de habilidades futuras y debe ser reforzada durante toda la infancia y juventud. Reiterativamente se han encontrado efectos multiplicadores de la educación que trascienden varias generaciones. En el caso de la mortalidad infantil y niveles de educación se han observado efectos positivos en los resultados de los niños de madres y padres mejor educados. En particular, la mayoría de los estudios señalan que a mayor educación de la madre, menor es la mortalidad infantil y más altos los niveles educativos alcanzados por sus hijos. La mayoría de experiencias que han intentado incorporar programas en educación y bienestar se han desarrollado en los Estados Unidos, tal como se presenta a continuación.

A. El proyecto Abecedario de Carolina (Carolina Abecedarian Project)²⁶

Fue un experimento llevado a cabo en un solo lugar, aleatorio y controlado que observó a 111 niños desde el nacimiento, biológicamente sanos pero que provenían de familias muy pobres y poco educadas. Los criterios de admisión fueron dados por características que aumentaban el ambiente de riesgo de los niños. Por ejemplo, el coeficiente intelectual promedio de las madres (CI) era 85; el tiempo promedio de educación materna era de 10 años; y aproximadamente el 75% de las madres no estaban casadas²⁷.

Las familias en el grupo de control (GC), con 54 individuos, recibieron servicios de seguimiento pediátrico, acceso ilimitado a suplementos de hierro, servicios de trabajo

²⁶ Descripción basada en *Ibid.*

²⁷ La mediana del CI es 100

social y visitas domiciliarias. El grupo de intervención (GI), con 57 individuos, recibió los mismos servicios, y además entraron en un programa llamado Compañeros de Aprendizaje (Parents for Learning).

Compañeros de Aprendizaje tiene las siguientes características:

- Se enfoca en los primeros 36 meses de vida
- Consiste en juegos incorporados en las actividades cotidianas de los niños, y que tratan temas de desarrollo social, emocional y cognitivo.
- Particularmente se enfoca en el desarrollo del lenguaje.
- Los niños empezaban a asistir después de las primeras seis semanas de vida.
- La relación alumno a profesor era de 3 a 1 o menos para niños de hasta un año, y de 4 a 1 para niños entre 1 y 3 años.
- Los padres recibían visitas domiciliarias y atendían reuniones de padres.

Los resultados han sido reportados en diferentes trabajos liderados por Ramey (Campbell y Ramey 1994; Ramey y Ramey 1998; Ramey y otros 2000):

- A los 36 meses, el promedio de CI para el grupo de control era de 84 y de 101 para el grupo de intervención.
- Los efectos positivos fueron mayores para los niños de madres relativamente menos educadas.

Después de la intervención, a la edad de cinco años, los niños entraron a la escuela primaria. Fueron examinados a los 12 y 15 años de edad, y un último examen para medir efectos de largo plazo fue llevado a cabo a los 21 años.

- Los niños que recibieron la intervención tuvieron mejor desempeño a lo largo de los 20 años.
- El grupo de intervención tenía más integrantes estudiando (40% contra 20%)
- A los 21 años, el GI tenía mejores resultados mentales y de lectura.
- A los 21 años, el GI tenía más integrantes en la universidad o que se habían graduado de ella (35% contra 14%)
- El GI tuvo su primer hijo, en promedio, dos años después que el grupo de control (19.1 contra 17.1 años)
- Tenían una tasa de empleo mayor (65% contra 50%)

B. El Programa de Desarrollo y Salud Infantil (Infant Health and Development Program, IHDP)²⁸

Fue un experimento longitudinal y aleatorio, llevado a cabo en ocho lugares diferentes, que intentó medir la efectividad de un programa de desarrollo infantil temprano y de servicios de apoyo familiar para aproximadamente 1.000 niños nacidos con bajo peso y prematuros. El tratamiento se brindaba desde el nacimiento hasta los tres años de edad.

Formación del grupo de control de manera aleatoria:

- Los niños elegibles tenían bajo peso al nacer (pesaban 2.500 gramos o menos al momento de nacer), eran prematuros y nacieron entre enero y octubre de 1985 en uno de los ocho hospitales que hicieron parte de la experiencia.
- Los niños se dividieron en dos grupos: los livianos (<2.001 gramos) y el resto (2.001-2.500 gramos). Dos tercios del grupo clasificaron como livianos y un tercio como el resto.
- Dentro de cada grupo, aleatoriamente dos tercios del grupo se asignaron como control y un tercio como grupo de intervención.
- La muestra de niños tenía gran variedad étnica y socioeconómica.

Las características de la intervención fueron las siguientes:

- Inició inmediatamente después de que los niños salieron del hospital y continuó hasta que cumplieron tres años (edad corregida).
- Todos los niños recibieron seguimiento pediátrico, incluyendo una calificación médica y de desarrollo, y se refirieron a otros servicios según fuera necesario.
- Adicionalmente, el grupo de intervención recibió:
 - o Visitas a domicilio semanalmente durante el primer año y quincenalmente durante el segundo y tercer años.
 - o Educación fuera de la casa por 20 horas a la semana empezando al año de nacidos.
 - o Reuniones de padres cada tercer mes desde el nacimiento hasta el final del programa, para recibir información sobre cuidado infantil y apoyo social.

²⁸ Descripción basada en Ibid.

Los resultados del programa fueron positivos, y tal como pasó en el Proyecto Abecedario, los niños de madres más pobres y menos educadas fueron los más beneficiados. Otros resultados fueron:

- Comparados con el grupo de control, los niños del grupo de intervención tenían mejor desarrollo cognitivo y puntaje verbal a los 24 y 36 meses.
- Esta ventaja cognitiva se mantuvo en seguimientos llevados a cabo a los cinco y ocho años.
- El desarrollo socio-emocional también fue superior en el grupo de control. Tenían menos problemas de comportamiento a los 24 y 36 meses.
- Durante los tres años de intervención, las madres del grupo de intervención promediaban más meses de empleo que las del grupo de control.

C. El Proyecto Preescolar Perry (Perry Preschool Project)

Se focalizó en niños de familias de bajos ingresos entre tres y cinco años. Al inicio del programa, los niños seleccionados estaban en un rango de 70-85 en rendimiento intelectual. Los 123 niños que entraron en el programa fueron asignados de manera aleatoria en dos grupos, uno de intervención (n=58) y otro de control (n=65).

No había diferencia entre los niños o los padres en términos de habilidades o disposición. Ambos grupos tenían las mismas características observables en términos de status socioeconómico, rendimiento intelectual promedio, y equilibrio de género. La intervención consistía en:

- Una clase diaria de dos horas y media, durante todos los días hábiles
- Una visita domiciliar de hora y media, cada semana durante 30 semanas escolares, por dos años.
- La relación estudiantes por profesor era de 6 a 1

En un seguimiento hecho a los 27 años de edad, los estudiantes que atendieron el programa tenían:

- Tasa de empleo dos veces más alta que la del grupo de control
- Tasa de graduación de bachillerato 33% más alta
- Tasa de crimen menor en un 40%

- Tasa de embarazo adolescente 40% menor

La relación costo-beneficio de este programa fue estimada en 7 dólares ahorrados por cada dólar de costo, fortaleciendo el argumento de que los programas de desarrollo de niñez temprana pueden generar un cambio social, especialmente para los niños nacidos en situaciones difíciles, de pobreza y de riesgo.

Es claro que desde el punto de vista del formulador de políticas este tipo de información es un insumo importante en la definición de qué tipo de servicios se quiere ofrecer. Sin embargo, esos resultados sólo son válidos para el grupo de estudio y no pueden ser generalizados. También es cierto que al aumentar la escala, se puede perder en cierto grado la rigurosidad de la provisión (i.e. rigurosidad de horario, disminución de servicios debido a costos).

Una de las razones por las cuales un programa puede ser más efectivo y tener éxito es la participación comunitaria. A través de ella se puede dar mayor control social, apropiación y legitimidad a una intervención sobre la infancia. Hay que tener en cuenta que las construcciones culturales alrededor de la crianza “correcta” de los niños son muy fuertes, y el apoyo y el consenso de la comunidad pueden hacer la diferencia entre una intervención considerada extraña/impuesta y otra considerada como positiva. De hecho, en un estudio en México se encontró que todas las razones para no matricular a los niños en los programas de desarrollo temprano eran culturales (e. g. el niño es muy pequeño, hay alguna persona en el hogar que lo puede cuidar)²⁹.

²⁹ Myers, Robert y de San Jorge, Xóchitl, *Childcare and Early Education Services in Low-Income Communities in Mexico City: Patterns of Use, Availability and Choice*, Publicación del Department of Human Development, World Bank, 1999

IV. Intervenciones de política sobre la infancia y la juventud en Colombia

Históricamente la protección del niño ha evolucionado en su misma definición en Colombia y el mundo. “Al igual que los tuberculosos, leprosos y delincuentes, los niños desamparados eran [en el siglo XIX y principios del XX] una enfermedad social que se deseaba proteger y que, al mismo tiempo, avergonzaba y se quería esconder.”³⁰

Como lo expone Pachón, los continuos conflictos durante el siglo XIX, el desplazamiento masivo de poblaciones campesinas e indígenas hacia zonas sin violencia o de prosperidad económica (quina, tabaco, café) y la colonización antioqueña estuvieron acompañadas de crisis en la estructura familiar: el número de viudas, huérfanos y niños ilegítimos era muy alto, y el incipiente Estado colombiano no estaba en capacidad de atender de manera adecuada la demanda de este grupo poblacional³¹.

Las instituciones de protección de la época, en su afán por atender a los niños y jóvenes y al mismo tiempo tratar de solventar la crisis, formaban a los niños en oficios desde la infancia temprana. Es así como un concepto generalmente aceptado en la actualidad, como la prohibición del trabajo de los menores, en la época era entendido como la manera natural en que estos niños y jóvenes se insertaban en la sociedad: “A través del trabajo, de la realización de un oficio, de la lucha contra la holgazanería y la pereza se esperaba rescatar a los niños expósitos, a los “mal nacidos” y abandonados, de un futuro de vicio y delincuencia [...] y convertirlos así en ciudadanos útiles a la patria”³².

El conflicto actual colombiano y la pobreza que persiste en nuestro entorno, imponen al Estado y a la sociedad civil el reto de atender a ese mismo grupo vulnerable, pero de una manera diferente. Afortunadamente, el derecho ha avanzado y el compromiso normativo es claro; la ciencia ha generado mayor conocimiento y se conocen cuáles son las medidas con más beneficios en nutrición y salud para madres y niños; y la economía y otras ciencias sociales ya han demostrado los impactos que la educación y salud en los primeros años y durante toda la infancia tienen en la vida adulta.

³⁰ Pachón, Ximena, *Niñez desamparada, protección y trabajo infantil en Colombia. Siglo XIX y principios del Siglo XX, Un nuevo siglo sin trabajo infantil – Memorias Seminario Latinoamericano*, ICBF, Bogotá, 1998

³¹ *Ibid.*, pp. 153-54

³² *Ibid.*, p. 159

Para poder instrumentar el marco conceptual de manejo del riesgo y protección social en Colombia es preciso hacer varias distinciones. Una de ellas es que las intervenciones y los problemas no son los mismos en todo el espectro etáreo. Es decir, las demandas y necesidades de niños y adolescentes no son iguales, ni requieren la misma tecnología proveerlas.

Sin embargo, no hay que olvidar que los riesgos y sus efectos negativos (o positivos) se acumulan a lo largo de las diferentes etapas de los individuos y los hogares. Es por eso que el problema debe ser visto como algo dinámico y no como problemas independientes entre sí. La siguiente tabla clasifica los principales riesgos por edad en el contexto colombiano.

Tabla 2. Riesgos por edad en Colombia

Edad	Tipo de riesgo
0-3 años	Salud: muerte; desnutrición; deficientes niveles de nutrientes y micro-nutrientes; enfermedades infecto-contagiosas, calidad y acceso a los servicios públicos y de salud, salud preventiva y prácticas higiénicas Educación: baja estimulación; bajo desarrollo de lenguaje, cognitivo y/o emocional, bajo desarrollo por mala salud o nutrición deficiente Referentes al hogar: desnutrición de la madre; bajos ingresos; bajo nivel educativo de los padres; baja calidad de cuidado; bajos niveles de higiene; violencia intrafamiliar; abandono Otros: conflicto armado; baja calidad en la infraestructura; contaminación ambiental
3-6 años	Salud: muerte; desnutrición; enfermedades infecto-contagiosas, calidad y acceso a los servicios públicos y de salud, salud preventiva y prácticas higiénicas Educación: baja calidad de educación; bajo desarrollo de lenguaje, cognitivo y emocional por baja estimulación en la niñez temprana y en esta etapa; bajo desempeño académico por razones cognitivas o deficiencias en salud física Referentes al hogar: bajos ingresos; bajo nivel educativo de los padres; baja calidad de cuidado extra-escolar; bajos niveles de higiene; violencia intrafamiliar; abandono Otros: conflicto armado; baja calidad en la infraestructura; contaminación ambiental
6-12 años	Salud: muerte; desnutrición; enfermedades infecto-contagiosas, calidad y acceso a los servicios públicos y de salud, salud preventiva y prácticas higiénicas Educación: baja calidad de la educación; baja asistencia escolar por trabajo infantil; bajo desarrollo cognitivo y emocional; bajo desempeño académico por razones cognitivas o deficiencias en salud física Referentes al hogar: bajos ingresos; bajo nivel educativo de los padres; baja calidad de actividades extracurriculares; bajos niveles de higiene; violencia intrafamiliar; abandono Otros: conflicto armado; baja calidad en la infraestructura; contaminación; explotación infantil; prostitución

**Tabla 2. Riesgos por edad en Colombia
(continuación)**

Edad	Tipo de riesgo
12-17 años	Salud: muerte; desnutrición; enfermedades infecto-contagiosas, calidad y acceso a los servicios públicos y de salud, salud preventiva y prácticas higiénicas; embarazo adolescente; enfermedades de transmisión sexual; enfermedades crónicas; depresión y otras enfermedades mentales Educación: deserción escolar; trabajo infantil en condiciones ilegales; bajos niveles educativos Referentes al hogar: bajos ingresos; bajo nivel educativo de los padres; baja calidad de actividades extracurriculares; bajos niveles de higiene; violencia intrafamiliar; abandono Otros: conflicto armado; baja calidad en la infraestructura; contaminación ambiental; explotación infantil; prostitución

En correspondencia con la anterior tabla, las posibles intervenciones se resumen a continuación. Sin embargo, es absolutamente necesario, teniendo en cuenta el marco conceptual, que el sujeto de intervención no sea el niño/joven sino el hogar. Es por eso que las intervenciones listadas a continuación no se refieren únicamente al niño como directamente afectado, sino al niño/joven afectado por la asignación de recursos dentro del hogar. Sin embargo, como ha quedado claro a lo largo de este artículo, no importa tanto tener cubiertas todas las intervenciones posibles, sino su calidad y su efectividad, como lo muestra la Tabla 3.

Tabla 3. Intervenciones por grupos etarios

Edad	Intervenciones de política
0-3 años	Prevención: mejora de comportamientos de higiene y nutrición en los hogares (e.g. lactancia exclusiva, tratamiento de agua y leche); desarrollo de programas técnicos de estimulación temprana en el hogar y en los HCB; mejora en las condiciones de seguridad; provisión de infraestructura; programas de generación de ingreso del hogar Mitigación: distribución de suplementos (posterior a la evaluación de su efectividad) de micro-nutrientes y otros nutrientes en las madres y los infantes; implantación de programas de estimulación temprana; diálogo familiar frente a situaciones de violencia; tratamiento a víctimas de la violencia;
3-6 años	generación de ingreso acompañada de apalancamiento de la inversión o del capital de trabajo Superación (en el largo plazo): mejoras nutricionales por cambios en comportamiento y asistencia nutricional; mejoras en el sistema de educación temprana (antes del preescolar) y preescolar; mejora del ingreso de los hogares; cambios culturales en las relaciones intrafamiliares (relaciones de autoridad, prácticas de corrección, estatus de la mujer); mejoras en la acumulación de capital humano al nivel del hogar; mejoras en la acumulación de activos al nivel del hogar; cambio en la situación de seguridad del país

**Tabla 3. Intervenciones por grupos etarios
(continuación)**

Edad	Intervenciones de política
6-12 años	<p>Las anteriores (efecto acumulado), más: Prevención: educación sexual; abolición del trabajo infantil ilegal; apoyo en el ingreso y protección del consumo de los hogares condicional a la asistencia escolar de los niños; acceso a servicios financieros; mejoras en el sistema escolar primario; facilitar el paso en el ámbito educativo secundario</p> <p>Mitigación: tratamiento accesible a servicios de salud; clases remediales o extracurriculares; mediación en el conflicto familiar</p> <p>Superación (en el largo plazo): mejoras en las condiciones de salud, infraestructura e higiene al nivel del hogar; mejora de la calidad de la educación primaria; control del trabajo infantil; mejoras en el ingreso de los hogares</p>
12-17 años	<p>Las anteriores (efecto acumulado), más: Prevención: educación sexual; provisión gratuita o económica de métodos anticonceptivos y contra enfermedades de transmisión sexual (ETS); consejería psicológica; ampliación de oferta de cupos para educación secundaria; mejoras en el sistema legal</p> <p>Mitigación: tratamiento de ETS accesible; tratamientos psicológicos accesibles; clases remediales; programas especiales para la transición de primaria a secundaria y a otros niveles educativos</p> <p>Superación (en el largo plazo): mejora estructural del sistema de salud y educativo; mejora en las oportunidades de educación y estudio para jóvenes</p>

Entre las políticas, planes y programas para la infancia y la familia en Colombia, tal como lo expone el Tercer Informe de Colombia al Comité de los Derechos del Niño, se encuentran:

- Política de paz y convivencia familiar “Haz Paz”: promueve el diálogo en la familia, y desarrolla actividades como el Sistema Nacional de Vigilancia, atiende a personas y familias que presentan violencia intrafamiliar.
- Plan Nacional para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna (1998): busca fortalecer el vínculo madre-hijo como factor protector de salud y bienestar.
- Política de Salud Sexual y Reproductiva (2003).
- Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Programa de Apoyo Integral a Mujeres Cabeza de Familia y Microempresarias: para mujeres de estratos 1 y 2, tiene como objetivo apoyar el desarrollo y

fortalecimiento de estas mujeres en posición de vincularse a actividades productivas.

- Los programas del ICBF (ver abajo en detalle).
- Familias en Acción o programa de transferencias condicionadas a familias que cumplen los requisitos del programa³³.
- Hogares sustitutos: en sus diferentes modalidades, una tercera familia acoge a los niños en situación de peligro o abandono, para brindarles un ambiente afectivo y de atención integral.
- Casa Hogar de Protección: servicio de estadía prolongada para niños y jóvenes entre 12 y 18 años, donde se protege y cuida a los niños abandonados o en peligro hasta que estos están en capacidad de independizarse.
- Adopción: medida de protección que restituye el derecho fundamental a pertenecer, crecer y desarrollarse en una familia.
- Atención en Centros Zonales: se atiende a los niños con derechos vulnerados; allí se realiza integral y se involucra a la familia y a las redes de apoyo.
- Recuperación Nutricional Ambulatoria: atención a niños menores de cinco años en situación de desnutrición.
- Unidades Móviles: atención a familias afectadas o amenazadas por la violencia.
- Intervención de Apoyo para la Infancia: procesos de atención ambulatorios de apoyo y atención psicológica.
- Atención en Zona: la brinda el ICBF a través de orientación y apoyo interdisciplinario en las áreas jurídica, psicológica, nutricional, pedagógica y social.

Además de estos programas Núñez y Espinosa (2005, borrador para comentarios) citan otros programas corrientes en el país, pero cuya envergadura no es de orden nacional.

Dentro de ellos se destacan:

- Subsidios familiares otorgados a través de las cajas de compensación familiar a trabajadores elegibles.
- Atención a la niñez temprana en Bogotá por el DABS, bajo tres modalidades Jardines Infantiles, Casas Vecinales y Alianzas Amigas de la Niñez.

³³ Familias con menores de 18 años en SISBEN 1 y 2 que vivan en municipios elegibles. Es decir, municipios de menos de 100.000 habitantes, que no sean capitales, que tengan por lo menos un banco, y que cuenten con infraestructura física que provea salud y educación

- Atención a familias gestantes en Bogotá por el DABS en las áreas de nutrición, salud y formación.
- Programas de Habitante de la calle por el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud – IDIPRON –. Atiende principalmente a niños y jóvenes habitantes de calle, y pandilleros que estén entre los 8 y 22 años proveyendo entre otros: vivienda, alimentación, vestuario, recreación, atención en salud, educación formal, tecnológica y la formación para el empleo

En este informe sobresalen también varias propuestas para el diseño de un sistema de protección social en Colombia (para toda la población) y el rediseño de los programas existentes de manera que se consolide un sistema que no duplique tareas y que haga más eficiente la inversión social en general. En particular, sugieren para la población infantil enfocar los esfuerzos en las familias de menos recursos (Sisben 1 y 2) en las áreas de desnutrición y desarrollo motriz limitado para los menores de seis años educación e incrementar los esfuerzos en el área educativa (cobertura y atención) para los niños entre 6 y 17 años. Estos autores proponen otorgar los subsidios en estas áreas a través de los diferentes programas del ICBF, programas de transferencias condicionadas y programas de enganche al sistema educativo.

A. Programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)³⁴

El ICBF tiene cerca de 26 sub-proyectos, enmarcados en dos grandes áreas: a) Prestación de servicios, dentro del cual se encuentra el Programa de Protección y Bienestar del Recurso Humano y; b) Mejoramiento y Mantenimiento de Infraestructura, que abarca infraestructura administrativa, asistencia técnica y capacitación a funcionarios.

La prestación de servicios a la comunidad se realiza a través de 3 proyectos:

1. Asistencia a la niñez y a la familia para la prevención de factores de riesgo social, para evitar el abandono del menor y la desintegración familiar, que

³⁴ Henao, Marta Luz, et al. Consultoría para la focalización, cobertura y efectividad de la red de protección social en Colombia - informe preliminar: ICBF y SENA, Informe presentado por Fedesarrollo al Banco Interamericano de Desarrollo y al Banco Mundial, Bogotá, Octubre 20 del 2000

representa el 82% del gasto de inversión total del ICBF³⁵, distribuidos así: Centros de Atención Integral al Preescolar (CAIP) (23% del gasto total), Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) (50%) y los Restaurantes Escolares (RE) (6.6%).

2. Protección a la niñez y a la familia con derechos vulnerados (7% del gasto de inversión total). Tratamiento integral, legal, nutricional y social para el menor desprotegido, al abandono y/o peligro físico y moral, y problemas de conducta por violación de la ley o desadaptación social.
3. Administración del SISVAN, producción, compra y distribución de alimentos de alto valor nutricional y sales orales, principalmente de Bienestarina (9% del gasto de inversión total). Provee alimentos de alto valor nutricional a programas del ICBF.

Entre los principales subprogramas, se encuentra:

- Centros de Atención a la Infancia Preescolar o Hogares Infantiles: Tres modalidades (Tradicional, Lactantes y Preescolares, y Jardines Comunitarios). Población objetivo: niños entre 3 meses y 5 años de edad, priorizando hijos de trabajadores de población con necesidades básicas insatisfechas. Los jardines comunitarios estarían dirigidos a niños entre 2 y 5 años de edad de estratos 1 y 2. En la práctica no se verifican los criterios de elegibilidad ni su cumplimiento³⁶. Se proveen alimentación, educación preescolar y cuidado.
- Hogares Comunitarios de Bienestar: coordina las acciones del Estado y la comunidad para propiciar el desarrollo de niños menores de 7 años pertenecientes a sectores de extrema pobreza (estratos 1 y 2). Cada hogar atiende a un grupo de máximo 14 niños. Existe un alto componente de auto-gestión y participación comunitaria, a través de Asociaciones de Padres de Familia u otras organizaciones que celebran contratos para administrar recursos del Gobierno Nacional. Son dirigidos por una madre comunitaria escogida por la comunidad. El ICBF provee el 80% de los requerimientos nutricionales y el Centro Zonal supervisa los contratos. Cuatro modalidades: 0-7 años, aprobado por el CONPES en 1986; Familia, Mujer e Infancia (FAMI), creado en 1991, con población objetivo

³⁵ La inversión en el gasto social se equipara al gasto corriente. Abarca, además de la inversión en capital fijo, los gastos de funcionamiento de los programas.

³⁶ Henao et al., Op. Cit.

ampliada a mujeres embarazadas y lactantes; Población Rural Dispersa; Atención población conflicto armado.

- Restaurantes Escolares: Suministro de complemento alimentario en coordinación con organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones. Población objetivo: entre 5 y 18 años, de estratos 1 y 2, escolarizada o no con NBI. No existen mecanismos de verificación del cumplimiento de la norma y, tradicionalmente se prestan a través de la escuela.³⁷ La selección de los colegios y escuelas se hace a través de mapas de pobreza, y la selección de alumnos a través de los profesores. En términos reales no atiende a la población fuera del sistema escolar. Nivel de permanencia en el servicio de aproximadamente un año. El ICBF paga por ración a la entidad contratada, y en algunos casos aporta Bienestarina y Soya.

Entre las conclusiones del documento de Henao *et al* (2000) se señala: “La evaluación sistemática de impacto es quizá la mayor necesidad de los programas de atención a la infancia y de nutrición atendidos por el ICBF. Y para atenderlos, también parece necesario mejorar la estructura interna, racionalizar la planta, mejorar los sistemas de gestión, y descentralizar la operación.” Por lo visto en los documentos revisados, ésta sigue siendo una necesidad apremiante en el diseño y ejecución de programas de asistencia y cuidado a la infancia en Colombia.

Hasta este momento, se han revisado experiencias y modelos de programas internacionales. También se han nombrado algunas de las políticas, planes y programas en Colombia. A continuación, se hace una aproximación a los elementos que pueden ser mejorados en el diseño de programas para la infancia en el país.

³⁷ Ibid.

VI. El futuro de los programas para la infancia en Colombia

El primer punto, recurrente en los estudios sobre política social en Colombia, es que la evaluación de los programas es esencial. Permite separar los impactos de la intervención en la población objetivo de los efectos externos que afectan la totalidad de la población. Por ejemplo, la evaluación de un programa de provisión de suplementos de micronutrientes en una comunidad específica, permite separar el efecto suplementos y el efecto dieta cotidiana de la comunidad. En un país de recursos limitados, la evaluación permite además priorizar programas equilibrando su costo-beneficio con las necesidades de la población. Hasta ahora, ese tipo de evaluación no es la práctica general en Colombia.

El segundo punto trata sobre la necesidad de diseñar los programas utilizando estrategias y tecnologías diferentes según el problema. Por ejemplo, para solucionar el problema de vacunación (PAI en Colombia) se requiere un diseño centralizado, ya que es una necesidad nacional y general. Otros problemas, como la estimulación temprana de los niños pobres y/o vulnerables, necesitan en cambio una aproximación totalmente diferente: la definición de programas de estudio realizada por pedagogos, teniendo en cuenta las diferentes realidades y recursos locales; la decisión de involucrar a la comunidad; incluso, la decisión de complementar el programa con otros de salud.

Entre los programas y proyectos enumerados en Colombia, es común encontrar estrategias de promoción como una forma de lograr impacto sobre la población objetivo. Aunque la promoción es importante en ciertos temas, como cambios culturales en lactancia materna y diálogo intra-familiar, es necesario complementar estos esfuerzos de manera que los programas sean integrales.

De hecho, uno de los vacíos que persisten en la estructura de políticas y programas es la ausencia de criterios claros de diseño. Por ejemplo, una estructura lógica que incluya, como mínimo:

- Definición clara del (los) problema(s)
- Definición y medición de la población vulnerable
- Objetivos: del programa pero relacionados con una estrategia intersectorial de desarrollo

- Metas relacionadas con los objetivos
- Estrategias a utilizar para la prestación del servicio (e.g. vertical, horizontal, participación comunitaria)
- Sistema de monitoreo de metas (cobertura, procesos y tiempos)
- Evaluación de impacto anual o bianual: para mejoras en la evaluación se pueden utilizar esquemas de grupos de control e intervención
- Sostenibilidad financiera
- Los responsables de cada una de las áreas, de tal manera que se eviten conflictos de interés

Por último, y de alguna manera presente en las experiencias internacionales y en algunos programas en Colombia (e.g. Familias en Acción), se observa la necesidad de entender los derechos del niño, su desarrollo, educación y protección de niños y jóvenes, como partes integrales del desarrollo de la familia, el hogar y la sociedad. Es conceptualmente contradictorio y presupuestalmente ineficiente aislar problemas relacionados: ¿Para qué concentrarse en el desarrollo intelectual temprano de los niños si no se les ofrece nutrición y salud?. Entender el conjunto de incentivos que tienen los hogares para asignar recursos y tiempo es la base para lograr una política social coherente y con impacto a largo plazo.

VII. Comentarios

Los programas sociales dedicados a la niñez y la infancia no son algo nuevo en el panorama nacional o internacional. El diseño de políticas públicas enfocadas hacia esta población ha avanzado enormemente y recientemente integra aspectos tan importantes como el enfoque de los derechos del niño. Sin embargo, son casi inexistentes los esfuerzos que se han hecho en Colombia y en el mundo por integrar estas intervenciones de política pública con el enfoque de protección social.

La reciente experiencia internacional en el diseño y aplicación de programas bajo el enfoque de protección social nos ofrece valiosas experiencias. En primer lugar es importante tener un diagnóstico claro sobre los posibles problemas que enfrenta cada población. Segundo, los posibles problemas que enfrentan la infancia y juventud ante crisis económicas, o los planes que ayuden a prevenir o mitigar la depreciación o pérdidas irreversibles en capital humano deben estar enmarcados dentro de un contexto familiar. De manera que hablar de un sistema de protección social enfocado a la niñez y juventud debe cobijar no sólo a esta población objetivo, sino que debe involucrar a diferentes generaciones, como bien lo son quienes están al cuidado de los niños (cabe recordar que en economías en vía de desarrollo no necesariamente son los padres). Tercero, aunque cada experiencia internacional nos puede dar luces para el caso colombiano, es importante leer críticamente cada una de ellas. De un lado, las necesidades varían de país a país y a través del tiempo. De otro lado, los programas públicos y su evaluación no escapan de los intereses políticos; lo que hace necesario poner en contexto cada una de sus experiencias y dar lectura crítica a los resultados alcanzados. Por último, para conocer si un programa tuvo el efecto esperado es imperativo realizar las evaluaciones del mismo. Desafortunadamente, la gran mayoría de los países en vía de desarrollo carecen de evaluaciones que estudien la causalidad entre estos programas y su principal objetivo; Colombia tampoco escapa a esta realidad.

Dentro de las experiencias internacionales revisadas, las más exitosas se pueden dividir en dos grandes grupos. El primer grupo incluye programas que han trazado un objetivo muy puntual y que han hecho grandes inversiones en capital físico y humano, lo que las hace casi inalcanzables para países con restricciones presupuestales. El segundo grupo de experiencias exitosas son aquellas que han dado un enfoque integral a estos

programas. Entendiéndose por integral aquellas políticas que aún teniendo un objetivo puntual han incluido los distintos aspectos que pueden influenciar dicho objetivo. Por ejemplo, si el objetivo es reducir la mortalidad infantil es necesario contemplar aspectos relacionados directamente con la salud de los menores de un año como lo son la vacunación, la lactancia materna y el acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, es necesario incorporar al diseño de los programas otros factores determinantes de gran importancia como lo son la educación materna, garantizar un ambiente con altas condiciones de higiene (acceso a agua potable y alcantarillado) y el acceso a cuidados prenatales por parte de la madre. No hacerlo, implicaría un cambio coyuntural mas no estructural, con los consecuentes costos sociales que esto implica.

Finalmente, dadas las limitaciones fiscales, es importante ser realistas al momento de diseñar políticas que integren un sistema protección social la juventud y la infancia, sin perder el enfoque derechos que Colombia ha venido siguiendo desde hace varias décadas. Tal como lo dicta la ley es importante dictaminar y enfocar los mayores esfuerzos a la población con mayor vulnerabilidad, aunque el objetivo final será lograr un cubrimiento total. Asimismo es prioritario resolver los problemas que tienen implicaciones de largo plazo y con consecuencias irreversibles, como son los problemas básicos de salud y nutricionales. De manera que, como en toda política social, hay ganadores y perdedores y dichos programas deben tener muy claro quienes van a ser estos perdedores.

ANÁLISIS DE CIFRAS PARA LA INFANCIA Y JUVENTUD

Esta sección muestra las tendencias recientes en los temas relacionados con niñez y juventud, enmarcados dentro de un contexto de familia. Recientemente, se han producido varios compilados de estadísticas en esta área provenientes de varias fuentes. En particular, el Ministerio de la Protección Social ha puesto a disposición del público el “Tercer informe de Colombia al Comité de los Derechos del Niño, 1998-2003” y cuenta además con el informe presentado por Fernando Medellín Lozano, quien cita varias fuentes y tabulados recientes que describen la situación de esta población.

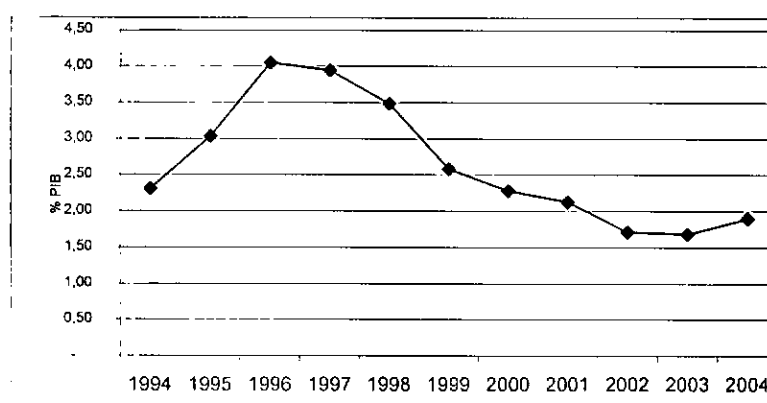
A continuación se presentan tabulados propios que complementan las cifras arriba mencionadas, en tres áreas que están estrechamente vinculadas a los problemas que potencialmente debe cubrir un sistema de protección social enfocado a esta población: salud, educación y trabajo infantil. Para tal propósito se han utilizado distintas fuentes, descritas en el Anexo 1, y dentro de las cuales sobresalen la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2003, las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS 1995 y 2000) y la Encuesta Social de Fedesarrollo (ES). Es importante destacar que cada una de estas fuentes se diferencia sustancialmente de la otra, lo que no las hace directamente comparables, como se presenta en las siguientes secciones de este documento.

I. Cifras Macroeconómicas

Las cifras que se utilizaron en esta sección provienen de la dirección de desarrollo social del departamento nacional de planeación (DDS-DNP).

La Gráfica 1 muestra la tendencia global de inversión en proyectos sociales como proporción del Producto Interno Bruto (PIB). Desde 1994 este rubro creció hasta alcanzar un máximo, de 4% del PIB, en 1996. Desde entonces, ha venido cayendo hasta llegar a niveles de 1,7% del PIB en 2003. Aunque, para 2004 comienza tímidamente a revertirse esta tendencia, aumentando a 1,9% del PIB.

Gráfica 1. Gasto social como proporción del PIB en Colombia, 1994-2004

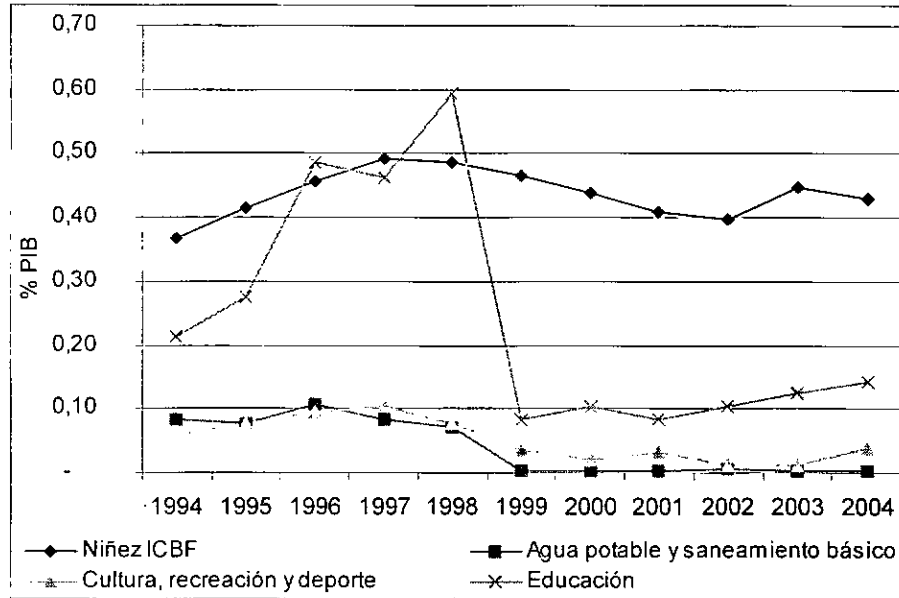


Fuente: DDS-DNP

Dado que el gasto social es bastante amplio, es importante analizar los rubros que pueden tener mayor impacto sobre la niñez, la juventud y la familia. La Gráfica 2 muestra dichos rubros como proporción del PIB. Dentro de ellos, es importante resaltar que los programas clasificados en "niñez e ICBF" son los que mantienen la más alta inversión, siendo además la de menos fluctuaciones durante el periodo 1994-2004. Sin embargo, los niveles de inversión no superan 0,5% del PIB. El siguiente rubro en importancia fue el de inversión en educación, que supera ligeramente al rubro de "niñez e ICBF" entre 1996 y 1998 llegando 0,59% del PIB. Desde ese año, sin embargo, la inversión en educación ha caído dramáticamente y para 2004 alcanza 0,14% del PIB. Finalmente, se encuentran los rubros de "agua potable y saneamiento básico" y "cultura, recreación y deporte", que aunque han mostrado una tendencia similar a la de los otros rubros en inversión social, es decir una reducción significativa a partir de 1998, estos

rubros han mantenido niveles muy bajos entre 1994 y 2004. De hecho, la inversión en estos rubros se ha movido entre 0,004% y 0,11% del PIB.

Gráfica 2. Gasto social por rubros como proporción del PIB en Colombia, 1994-2004.
(algunos rubros)



Fuente: DDS-DNP

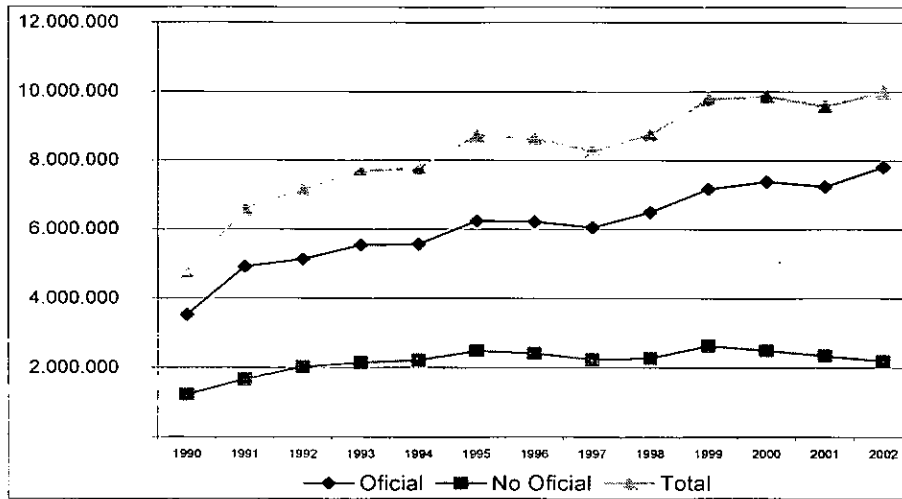
II. Educación

Esta sección incluye datos agregados de la dirección de desarrollo social del departamento nacional de planeación (DDS-DNP) y los tabulados de la encuesta calidad de vida de 2003 (ECV-03) y el módulo especial de trabajo infantil de la encuesta nacional de hogares de 1996 (ENH-96). Antes de presentar las cifras es importante que el lector reconozca las diferencias entre encuestas. La ENH-96 fue implementada por el DANE en ocho ciudades y sus áreas metropolitanas durante octubre de 1996, como un módulo adicional a la tradicional encuesta nacional de hogares. La encuesta es representativa para cada ciudad y para estas ocho ciudades en conjunto³⁸. La ECV-03 es una encuesta representativa a nivel nacional que implementó el DANE, dándole continuidad a la encuesta calidad de vida de 1997.

Los datos agregados de la DDS del DNP muestran un avance significativo en el número de alumnos matriculados desde 1990 en el país. De éstos, la mayoría de alumnos están inscritos en entidades públicas (gráficas 3 y 4). Sin embargo, al descomponer el número de alumnos matriculados por niveles de educación, el mayor avance se presentó en preescolar (creciendo 403% entre 1990 y 2002), seguido del número de matriculados en secundaria (167%) y finalmente los matriculados en primaria (65%). Estas cifras contrastan con los niveles de cobertura neta, Gráfica 5, que muestra los niveles más bajos para los preescolares, quienes no alcanzan 50% entre 1992 y 2002. Aunque ha habido un incremento persistente en los matriculados en secundaria, la cobertura neta no supera 63%. Los mayores niveles de cobertura neta lo reportan los matriculados en primaria, con niveles que van de 83,2% en 1992 hasta 85,4% en 2002.

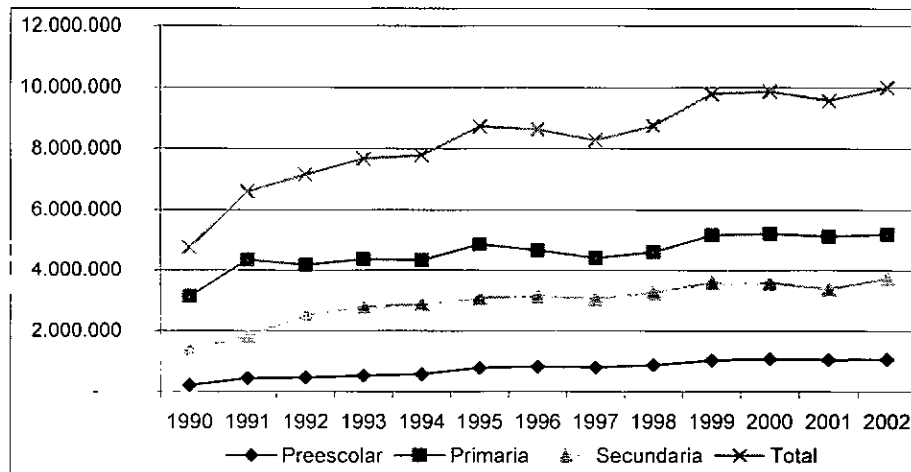
³⁸ Incluyó las ciudades con sus áreas metropolitanas de: Barranquilla y Soledad; Bucaramanga, Girón, Floridablanca y Piedecuesta; Santa Fe de Bogotá; Manizales y Villa María; Medellín y Valle de Aburrá (10 municipios); Cali y Yumbo; Pasto y Cartagena.

Gráfica 3. Alumnos matriculados por tipo de institución, Colombia 1990-2002 (%)



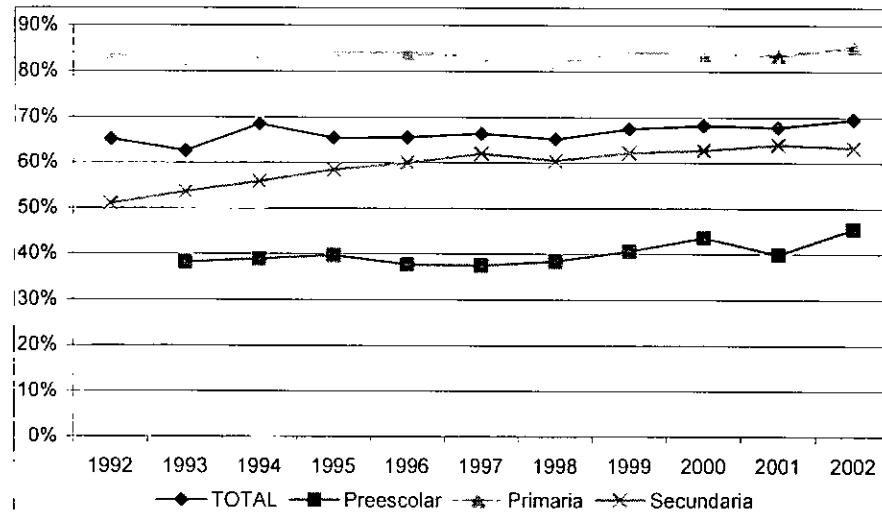
Fuente: DDS-DNP

Gráfica 4. Alumnos matriculados por nivel de educación, Colombia 1990-2002 (%)



Fuente: DDS-DNP

Gráfica 5. Cobertura neta por nivel de educación, Colombia 1990-2002 (%)



Fuente: DDS-DNP

Estas cifras revelan el avance que ha experimentado el país en la última década en términos de educación para sus niños y jóvenes. Sin embargo, sobresale el estancamiento en el esfuerzo por alcanzar la población que cursa primaria y las demandas insatisfechas en preescolar. El análisis de datos individuales provenientes de las encuestas permitirá contrastar estos resultados con los motivos de inasistencia por edades y la caracterización de esta población en mayor detalle.

La Tabla 1 muestra tasas de asistencia escolar que fluctúan entre 80% y 95% de la muestra seleccionada, dependiendo de la encuesta. La ENH-96 muestra como principales razones de inasistencia que al niño no le gusta estudiar (25,4%) u otra razón (25,6%). Este hecho contrasta con la razones presentadas por los niños que no asisten a alguna entidad educativa en la ECV-03, pues 42% no asiste por falta de dinero, seguido de 17,5% que no asisten porque “no le gusta estudiar”. Asimismo, son más los niños y jóvenes hombres que dejan de asistir que su contraparte femenina, como lo muestra la Gráfica 6.

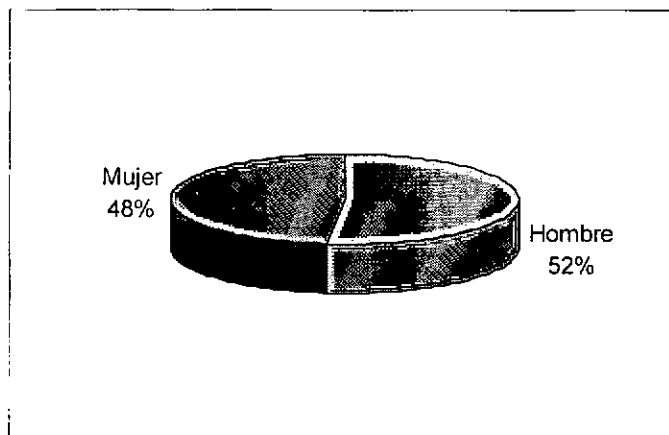
Tabla 1. Asistencia escolar de los menores de edad en Colombia. (distintas fuentes*)

	ENH-96	ECV-03
Asisten	90,6%	83,40%
No asiste	9,4%	16,60%

*ENH considera a los niños entre 7 y 17 años, mientras que la ECV-03 incluye a los niños entre 5 y 17 años

Fuente: Tabulados ENH-96 y procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 6. Asistencia educativa para niños entre 5 y 17 años por género, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Los siguientes resultados se enfocarán en los tabulados de la ECV-03, cuya representatividad es a nivel nacional, lo que permite una mejor descripción para el país; además de presentar datos más recientes. La Tabla 2 confirma los datos de las cifras agregadas del número de matriculados y cobertura neta. En efecto, el panel superior de la tabla muestra niveles muy similares a los del agregado nacional, con preocupantes niveles de inasistencia entre los jóvenes de 16 a 18 años. De hecho, el panel inferior de la tabla (proporciones con respecto al total de asistentes/no asistentes) muestra mayores tasas de asistencia entre los niños de menor edad (49,7% para los niños entre 5 y 10 años), que progresivamente va decayendo hasta llegar a tan sólo 12% para los jóvenes entre 16 y 18 años. Aparentemente, la mayoría de estos jóvenes no vuelven a estudiar en el corto plazo, como lo muestra la Tabla 3. Pues, en promedio, los jóvenes entre 16 y 18 años dejaron de estudiar hace dos años y medio, mientras que los niños entre 10 y 15 años lo hicieron hace un poco más de año y medio y los más pequeños (5 a 10 años) lo hicieron tan sólo hace medio año.

Tabla 2. Asistencia escolar por rangos de edad en Colombia 2003 (%)

	Asiste	No Asiste
5-10 años	93,28%	6,72%
11-15 años	87,88%	12,12%
16-18 años	53,62%	46,38%
Total	83,40%	16,60%
	Asiste	No Asiste
5-10 años	49,72%	17,98%
11-15 años	37,37%	25,89%
16-18 años	12,92%	56,13%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

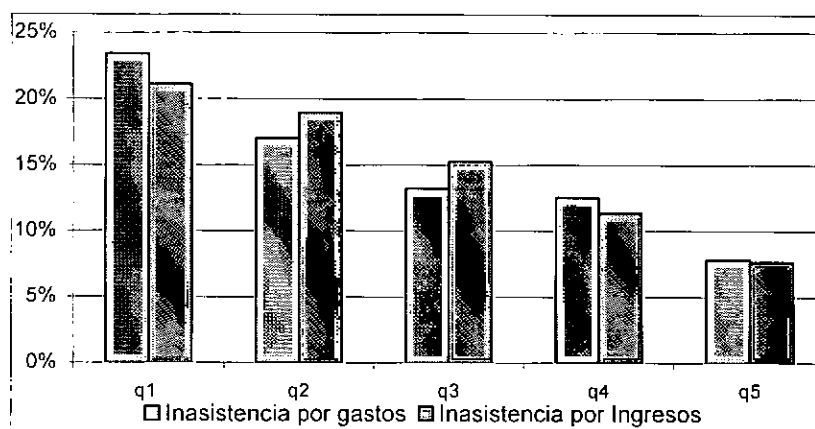
Tabla 3. “Hace cuántos años dejó de estudiar?”, Colombia 2003 (promedio)

Años Promedio	
5-10 años	0,51
11-15 años	1,65
16-18 años	2,51

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

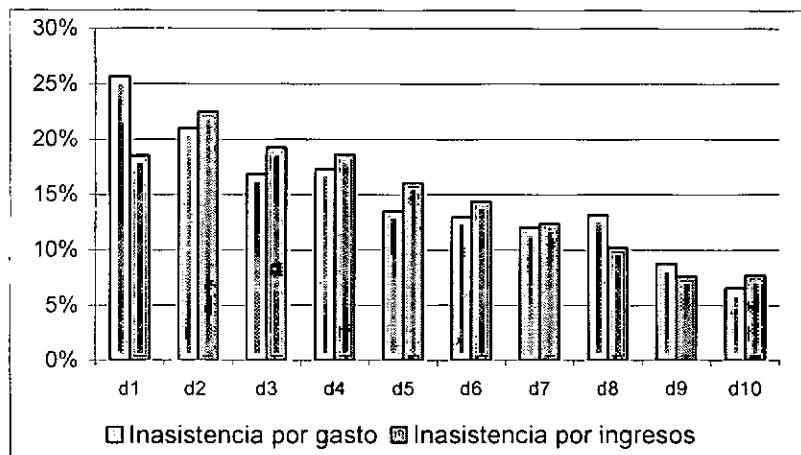
Al relacionar las tasas de inasistencia con las características de los hogares a los que estos jóvenes y niños pertenecen, la Gráfica 7 muestra una clara tendencia entre el nivel de ingreso/gasto de los hogares y las tasas de inasistencia. Es claro que entre mayor es el nivel de gastos o ingresos de un hogar, organizados por quintiles, menor es la proporción de inasistencia de los menores en dichos hogares. La misma tendencia se repite si los hogares se distribuyen en deciles o usando el nuevo Sisben, tal como lo muestran la Gráfica 8 y Gráfica 9. Tanto la distribución del agregado de hogares, como la de los hogares más pobres (aquellos registrados en Sisben) siguen la misma tendencia: a medida que aumenta el nivel de gastos o ingresos de los hogares, menor es el grado de inasistencia. Asimismo, hay una diferencia significativa de más de dos años en la educación promedio del jefe del hogar y la inasistencia escolar, como lo muestra la Tabla 4. Sin embargo, no existen diferencias entre la asistencia escolar y el género del jefe del hogar o el tamaño promedio del hogar, que resulta prácticamente el mismo.

Gráfica 7. Inasistencia escolar para niños entre 5 y 17 años por quintiles de ingresos y gastos, Colombia 2003 (%)

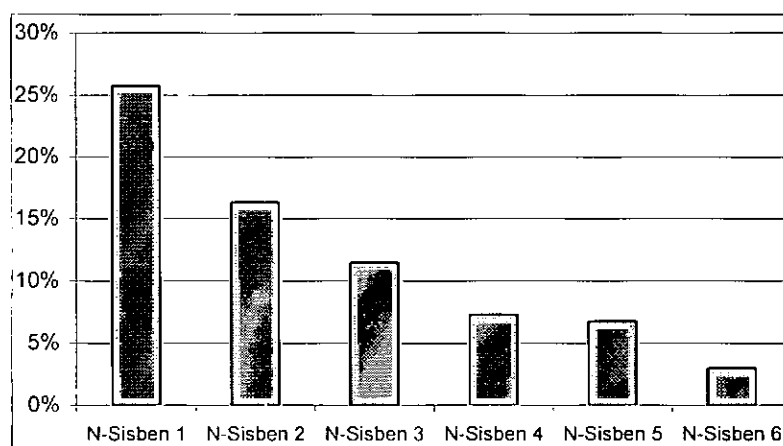


Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 8. Inasistencia escolar para niños entre 5 y 17 años por deciles de ingresos y gastos, Colombia 2003 (%)



Gráfica 9. Inasistencia escolar para niños entre 5 y 17 años por niveles de nuevo Sisben, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Tabla 4. Asistencia escolar por características del hogar, Colombia 2003 (%)

	Educación promedio del jefe	Tamaño promedio del hogar	Jefe mujer	Jefe hombre
Asiste	6,45	5,43	83,71%	83,27%
No asiste	4,36	5,78	16,29%	16,73%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

En resumen:

- En las últimas décadas se han dado avances importantes a nivel nacional en la cobertura en educación de todos los niveles educativos

- Sin embargo, se han estancado los esfuerzos para captar más estudiantes de primaria; existen demandas insatisfechas para los preescolares y faltan esfuerzos más agresivos para atraer y retener más estudiantes en secundaria
- De acuerdo a la ECV-03 la principal razón de inasistencia escolar son los factores económicos. Este hecho es una motivación fuerte para diseñar políticas dentro de un sistema de protección social que incluya a estos niños, que en una proporción ligeramente mayor son hombres, y que respete su derecho a la educación
- En particular, los hogares de menores ingresos (medidos como gasto, ingresos o nuevo-Sisben) son los que mayores niveles de inasistencia presentan
- Asimismo hay diferencias significativas entre la educación del jefe del hogar y la asistencia escolar. Sin duda alguna, la educación del jefe del hogar debe estar correlacionada con los niveles de ingresos y gastos del hogar. Esto refuerza la idea de estudiar en detalle a los hogares de menores recursos y su relación con la asistencia escolar, al momento de diseñar un sistema de protección social que cubra asistencia escolar en Colombia
- Es necesario, entonces, tener en cuenta un sistema de protección social que busque proteger el derecho a la educación de niños y jóvenes y que haga énfasis en los segmentos más vulnerables a ver este derecho violado, como son los niños y sobretodo los jóvenes hombres y las niñas y niños de familias con menos recursos. Pues no debemos olvidar que Colombia se encuentra adscrita a la convención de los derechos del niño que establece un papel claro del estado frente a este derecho: “es deber del Estado asegurar que la enseñanza primaria sea gratuita; fomentar el desarrollo de la enseñanza secundaria y facilitar el acceso a la enseñanza superior”.

III. Trabajo Infantil y Juvenil

Esta sección incluye los tabulados la ECV-03 y la Etapa IV de la encuesta social de Fedesarrollo (ES-IV) realizada en marzo de 2001. La encuesta social de Fedesarrollo se ha implementado en cuatro ciudades (Bucaramanga, Bogotá, Cali y Barranquilla) y es representativa por ciudad y para el agregado de las cuatro ciudades.

Existen diferentes formas de trabajo infantil, varios de ellos ilegales en nuestro país. El artículo 44 de la constitución de 1991 declara que "... (los niños) serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, *explotación laboral o económica y trabajos riesgosos*. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.". Sin embargo, con la información de las encuestas disponibles en Colombia es difícil esclarecer si un niño está siendo explotado laboral o económicamente, o si está siendo expuesto a trabajos riesgosos. Por esta razón, la mejor aproximación a la medición de trabajo infantil, con la información disponible, es aquella en la que el niño reporta estar colaborando en los oficios del hogar, haciendo algún trabajo o ayudando a algún adulto en el trabajo.

A. Oficios del Hogar

La ECV-03 le preguntó los niños entre 5 y 11 años si la semana anterior a la encuesta colaboraron con los oficios del hogar. Del total de niños, 60,43% respondió afirmativamente. La Tabla 5 muestra que es a partir de los siete años de edad, cuando los niños comienzan a colaborar activamente con los oficios del hogar. Asimismo, que entre quienes realizan oficios del hogar la mayoría son niñas (52,42%). Vale la pena anotar que realizar oficios del hogar no es incompatible con la asistencia escolar, como lo muestra la Tabla 6. Pues, tan sólo un 5,73% de los niños que colaboran con los oficios del hogar no asisten a algún centro educativo. Esto se explica, en gran parte, por el tipo de oficios con los que los niños colaboran. La Gráfica 10 muestra que del total de niños que colaboran con los oficios del hogar, 44% lo hacen en labores de limpieza, seguidos de mandados (28%) y lavar (11%). Las demás categorías, que pueden requerir un esfuerzo físico mayor, no superan el 6%. Un análisis similar por género no muestra grandes diferencias. Sin embargo, sobresale que las niñas son encargadas en mayor

proporción en labores del hogar (limpieza, lavar, planchar, cocinar o cuidar niños enfermos), mientras que los niños se encargan en una proporción mayor en otras labores. Por ejemplo, 35% de los niños realizan mandados frente a 28% de las niñas, mientras que las labores del hogar 66% de las niñas colaboran frente a un 55% de los niños. Asimismo, la Tabla 7 muestra que los niños entre 5 y 11 años dedican, en promedio, casi cuatro horas a la semana a los oficios del hogar; y sólo 1,3% de ellos recibe algún pago por su colaboración con los oficios del hogar.

Tabla 5. Menores colaborando con oficios del hogar por edad, Colombia 2003 (%)

	Oficios	No oficios
5 años	33,82%	66,18%
6 años	48,88%	51,12%
7 años	56,00%	44,00%
8 años	64,47%	35,53%
9 años	68,18%	31,82%
10 años	73,49%	26,51%
11 años	76,59%	23,41%

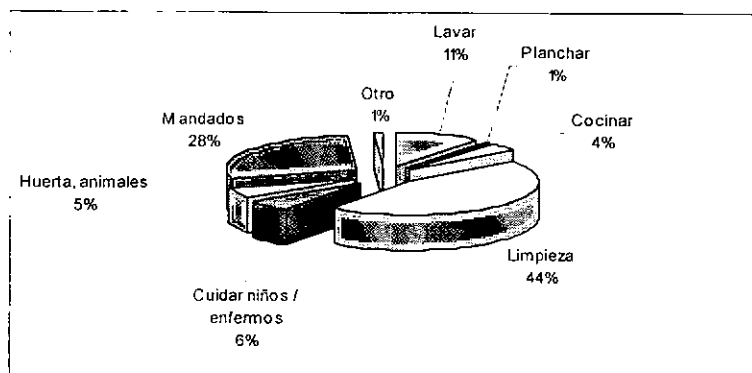
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Tabla 6. Asistencia escolar y oficios del hogar, Colombia 2003 (%)

	Oficios	No oficios
Asiste	94,27%	92,25%
No asiste	5,73%	7,75%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 10. Oficios del hogar por categorías, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Tabla 7. Horas promedio a la semana dedicadas a oficios del hogar y pago, Colombia 2003

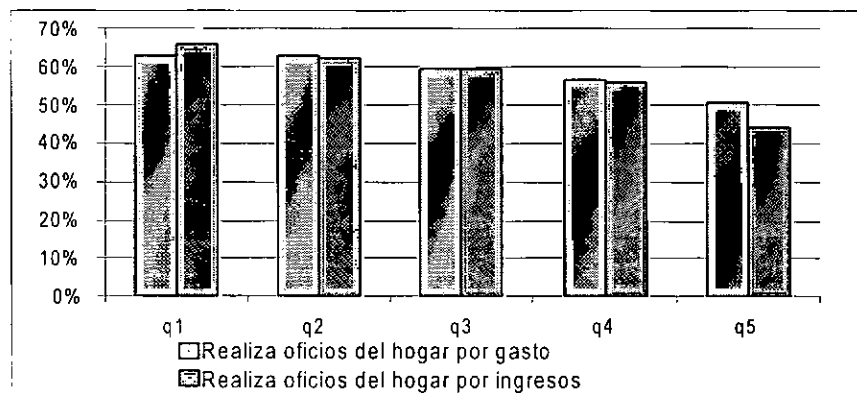
	Horas Promedio	Recibe Pago (%)	
		Si	No
5-11 años	3,87	1,30%	98,70%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

En cuanto a las características de los hogares, el análisis por niveles de ingresos y gastos de los hogares, similar al presentado en la sección anterior, muestra que no existe un patrón tan fuerte entre pobreza y el colaborar con los oficios del hogar, como si lo había con la inasistencia escolar. De hecho, la tendencia es más bien estable en los niveles bajos y medios de ingresos o gastos, como lo muestran las gráficas 11 a 13. Es sólo en los niveles más altos donde se observa una menor colaboración en los oficios del hogar por parte de los menores, pero que igualmente es superior a 40%. En cuanto a la composición y tamaño del hogar, la Tabla 8 muestra que hay una diferencia de casi un año en la educación del jefe del hogar entre aquellos niños que realizan oficios del hogar, frente a aquellos que no lo hacen. Sin embargo, no hay diferencias en el tamaño promedio del hogar, que en ambos casos están conformados por 5,5 miembros. Y una ligera mayor proporción de niños que colaboran con los oficios del hogar si el jefe del hogar es mujer (62%), frente a los hogares cuyo jefe es hombre (60%).

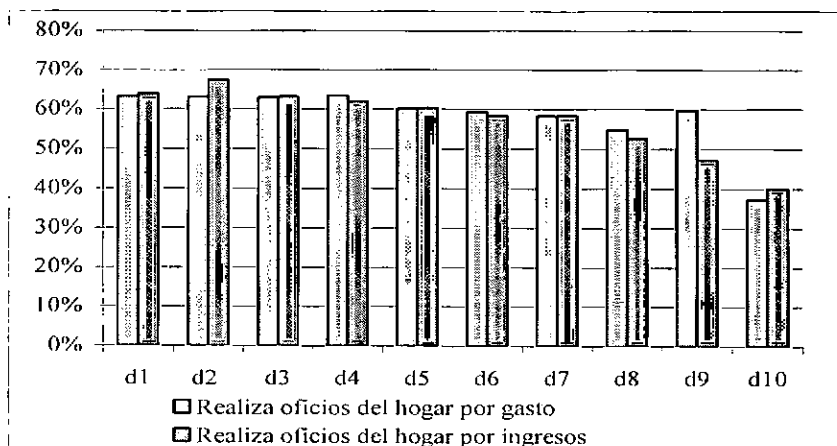
Gráfica 11. Realiza oficios del hogar por quintiles de ingresos y gastos, Colombia 2003

(%)



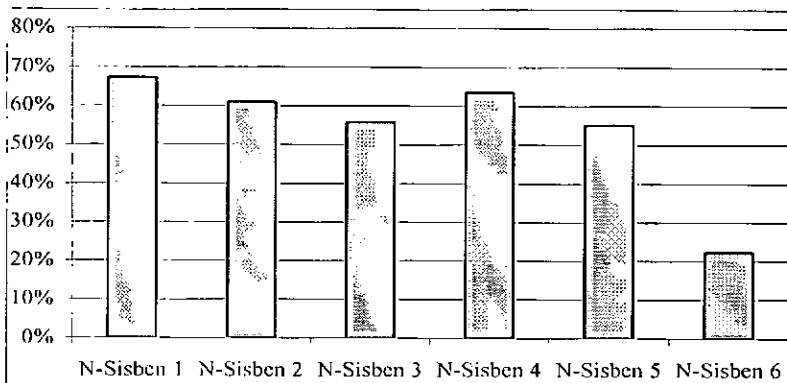
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 12. Realiza oficios del hogar por deciles de ingresos y gastos, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 13. Realiza oficios del hogar por nuevo Sisben, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Tabla 8. Oficios del hogar por características del hogar, Colombia 2003 (%)

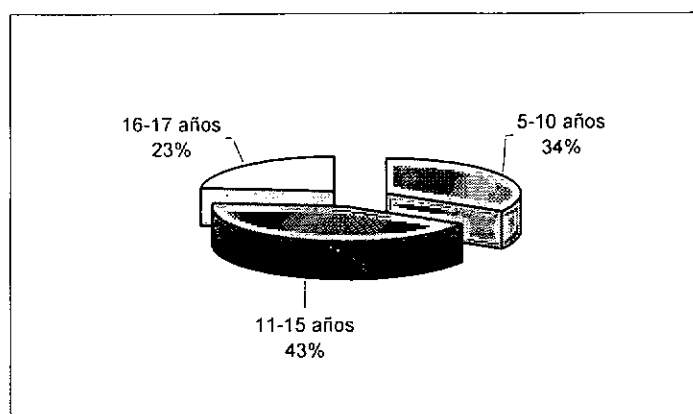
	Educación promedio del jefe	Tamaño promedio del hogar	Jefe mujer	Jefe hombre
Oficios	5,873	5,535	62,15%	59,79%
No oficios	6,568	5,495	37,85%	40,21%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

La información menos reciente, pero no menos relevante, de la ES-IV que complementa los datos arriba presentados de la ECV-03. Pues a pesar que su cobertura es sólo urbana (para cuatro ciudades), el módulo de trabajo infantil se aplicó a todos los menores de 18 años durante marzo de 2001. Esto permite analizar la información para el grupo de adolescentes entre 12 y 17 años. De hecho, la Gráfica 14 muestra que del total de niños que colaboran con los oficios del hogar la mayoría son aquellos que están entre 11 y 15 años (43%), seguidos de los menores de 10 años (34%) y finalmente los jóvenes entre

16 y 18 años (23%). Al igual que en la ECV-03, la mayor parte de los niños y jóvenes que colaboran con oficios del hogar son mujeres (52%); sin embargo al incluir los adolescentes y jóvenes hay una mayor proporción de éstos que no asisten al colegio y en cambio ayudan, exclusivamente, con los oficios del hogar (11,3%). Éste hecho de complementariedad entre las dos ocupaciones se confirma con los datos presentados en la Tabla 9 que muestra la proporción de tiempo dedicado a oficios del hogar por rangos de edad. Mientras que del total de niños entre 5 y 10 años menos de 2% dedican la mayor parte de su tiempo a oficios del hogar, 4,2% de los menores entre 11 y 15 años y 17,2% los jóvenes entre 16 y 17 años dedican la mayor parte de su tiempo a oficios del hogar.

Gráfica 14. Realiza oficios del hogar por edad, ciudades colombianas 2001 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Tabla 9. Oficios del hogar y tiempo dedicado, ciudades colombianas 2001 (%)

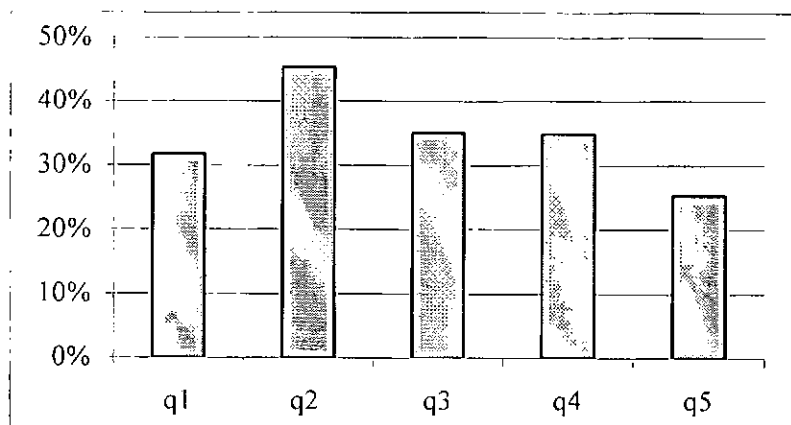
	Menos de medio tiempo	Medio tiempo	La mayor parte del tiempo
5-10 años	81,52%	15,94%	1,91%
11-15 años	69,63%	25,48%	4,23%
16-17 años	53,36%	27,00%	17,21%
Total	69,84%	22,63%	6,47%

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

El análisis para la ES-IV según las características de los hogares, muestra que en las ciudades colombianas la mayoría de los niños colaboran con los oficios del hogar, independientemente del nivel de ingresos las familias. Sin embargo, cabe resaltar que en la muestra de la ES-IV hay una mayor participación en los oficios del hogar a partir del segundo quintil de ingresos (45,3%), que cae paulatinamente hasta alcanzar sólo un cuarto de los niños en el quintil más alto de ingresos, como lo muestra la Gráfica 15. Finalmente, la Tabla 10 muestra una diferencia de un año de educación promedio del

jefe de hogar entre los hogares donde los niños colaboran con los oficios del hogar frente a su contraparte. Igualmente, hay un número promedio personas en el hogar casi idéntico entre estos dos tipos de hogares y una proporción ligeramente mayor en hogares donde los niños colaboran con los oficios del hogar, si el jefe de hogar es mujer. De hecho, de los hogares cuyo jefe es mujer, en 38,2% de los casos los niños colaboran con los oficios del hogar, frente a un 36,3% cuando el jefe es hombre.

Gráfica 15. Realiza oficios del hogar por edad por quintiles de ingresos, Ciudades colombianas 2001 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Tabla 10. Oficios del hogar por características del hogar, ciudades colombianas 2001 (%)

	Educación del jefe	No. Personas	Jefe mujer	Jefe hombre
Oficios	7,69	5,23	38,24%	36,31%
No oficios	8,77	5,02	61,76%	63,69%

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

En resumen:

- La mayoría de los niños en Colombia y en las ciudades colombianas colaboran con los oficios del hogar en sus hogares. Esta colaboración se hace más evidente a partir de los siete años de edad y la realizan casi en igualdad de condiciones los niños (48%) y las niñas (52%)
- No existe, sin embargo, una correlación fuerte entre colaborar con los oficios del hogar y los niveles de ingresos o gastos de los hogares a los cuales estos niños pertenecen. Aunque, la proporción tiende a caer a medida que aumentan los ingresos de los hogares. Esto último, es particularmente cierto en las ciudades colombianas, como lo mostró la ES-IV

- Colaborar con los oficios del hogar, no es excluyente de asistir al colegio. Sin embargo, en las ciudades colombianas se observa que a mayor edad, menor es la asistencia escolar y mayor el tiempo dedicado a oficios del hogar
- En términos de este proyecto, valdría la pena indagar más sobre las familias en las cuales los jóvenes dedican la mayor parte del tiempo a oficios del hogar y además no asisten a ningún centro educativo.

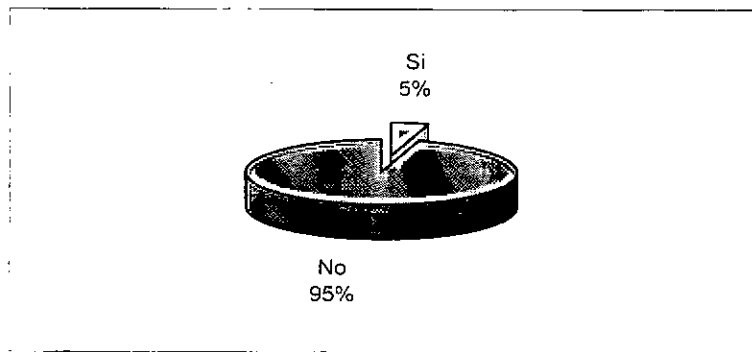
B. Trabajos Diferentes a Oficios del Hogar

Estas cifras difieren de las estadísticas presentadas arriba en que estos niños reportan haber trabajado o colaborado a alguien en algún trabajo durante la semana anterior a la encuesta. Los datos provienen nuevamente de la ECV-03 y la ES-IV.

1. Datos de la Encuesta de Calidad de Vida-2003

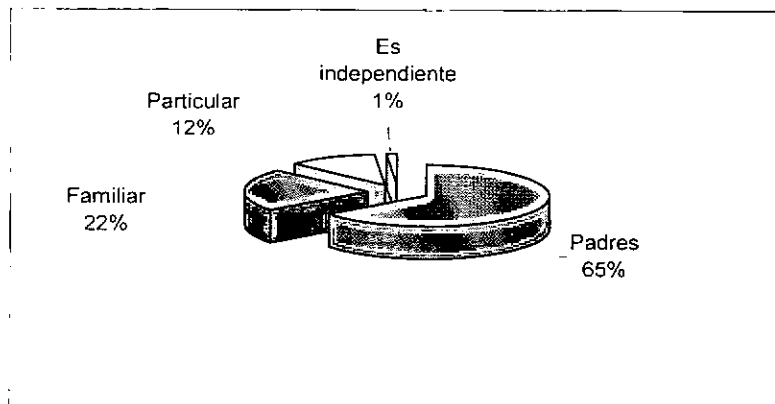
Del procesamiento de la ECV-03 se obtuvo la Gráfica 16. Allí se observa que del total de niños entre 5 y 11 años, menos de 5% reportan haber trabajado la semana anterior a la encuesta. Es precisamente sobre esta población de menores trabajadores que se presentan las siguientes estadísticas. La gráfica 17 reporta que la mayoría de estos niños colaboran en el trabajo de sus padres (65%), mientras que la Gráfica 18 muestra que 42% de estos niños trabajan en la calle y 40% en algún negocio familiar. Asimismo, por lo menos para los niños entre 5 y 11 años, la asistencia escolar no es incompatible con el trabajo infantil, aunque tienen mayor impacto que los oficios del hogar, 7,6% de los niños que trabajan o colaboran con el trabajo de algún adulto no asisten a alguna entidad educativa. Sin embargo, del total de estos niños trabajadores sólo 30,6% recibe alguna remuneración a cambio de su trabajo o colaboración; y la mayoría de son hombres (64,3%), en contraste a lo que sucedía con oficios del hogar.

Gráfica 16. Niños entre 5 y 11 años que trabajan, Colombia 2003 (%)



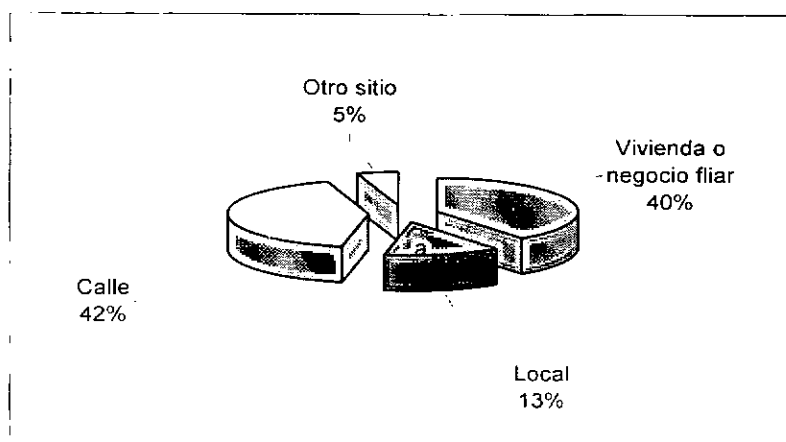
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 17. Niños trabajadores entre 5 y 11 años: “con quién trabaja?”, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 18. Niños entre 5 y 11 años trabajadores: “dónde trabajan?”, Colombia 2003 (%)

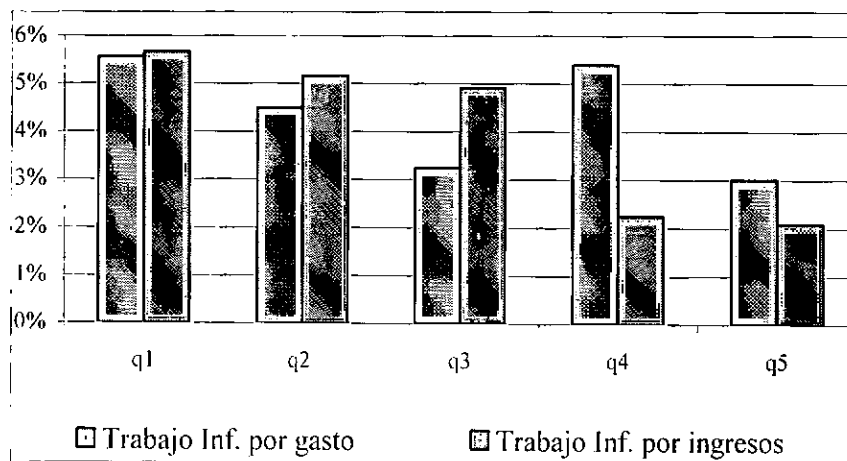


Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Contrario a los otros eventos relacionados con la infancia y la juventud tratados en este análisis de datos, los patrones de trabajo infantil por niveles de ingresos/gastos de los

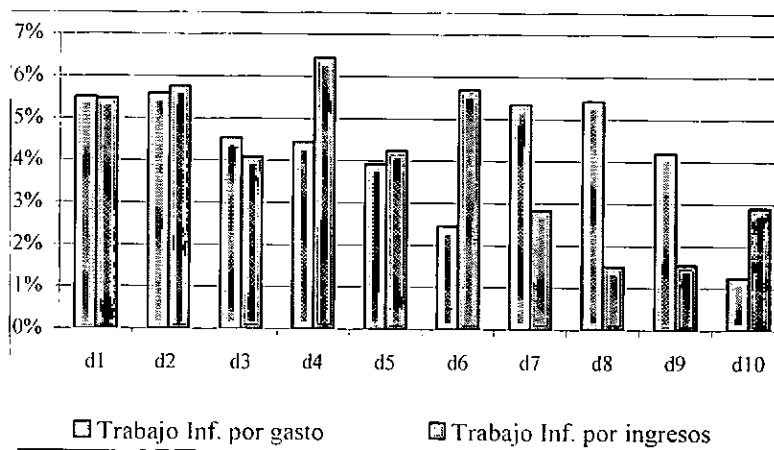
hogares tienen amplias fluctuaciones, sin presentar un patrón claro. Por ejemplo, la Gráfica 19 muestra que el trabajo infantil por niveles de gasto de los hogares pasa de 5,56% en el primer quintil, a 4,50% en el segundo quintil, 3,24% en el tercer quintil, pero aumentan hasta 5,39% en el cuarto quintil y vuelve a caer a 3,01% en el quinto quintil. Por niveles de ingreso, sin embargo, la tendencia es más o menos la esperada. Es decir, el trabajo infantil cae paulatinamente quintil tras quintil desde 5,67% en el primer quintil a 2,10% en el quinto quintil. Del mismo modo la Gráfica 20, que hace el mismo análisis por deciles de ingresos o gastos, muestra fluctuaciones que no necesariamente vinculan trabajo infantil y niveles de ingresos o gastos en la dirección esperada. En particular, los deciles intermedios fluctúan mayoritariamente cuando la división se hace por ingresos, alcanzando una máxima participación de trabajo infantil en el decil-4 (6,45%) y un mínimo en el decil-8 (1,50%). Mientras que por niveles de gastos las mayores fluctuaciones se dan en los deciles altos, alcanzando su máximo en el decil-8 (5,44%) y un mínimo, esperado, el decil-10 (1,24). Ésto puede ser explicado por la baja proporción de niños entre 5 y 11 años que trabajan, lo cual fundido con información de ingresos y gastos de los hogares termina formando una muestra muy pequeña para cada uno de estos cruces, lo que puede explicar tanto la variabilidad como los patrones inesperados entre trabajo infantil e ingresos de los hogares. En cambio, otras características del hogar más confiables muestran que los hogares en los que los niños trabajan, sus jefes tienen en promedio casi un año y medio menos de educación que los hogares en donde los niños no trabajan (Tabla 11). Sin embargo, no hay diferencias sustanciales en los tamaños del hogar, ni en el género del jefe del hogar, siendo un poco más alta la proporción de niños que trabajan si el jefe del hogar es hombre (4,76%) frente a aquellos en el que el jefe es mujer (4,02%).

Gráfica 19. Trabajo infantil (niños entre 5 y 11 años) por quintiles de ingresos y gastos, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 20. Trabajo infantil (niños entre 5 y 11 años) por deciles de ingresos y gastos, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Tabla 11. Trabajo infantil (niños entre 5 y 11 años) por características del hogar, Colombia 2003 (%)

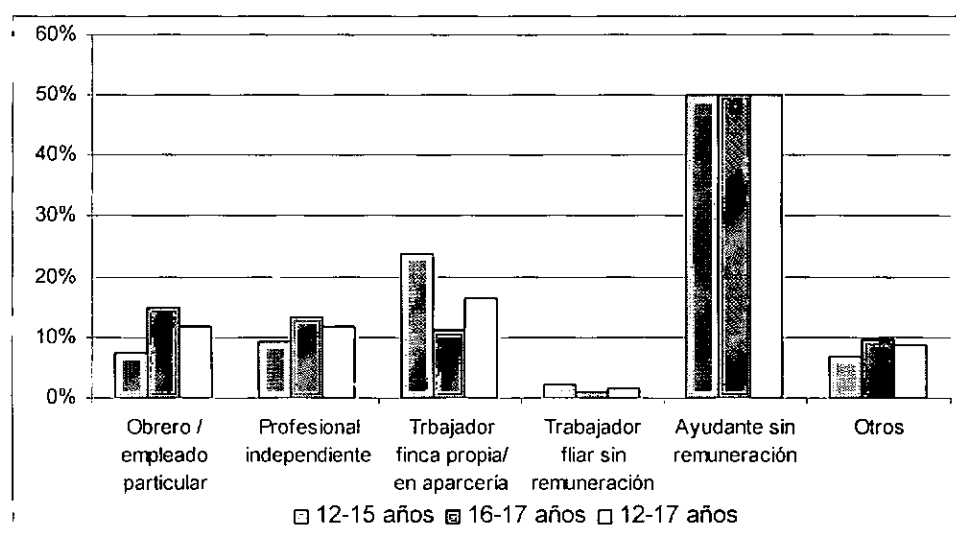
	Educación del jefe	No. Personas	Jefe mujer	Jefe hombre
Trabaja	4,855	5,600	4,02%	4,76%
No trabaja	6,210	5,515	95,98%	95,24%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

A pesar que el módulo de trabajo infantil de la ECV-03 sólo cubrió los menores de 12 años, a todos los niños con 12 años se les formularon las preguntas del módulo de empleo de dicha encuesta. Aunque las preguntas no son comparables con las del módulo de trabajo infantil, el módulo de empleo sigue de cerca las preguntas utilizadas en las encuestas continuas hogares del Dane, diseñadas para medir las condiciones de

empleo en el país. De estas cifras podemos conocer que 16,5% de los niños entre 12 y 15 años tenían un trabajo, mientras que casi un tercio de los niños entre 16 y 17 años tenían una ocupación. Estos niños trabajadores, a medida que van creciendo, empiezan a trabajar en ocupaciones que requieren mayor esfuerzo físico, aunque la mayoría de éstos trabajan como ayudantes sin remuneración (Gráfica 21). La baja calidad de empleos que tienen estos niños y jóvenes se refleja, además, en la bajísima proporción de niños que tienen un contrato laboral o que están afiliados a alguna aseguradora de riesgo profesional (ARP). De hecho, sólo un 6% de los niños entre 12 y 17 años tienen un contrato laboral formal y un 3,36% está afiliado a ARP.

Gráfica 21. Posición ocupacional de los niños entre 12 y 17 años en Colombia, 2003



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Asimismo, la Tabla 12 refuerza la idea que estos niños son contratados en trabajos de baja calidad laboral. Pues, aunque estos niños, en promedio, no trabajan una jornada completa su remuneración salarial está muy por debajo del equivalente que pagaría un salario mínimo mensual (SMLV), dado el número de horas trabajadas a la semana. En particular, esta tabla muestra que en promedio los menores entre 12 y 15 años ganan la mitad del equivalente a un SMLV y los jóvenes ganan algo más de un tercio de un SMLV.

Tabla 12. Salario mensual y horas por semana promedio de los niños trabajadores (entre 12 y 17 años), Colombia 2003

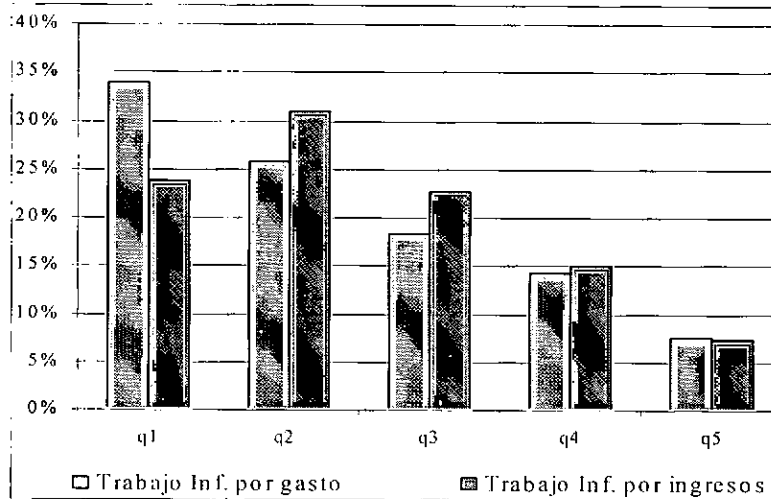
	Salario	Horas/semana
12-15 años	74,555.9	27.311
16-17 años	141,883.2	36.569

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

También llama la atención que a pesar de las bajas condiciones laborales que enfrentan los niños y jóvenes trabajadores, éstos reportan altas tasas de desocupación. Principalmente los jóvenes entre 17 y 18 años que alcanzan una tasa de 31,84%, cifra muy superior a la tasa de desocupación nacional de ese entonces.

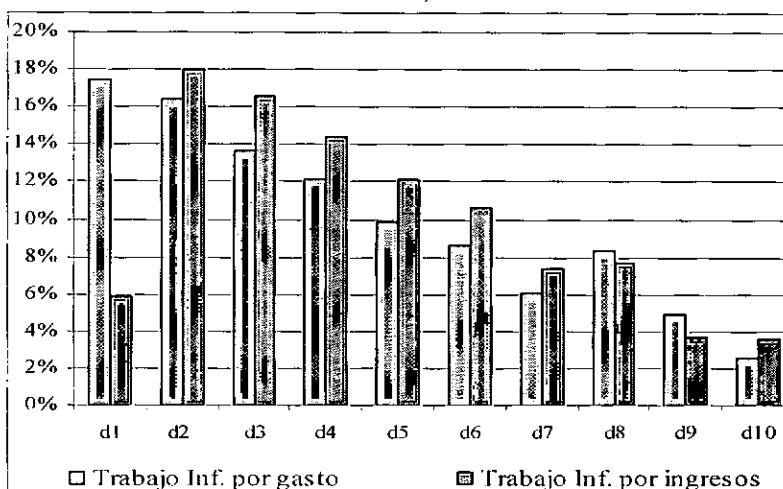
Como se explicó anteriormente, el módulo de empleo no permite conocer las causas de trabajo infantil para los menores de 12 a 17 años. Sin embargo, parece haber una correlación con los ingresos del hogar. De manera que podría pensarse en motivos económicos como una de las causas que empuja a estos menores a dedicarse a otras actividades más lucrativas en el corto plazo que el estudio o a trabajar y estudiar al mismo tiempo. Por un lado, las Gráficas 22 a 24 muestran que a medida que aumenta los ingresos del hogar disminuye radicalmente la proporción de niños ocupados entre los 12 y 17 años. Resulta interesante el patrón que muestra el primer decil o el primer grupo de nuevo Sisben. Pues siempre muestran una proporción menor que los siguientes niveles de ingresos. Este patrón puede estar explicado por los nuevos programas de subsidios dirigidos a los más pobres de la población colombiana (familias en acción), que indirectamente pueden estar reduciendo el trabajo infantil.

Gráfica 22. Niños entre 12 y 17 años ocupados por quintiles de ingresos o gastos en Colombia, 2003



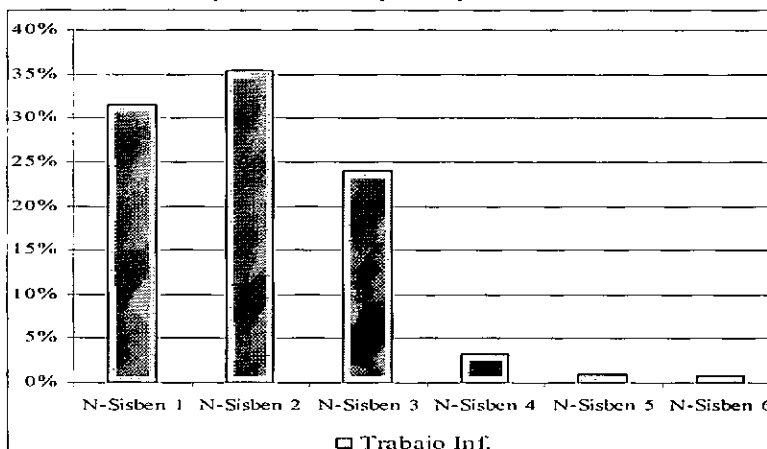
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 23. Niños entre 12 y 17 años ocupados por deciles de ingresos o gastos en Colombia, 2003



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 24. Niños entre 12 y 17 años ocupados por nuevo Sisben en Colombia, 2003



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

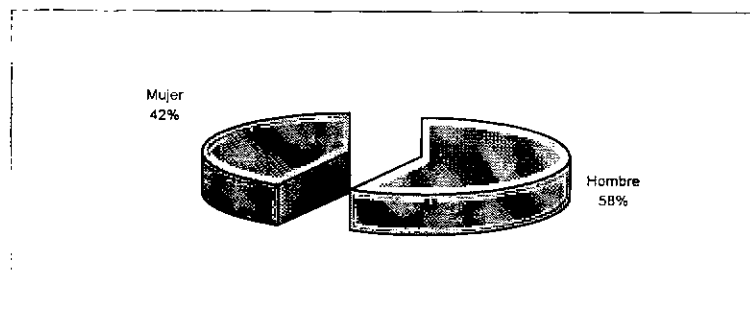
De otro lado, 57% de estos menores trabajadores entre 12 y 17 años no asiste a ningún centro educativo, así como la diferencia de años promedio de educación del jefe del hogar entre los niños y jóvenes trabajadores y aquellos que no trabajan es de casi un año: 4,86 años en el caso de los niños trabajadores y 5,62 en el caso de los que no trabaja.

2. Datos de la Encuesta Social de Fedesarrollo-2001

El análisis utilizando la información de la ES-IV deja en claro que el problema del trabajo infantil es más agudo en las ciudades colombianas. Para empezar, en las cuatro ciudades incluidas en esta encuesta 26,11% de los niños entre 5 y 10 años trabajan o

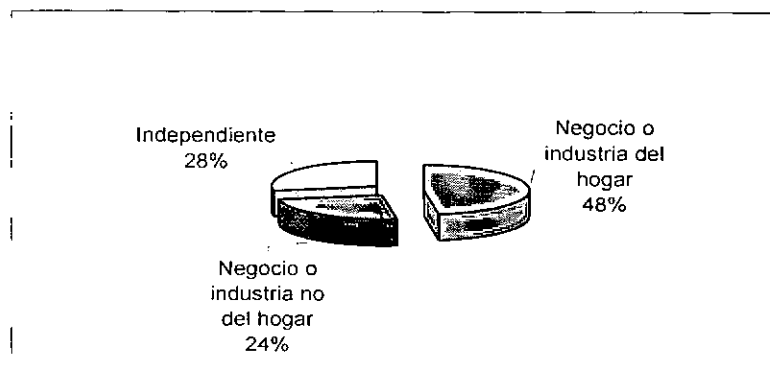
colaboran en el trabajo a algún adulto. Asimismo, al incluir la población de niños y jóvenes de 12 a 17 años, esta proporción aumenta hasta 36,88%. De estos niños entre 5 y 17 años que trabajan 58% son hombres, como lo muestra Gráfica 25, y 48% de ellos trabajan en un negocio o industria familiar (Gráfica 26). Similar a lo presentado en la ECV-03 son pocos los niños que trabajan y no asisten al colegio, sin dejar de ser una cifra preocupante: 11,3% no asisten a ninguna entidad educativa. Esta situación contrasta con las principales razones por las cuales niños están trabajando. La Tabla 13 muestra que del total de niños trabajando 70,3% lo hacen por problemas económicos y 13,7% para ayudar con los gastos de su hogar. Al descomponer esta información por grupos de edades, el mismo patrón se replica siendo los problemas económicos la única causa de trabajo infantil en los menores de 15 años, aunque sigue siendo la razón principal para cada uno de los grupos de edades. Para los jóvenes de 16 a 17 años comienza cobrar importancia otras motivos como costearse los estudios (2%) y otras causas (15,5%).

Gráfica 25. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) por género, ciudades colombianas 2001 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Gráfica 26. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años): “trabaja o colabora en:?”, ciudades colombianas 2001 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

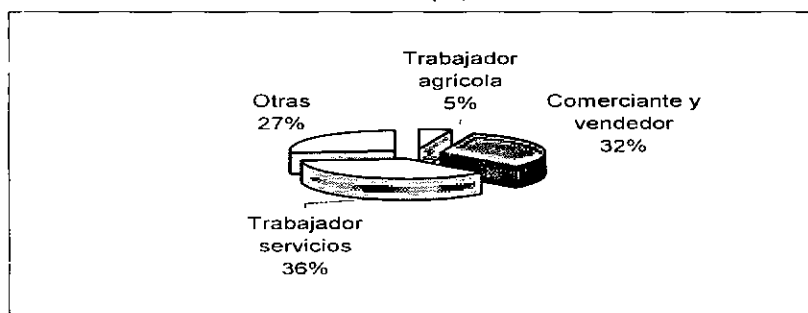
Tabla 13. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) razones para trabajar, ciudades colombianas 2001 (%)

	Situación económica difícil	Costearse estudio	Ayudar gastos de la casa	Otra
5-10 años	58,87%	0,00%	7,00%	34,14%
11-15 años	75,05%	0,00%	14,88%	10,08%
16-17 años	68,70%	2,01%	13,81%	15,48%
Total	70,30%	1,10%	13,68%	14,92%

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Asimismo, la Gráfica 27 muestra que la mayoría de niños trabajadores en las ciudades trabajan para el sector servicios (36%) o son comerciantes y vendedores (32%). Sin embargo, al descomponer la información por grupos de edades (Tabla 14) hay diferencias importantes en la rama de actividad de acuerdo a la edad de los menores trabajadores. Los menores de 10 años trabajan mayoritariamente como comerciantes y vendedores y ninguno en el sector agrícola, mientras que los adolescentes entre 16 y 17 años son mayoritariamente trabajadores del sector servicios (35%), seguidos de otras ramas, y son los únicos que trabajan en el sector agrícola. De igual manera, son mayoritariamente los adolescentes entre 16 y 17 años (62,1%) quienes reciben alguna remuneración a cambio su trabajo, mientras que menos de 5% de los niños entre 5 y 10 años reciben remuneración (Tabla 15). De estos niños y jóvenes, 73% reciben su remuneración en forma de dinero, mientras que 26% los reciben en dinero y especie y 11% sólo en especie. Al igual que las ocupaciones de estos menores trabajadores, sus remuneraciones varían de acuerdo a la edad. La Tabla 16 reporta que la totalidad de los niños de 5 a 10 años reciben su remuneración en dinero, mientras que los menores de 11 a 15 años 77,3% lo reciben en dinero y sólo 2,8% lo hacen en especie, finalmente de los jóvenes de 16 a 17 años ninguno recibe su remuneración en especie, y 69,9% lo hacen en dinero.

Gráfica 27. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) por oficio, ciudades colombianas 2001 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Tabla 14. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) por oficios y edad, ciudades colombianas 2001 (%)

	Trabajador agrícola	Comerciante y vendedor	Trabajador servicios	Otras	Total
5-10 años	0,00%	47,13%	37,10%	15,78%	9.977
11-15 años	0,00%	43,61%	37,55%	18,84%	47.855
16-17 años	8,96%	22,79%	34,96%	33,29%	70.969
Total	6.359	41.748	46.480	34.214	128.801

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Tabla 15. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) por edad y remuneración, ciudades colombianas 2001 (%)

	Si	No	No sabe
5-10 años	3,46%	16,77%	0,00%
11-15 años	34,44%	41,82%	100,00%
16-17 años	62,10%	41,42%	0,00%

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Tabla 16. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) por edad y clase de remuneración, ciudades colombianas 2001 (%)

	Dinero	Especie	Ambos
5-10 años	100,00%	0,00%	0,00%
11-15 años	77,25%	2,73%	20,02%
16-17 años	69,95%	0,00%	30,05%

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Las labores que realizan los niños y jóvenes está entonces ligado a la calidad de trabajo que realizan, tanto por el tipo de trabajos que realizan como por el pago que reciben. Adicionalmente, la Tabla 17 muestra que estos tipos de trabajos están también ligados a la asistencia escolar. De hecho, del total de niños que trabajan el sector agrícola, ninguno asiste a alguna entidad educativa. Mientras que en cualquiera de las otras categorías al menos 61% de los niños o jóvenes trabajan y asisten simultáneamente. Esto no implica que la situación del restante 30% en cada una de estas categorías, que está exclusivamente trabajando, no sea preocupante.

Tabla 17. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) y asistencia escolar por tipo de trabajo, ciudades colombianas 2001 (%)

	Trabajador agrícola	Comerciante y vendedor	Trabajador servicios	Otras
Asiste	0,00%	67,31%	61,06%	61,08%
No asiste	100,00%	32,69%	38,94%	38,92%

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

Por último, la caracterización de las familias de estos menores trabajadores difieren dependiendo de la actividad que realizan³⁹. Por ejemplo, la Tabla 18 muestra que el jefe del hogar, en los hogares donde los niños trabajan como comerciantes y vendedores, alcanza solamente 5,4 años educación en promedio. Mientras que en los hogares donde los niños trabajan en "otras actividades", la educación promedio del jefe del hogar alcanza 9,3 años. Asimismo, en los hogares para los cuales el jefe del hogar es hombre hay una mayoría de niños trabajando en el sector servicios (38%), seguidos de "comerciante y vendedor" (33%). Mientras que los hogares cuyo jefe es mujer la mayoría de los menores trabajan en "otras actividades" (36,6%), seguidos de trabajos en el sector servicios (32%).

Tabla 18. Trabajo infantil (niños entre 5 y 17 años) y características del hogar, ciudades colombianas 2001 (%)

	Educación del jefe	No. Personas	Jefe mujer	Jefe hombre
Trabajador agrícola	8,26	5,00	0,00%	7,68%
Comerciante y vendedor	5,44	4,96	31,26%	33,05%
Trabajador servicios	8,01	5,33	32,12%	38,29%
Otras	9,31	4,09	36,62%	20,98%

Fuente: Procesamiento propio de la ES-IV

En resumen:

- Actualmente existe una baja proporción de niños entre 5 y 11 años que trabajan. Sin embargo, por rangos de edad hay una clara tendencia al aumento, en la medida que los niños pasan a adolescentes
- De hecho, según al ECV-03 la proporción de adolescentes y jóvenes entre 12 y 17 años que trabaja aumenta significativamente con la edad. Además, no sólo existe una alta proporción de estos niños y jóvenes trabajando (casi 17% antes de los 16 años y 30% entre 17 y 18 años), sino que muchos de ellos quieren estar empleados aunque no tengan un trabajo actual
- Las cifras de las dos fuentes distintas aquí presentadas (ECV-03 y ES-IV) sugieren diferencias importantes a nivel rural-urbano y por rangos de edades de los menores

³⁹ A pesar de haber realizado las fabulaciones por quintiles de ingresos y gastos, éstas sufren de los mismos problemas de representatividad que reportaba la ECV-03 y por tanto se han omitido en este informe.

- La situación laboral de estos niños es además precaria, lo que puede ligarse a una violación de los derechos fundamentales de los niños. Pues son muy pocos los niños que reciben una remuneración a cambio de su trabajo, en particular si son menores de 11 años. En las ciudades colombianas se observa que a medida que los niños crecen, las formas de pago y trabajos que realizan varían. En particular los jóvenes de 16 a 17 años son quienes reciben pagos combinados en dinero y especie y quizás quienes realizan trabajos que demandan mayor esfuerzo físico, dentro de los niños trabajadores
- La mayoría de los menores de 11 años, tanto a nivel nacional como urbano, colaboran con las labores de sus padres. Sin embargo, muchos de ellos trabajan en la calle lo que no puede estar vinculado a un buen ambiente para el desarrollo psico-social de estos niños
- La calidad del empleo que los menores enfrentan también es bastante pobre. Menos del 5% de los niños entre 12 y 17 años tienen un contrato laboral, están protegidos en pensiones o contra riesgos profesionales. Asimismo, sus remuneraciones, para los que las tienen, son mucho más bajas que el equivalente a un salario mínimo legal vigente. Combinado con la evidencia arriba presentada refuerza la idea de incurrir en violaciones al derecho a la protección de los niños. Pues al realizar estos trabajos su salud, educación y/o desarrollo están probablemente poniéndose en peligro
- Las estadísticas por género de trabajo infantil combinado con las causas de trabajar y la no asistencia escolar, de la sección anterior, sugieren una preferencia en las familias colombianas (tanto urbanas como en el agregado nacional) para que sus niños hombres trabajen, en lugar de estudiar
- Esto puede explicarse por cuestiones de demanda laboral y/o por patrones de división del trabajo (entre oficios domésticos y trabajo remunerado) por género que se han perpetuado en la sociedad colombiana; bien sea por patrones sociales o por mayor productividad en cierto tipo de trabajos por género. Este punto es necesario de explorar al momento de diseñar un sistema de protección social, pues las diferencias en género pueden ser importantes al relacionar el trabajo infantil y la violación al derecho a la protección de niños y niñas
- Las razones para trabajar han variado en el tiempo, pero parecen siempre inclinarse hacia problemas económicos en el hogar, otro punto que resulta clave

al momento de diseñar un sistema de protección social que se proponga además proteger los derechos fundamentales de los niños

- De hecho, aunque no se presenta una tendencia clara entre los niveles de ingresos/gastos y el trabajo infantil, para los menores de 5 a 11 años en el país, los motivos reportados por los menores y la menor educación promedio de los jefes del hogar en hogares donde los niños trabajan, sugieren una relación entre problemas o choques económicos y trabajo infantil. Asimismo, es claro que los menores entre 12 y 17 años que trabajan en el país, según la ECV-03 y la ES-IV, existe una clara correlación entre el nivel de ingresos/gastos y el trabajo. Este punto también debe indagarse con mayor profundidad al momento del diseño de un sistema de protección social encaminado a reducir el trabajo infantil en Colombia.

IV. Salud

Esta sección incluye datos tabulados de diferentes encuestas como: la encuesta calidad de vida de 2003 (ECV-03) la Encuesta social de Fedesarrollo, Etapa VIII (ES-VIII) que corresponde a octubre de 2003 y las encuestas nacionales de demografía y salud (ENDS). La ES-VIII cubre las mismas cuatro ciudades incluidas en la ES-IV, arriba mencionadas. Mientras que las ENDS son representativas a nivel nacional y desde 1990 las ha implementando Profamilia, el aliado nacional de Macro-international, cada cinco años.

A. Mortalidad Infantil

Existen varios indicadores que capturan los niveles de salud en una población. Dentro de ellos se destacan las cifras de mortalidad, así como preguntas directas en encuestas que permiten conocer el acceso a servicios de salud o la incidencia/prevalencia de eventos relacionados con la salud. Es importante mencionar que las cifras de mortalidad en Colombia, provenientes de los registros vitales del DANE, sufren de sub-registro y éste es mayor en los primeros grupos de edad, como reiterativamente lo han mencionado varios autores (Florez, 2000; Florez y Mendez, 1997; Urdinola, 2004; OPS, 1998). Existen varios métodos demográficos que permiten corregir estos errores y producen una mejor aproximación a las tasas de mortalidad. Una estimación de este tipo se presenta en la Tabla 19, que corrige las tasas de mortalidad infantil para Colombia usando la versión Trussell del método de Brass (U.N., 1990). Este método usa las preguntas que se le hicieron a las mujeres en edad fértil (15 a 49 años), en fecundidad y supervivencia de sus hijos, de la ENDS-2000 y la ES-VIII. Esta tabla muestra niveles de sub-registro medio-altos en la mortalidad infantil, tal como otros autores lo han reportado. Así como los problemas de registro en las ciudades son menores, tal como lo mencionan otros autores.

Tabla 19. Mortalidad infantil (entre 0 y 12 meses). Estimaciones indirectas y registros vitales del DANE

Fuente	Año de Estimación	TMI Estimada*	TMI en Registros Vitales
DHS 2000	2000	30,6	24,7
Fedesarrollo 2003 (4 ciudades)	2003	21,1	19,9

Fuente: Cálculos propios ENDS-2000 y ES-VIII

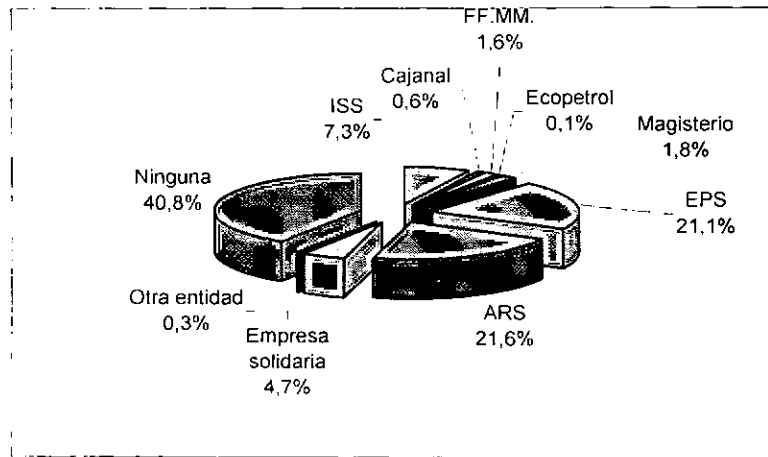
*La estimación corresponde a el método Brass versión Trussell de mortalidad infantil que difiere del método utilizado por Macro-international reportado en los informes de las ENDS.

Esta estimación permite resaltar la importancia de tener en cuenta las fallas en la información disponible y trabajar sobre medidas corregidas, cuando sea posible. Pues, tomar decisiones sobre medidas distorsionadas genera un mal diseño en las políticas o puede desfigurar la población objetivo de cualquier programa (i.e. las metas del milenio en mortalidad infantil), haciendo que quienes realmente necesiten el acceso a ciertos programas queden excluidos.

B. Prevención: Cobertura en Salud y Vacunación

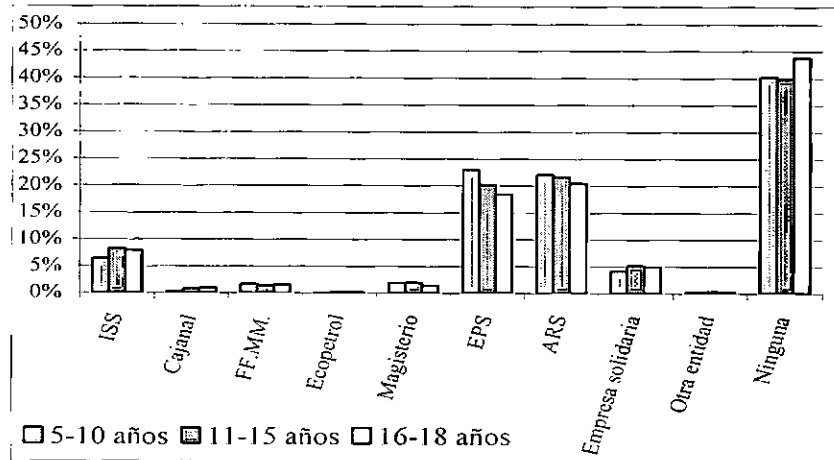
En cuanto a la cobertura en salud de los menores, las cifras de la ECV-03 muestran que Colombia está en deuda con sus niños y jóvenes en este tema. A pesar del avance que logró Colombia en la cobertura en salud de su población general, desde comienzos de los años 90, los niños y jóvenes son una fracción que ha permanecido excluida. La Gráfica 28 muestra que del total de menores de 18 años, 40,8% no está afiliado a ninguna entidad de salud. Al descomponer estas cifras por edades, la situación no mejora. Al menos 40% de los niños entre 5 y 10 años o entre 11 y 15 años no están cubiertos, mientras que de los jóvenes de 16 a 18 años 43,8% no están cubiertos (Gráfica 29). Esta situación es particularmente preocupante si se tiene en cuenta que las mayores necesidades en salud se encuentran en los extremos de la vida. En particular, la población de los grupos de edades más jóvenes tienen una mayor probabilidad de muerte e incidencia de enfermedades, muchas de ellas previsible, que el resto de la población. Ésto, combinado con las bajas tasas de cobertura en salud en Colombia, hace de los menores de 5 años una población particularmente vulnerable. Asimismo, la Gráfica 30 muestra que al interior de las familias no hay una preferencia por género entre cubrir los menores hombres o mujeres. El 40% de niños como niñas reporta no estar cubierto en salud, lo que hace a ambos géneros igualmente vulnerables.

Gráfica 28. Cobertura en salud, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



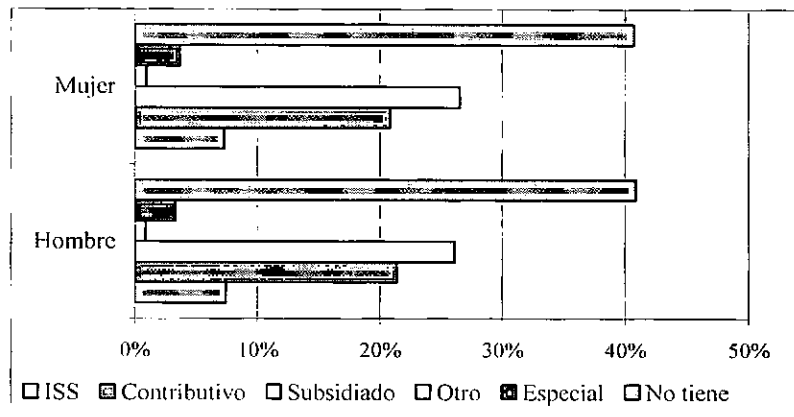
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 29. Cobertura en salud por edad, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 30. Cobertura en salud por género, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)

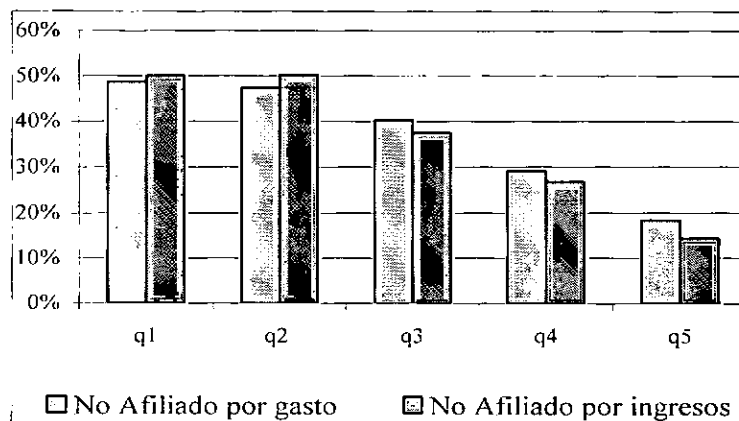


Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Si se tienen en cuenta las características del hogar, el tema de cobertura en salud muestra una clara correlación con los niveles de ingresos y gastos de los hogares. Las Gráficas 27 a 29 muestran una dramática reducción en la proporción de niños y jóvenes no cubiertos por salud a medida que los quintiles o deciles de ingresos/gastos se incrementan. Mientras que en los niveles más bajos de ingresos o gastos más del 50% no está cubierto, en los niveles más altos de ingresos o gastos algo menos del 19% no está cubierto en salud. Sin embargo, intuitivamente se esperaría que los niños de los niveles de ingresos y gastos estuvieran todos cubiertos, y la realidad es distinta.

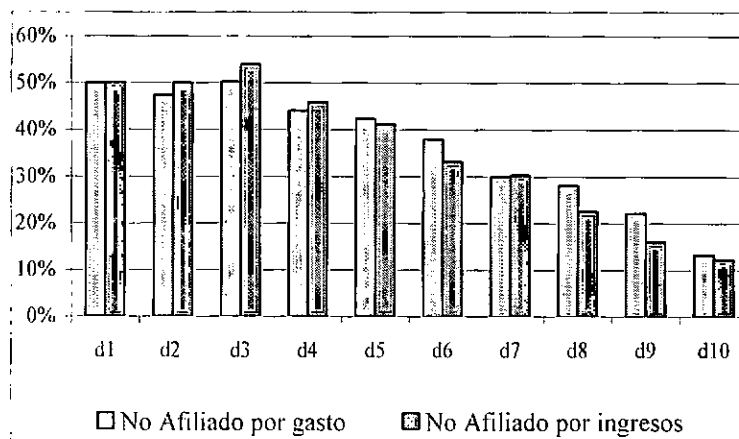
Asimismo, a medida que el nivel de nuevo-Sisben incrementa también crece el número de menores afiliados en salud, que pasa de 45% en Sisben-1 a 93,27% en Sisben-5. Sin embargo, es importante tener en cuenta las diferencias en cobertura entre el régimen contributivo o subsidiado y los niveles de ingresos o gastos, para aquellos menores que están cubiertos. Las gráficas 30 a 32 muestran dichas diferencias. En general se presenta la tendencia esperada, aunque no deja de sorprender la existencia de niños y jóvenes recibiendo subsidios en salud en los deciles o quintiles más altos de ingresos/gastos. Esto es preocupante si se tienen en cuenta las deficiencias ya mencionadas en cobertura para los menores. Por ejemplo, mientras la proporción de niños en régimen contributivo en el quintil-1 de ingresos o gastos no pasa del 7%, la mitad de los menores en el último quintil están cubiertos por régimen contributivo. Sin embargo, estas gráficas muestran 11% de niños en el quintil-4 y 4% de niños del quintil-5 cubiertos bajo régimen subsidiado; datos similares se presentan en los tres deciles más altos. Una tendencia semejante se observa con el nuevo Sisben, pero con las fallas de distribución concentradas en los niveles medios de Sisben, en lugar de los niveles más altos. De hecho, mientras sólo 2% de los niños en Sisben-1 están cubiertos con régimen contributivo, 70,5% de los niños en Sisben-6 lo están y menos del 1% de los niños en Sisben-5 y Sisben-6 se reportan cubiertos por el régimen subsidiado. Sin embargo, 14% y 11% de los niños en Sisben-3 y Sisben-4 están cubiertos por régimen subsidiado, respectivamente, cuando no deberían estarlo. Vale la pena, en un futuro, indagar sobre las razones por las cuáles estas familias están haciendo uso de estos subsidios, ya que pueden responder a choques económicos transitorios del hogar o simplemente a un problema de control sobre estos subsidios. Pero, sobretodo, sería importante conocer si estos niños y jóvenes verían afectada su cobertura en salud si se les obliga a hacer parte del régimen contributivo.

Gráfica 31. Cobertura en salud por quintiles de ingresos y gastos, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



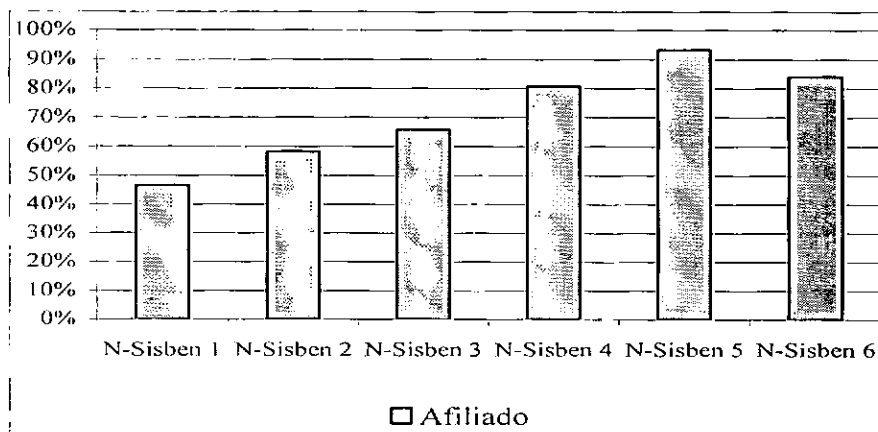
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

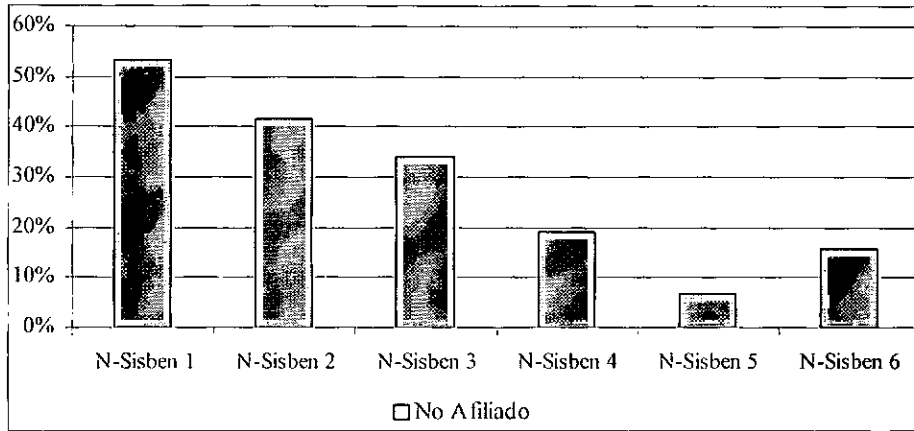
Gráfica 32. Cobertura en salud por deciles de ingresos y gastos, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

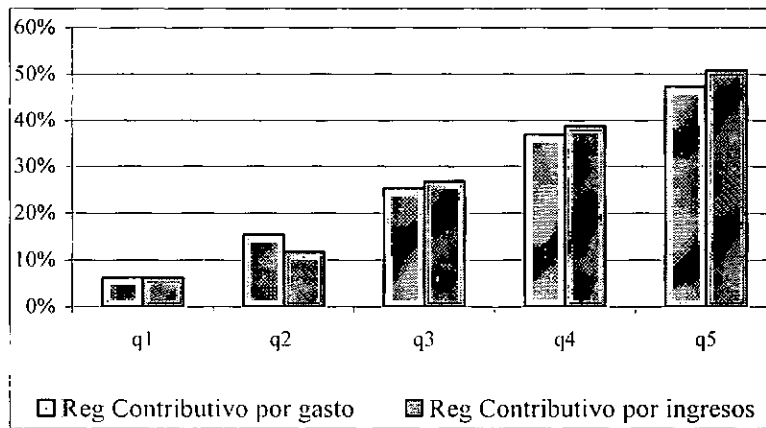
Gráfica 33. Cobertura en salud por nuevo Sisben, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)





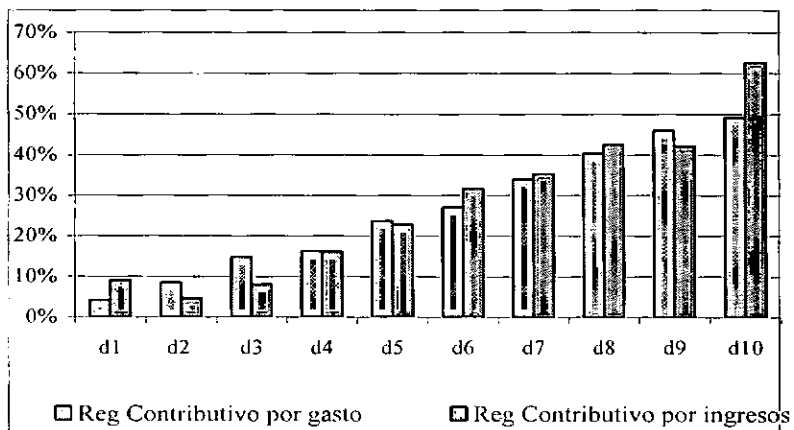
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 34. Cobertura en salud según régimen por quintiles de ingresos y gastos, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



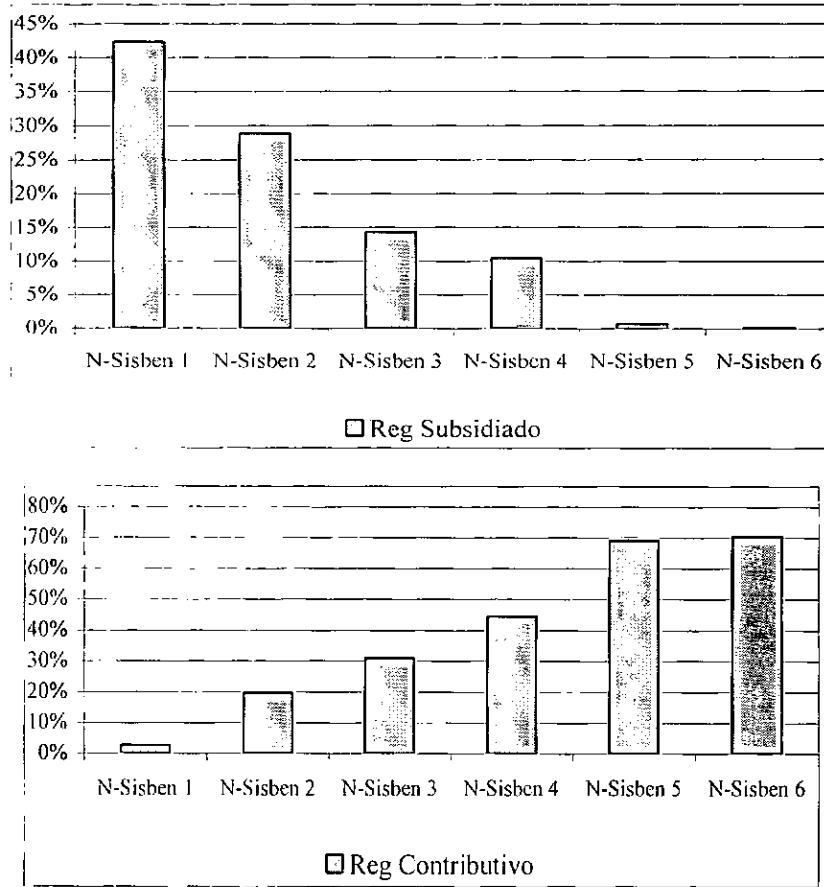
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 35. Cobertura en salud según régimen por deciles de ingresos y gastos, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 36. Cobertura en salud según régimen por nuevo Sisben, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

La Tabla 20 muestra que la educación del jefe del hogar es en años promedio mucho menor en aquellos hogares donde los niños no están cubiertos (5 años), o donde están cubiertos por el régimen subsidiado (4,3 años), frente al resto de los hogares cuyos años promedio de educación son por lo menos 8,7 años. Asimismo, sorprende que el tamaño del hogar es en promedio mucho más alto para aquellos hogares que tienen sus hijos registrados en el régimen subsidiado (5,8 miembros), que en los hogares donde los menores no están cubiertos en salud (4,9 miembros) o que están cubiertos por cualquier otro régimen (por lo menos 4,8 miembros). Además, sobresalen diferencias en cobertura por género del jefe del hogar, mas no en afiliación por tipo de régimen. Esta tabla muestra que de los hogares cuyos jefes de hogar son mujeres 43% de los niños no están cubiertos, frente a 40% de aquellos hogares cuyos jefes son hombres.

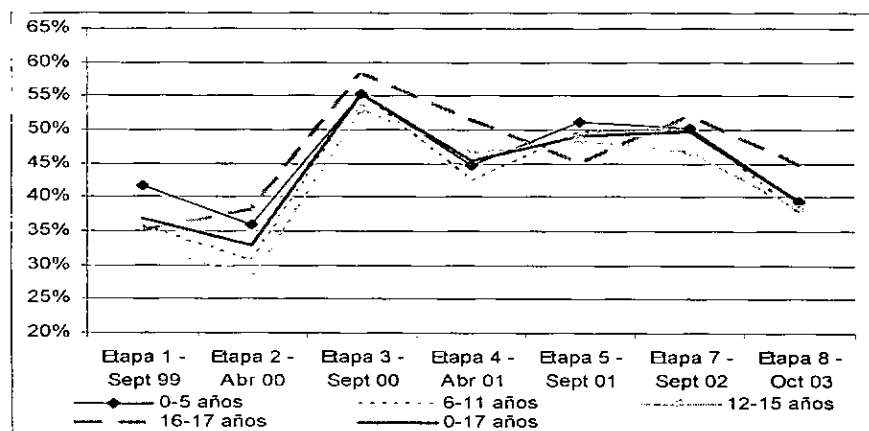
Tabla 20. Cobertura en salud según régimen por características del hogar, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)

	Años de educación del jefe	Personas promedio por hogar	Jefe Mujer	Jefe Hombre
ISS	8,781	4,943	7,31%	7,37%
Contributivo	8,762	4,904	19,76%	21,63%
Subsidiado	4,287	5,809	25,82%	26,55%
Otro	9,361	4,826	0,78%	0,98%
Especial	11,082	4,862	3,10%	3,66%
No tiene	4,926	4,862	43,23%	39,82%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Desafortunadamente, no existen otras fuentes de información periódica que permitan ver la evolución reciente de la cobertura en salud para los niños en el país. Por esto, la Gráfica 37 nos muestra la proporción de niños cubiertos en salud en las cuatro ciudades incluidas en las diferentes Encuestas Sociales de Fedesarrollo. Allí, se corrobora la información de la ECV-03, las tasas de cobertura en salud de los menores de edad en el nuevo milenio no alcanzan el 50% en las ciudades colombianas, a pesar de presentarse un incremento importante en el año 2000. Asimismo, se muestra una seria caída en la proporciones de cobertura para todos los menores entre 2002 y 2003, y para cada uno de los sub-grupos de edad. Aunque no hay una clara tendencia por sub-grupo de edad, los niños entre 12 y 15 años parecen ser siempre los que cuentan con menor protección en el sistema de salud, mientras que los que están entre 16 y 17 años parecen alcanzar las tasas más altas, sin llegar éstas a ser muy halagadoras (el máximo es 58,19% en septiembre de 2000).

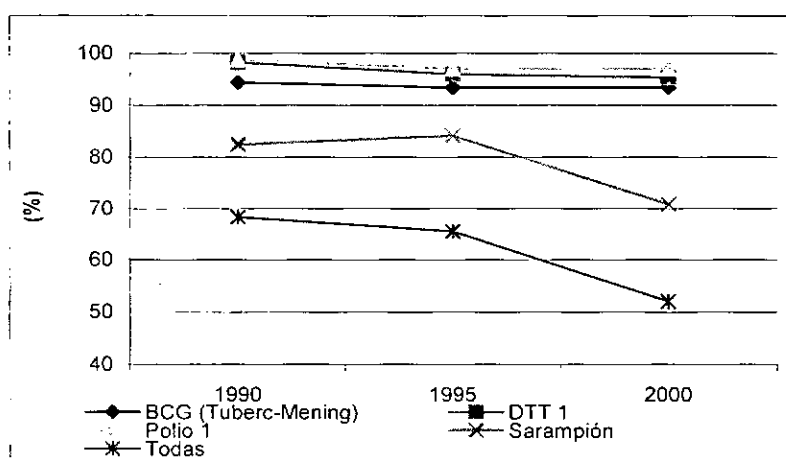
Gráfica 37. Proporción de niños afiliados a salud en las ciudades colombianas, 1999-2003



Fuente: Procesamiento propio de las ES-Fedesarrollo

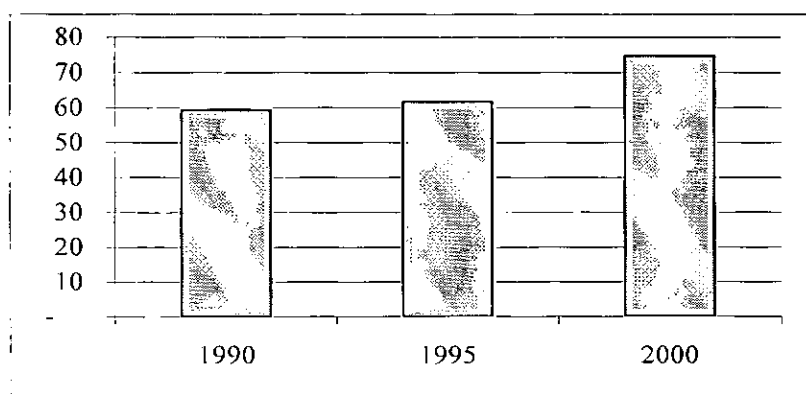
En cuanto a la cobertura en vacunación para Colombia la situación hasta el año 2000 resulta preocupante, como lo reportan las ENDS. La Gráfica 38 muestra una tendencia creciente en la proporción de niños vacunados de todas y cada una de las vacunas aquí presentadas. Aunque en la gráfica solamente se presenta la primera dosis de las vacunas polio y DTT, la categoría "todas" incluye todas las dosis de todas las vacunas. De manera que es evidente el retroceso que sufrió Colombia en la década de los noventa en materia de vacunación: la proporción de menores vacunados pasó de 68,3% en 1990 a 52% en 2000.

Gráfica 38. Proporción de niños menores de 2 años vacunados en Colombia 1990-2000



Fuente: Tabulados ENDS: 1990, 1995 y 2000

Gráfica 39. Proporción de niños menores de 2 años con carné de vacunación en Colombia 1990-2000

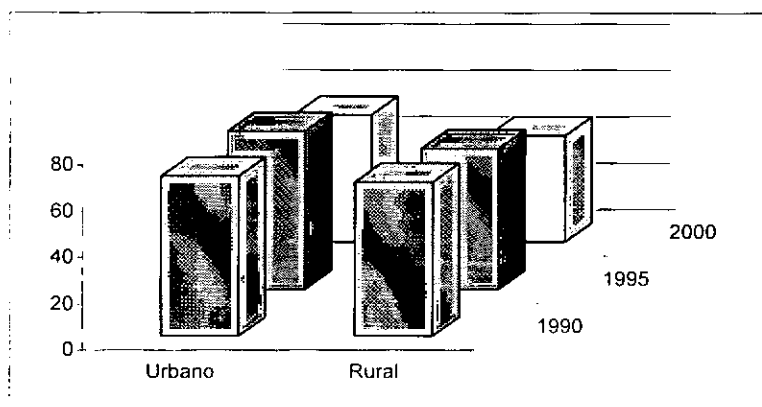


Fuente: Tabulados ENDS: 1990, 1995 y 2000

Aunque la información de las ENDS no permite conocer con exactitud las razones de esta sustancial caída en vacunación, varias preguntas de las encuestas pueden dar luces en el tema. Primero, a las madres entrevistadas se les preguntó si sus hijos tenían carné

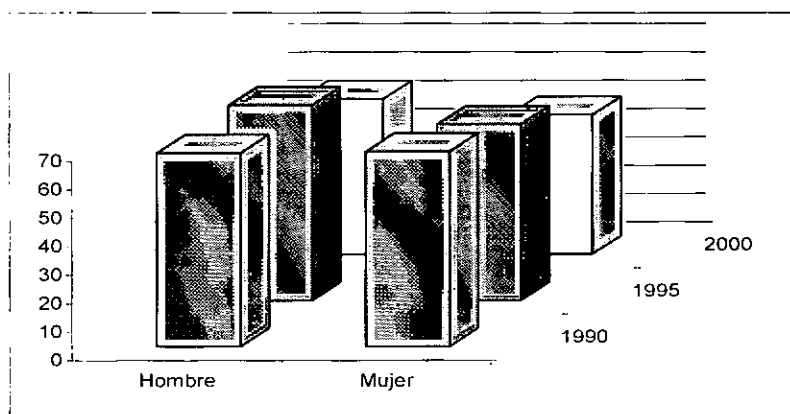
de vacunación. La Gráfica 39 muestra una tendencia creciente de niños con carné, hasta llegar a casi tres cuartos de los niños con carné en el año 2000. Ésto permite especular sobre la probabilidad que la caída en las tasas de vacunación no está ligada a la falta de información de las madres. Asimismo, las gráficas 35 a 37 muestran que esa caída tampoco ha estado asociada únicamente a las regiones rurales. De hecho entre 1990 y 2000 tanto las zonas urbanas como rurales experimentaron una caída importante en la proporción de niños vacunados. Esta caída fue de 15 puntos porcentuales en las zonas urbanas y de casi 20 puntos porcentuales en las zonas rurales, alcanzando apenas a un 56% de los niños con todas las vacunas en las zonas urbanas y 46% en las zonas rurales para el año 2000. Sin embargo, resulta sorprendente que la caída en la proporción de niñas vacunadas ha sido mayor que la de los niños. Para el año 1990 había un 68% tanto de niños como de niñas con todas las vacunas, mientras que para el año 2000 estas proporciones habían caído a 54,7% para los niños y 49,1% para las niñas. Este hecho podría relacionarse con preferencias de género al interior de las familias colombianas. Pues, aparentemente, pareciera que las familias prefieren invertir en la salud de sus hijos varones más que en la de sus hijas mujeres. Adicionalmente, por educación de la madre aunque se observa una caída en todos los niveles, ésta resulta menos dramática a media que la mujer tiene mayor educación. La proporción de niños cuyas madres no tienen educación pasó de 61,7% en 1990 a 26,7% en 2000; mientras que los hijos de las mujeres con secundaria o más años educación pasaron de 67,7% a 56,6%. Esto deja en claro que para 1990 la proporción de niños vacunados era casi la misma sin importar los niveles de educación que la madre alcanzaba, pero que la caída ha sido más drástica para los niños de mujeres sin educación, a pesar que las mujeres en Colombia han aumentado los años promedio educación en el mismo periodo, según esta misma encuesta.

Gráfica 40. Proporción de niños menores de 2 años con todas las vacunas por áreas, Colombia 1990-2000



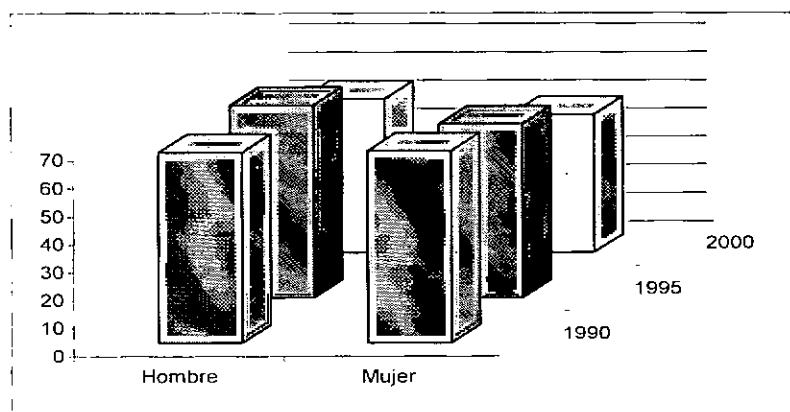
Fuente: Tabulados ENDS: 1990, 1995 y 2000

Gráfica 41. Proporción de niños menores de 2 años con todas las vacunas por género, Colombia 1990-2000



Fuente: Tabulados ENDS: 1990, 1995 y 2000

Gráfica 42. Proporción de niños menores de 2 años con todas las vacunas por educación de la madre, Colombia 1990-2000



Fuente: Tabulados ENDS: 1990, 1995 y 2000

En resumen:

- Colombia está en deuda con sus niños y jóvenes en materia de salud preventiva: la cobertura en salud de los menores no supera el 60%, aún en los niños entre 5 y 11 años, quienes son más vulnerables a enfermedades dentro de los menores incluidos en este informe. Asimismo, la evolución reciente de la cobertura en salud para las ciudades colombianas tampoco es halagadora. Si bien se han reportado avances, estos han sido escasamente moderados, como lo muestran las Encuestas Sociales de Fedesarrollo. Siendo los derechos a la salud y a la supervivencia y desarrollo fundamentales dentro de la convención de los derechos de los niños, el país se encuentra ante una compleja situación que demanda acciones agresivas e inmediatas. Por ende, un sistema de protección social que incluya a niños y jóvenes debe incluir este punto como uno de los fundamentales
- Estas fallas en la cobertura están altamente relacionadas con los niveles de ingresos de las familias, lo que se refleja no sólo en los niveles de ingresos/gastos de las familias, sino que también es muy claro en la educación promedio de los jefes y el tamaño de los hogares. Este hecho refuerza la implementación de un sistema de protección social que cubra en salud a los grupos más pobres. Aunque también sorprenden las altas tasas de menores no cubiertos en los grupos de ingresos más altos (19% en el quintil-5) y sería interesante conocer las causas de este hecho
- Sobresale también la cantidad de menores cubiertos por el sistema subsidiado en hogares con ingresos tales que sus niños deberían pertenecer al régimen contributivo. Ésto también sugiere que el diseño de un sistema de protección social debe indagar a estos hogares la razón de estar utilizando subsidios en salud y diagnosticar si la ausencia de los mismos haría que la situación de salud empeore para estas familias. En caso contrario, habría que reestructurar el sistema de subsidios para que cubra, entonces, a quienes más lo necesitan
- Asimismo, las cifras de vacunación hasta el año 2000 son preocupantes en Colombia, siendo los menores que viven en zonas rurales o los hijos de mujeres menos educadas los más afectados. Es importante reconocer que el gobierno ha hecho un esfuerzo por mejorar estas debilidades en los años recientes. Sin embargo, además de las cifras del PAI todavía no se cuentan con cifras de una

muestra aleatoria para el país, pues la próxima ENDS estará disponible a finales del año en curso, lo que no permite conocer de manera objetiva los avances en esta materia

- Además, el hecho que esta reducción se haya presentado en zonas urbanas y rurales y para los hijos de mujeres de diferentes niveles de educación implica un plan lo suficientemente agresivo como para ampliar la cobertura a todo nivel y en todas las regiones. Sorprende la aparente preferencia por género en este tema hacia los niños varones. Este punto también sería importante de indagar al momento de diseñar una política relacionada con vulnerabilidad y que mantenga el derecho a la igualdad de niños y niñas en el país
- En particular, se hace imperativo conocer las razones de esta caída sustancial en las tasas de vacunación. Las cifras aquí presentadas permiten ver indicios de alguna de las razones, pero de ninguna manera reportan las causas de esta caída. Si esta caída en la vacunación está de alguna forma relacionada con choques económicos negativos que experimentan las familias, éste sería un punto muy importante en el diseño un sistema protección social

C. Hechos en Salud

1. Estado General de Salud

Dado que las preguntas de auto-reporte de salud (“su estado de salud es: bueno, malo, regular”) tienen una alta correlación con los ingresos del entrevistado, la pregunta con la cual se hace el siguiente análisis es “durante los últimos 30 días tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?” de la ECV-03. La Tabla 21 muestra que del total de los menores entre 5 y 18 años un 8,68% había padecido algún problema de salud en los últimos 30 días, y de éstos la mayoría son niñas y adolescentes mujeres (53%).

Tabla 21. Estado de salud por género, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)

	Enfermo	No Enfermo
Hombre	8,22%	91,78%
Mujer	9,13%	90,87%
Total	8,68%	91,32%
	Enfermo	No Enfermo
Hombre	47,20%	50,10%
Mujer	52,80%	49,90%

Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

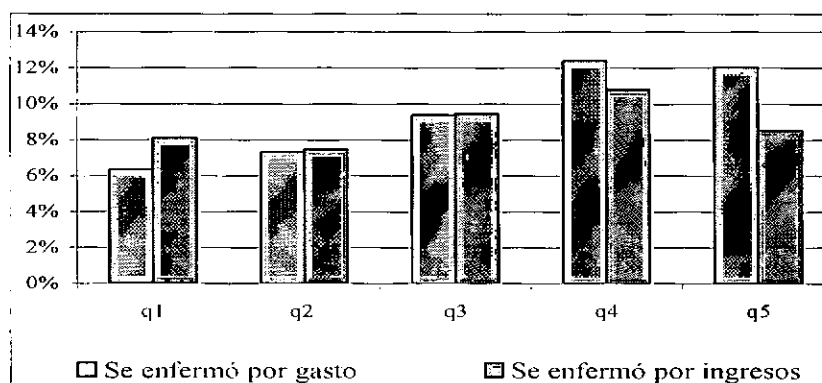
Dentro del total de menores que padecieron algún problema de salud, la mayoría viven en hogares con niveles de ingresos o gastos muy bajos, tal como lo muestran las gráficas 38 a 40. De hecho, el primer quintil de ingresos o gastos acumula un cuarto de los niños que vieron su salud afectada, mientras que en el quintil-5 hay 13% de estos niños. Algo similar sucede cuando la distribución de los hogares de sus niños se hace por deciles de ingresos o gastos. Los tres primeros deciles acumulan un tercio de los niños que vieron su salud afectada, mientras que los tres deciles más altos suman menos del 22% de estos niños. Sin embargo, es importante anotar que por niveles Sisben la proporción de niños que ven su salud afectada crece notoriamente de Sisben-1 (20%) a Sisben-2 (34%) y Sisben-3 (38%) y casi no se reportan casos en los últimos dos niveles. Esto puede estar relacionado con la baja capacidad de los padres de los niveles más bajos de ingresos de reconocer cuándo sus hijos están enfermos, mas que con la incidencia de las enfermedades per se. Otras características del hogar, reportadas en la Tabla 22, muestra que ni los años educación promedio del jefe del hogar, ni el tamaño del hogar varía sustancialmente en los hogares que reportan tener menores enfermos frente a aquellos que no los tienen. Finalmente, hay una pequeña diferencia de tres puntos porcentuales en la proporción de niños que se han enfermado en los hogares cuyo jefe de hogar es mujer (10,5%) frente a los hogares cuyo jefe es hombre (7,9%).

Tabla 22. Estado de salud por características del hogar, Colombia 2003 (%)

	Años de educación del jefe	Personas promedio por hogar	Jefe mujer	Jefe hombre
Enfermo	6,76	5,13	10,45%	7,94%
No enfermo	6,04	5,53	89,55%	92,06%

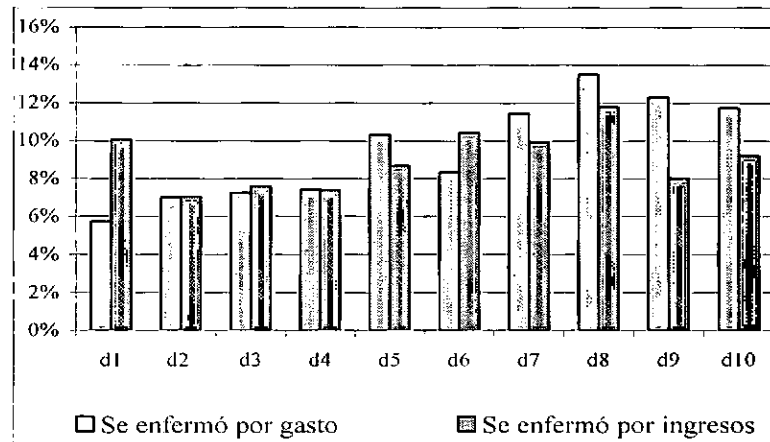
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 43. Estado de salud por quintiles de ingresos y gastos, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



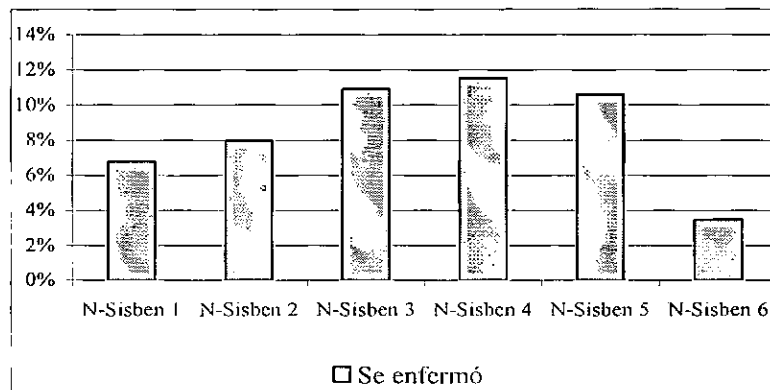
Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 44. Estado de salud por deciles de ingresos y gastos, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

Gráfica 45. Estado de salud por niveles de nuevo Sisben, niños entre 5 y 17 años, Colombia 2003 (%)



Fuente: Procesamiento propio de la ECV-03

En resumen:

- El estado de salud de los niños y niñas es casi el mismo, según la ECV-03. Sin embargo, que haya una proporción ligeramente mayor de niñas enfermas que niños puede reforzar un sesgo por género en la inversión en salud que hacen las familias colombianas, tal como se encontró anteriormente con las tasas de vacunación. Pues, la salud de las mujeres es desde la concepción superior a la de los hombres y por tanto es de esperarse que haya una mayor proporción de niños enfermos que niñas
- Esta sección reporta una clara relación entre niveles de ingresos o gastos y una menor salud. Esto, combinado con los datos presentados en la sección de salud preventiva permiten dilucidar a los segmentos menos favorecidos de la

población como los más necesitados de los servicios de salud. En un futuro vale la pena indagar más sobre este punto, al momento de diseñar un sistema de protección social y que incorpore el derecho fundamental de los niños, pues es deber del Estado hacer énfasis en la prestación de atención primaria y preventiva de la salud infantil

2. Estado Nutricional de la Población

En Colombia son pocas las encuestas que tienen información antropométrica y que además permiten ver la evolución nutricional de los menores y la población en general, a pesar de los efectos vitalicios que implica la desnutrición. Por el momento, la única encuesta a nivel nacional que ha recolectado información de talla y peso de las mujeres y de sus hijos nacidos en los años inmediatamente anteriores es la ENDS. Con esta información se puede estimar la proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer (BPN), que equivale a aquellos niños nacidos vivos con pesando 2.500 gramos o menos. La Tabla 23 muestra proporciones moderadas de bebés que han nacido con BPN y además que esta proporción cae dramáticamente para 1999. Sin embargo, es importante leer cautelosamente estos resultados. Pues la información de la muestra registrada está diseñada para que sea representativa de las mujeres colombianas en edad fértil y por ende la información de nacimientos *con medidas de peso al nacer* puede o no ser representativo del total de nacimientos en Colombia por año.

Tabla 23. Proporción de recién nacidos con bajo peso al nacer, Colombia 1996-1999

	Nacimientos DHS*	% Nacidos con BPN
1996-99	3,757	7.69%
1996	923	8.13%
1997	921	8.03%
1998	922	8.35%
1999	991	6.36%

*Nacidos vivos que reportan peso al nacer

Fuente: Procesamiento propio de la ENDS-2000

De otro lado, la información antropométrica recolectada en la ENDS permite construir las tablas 21 a 23 que muestran la prevalencia en desnutrición de los menores de cinco años por residencia, sexo del niño y educación de la madre, respectivamente. Es importante tener en cuenta que el estado de salud y el crecimiento físico están influenciados por una larga serie de factores que van desde los aspectos genéticos hasta factores ambientales, pasando por los socioeconómicos. La información de desnutrición

presentada en las tablas anteriormente mencionadas sigue los patrones recomendados por la organización mundial de la salud (OMS). De manera que el punto de corte para definir la prevalencia de desnutrición total es de 2 o menos desviaciones estándar (DE), mientras que la desnutrición severa se considera igual o menor a 3 desviaciones estándar.

Siguiendo esta clasificación, las tablas 24 a 26 muestran prevalencia de desnutrición y desnutrición severa medida de tres formas: (1) desnutrición crónica o retardo en el crecimiento, que se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y género; (2) desnutrición actual que correspondan bajo peso del niño en función del peso esperada para su talla y género, sin tener en cuenta la edad; (3) desnutrición global que examina solamente del peso para la edad.

Tabla 24. Prevalencia y severidad nutricional de los menores de 5 años por área, Colombia 1995-2000 (%)

	Desnutrición crónica		Desnutrición actual		Desnutrición global	
	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3
2000						
Urbano	1.6	8.1	0.1	0.6	0.6	4.8
Rural	3.2	16.5	0.0	1.4	1.2	7.0
Total	2.1	10.5	0.0	0.8	0.7	5.4
1995						
Urbano	1.2	8.2	0.1	0.9	0.4	5.8
Rural	2.9	13.5	0.6	1.9	1.0	10.9
Total	1.7	9.9	0.2	1.2	0.6	7.4

Fuente: Tabulados ENDS: 1995 y 2000

Tabla 25. Prevalencia y severidad nutricional de los menores de 5 años por género, Colombia 1995-2000 (%)

	Desnutrición crónica		Desnutrición actual		Desnutrición global	
	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3
2000						
Hombres	1.6	10.5	0.1	0.7	0.7	4.8
Mujeres	2.5	10.4	0.0	1.0	0.8	6.0
1995						
Hombres	1.9	11.5	0.3	1.3	0.8	8.5
Mujeres	1.6	8.1	0.2	1.1	0.5	6.3

Fuente: Tabulados ENDS: 1995 y 2000

Tabla 26. Prevalencia y severidad nutricional de los menores de 5 años por género, Colombia 1995-2000 (%)

	Desnutrición crónica		Desnutrición actual		Desnutrición global	
	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3	-3 DE o mas	<=-2 DE a >-3
	2000					
Ninguna	2.9	23.7	0.0	1.9	2.9	8.7
Primaria	3.6	14.7	0.0	0.7	1.3	7.2
Secundaria o más	1.1	7.5	0.1	0.9	0.3	4.2
	1995					
Ninguna	2.2	21.6	0.0	1.9	2.1	13.1
Primaria	3.1	12.8	0.3	1.5	0.9	10.8
Secundaria o más	0.9	7.2	0.2	1.0	0.4	4.9

Fuente: Tabulados ENDS: 1995 y 2000

De manera que la Tabla 24 muestra que la prevalencia de desnutrición crónica y global es mayor en las zonas rurales que en las urbanas, tanto en 1995 como en el año 2000. Preocupantemente, tanto la prevalencia como la severidad de la desnutrición crónica ha aumentado entre 1995 y 2000, mientras que de la desnutrición global sólo la severa ha aumentado y la prevalencia cayó. El único tipo de desnutrición que presenta una disminución en la prevalencia y severidad en los cinco años del período es la desnutrición actual. Aunque es normal encontrar que este índice sea el que reportan menor incidencia, en parte porque refleja la inercia en el peso ante circunstancias adversas que pueden haber afectado la talla, resultando en niños de baja estatura y aparentemente buen peso, pero que al excluir la edad tiende a sesgar los resultados hacia arriba.

Paralelamente, las tablas 25 y 26 muestran el estado de la desnutrición en los niños menores de cinco años por género y educación de la madre, respectivamente. La primera tabla muestra que la prevalencia desnutrición actual y global cayó en niveles importantes tanto para las niñas como para los niños, mientras que la prevalencia desnutrición crónica sólo cayó para los niños. Asimismo, la severidad de la desnutrición global y crónica aumentó para las niñas, mas no para los niños. Estos indicadores por género refuerzan varios de los hechos en salud presentados arriba. Pareciera que los hogares colombianos tuvieron un sesgo por género al momento invertir en la salud de sus hijos. De ser así esto sería un hecho clave para estudiar al momento de diseñar cualquier programa que esté relacionado con la salud de los niños y niñas del país.

Finalmente, los datos de desnutrición según educación de la madre reportan lo esperado. La prevalencia de la desnutrición crónica, actual o global disminuye dramáticamente a

medida que la educación de la madre incrementa, tanto en 1995 como en 2000. Sin embargo, aunque la prevalencia de desnutrición actual y global cae para cada una de los grupos de educación entre 1995 y 2000, la prevalencia de la desnutrición crónica aumenta sin importar el grado educación de la madre. Pero, es evidente que el aumento es mucho mayor a media que las mujeres tienen menos educación. La severidad, por su parte, muestra los resultados esperados para la desnutrición crónica o desnutrición global, sin embargo en la desnutrición actual muestra resultados completamente inesperados, que pueden deberse a las fallas inherentes de este índice como se explicó anteriormente.

En resumen:

- Es importante recolectar más medidas antropométricas que permitan conocer el estado de la desnutrición en Colombia, en encuestas aleatorias cuyas muestras sean claramente la población infanto-juvenil
- Con la información disponible hasta el momento, de las ENDS, se sabe que la prevalencia de la desnutrición actual y global ha mejorado en Colombia entre 1995 y 2000, mas no la prevalencia y severidad de la desnutrición crónica, que ha empeorado para el mismo periodo
- Asimismo, es importante reconocer que la severidad de la desnutrición crónica afecta más a los niños que vienen zonas rurales, hijos de madres menos educadas y a las niñas. Estos tres puntos son relevantes y merecen una mayor estudio al momento diseñar algún programa que intente contrarrestar los efectos adversos de la desnutrición, en la población más vulnerable y que busque proteger la supervivencia y sobretodo el desarrollo de los niños y niñas en Colombia, tal como dicta la convención de los derechos de los niños.

V. Comentarios

Tal como se planteó en la revisión de literatura, el diseño de un sistema de protección social que vincule a niños, jóvenes y sus familias necesita de un cuidadoso estudio empírico que establezca quiénes son los niños y jóvenes vulnerables, cuáles son sus principales necesidades y en qué medida se están violando sus derechos, con miras a proponer programas que ayuden a resolver estos problemas. Igualmente, debe mantenerse un monitoreo continuo de estas cifras que permitan ver la evolución de los problemas detectados en dicho estudio cuidadoso y, por su puesto, una evaluación del impacto de cada uno de los programas diseñados para tal fin.

Para comenzar, Colombia debe pensar en el diseño de estudios, encuestas o ampliación de encuestas ya existentes que permitan tener estas mediciones y que estén dirigidas particularmente a la población de menores a nivel nacional. Idealmente, estas medidas deberían poder desagregarse a nivel geográfico, siendo la caracterización rural-urbana el mínimo requerido para tal fin.

De igual manera, aunque existen fuentes recientes que permiten estudiar varios de los problemas básicos que enfrenta esta población, tal como se mostró en este informe, es necesario ahondar en diferentes problemas vinculados a los derechos de los niños y el diseño de un sistema de protección social dirigido a esta población. Entre ellos se destacan la falta de información en temas como el trabajo infantil y la explotación de menores de cualquier tipo, que hasta el momento es muy limitada. Asimismo, han sido escasos los esfuerzos en la medición del estado nutricional de los menores de edad y de las madres gestantes, a pesar de ser uno de los temas que mayor interés despierta en las instituciones gubernamentales y el público en general.

Por último, antes de diseñar un sistema de protección social encaminado a proteger los derechos de los niños es importante conocer las relaciones de poder que existen entre padres e hijos en las familias colombianas. Esto con el fin de conocer las posibles externalidades que pueden tener las ayudas otorgadas por un SPS a los padres sobre el comportamiento o los resultados sociales de sus hijos o viceversa, e incluso los efectos que pueden haber entre hermanos al introducir un SPS.

Referencias

- Allen, Lindsay H. y Gillespie, Stuart R., What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions, United Nations y Asian Development Bank, Manila, 2001
- Beaton GH, McCabe GP, Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anaemia in developing countries: an analysis of experience. Ottawa: Micronutrient Initiative, 1999
- Beaton GH, Martorell R, Aronson KJ. Effectiveness of vitamin A supplementation in the control of young childhood morbidity and mortality in developing countries. State-of-the-Art Series Nutrition Policy Discussion Paper No. 13. Geneva: ACC/SCN, 1993
- Cao XY, Jiang XM, Kareem A, Dou ZH, Rakeman MA, Zhang ML, Ma T, O'Donnell K, DeLong N, DeLong GR. Iodination of irrigation water as a method of supplying iodine to severely iodine-deficient population in Xinjiang, China. The Lancet 344: 107-110, 1994
- Ceesay SM, Prentice AM, Cole TJ, Foord F, Weaver LT, Poskitt EM, Whitehead RG, Effects on birth weight and perinatal mortality of maternal dietary supplements in rural Gambia: 5-year randomised controlled trial. British Medical Journal 315: 786-790, 1997
- Céspedes, Beatriz, Unicef frente al trabajo infantil y juvenil. Una mirada desde la Convención de los Derechos del Niño, Un nuevo siglo sin trabajo infantil. Memorias - Seminario Latinoamericano, ICBF, Bogotá, 1998
- Christian P, West KP Jr, Khatry SK, Katz J, Shrestha SR, Pradhan EK, LeClerq SC, Pokhrel RP, Night blindness of pregnancy in rural Nepal-nutritional and health risks. International Journal of Epidemiology 27: 231-237, 1998
- Draper A., Child Development and Iron Deficiency: the Oxford Brief. Washington DC: USAID, Opportunities for Micronutrient Interventions and Partnership for Child Development. Nutrition. 64: 368-374, 1997
- Evans, Judith L., Ed.D., Myers, Robert, Ph.D. y Ilfeld, Ellen M., D.A., Early Childhood Counts. A Programming Guide on Early Childhood Care for Development, World Bank, 2000
- Florez, C.E., Las Transformaciones Sociodemográficas en Colombia Durante el Siglo XX. Banco de la Republica, Bogotá, 2000
- Florez, C. E., and Mendez, R., La Cobertura de las Defunciones en 1993. Reporte Final para el Ministerio de Salud, Bogotá, 1997.
- Frisancho AR, Matos J, Leonard WR and Yaroch LA, Developmental and nutritional determinants of pregnancy outcome among teenagers, American Journal of Physical Anthropology 66: 247-261, 1985

Gülmezoglu M, de Onis M, Villar J, Effectiveness of interventions to prevent or treat impaired fetal growth. Obstetrical Gynecological Survey 52: 139-49, 1997

Henaó, Marta Luz, Ortiz, Ariane y Ayala, Ulpiano, Consultoria para la focalización, cobertura y efectividad de la red de protección social en Colombia - informe preliminar: ICBF y SENA, Informe presentado por Fedesarrollo al Banco Interamericano de Desarrollo y al Banco Mundial, Bogotá, Octubre 20 del 2000

Huston, A. C. Reforms and child development. Future of Children, 12 (1): 59-78, 2002

Jalal F, Nesheim MC, Agus Z, Sanjur D, Habicht J-P, Serum retinol levels in children are affected by food sources of beta-carotene, fat intake, and anti-helminthic drug treatment. Ithaca, New York: Division of Nutritional Sciences, Cornell University, 1997

Kirpal, Simone, Communities Can Make a Difference: Five Cases Across Continents, From Early Child Development to Human Development, World Bank, 2002

Kramer MS, Balanced protein/energy supplementation in pregnancy. Oxford, UK: The Cochrane Library, 1999

Layrisse M, Chaves JF, Mendez-Castellano H, Bosch V, Tropper E, Bastardo B, Gonzalez E, Early response to the effect of iron fortification in a Venezuelan population. American Journal of Clinical Nutrition 64: 903-907, 1996

Mannar V, Regional Approaches for Fortification of Staples and Complementary Foods. Paper prepared for the Asian Development Bank IFPRI Report Technical Assistance Project (RETA) 5824. Nutrition Trends, Policies and Strategies in Asia and the Pacific. Washington DC: International Food Policy Research Institute, 2001

Myers, Robert y de San Jorge, Xóchitl, Childcare and Early Education Services in Low-Income Communities in Mexico City: Patterns of Use, Availability and Choice, Publicación del Department of Human Development, World Bank, 1999

Núñez, Jairo y Espinosa, Silvia, Asistencia Social en Colombia. Diagnóstico y Propuestas (Borrador para comentarios). Documento preparado en el CEDE-Uniandes para el Ministerio de la Protección Social. Bogotá

OPS -Organization Panamericana de la Salud-, Estadísticas de Salud de las Américas, Edición 1998. Publicación Científica #567. 1999

Pachón, Ximena, Niñez desamparada, protección y trabajo infantil en Colombia. Siglo XIX y principios del Siglo XX, Un nuevo siglo sin trabajo infantil – Memorias Seminario Latinoamericano, ICBF, Bogotá, 1998

Preziosi P, Prual A, Galan P, Daouda H, Boureima H, Hercberg S, Effect of iron supplementation on the iron status of pregnant women: consequences for newborns. American Journal of Clinical Nutrition 66: 1178-1182, 1997

Puolakka, J, Jänne O, Pakarinen A, Järvinen PA, Vihko R, Serum ferritin as a measure of iron stores during and after normal pregnancy with and without iron supplements. Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica 95: 43-51, 1980

Ramphela, Mamphela, Foreword en Young, Mary Eming (Ed.), From Early Child Development to Human Development. Investing in Our Children's Future, The World Bank, 2002

Riverón, Raul, Strategies and Causes of Reduced Infant and Young Child Diarrheal Disease Mortality in Cuba, 1962-1993, Edited version of an article published in Spanish in the Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Vol. 118, No. 2, 1995)

Rush D, Stein Z, Susser M. A randomized controlled trial of prenatal nutritional supplementation in New York City. Pediatrics 65: 683-97, 1980

Scott- McDonald, Kerida, Elements of Quality in Home Visiting Programs: Three Jamaican Models, en From Early Child Development to Human Development, World Bank, 2002

Shields, Margie K., M.P.A. y Richard E. Behrman, M.D., Children and Welfare Reform, The Future of Children, Vol. 12, No. 1, 2002

Stoltzfus RJ, Albonico M, Chwaya HM, Tielsch JM, Schulze KJ, Savioli L, Effects of the Zanzibar school-based deworming program on iron status of children. American Journal of Clinical Nutrition 68 (1): 179-186, 1998

Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML, Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anemia. Geneva: International Nutritional Anemia Consultative Group/ UNICEF/WHO, 1998

Tarullo, Louisa B., Effective Early Childhood Programs: The US Head Start Experience, From Early Child Development to Human Development, World Bank, 2002

Tiwari BD, Godbole MM, Chattopadhyay N, Mandal A, Mithal A, Learning disabilities and poor motivation to achieve due to prolonged iodine deficiency. American Journal of Clinical Nutrition 63: 782-786, 1996

U.N.-United Nations-, Step-by-step Guide to the Estimation of Child Mortality. Population Studies, #107. United Nations, New York, 1990

Urdinola, B. Piedad, Could Political Violence Affect Infant Mortality?, Disertación que concedió el título de Doctorado en Demografía-Universidad de California at Berkeley, 2004

WHO, Physical status: The use and Interpretation of Anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 854. Geneva: WHO, 1995

Young, Mary Eming, Ensuring a fair start for all children: the case of Brazil, From Early Child Development to Human Development, World Bank, 2002

Varios autores, Programa Familias en Acción. Condiciones iniciales de los beneficiarios e impactos preliminares, Programa Familias en Acción. Condiciones iniciales de los beneficiarios e impactos preliminares, Evaluación de Políticas Públicas No. 1, DNP, 2004

Anexo 1.
Encuestas Utilizadas en el Procesamiento de Datos

1. *Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2003*

Esta encuesta busca indagar sobre la situación de los niveles de vida de la población del país, con especial atención en lo referente a la vivienda, equipamiento de los hogares, salud, educación, trabajo y las mediciones de la pobreza, con el propósito de que sus resultados sirvan para identificar, comprender y evaluar el efecto de las políticas sociales. Así como, examinar el efecto que la crisis económica ha tenido sobre la condición los indicadores sociales y permitir la identificación de nuevos grupos vulnerables, como herramientas de diseño de política. La información recolectada incluye a cada una de las personas del hogar de 18 años o más. Para los capítulos de capacitación para el trabajo y fuerza de trabajo se incluyeron todas las personas de 12 años o más y en el de labores infantiles se incluyeron los niños entre 5 y 11 años de cada hogar. La población objetivo de esta encuesta son los hogares, viviendas y personas del país exceptuando las áreas rurales de los antiguos territorios nacionales y la localidad de Sumapaz en Bogotá. La muestra fue de tipo muestral probabilística, estratificada, de conglomerados y polietápico. Dicha información fue recolectada por segmentos o conglomerados, en promedio de 10 hogares cada uno.

La ECV-03 es entonces representativa a nivel nacional, para las cabeceras y resto, por grandes regiones y para Bogotá D.C. por localidades. Cubrió 24,090 hogares dentro del operativo nacional que se implementó entre el 12 de marzo y 16 de mayo de 2003 y el operativo exclusivo para Bogotá que se realizó entre el 6 de junio y 23 de julio de 2003.

2. *Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS: 1995 y 2000)*

Son encuestas diseñadas para capturar información en programas de salud, uso de anticonceptivos, fecundidad, mortalidad infantil, mortalidad materna, estados nutricionales, prevalencia de SIDA, violencia doméstica y cobertura en seguridad social de la población. La muestra de esta encuesta está diseñada por PROFAMILIA -el asociado de Macro internacional en Colombia- y cubre una sub-muestra estratificada y multi-etápica cuyo objetivo es la población femenina nacional civil no institucional en edades entre 15 y 49 años y sus hijos nacidos en los cinco años previos a la encuesta. Esta encuesta es representativa a nivel nacional (DHS-PROFAMILIA, 2000).

La ENDS del año 2000 cubrió 11,585 mujeres, 4,563 niños nacidos en los últimos 5 años, 4,462 menores de 5 años sobrevivientes y 890 niños vivos de 12 a 23 meses. Adicionalmente, 77,4% de estas mujeres viven en zonas urbanas y 35,1% alcanzaron niveles de educación por debajo de secundaria. El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 28 de febrero y 10 de junio de 2000.

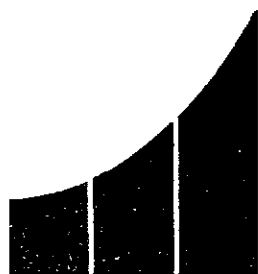
La ENDS de 1995 cubrió 11,140 mujeres, 5,029 niños nacidos en los últimos 5 años, 4,872 menores de 5 años sobrevivientes y 1020 niños vivos de 12 a 23 meses. Adicionalmente, 75% de estas mujeres viven en zonas urbanas y 40% alcanzaron niveles de educación por debajo de secundaria. El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 29 de marzo y 25 de junio de 1995.

3. *Encuesta Social (ES) de Fedesarrollo*

La Encuesta Social es una herramienta de medición y seguimiento de aplicación semestral de las condiciones económicas y de bienestar de los hogares así como de sus opiniones frente a diferentes aspectos de la vida diaria. Está compuesta por siete módulos que capturan las principales características socioeconómicas de los hogares y sus miembros, las coberturas en servicios básicos y sociales, y las opiniones de los jefes de hogar en aspectos relacionados con las condiciones de bienestar del país, percepciones sobre el problema del desempleo y la seguridad, entre otras. Ocasionalmente se profundiza en alguno de los capítulos o se realizan módulos adicionales para ahondar en temas específicos. Esta encuesta se aplica desde septiembre de 1999 y es representativa de los hogares urbanos, cubriendo al menos cuatro ciudades del país. La muestra es representativa por ciudad y por estrato. La muestra es probabilística de áreas, por conglomerados, estratificada, multietápica y con selección sistemática.

La etapa IV de la Encuesta Social de Fedesarrollo incluyó un módulo adicional de trabajo infantil, cubrió cuatro ciudades (Bucaramanga, Bogotá, Cali y Barranquilla) y 700 hogares por ciudad, para un total de 2.800 hogares urbanos. Fue implementada en marzo de 2001 y la muestra expandida de menores entre 5 y 17 años incluidos en este módulo representan 2.904.922.

La etapa VIII de la Encuesta Social de Fedesarrollo incluyó un módulo adicional de fertilidad y supervivencia infantil, cubrió cuatro ciudades (Bucaramanga, Bogotá, Cali y Barranquilla) y 700 hogares por ciudad, para un total de 2.800 hogares urbanos. Fue implementada en octubre de 2003 y la muestra de mujeres en edad fértil (12 a 49 años) incluidas en este módulo fueron 3.716, con un total de 4.887 hijos nacidos vivos.



FEDESARROLLO

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO

FEDESARROLLO es una entidad colombiana, sin ánimo de lucro dedicada a promover el adelanto científico y cultural y la educación superior, orientándolos hacia el desarrollo económico y social del país.

Para el cumplimiento de sus objetivos, adelantará directamente o con la colaboración de universidades y centros académicos, proyectos de investigación sobre problemas de interés nacional.

Entre los temas de investigación que han sido considerados de alta prioridad están la planeación económica y social, el diseño de una política industrial para Colombia, las implicaciones del crecimiento demográfico, el proceso de integración latinoamericana, el desarrollo urbano y la formulación de una política petrolera para el país.

FEDESARROLLO se propone además crear una conciencia dentro de la comunidad acerca de la necesidad de apoyar a las Universidades colombianas con el fin de elevar su nivel académico y permitirles desempeñar el papel que les corresponde en la modernización de nuestra sociedad.