



IDE

Banco Mundial



ILPES

Instituto de Desarrollo Económico (IDE) del Banco Mundial
Instituto Latinoamericano y del Caribe
de Planificación Económica y Social (ILPES)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)



unicef

SEMINARIO DE ALTO NIVEL: COMO RECUPERAR EL PROGRESO SOCIAL EN AMERICA LATINA

Centro NU/CEPAL, Santiago de Chile del 20 al 24 de junio de 1988

EXPERIENCIAS DE COMUNICACION, MOVILIZACION SOCIAL Y TRANSFERENCIA
DE TECNOLOGIAS A LOS PADRES DE FAMILIA, A FAVOR DE
LA NIÑEZ: EL CASO COLOMBIANO

POR: JOSE CARLOS CUENTAS-ZAVALA
GUILLERMO VARELA

2/19

EXPERIENCIAS DE COMUNICACION, MOVILIZACION SOCIAL Y TRANSFERENCIA
DE TECNOLOGIAS A LOS PADRES DE FAMILIA, A FAVOR DE
LA NINEZ: EL CASO COLOMBIANO

por: José Carlos Cuentas-Zava
Guillermo Varcia

1. INTRODUCCION

1.1 El caso de Colombia, en referencia a programas orientados a la protección de la niñez durante el lustro transcurrido entre 1983 - 1988, ofrece una interesante oportunidad para examinar la validez de las hipótesis y estrategias planteadas en septiembre de 1982 para el grupo de expertos de OMS, el Banco Mundial, la FAO, la Universidad de las Naciones Unidas y UNICEF (the UNICEF GOBI-FFF Program, Pgs, 1-5). Se planteó en aquella ocasión que, aún bajo las actuales circunstancias de recesión económica mundial que afectan particularmente al Tercer Mundo, era posible acelerar el progreso en salud y proteger de los riesgos de malnutrición, enfermedades infecciosas y falta de saneamiento a los millones de niños en situación de miseria, si se utilizaban efectivamente las tecnologías disponibles, los instrumentos y el nuevo potencial que implican las comunicaciones, la movilización social y las técnicas de mercadeo social a favor de estos grupos.

1.2 La presente ponencia destaca algunos de los programas más trascendentes y relevantes adelantados en Colombia durante los últimos 5 años a favor de la población infantil: a) las campañas masivas de vacunación de 1984 y 1985; b) el Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo de la Infancia y c) el Programa de Hogares de Bienestar Infantil.

1.3 Sintetizaremos luego algunos de los factores que más claramente han incidido en este proceso exitoso y las lecciones que de allí se pueden derivar como base de discusión dentro del tema central del temario que nos ocupa: "Cómo revitalizar el Desarrollo Social en América Latina".

2. PERFIL SOCIOECONOMICO DE COLOMBIA

2.1 Los datos generales que se incluyen en los cuadros 1-4 permiten apreciar en forma sintética la situación demográfica, económica y social del país. Vale la pena destacar que la tasa de mortalidad infantil se redujo de 135 a 40 por 1.000 nacidos vivos durante las últimas 3 décadas. Sin embargo, esta última figura es excesivamente alta si se la compara con otros países latinoamericanos cuyo nivel de desarrollo es relativamente similar al colombiano, tales como Panamá (32.2%), Venezuela (31.8%) y Costa Rica (19.1%). La pobreza, dificultades de acceso a los servicios y el analfabetismo, entre otros, indican que, a pesar de la mejoría sistemática en la situación de los niños en las últimas décadas existen aún muchos problemas que resolver para asegurar el bienestar y el desarrollo integral del niño: por ejemplo, las marcadas diferencias en mortalidad infantil entre las ciudades y ciertas regiones del país (35% en Bogotá, 191% en la Costa Pacífica y 233% en zonas indígenas).

2.2 Con respecto a la situación económica y social, en 1984 y 1985 el Gobierno colombiano desarrolló planes orientados a controlar los principales desbalances económico-financieros. Esto condujo a una serie de medidas que limitaron el gasto gubernamental y, en general, a políticas económicas que

6/19

introdujeron mecanismos correctivos a la inflación, los precios y la tributación. Esta política se tradujo en la reducción del gasto gubernamental en sectores sociales durante 1985, lo cual afectó tanto la cobertura como la calidad de los servicios sociales básicos en áreas urbanas y rurales.

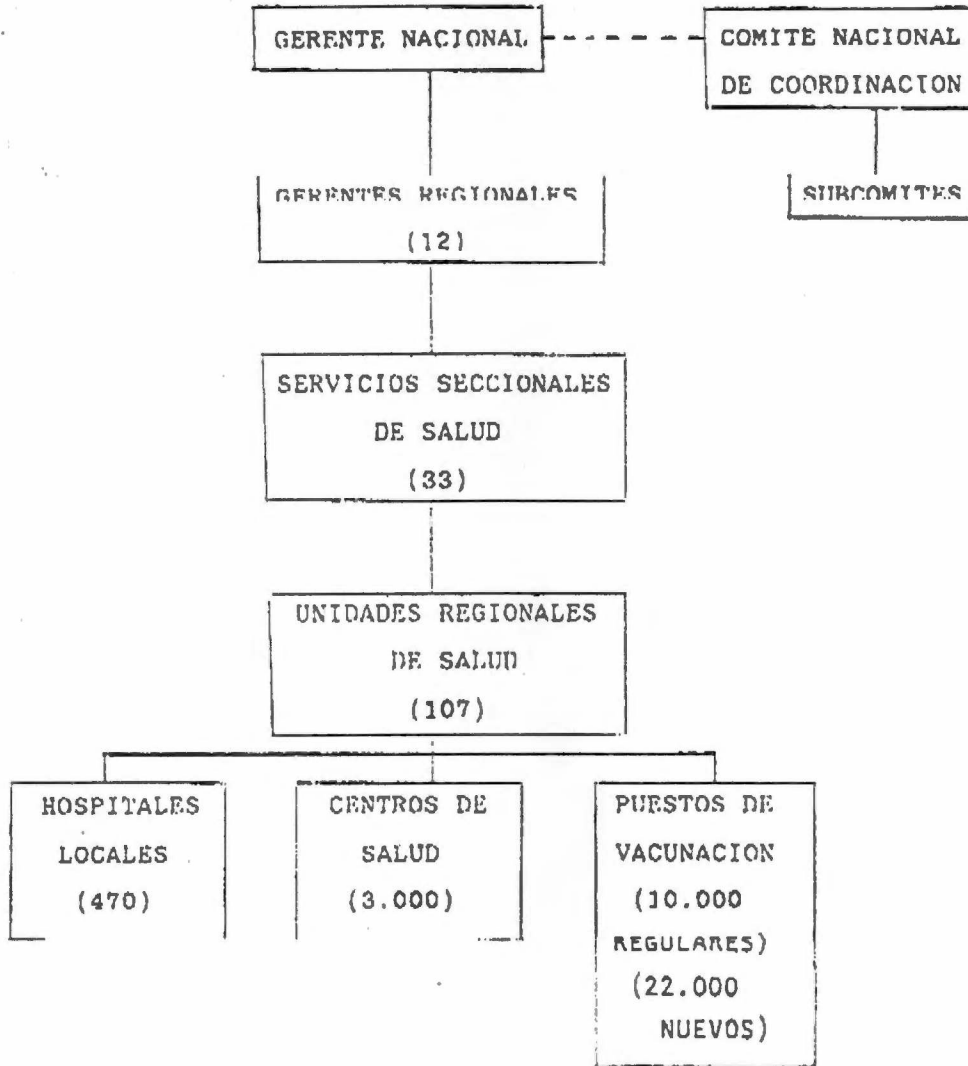
2.3 Sin embargo, el nuevo Gobierno está reestructurando el gasto público con énfasis en la ejecución de políticas y programas sociales diseñados para mejorar la calidad de vida de los grupos en pobreza absoluta. La tendencia hacia la reactivación económica y la voluntad política para impulsar un nuevo estilo de desarrollo pueden sentar las bases para un futuro y mejor bienestar de las familias y los niños más pobres del país.

2.4 Dentro de estos esfuerzos, se han ubicado los programas que a continuación se describen y que han contado con especial apoyo de UNICEF.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS PROGRAMAS

3.1 Campañas Nacionales de Vacunación: Entre los meses de junio y agosto de 1984 y 1985 se realizaron en Colombia unas "Jornadas Nacionales de Vacunación" durante las cuales se logró la inmunización de cerca de 1 millón de niños, con una meta de cumplimiento de un 80% de la meta originalmente establecida. El éxito de estas campañas se debió fundamentalmente a 2 tipos de factores: a) la existencia del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) como un programa consolidado dentro del Ministerio de Salud; b) los aspectos que a continuación se describen y que se enmarcan dentro de las recomendaciones internacionales propuestas en septiembre de 1982 por el Comité Interagencial de Asesores atrás mencionados: i) Voluntad Política: constituyó un factor determinante, que se expresó en el respaldo permanente y público del Ministerio de Salud y del propio Presidente de la República. ii) Organización Gerencial de las Campañas: la dirección de la campaña fue planificada, coordinada y controlada por un gerente ad-hoc (el Director del Instituto Nacional de Salud) bajo cuyo mandato actuaron otros 12 gerentes regionales nombrados para el efecto. Se organizó un Comité de coordinación Nacional dentro del cual participaron funcionarios de alto nivel decisorio de todas las entidades nacionales e internacionales (OMS/OPS - UNICEF) que aceptaron colaborar en la campaña. Sesionó en forma permanente durante los meses previos a las jornadas. Mediante subcomités de trabajo se coordinaron los asuntos relacionados con aspectos presupuestales, de adquisición de biológicos, logística, medios masivos de comunicación, promoción y participación comunitaria, transporte y otros asuntos administrativos. iii) Descentralización de la gestión administrativa y de la ejecución de la campaña: El organigrama de la campaña, que tuvo como eje principal la estructura del Sistema Nacional de Salud fue el siguiente:

7/19



iv) Amplia Movilización Social: Participaron instituciones como Iglesia, Cruz Roja, Defensa Civil, Fuerzas Armadas (Policía, Armada Naval, Fuerza Aérea), los Scouts de Colombia, Corporaciones Regionales de Desarrollo y diferentes instituciones regionales gubernamentales y no gubernamentales. A niveles locales se utilizó la estrategia de "canalización". Se incorporaron a las jornadas 36.000 vacunadores, 64.000 asistentes de registro, 32.000 guías que proporcionaron instrucciones a la comunidad y ayudaron a mantener el orden y la disciplina y 102.000 canalizadores. Estos últimos fueron miembros de la comunidad que promovieron y estimularon las visitas a los puestos de vacunación entre las familias con lactantes y niños, desde varios días antes de las 3 jornadas de vacunación. Se establecieron 22.000 nuevos puestos de vacunación en alcaldías, parques, escuelas, centros comunales.

v) Intensa Campaña de Comunicación Social: Participaron todas las cadenas nacionales de radio (muy poderosas en Colombia y con significativa cobertura nacional); 198 comerciales de radio fueron transmitidos por más de 100 emisoras en todo el país. En la promoción publicitaria previa participaron destacados artistas latinoamericanos y nacionales. La televisión emitió 5 comerciales. Participaron los principales periódicos nacionales, regionales y locales del país. Se distribuyeron 2'000.000 de volantes, 600.000 afiches y 1.5 millones de calcomanías para identificar a cada niño vacunado. La efectividad de la movilización lograda con las campañas permitió luego diseñar una estrategia y conformar un comité interinstitucional permanente de medios masivos a favor de la niñez. Se estima que Colombia logró con estas jornadas un avance equivalente a unos 6 años, en relación con lo que podría haberse esperado con las estrategias y programas regulares de inmunización. Las jornadas de vacunación tuvieron otras importantes consecuencias positivas: a) El tema de la salud infantil ganó una alta prioridad ante la opinión pública nacional; b) se logró un respaldo y apoyo simultáneo de los niveles políticos y decisiones de carácter nacional, regional y local; c) se demostró al país en forma operativa, cómo la salud puede ser producto de esfuerzos multisectoriales que trascienden la responsabilidad del Ministerio de Salud; d) se diseñó y puso en funcionamiento un complejo sistema de logística; e) el sector de la salud y específicamente, la estrategia de la atención primaria, ganó amplia credibilidad a nivel comunitario.

3.2 Plan Nacional para la Supervivencia y el Desarrollo de la Infancia: El éxito de las mencionadas jornadas llevó al Ministerio de Salud en 1985 al establecimiento de un programa más amplio a favor de la infancia, manteniendo las mismas estrategias de movilización y comunicación social y aprovechando el momento político que este tema había ya logrado. El PNSDI constituye un esfuerzo para organizar y coordinar las acciones de 7 instituciones gubernamentales y no gubernamentales que ejecutan programas nacionales relacionados con salud y educación. Su objetivo principal es reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad en la población menor de 5 años, causada por enfermedades diarreicas, infección respiratoria aguda, problemas perinatales, enfermedades inmunoprevenibles, malnutrición y privación sicoafectiva. En una fecha reciente se añadió el componente de "accidentes caseros". El siguiente cuadro sintetiza los componentes, metas, estrategias e instituciones actualmente participando:

9/19

CUADRO No.5
SUPERVIVIR

Síntesis del Plan

INSTITUCIONES PARTICIPANTES	OBJETIVO PRINCIPAL	COMPONENTES DE SALUD	METAS	ESTRATEGIAS
-MINSALUD	-Reducir sustancialmente tasas de mortalidad y morbilidad en niños menores de 5 años y en población materna.	-Mortalidad Perinatal -EOA -IRA -Enf. Inmunoprevenibles -Malnutrición -Deprivación sicoafectiva -Accidentes caseros	-Reducir mortalidad neonatal de 23% a 17% -Reducir EOA de 23 a 11 X 10.000 -Reducir IRA mortalidad de 12% a 7% -Expendir cobertura de vacunación al 80% -Reducir riesgo malnutrición de 40 a 20% -Capacitar 350.000 mujeres embarazadas y 1.100.000 familias en aspectos sicoafectivos, de crecimiento y desarrollo del niño.	1.Coordinación Interinstitucional 2.Reparación y uso de normas técnicas operativas. 3.Entrenamiento 4.Producción y uso material educativo. 5.Producción y uso medios masivos. 6.Actividades educativas de los vigías. 7.Identificación del alto riesgo. 8.Canalización ampliada 9.Actividades de Supervisión 10.Organización local de suministros. 11.Participación comunitaria. 12.Movilización social ampliada 13.Sistema de información y evaluación.
-MINECUCACION				
-Depto.Nacional de Planeación				
-Inst.Col.de Bienestar Familiar				
-Scouts de Colombia				
-Pastoral Social Iglesia Católica				
-Save the Children Federation				
-OPS/OMS				
*				
-Federación de cafeteros				
-Defensa Civil				
-Inst.Col.de Fomento Educativo Superior				
-FUDESCO				
-USAID				
-JICA				
-Club Rotario				
-Coca-Cola				

*Entidades que han entrado posteriormente a apoyar componentes específicos de SUPERVIVIR.

Examinemos los logros y problemas más destacados en cada una de las estrategias propuestas.

3.2.1 Coordinación Interinstitucional: La sola enumeración del total de entidades que participan en Supervivir es un indicativo del apoyo institucional y de la movilización social que se ha logrado. El desafío inicial consistió en concertar con otros sectores diferentes a salud, que tienen acceso directo a la población (Ministerio de Educación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretariado Nacional de Pastoral Social, medios de comunicación social) para que cada uno asumiera, desde su propia perspectiva y dentro de sus funciones específicas, un importante rol complementario en favor de la salud infantil. El principal problema en la fase inicial de concertación fue el aclarar que no se trataba de que el sector salud cediera o transfiriera a otros sectores o instituciones las responsabilidades y servicios que son de su competencia, sino de que, bajo común acuerdo, dichas entidades asumieran como suyos ciertos compromisos en favor de la población infantil. Fue necesario clarificar entonces el papel específico de cada sector frente al problema, su carácter complementario con el de las demás instituciones y su participación como socio "inter-paribus" dentro de Supervivir. El Plan ha logrado un gran nivel de institucionalización. Por ejemplo, el MEN decidió incorporar estos temas dentro de la formación curricular de primaria, secundaria, y escuelas normales; está promoviendo su incorporación dentro de un amplio número de carreras profesionales. El ICBF firmó un convenio con el MEN y asignó importante ayuda financiera para promover un programa rural (Pefadi). Los Scouts de Colombia lo considera su "programa estrella".

Algunos problemas principales: a) las limitaciones del Minsalud para ejercer la coordinación a niveles regionales y locales por carecer de personal que se dedique específicamente a este proyecto; b) cambios y movilidad de personal que participa en los comités de coordinación; c) Supervivir demanda trabajo extra de los funcionarios, sin recibir compensación; d) celos institucionales en el cumplimiento y liderazgo de ciertas funciones; e) insuficiente material educativo de asistencia técnica.

Bajo el esquema de descentralización administrativa adoptado por el Plan, muchas regiones han logrado soluciones creativas para resolver estos problemas.

3.2.2 Preparación y uso de Normas Técnicas: El Ministerio de Salud constituyó un grupo de expertos multidisciplinario, con asistencia técnica de OPS/OMS, UNICEF para revisar y definir las normas para cada uno de los componentes de salud de Supervivir. Esto se ha traducido en un conjunto de 13 módulos de autoinstrucción que han servido de base para los cursos de "habilidades de supervisión y servicio" y para su inclusión en 21 facultades de medicina y 22 de enfermería. El principal problema ha sido el módulo referente a deprivación psicoafectiva.

3.2.3 Programa de Capacitación: Como puede observarse en el cuadro No. 6, este programa ha sido exitosamente ejecutado e incluso se ha sobrepasado en algunos casos la meta inicial. Es de destacar el caso del Ministerio de Educación (cuadro No. 7) que ha asumido una posición de coliderazgo, conjuntamente con Minsalud, frente al Plan. Entre el 65 y el 67 ha emitido 2 decretos y 3 resoluciones reglamentarias que reflejan su compromiso progresivo respecto a la ejecución del Plan a través del ejército de recursos humanos que posee: el mayor del país, en términos de cobertura nacional y de volumen ("donde no existe un centro de salud o una iglesia, siempre hay una escuela o

un maestro"). Otro aspecto positivo de Supervivir es la delegación que el sector salud ha hecho en otros sectores e instituciones respecto de la responsabilidad de la educación preventiva en salud, a la vez que la aceptación sincera de todos ellos para asumir esta responsabilidad. Estos últimos han hecho, además, importantes aportes pedagógicos y metodológicos, un área débil del sector salud en sus programas educativos. Principales problemas: a) no existe una adecuada monitoría de las actividades de capacitación, particularmente de los entrenadores o "multiplicadores", de quienes a su vez depende el entrenamiento de los vigías; b) no existe un sistema de asistencia técnica y de educación continuada que permita consolidar conocimientos y ofrezca mayor autoconfianza a quienes tienen la responsabilidad de capacitar.

3.2.4 Producción y uso de Material Educativo Interpersonal: Se han establecido dos líneas de producción: material básico, para apoyar las actividades de los vigías y paquetes educativos para reforzar el trabajo en la comunidad con herramientas educativas innovativas ("Manual del Vigía", rotafolios, folletos, afiches, juegos y audiocassettes). Problema Principal: a) Alto costo de este tipo de material para una distribución masiva nacional. Como alternativa de solución, en algunas regiones se está elaborando parte de este material (por ejemplo rotafolios) a través de los mismos vigías de la salud.

3.2.5 Producción y uso de Medios Masivos Promocionales: La producción de este tipo de material ha sido previamente probada en diferentes regiones del país. La promoción de supervivir incluye 3 fases: a) presentación del Plan a la población para que esta reconozca que es un plan para salvar la vida de los niños; b) presentación de los "vigías" para informar que son agentes de salud que están dando consejos sobre la salud de madre y niño; c) apoyo a los 6 componentes de Supervivir a través de mensajes sencillos, cortos, precisos y directos. Aunque el uso de medios masivos ha sido efectivo en promover los programas de Supervivir, existen quejas regionales sobre la falta de un mayor apoyo y difusión a nivel local.

3.2.6 Actividades educativas por los Vigías: Es una de las estrategias operativas más importantes de Supervivir. Antes del Plan, estas actividades eran muy débiles en el sector salud. Los vigías de la salud realizan 6 visitas educativas a las familias en parejas. En promedio cada vigía cubre 3 familias, además de la suya propia. Las prácticas educativas varían en cada institución, dependiendo de circunstancias regionales, infraestructura y otras posibilidades (dramatizaciones, demostraciones sobre preparación y uso de sales de rehidratación oral, registro de niños en el Centro de Salud, identificación de riesgos, promoción de vacunación, saneamiento ambiental). Aspectos positivos reportados: a) Reacción positiva de las familias visitadas; b) satisfacción personal, mayor autoestima y conciencia social de los vigías; mayor autoconfianza en hablar ante pequeñas audiencias; c) promoción del autocuidado familiar y participación comunitaria; d) incremento claro y definido por los Servicios de Salud. Aspectos negativos reportados: a) Ausencia de adultos en la familia por diferencia de horarios de trabajo respecto a los vigías; b) algunas familias son renuentes a las visitas y exigen retribución monetaria por ella; c) los Servicios de Salud no tienen suficientes recursos humanos o drogas para atender la demanda creciente de servicios generada por los vigías.

12/19

- 8 -

3.2.7 Identificación con criterios de Alto Riesgo: La identificación de los grupos más vulnerables (mujeres embarazadas y lactantes, niños menores de 5 años) es un aporte muy útil de los vigías para considerar el uso de los recursos existentes. Problemas: a) En algunas regiones hay carencia o escasez de los suministros necesarios: tarjetas, registros, drogas, SRO, etc.; b) en los componentes, perinatal, malnutrición e IRA, los riesgos son más difíciles de detectar por los vigías.

3.2.8 Canalización Ampliada: Otro importante y exitoso aporte de SUPERVIVIR, como lo refleja y lo reportan los Servicios Seccionales, al registrar un significativo incremento de algunos servicios (en cuidado perinatal, inmunizaciones, control del crecimiento) y una disminución por EDA y deshidratación. Han mejorado los nexos entre los Servicios de Salud y la comunidad.

3.2.9 Actividades de Supervisión: Es una estrategia aún muy débil, desordenada y no permanente, por carencia de recursos humanos, del sector salud y de los demás sectores asignados a esta actividad.

3.2.10 Disponibilidad de Suministros Básicos: Un frecuente obstáculo para la marcha del programa es su escasez (fondos para entrenamiento, manuales, ayudas educativas, vacunas, cadena de frío, SRO, drogas para IRA, balanzas y pesas, tarjetas, etc. Es un cuello de botella crítico del plan, que reduce por ello en capacidad de respuesta oportuna y adecuada al incremento en la demanda de servicios.

3.2.11 Participación Comunitaria: Especial énfasis se ha puesto en el autocuidado familiar y en el directo involucramiento de la comunidad en la ejecución de SUPERVIVIR: grupos y comités comunitarios de salud, grupos de madres que canalizan diferentes actividades algunos de los vigías hacen parte integral de sus comunidades. Hay mayor conciencia de sus problemas de salud y del derecho y necesidad de recibir el beneficio de los servicios públicos de prevenir la enfermedad y ejercer el autocuidado.

3.2.12 Amplia Movilización Social: La coordinación interinstitucional de actividades es la esencia de este programa colaborativo. La estrategia de movilización social tiene 2 aspectos complementarios: a) soporte financiero y b) reorientación de actividades institucionales hacia objetivos sociales comunes.

Es interesante anotar que el apoyo logrado es diferencial para cada componente. Por ejemplo, el control de inmunoprevenibles atrajo nueva cooperación: Fuerza Aérea, Instituto Nacional de Radio y TV, CARACOL, y otras cadenas radiales, Coca-Cola, El Tiempo (principal periódico) y otros periódicos regionales y locales, Club Rotario Internacional y USAID (apoyo financiero a 3 años).

IRA fue apoyada financieramente y un equipo tecnológico por el Gobierno Japonés (JICA); La Federación de Cafeteros apoyó el programa de capacitación en términos financieros y técnicos. En cambio, los componentes de malnutrición y deprivación sicoafectiva no han recibido igual apoyo.

3.2.13 Sistema de la formación y evaluación: Muy débil aún, no se ha establecido una metodología estandarizada para recolectar, registrar, analizar y reportar eventos, actividades y logros de SUPERVIVIR. La información de base no es adecuada para una clara evaluación de impacto.

13/19

Cuadro No. 7

SUPERVIVIR
Ministerio de Educación

Capacitación de personal de zonas urbanas
1985-1987

BENEFICIARIOS PROGRAMA DE CAPACITACION	METAS INICIALES ACORDADAS	LOGROS DEL PROG. POR AÑO			CUMPLI- MIENTO (%)
		1985	1986 1/	1987	
- Dentos. y territorios nacionales.	33	4	20	33	100 %
- Colegios Secundaria	2.556	548	968	4.939	200 %
- Agentes educativos (sup., rectores, direct.)		600	1.384	4939	5/
- Profesores		779	2.980	16.179	5/
- Estudiantes de 8o. y 9o. grado. 2/			115.41	708.628	5/
- Estudiantes 10o. grado. 3/	320.000	23.000	43.630	288.509	90 %
- Familias cubiertas. 4/	710.000	115.000	208.150	865.527	122 %

- 1/ Las actividades del vigía se convirtieron en parte integral del currículo.
- 2/ Durante estos grados estudian aspectos teóricos y metodológicos de SUPERVIVIR.
- 3/ Ejercen prácticas a nivel de familias: identifican población en riesgo, remiten a servicios de salud, educan en 6 áreas de salud.
- 4/ Promedio de familias por vigía: 5 en 1985; 3 en 1987 (nueva norma).
- 5/ Metas no contempladas inicialmente.

- 9 -

14/19

3.2.14 Costos operacionales de SUPERVIVIR y financiación complementaria de UNICEF: El Cuadro No. 8 resume los costos operacionales de SUPERVIVIR por cada una de las Instituciones durante la ejecución 1985-1987. El Cuadro No. 9, establece los fondos asignados por UNICEF por Institución para reforzar la ejecución de SUPERVIVIR entre 1985-1987.

CUADRO No. 8

SUPERVIVIR

COSTOS OPERACIONALES POR INSTITUCION

<u>Institución Ejecutora</u>	<u>Col.\$</u>	<u>US\$</u>	<u>%</u>
Sistema Nal. de Salud	21'500.000	150.600	52.45
Mineducación	1'517.000	10.608	3.63
ICBF	642.000	4.490	1.53
Policia Nacional	30.000	210	.07
Cruz Roja Col.	20.000	140	.05
Pastoral Social Cat.	30.000	214	.07
Scouts de Colombia	37.500	262	.09
Comunidad *	18'029.100	126.077	43.11

* Costo estimado de las actividades educativas y actividades de atención primaria (vigías, líderes comunitarios, madres voluntarias).

CUADRO No. 9

SUPERVIVIR

FONDOS ASIGNADOS POR UNICEF PARA REFORZAR LOS PRESUPUESTOS DE INSTITUCIONES COLOMBIANAS 1985 - 1987

<u>Institución Ejecutora</u>	<u>Col.\$</u>	<u>US\$</u>	<u>%</u>
Sistema Nal. de Salud	172.500	1.206.3	53.2
Mineducación	69.000	483.5	21.3
ICBF	20.257	141.7	6.3
Policia Nacional	4.861	34.0	1.5
Cruz Roja Col.	25.450	177.9	7.9
Pastoral Social Cat.	18.950	132.5	5.8
Scouts de Colombia	13.000	90.9	4.0
T O T A L	324.018 1/	2.266.8	100.0

1/ Tasa de cambio 1 US\$ = 143\$ Col. (1985)

Los costos operacionales que aparecen en el cuadro No. 8, se refieren a los compromisos presupuestales asumidos por las instituciones a la firma de los planes de operación en 1985. Incluyen los costos del nivel nacional, departamental y municipal. Sin embargo, estimativos gruesos realizados en 1987, muestran que el Minsalud, que podría ser la institución que ha puesto más costos directos en SUPERVIVIR, incrementó sus gastos en mucho más de lo

15/19

que originalmente estimó: de \$21.500.000 a \$194.000.000; esto significa un incremento de 9 veces en costos operacionales. No hay figuras comparativas para las demás instituciones; por lo cual es difícil realizar análisis similares.

3.2.15 Efectos colaterales positivos de SUPERVIVIR al final de la primera fase del Plan (1985-1987); los beneficios no han estado limitados a los cambios favorables y en la situación de salud de madres y niños; ni a la capacitación de vías de salud ni a la educación preventiva de la salud en familias de bajos ingresos. Han habido otros beneficios colaterales importantes para las instituciones participantes para el personal vinculado con el plan y para la comunidad. Las instituciones han fortalecido su infraestructura técnica y operativa; han obtenido apoyo económico adicional; incorporan nuevos conocimientos y responsabilidades relacionados con la prevención en salud; extendieron la cobertura de sus servicios a la comunidad; incrementaron el contacto directo con la gente y mejoraron su imagen, credibilidad y aceptación ante ella; SUPERVIVIR ha constituido una excelente oportunidad para intercambiar experiencias entre las instituciones y para obtener un mejor conocimiento mutuo de su estructura, objetivos, organización, programas y responsabilidades. El personal vinculado con el Plan ha ganado nuevo conocimiento en salud preventiva (actividades y comportamientos específicos, para proteger a madres y niños); están mejor capacitados para prestar servicios a la comunidad; han mejorado su conciencia social, autoconfianza y satisfacción al prestar un servicio necesario y sentirse más útiles a la sociedad. La comunidad ha ganado adicionalmente; organización y operación de unidades comunales de rehidratación oral; mejora en las condiciones físicas de sus viviendas (servicios, sanitarios, pisos cocinas); promoción y organización de brigadas sanitarias; organización de grupos y comités de salud; fortalecimiento de proyectos previos para beneficio comunitario; tales como unidades de salud apoyadas por colegios ricos en asentamientos pobres.

16/19

- 11 -

3.3 Programa de Hogares de Bienestar Infantil:

3.3.1 Antecedentes: A partir de la Ley 27 de 1974 se crearon los "Centros de Atención Integral al Preescolar" para los hijos menores de 7 años de los empleados públicos, trabajadores oficiales y privados. Esta Ley obligó a las empresas públicas y privadas a aportar el 2% del valor de la nómina mensual para la organización y funcionamiento de los "CAIP". Posteriormente, la Ley se modificó para reorganizar el Instituto y ampliar el destino de los recursos recaudados para atender la población de zonas marginadas urbanas y rurales. No obstante, hasta el año de 1986, el ICBF sólo alcanzaba una cobertura de un 3 a un 5% de la población menor de 7 años, como parte mínima de su mandato de atender integralmente este grupo infantil. Esto implicaba que, de seguir con la aplicación del esquema utilizado (CAIP), el ICBF tendría que buscar hipotéticamente la captación del 100% de dicha nómina, si procuraba cumplir con una cobertura total de la población objetivo. El problema radicaba en el esquema conceptual, metodológico y operativo que hasta ese momento se tenía: los CAIPS, un modelo costoso, en razón de que la institución asumía la totalidad del servicio, prestado con personal profesional, sin participación alguna de la comunidad ni de otros sectores. El niño era sacado de su entorno familiar y vecinal, para ser internado en el centro (un "Ghetto dorado"), en un proceso alienante de su medio cultural. Los padres no recibían capacitación alguna, con lo cual sus comportamientos y actitudes a menudo entraban en conflicto con la atención que el niño recibía en dichos CAIPS. Además de esto, el ICBF terminaba a menudo con superávits presupuestales anuales (Col.\$2.000 millones, unos US\$80 millones/año). Un decreto del año 1985 ordenó que esos recursos sobrantes fueran transferidos a otras instituciones para actividades de saneamiento, acueductos y educación en salud. La anterior situación generó una profunda crisis institucional que obligó al ICBF a un replanteamiento conceptual, metodológico y administrativo de los programas dirigidos al niño. Este replanteamiento coincidió con el cambio de Gobierno que actualmente preside el Dr. Virgilio Barco, cuyo énfasis de desarrollo se orienta a políticas sociales de lucha contra la pobreza absoluta. Los criterios fundamentales de este replanteamiento surgieron: (a) del examen de varias experiencias innovadoras que el ICBF comenzó a explorar desde el año de 1977 con el apoyo de UNICEF ("Hogares Familiares de Cartagena" y "Casa Vecinal del Niño"); se planteaba el compromiso de la comunidad, padres y vecinos, en el montaje, organización, dirección técnica y administrativa del centro educativo y se enfatizaba el valor cultural y material del entorno social en que el niño vive. No obstante, se mantenía la concepción de que la educación debía tener lugar en una institución infantil. (b) En 1982 el ICBF organizó las llamadas Unidades de Protección y Atención al Niño (UPAN), nueva modalidad en la que la atención se adecuaba a las necesidades, disponibilidad especial y características socio-culturales de la familia y el vecindario propio del niño.

3.3.2 Nueva modalidad: Hogares de Bienestar: En enero de 1987 se inició una nueva etapa, orientada bajo los siguientes criterios: a) La atención debe desinstitucionalizarse, buscando una amplia participación de la comunidad y la familia en el programa; b) es necesario respetar el entorno cultural y espacial del niño para no alienarlo; c) las madres deben ser incorporadas al esquema del programa y al proceso educativo que vive el niño, en carácter de "madres voluntarias", previa selección y capacitación; d) la reducción de los costos de atención por niño dentro del nuevo esquema debe permitir generarle

17/19

un estímulo económico a las madres voluntarias, mejorando su ingreso (sistema de "becas", con presupuesto gubernamental); e) cada madre voluntaria atiende un promedio de 12 a 15 niños en su propia vivienda y recibe la colaboración de las madres de los niños, en un aporte de servicios representado en la colaboración al Hogar de Bienestar durante un determinado número de horas/mes; f) las viviendas de las madres voluntarias son remodeladas, adecuando los espacios físicos, con énfasis en aspectos de saneamiento ambiental (créditos técnicos); g) el ICBF promueve una amplia colaboración intersectorial a favor del programa con los sectores de salud, educación, organizaciones populares, entidades crediticias estatales y los municipios.

3.3 Logros y Metas: El programa resultó exitoso, con amplia acogida nacional; satisfacción de las madres voluntarias y beneficiarias y aceptación de la comunidad. Se constituyó en uno de los programas bandera dentro del Plan de Lucha contra la Pobreza, del actual Gobierno. Durante 1987, primer año de funcionamiento del Programa, se vincularon 122.576 niños en 8.247 Hogares en todas las regiones del país. Esto implica un enorme avance en cobertura, dinámica y participación comunitaria; educación a la familia respecto al manejo de sus hijos; reducción de costos y movilización de diferentes sectores e instituciones a favor de esta causa infantil. Bajo la supervisión del ICBF participan en forma coordinada el Ministerio de Salud, el Instituto de Crédito Territorial, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), y otras entidades estatales y privadas. Cuenta con un amplio respaldo político, reforzado por el hecho de que la Junta Directiva del ICBF está presidida por la señora esposa del Presidente de la República. Un importante factor adicional del éxito del programa, radica en la alta prioridad y completa dedicación otorgada a este programa por el Director del ICBF, quien ha puesto a girar alrededor de él una parte sustancial de los recursos presupuestales, administrativos y humanos de la entidad. En la actualidad, el Instituto logró recuperar el manejo total de los recursos financieros que legalmente capta. El programa se propone una meta de cobertura de 1'500,000 niños en forma progresiva de 1987 a 1992, así:

Año	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Número niños adicionales	122.576	275.633	301.191	300.000	300.000	200.000
Número nuevos Hogares de Bienestar	8.247	16.420	20.000	20.000	20.000	13.333

3.4 Recursos financieros: De acuerdo con las metas propuestas para el período, y considerando exclusivamente los gastos directos, el costo del proyecto asciende a \$314.084.4 millones de pesos, así:

18/19

Año	Gastos Directos (en millones de \$)
1987 (valor ejecutado)	1.858.0
1988	11.486.0
1989	28.453.4
1990	52.605.0
1991	87.904.0
1992	<u>131.777.0</u>
TOTAL	314.083.4

Estas estimaciones incluyen incrementos anuales del 25% en cada uno de los conceptos del gasto. De los costos estimados para el proyecto durante el período 1988-1992, y de acuerdo con proyecciones de los recursos propios, el ICBF está en capacidad de financiar el 25.7% de las necesidades presupuestales. La diferencia tendrá que financiarse con aportes del Presupuesto Nacional o de otras entidades nacionales o internacionales.

4. PRINCIPALES EXPERIENCIAS Y LECCIONES APRENDIDAS

4.1 Las consecuencias positivas de los programas anteriormente descritos son, en gran parte, resultado de un gran avance social en aspectos de comunicación y movilización social y "parents empowerment": a) Se logró una masificación y una cobertura creciente de la población infantil, aunando los recursos de los diferentes sectores; el sólo sector educativo representa un ejército de recursos humanos adicionales; el mayor contingente del sector público existente en el país a favor de la niñez. En aquellas poblaciones remotas a donde no llega el sector salud siempre existen, alternativamente, una escuela; una iglesia; una inspección de policía; b) la alianza intersectorial descrita en los tres programas ejemplificados, permitió que los sectores se reforzaran unos a otros. El sector salud ganó una nueva visión respecto al efectivo aporte que otros sectores (educativo, iglesia, NGO's) pueden hacer a la salud. Por su parte, estos otros sectores incorporaron nuevas metodologías y contenidos relevantes a sus funciones y mandatos específicos; c) se generaron roles complementarios y ambientes mutuamente creativos para los diferentes sectores. Entendieron que no se trataba de realizar el trabajo del otro sector. Por ejemplo, que la prevención de la salud favorece un mejor rendimiento en educación y que la educación en salud es también parte de la responsabilidad y el mandato del sector educativo; d) en el acercamiento con el ICBF y el sector educativo, el sector salud ganó un mayor entendimiento del componente psicoafectivo del niño, mejoró sus enfoques pedagógicos para educación en salud y adquirió importantes experiencias y destrezas en la coordinación intersectorial; e) se evidenció en la práctica que la salud no es el resultado de los esfuerzos de un sector único; que la organización, la capacitación y la autogestión comunitaria logran efectos dramáticos en la atención integral a la niñez. Los resultados que se evidencian en el incremento de la demanda de ciertos servicios (inmunización, IRA, perinatología) y la disminución de otros (EDA, rehidratación) demuestran que están funcionando adecuadamente los mecanismos de educación en salud, transferencia de tecnología a los padres de familia y

19/19

el sistema de canalización o remisión de pacientes; f) la causa a favor de la niñez es un tema que puede movilizar voluntad política al más alto nivel y logra el apoyo de todos los medios masivos de comunicación: por primera vez en la historia de Colombia, las distintas cadenas competidoras de radio unificaron esfuerzos de varios meses a favor de un objetivo común: el niño; por otra parte, se logró que Supervivir mantuviera igual prioridad y apoyo político entre el pasado Gobierno y el actual, que se inició a fines de 1984; g) las limitaciones presupuestales que la recesión económica impone sobre la inversión social pueden ser superadas significativamente mediante alianzas intersectoriales y movilización social; h) las entidades de cooperación internacional, como OPS/OMS y UNICEF en los casos presente, pueden representar un aporte fundamental si logran inducir el proceso de coordinación intersectorial, de movilización y amplia comunicación masiva. Su aporte financiero puede influenciar en parte la reestructuración del gasto público a favor de causas sociales concretas.

3/19

Cuadro No. 1

PERFIL DEMOGRAFICO DE COLOMBIA AÑO 1985

Poblacion total	29'481.900
Poblacion urbana	67.2%
Poblacion menor de 15 años	10'643.000
Poblacion menor de 5 años	3'572.000
Poblacion menor de 1 año	649.000
Tasa de crecimiento anual	1.90 o 1.45 (*)
Tasa de fertilidad (15-49)	2
Tasa bruta de nacimientos	25%
Expectativa de vida al nacer (1986)	53.4

Cuadro No. 2

PERFIL ECONOMICO DE COLOMBIA AÑO 1985

Poblacion bajo nivel de pobreza	40%
PND: Tasa anual de crecimiento	2.2%
Tasa anual de inflacion	22.5%
Poblacion economicamente activa	9'522.067
Desempleo	14.2%
Gastos gubernamentales:	
- Salud	5.5%
- Educacion	16.5%
- Defensa	6.9%

PERFIL EDUCATIVO DE COLOMBIA AÑOS 1983-1985

Tasa de analfabetismo (15 o mas años)	11.5%
Tasa de alfabetismo	
- Hombres (10 años o mas)	80.1%
- Mujeres (10 años o mas)	87.8%
Tasa de matrícula escolar-total	30.2%
Estaciones de radio	400
Cobertura de la radio	90%

Cuadro No. 4

PERFIL DE SALUD DE COLOMBIA - AÑO 1984

Tasa de mortalidad infantil (1985)	44.0%
Tasa de mortalidad (1-4)	40.0%
Mortalidad materna	11.0%
Seis mayores causas mortalidad infantil	
1. Problemas perinatales	19.0%
2. Infecciones intestinales	14.0%
3. Infección respiratoria aguda	11.0%
4. Desórdenes anoxicos e hipoxicos	8.7%
5. Anomalías congénitas	7.6%
6. Deficiencias nutricionales	4.2%
Cobertura nacional de vacunación a niños menores de 2 años:	
- Sarampión	52.9%
- BCG	75.8%
- DPT (3 dosis)	61.1%
- Polio (3 dosis)	62.1%
Población con acceso a agua	60.0%
- Urbana	79.9%
- Rural	19.5%
Viviendas con acceso a electricidad, agua y disposición de excretas	56.6%

Cuadro No. 5

SUPERVIVIR

Logros por instituciones participantes respecto de los Vigías de la Salud entrenados y las familias visitadas por ellos
Años 1985 - 1987 1/

INSTITUCIONES	Vigías de Salud capacitados			No. familias visitadas 2/		
	Metas Iniciales	Logros 1987	Cumplimiento %	Metas Iniciales	Logros 1987	Cumplimiento %
Ministerio de Salud 3/		9.007				
Ministerio de Educación	320.000	288.509	90%	710.000	565.800	122%
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	10.000	9.607	95%	15.000	50.000	333%
ICRF / Ministerio de Educación: PEFADI 4/		5.150			28.350	
Cruz Roja Colombiana	15.000	7.193	48%	75.000	40.000	57%
Policía Nacional 5/		6.641			45.000	
Scouts de Colombia	6.000	6.500	108%		18.700	
Secretariado Nal. de Pastoral Social 6/	5.000	5.000	100%	75.000		
Save the Children 7/		338			555	

1/ Los logros estan en relación con las metas de los planes de operación.

2/ El número de familias visitadas por cada vigía varía en cada institución.

3/ Originalmente no se pensó en capacitar como vigías al personal de salud.

4/ SUPERVIVIR para áreas rurales (PEFADI) comenzó en 1986, no se establecieron metas.

5/ No se establecieron metas específicas.

6/ Los vigías de la Iglesia no adelantan visitas familiares; incluyen educación en salud en su trabajo pastoral con grupos comunitarios.

7/ Se incorporó a SUPERVIVIR en 1987, 2o. semestre.

Cuadro No. 5

SUPERVIVIR

Logros por instituciones participantes respecto de los Vigías de la Salud entrenados y las familias visitadas por ellos
Años 1985 - 1987 1/

INSTITUCIONES	Vigías de Salud capacitados			No. familias visitadas 2/		
	Metas Iniciales	Logros 1987	Cumplimiento %	Metas Iniciales	Logros 1987	Cumplimiento %
Ministerio de Salud 3/		9.007				
Ministerio de Educación	320.000	288.509	90%	710.000	565.800	122%
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	10.000	9.607	95%	15.000	50.000	333%
ICRF / Ministerio de Educación: PEFAO 4/		5.150			28.350	
Cruz Roja Colombiana	15.000	7.193	48%	75.000	40.000	57%
Policía Nacional 5/		6.641			45.000	
Scouts de Colombia	6.000	6.500	108%		18.700	
Secretariado Nat. de Pastoral Social 6/	5.000	5.000	100%	75.000		
Save the Children 7/		338			595	

1/ Los logros estan en relacion con las metas de los planes de operacion.

2/ El numero de familias visitadas por cada vigia varia en cada institucion.

3/ Originalmente no se penso en capacitar como vigias al personal de sa ud.

4/ SUPERVIVIR para areas rurales (PEFAO) comenzo en 1986, no se establecieron metas.

5/ No se establecieron metas especificas.

6/ Los vigias de la Iglesia no adelantan visitas familiares; incluyen educacion en salud en su trabajo pastoral con grupos comunitarios.

7/ Se incorporo a SUPERVIVIR en 1987, 2o. semestre.