

INDICE

<u>1.</u>	<u>PRESENTACIÓN</u>	2
<u>2.</u>	<u>LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ EN COLOMBIA</u>	3
<u>3.</u>	<u>PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN PAÍS</u>	15
3.1.	<u>A NIVEL MUNDIAL</u>	15
3.2.	<u>A NIVEL NACIONAL</u>	17
<u>4.</u>	<u>OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS DEL PLAN PAÍS</u>	20
4.1.	<u>HOGARES CON MUJERES GESTANTES, LACTANTES Y MENORES DE UN AÑO</u>	21
4.2.	<u>HOGARES CON NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 1 Y 5 AÑOS DE EDAD</u>	24
4.3.	<u>HOGARES CON NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 11 AÑOS DE EDAD</u>	28
4.4.	<u>HOGARES CON ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD</u>	32
4.5.	<u>HOGARES CON NIÑOS DE OTRAS GRUPOS ÉTNICOS</u>	36
4.6.	<u>HOGARES CON NIÑOS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA</u>	38
4.7.	<u>NIÑOS Y NIÑAS DESVINCULADOS DEL CONFLICTO ARMADO</u>	40
4.8.	<u>HOGARES CON NIÑOS Y NIÑAS EN CONFLICTO CON LA LEY</u>	41
<u>5.</u>	<u>LA GESTIÓN PÚBLICA DE LA POLÍTICA DE INFANCIA</u>	42
<u>6.</u>	<u>EL ESQUEMA DE FINANCIACIÓN</u>	45

1. PRESENTACIÓN

En mayo del 2002, en el marco de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas, los gobiernos de 190 naciones adquirieron el compromiso de alcanzar, en plazos definidos, un conjunto de metas que se encuentran orientadas al beneficio y al desarrollo de los niños, las niñas y los jóvenes del mundo.

Con el propósito de honrar estos compromisos mundiales y de emprender durante los próximos años la más amplia movilización en favor de la infancia de Colombia, el Gobierno Nacional se encuentra empeñado en concertar y adoptar el Plan de Acción Nacional, denominado preliminarmente Plan País por la Infancia que, partiendo de los intereses superiores de los(as) niños(as) en cuanto a (i) la promoción de una vida sana, (ii) el acceso a una educación de calidad y (iii) la protección de los malos tratos, la explotación y la violencia, exprese los objetivos y las metas de la nación al 2015.

Como resultado de un proceso de análisis en el que se han comprometido funcionarios y expertos en infancia durante el último año, se pone a consideración de cada una de las regiones, departamentos y localidades del país, así como de todos los colombianos interesados que deseen contribuir a la discusión, el siguiente documento que coloca, en el marco del compromiso mundial "por un mundo más justo para los niños y las niñas", la contribución específica de Colombia.

En la primera parte del documento se analiza la situación que enfrenta la población infantil como resultado no solamente de las dificultades asociadas a la pobreza y la exclusión social de la nación, sino también de la larga y extensa confrontación interna y de los impactos negativos del narcotráfico que atraviesan a la sociedad en su conjunto. En la segunda parte se presentan los principios, objetivos, metas y acciones que plantea el Plan Decenal para la población colombiana menor de 18 años, equivalente al 41.5% de la población total. Al final del documento se indican los componentes para la gestión y la financiación de la política pública de infancia que deberá estar en operación en el 2015.

2. LA SITUACIÓN DE LA NIÑEZ EN COLOMBIA

Colombia incremento 7 puntos porcentuales el Gasto Público Social con relación al PIB, durante la década del 90. Sin embargo, teniendo en cuenta el tamaño y crecimiento de su economía, el rezago en los niveles de acceso a los servicios sociales y la proporción de la riqueza dedicada al gasto público, ha sido ubicada¹ junto a Nicaragua, Honduras, Paraguay, Guatemala, Bolivia, El Salvador y Ecuador, en el grupo de países latinoamericanos que debe hacer un mayor esfuerzo de inversión en la niñez para aumentar el acceso a los servicios sociales, particularmente en salud, atender a la población del área rural, a las minorías étnicas y a las víctimas de la violencia.

En términos generales, y teniendo como punto de partida un enfoque de protección integral de los derechos, la niñez en Colombia se encuentran en riesgo por² :

- (i) El bajo acceso a una alimentación adecuada, oportuna y suficiente, que agrava los problemas de salud especialmente en las madres gestantes, en el periodo de lactancia y en la primera infancia.
- (ii) La ausencia de oportunidades para el desarrollo de su personalidad como la educación, la salud, la vivienda y en general, las condiciones necesarias para mantener la calidad de vida
- (iii) Las diferentes formas de maltrato físico y psíquico, así como su participación en las peores formas de explotación laboral
- (iv) Las diferentes formas de abuso y explotación sexuales, la utilización de los niños y las niñas en la pornografía y como objetos del turismo sexual, así como el comercio sexual a través de la Internet y demás redes globales de información.
- (v) La vinculación de niños y niñas al conflicto armado más prolongado y en permanente degradación de América Latina
- (vi) La crisis económica que por varios años ha generado un deterioro de la capacidad productiva del país, desempleo e incremento de la población en condiciones de pobreza
- (vii) La no cobertura universal de la seguridad social, y especialmente en el campo de la salud.
- (viii) Una serie de factores relacionados con las instituciones y el funcionamiento de la justicia (el enfoque sectorial de las políticas sociales, la corrupción, la impunidad y el desinterés de buena parte de la clase política nacional) y por tanto, con las posibilidades reales de ejercer los derechos ciudadanos.

Estos factores inciden de manera diferencial sobre el ciclo de vida de los colombianos en general y sobre la niñez en particular. Por ello, a continuación se mencionan algunos de los principales indicadores que describen la situación de la infancia del País de acuerdo con los diferentes grupos de edad. Un informe más detallado de la situación de la niñez en Colombia se presenta en el III informe de país sobre la situación de la infancia en el período 1998 – 2002.

2.1. EN CUANTO A NEONATOS, MADRES GESTANTES Y LACTANTES MENORES DE UN AÑO

Atención prenatal. La cobertura de atención institucional alcanzó el 91% de las madres gestantes en el 2000³ (ENDS 2000 o 2003??). El déficit restante se asocia con la ubicación de las madres en la zona rural (84% de cobertura frente al 94% en zonas urbanas), su bajo nivel educativo y con un número mayor de hijos, ya que la atención prenatal es superior cuando se trata de primogénitos y se reduce con el aumento de hijos.

Atención del Parto: La cobertura de parto atendido institucionalmente fue para el 2000 de 93.5%. La menor atención en servicios de salud está en el Litoral Pacífico con un 55% y la mayor en Bogotá con el 97%. Para las mujeres sin educación no ha habido mejoras en la atención profesional del parto, las de primaria continúan con los mismos niveles que en 1995, mientras que para las de mayor nivel educativo es del 95%⁴.

El parto y las complicaciones relacionadas con la gestación se constituyen la primera y segunda en causas de los egresos hospitalarios en el país, con un 22.1% y 11.5% respectivamente y se ubican entre las primeras 10 causas de morbilidad⁵. En cuanto a las causas de la carga de enfermedad en discapacidad, en el grupo de cero a cuatro años las primeras que se identifican son las de origen genético, seguidas por las afecciones perinatales.

Mortalidad Materna: La tasa (razón) de la mortalidad materna para el año 2000 fue de 104.9 x 100.000 n.v.⁶ Las causas asociadas son la hipertensión, las complicaciones del parto, el aborto, las hemorragias y las complicaciones del puerperio. Los mayores riesgos se presentan en edades extremas, en mujeres de las zonas rurales, desplazadas o marginadas dentro de las ciudades. Estos problemas están condicionados por factores de riesgos biológicos, ambientales, socioculturales, de comportamiento y de acceso a servicios básicos de educación y salud. Una de las situaciones que inciden en las tasas de mortalidad materna son las altas cifras de embarazo en adolescente ya que la fecundidad en éstas pasó del 17% en el año 95 al 19% en el 2000.

Mortalidad infantil. En Colombia al igual que en el resto del mundo, se ha tenido un descenso notable en la incidencia de la Tasa de Mortalidad Infantil pasando de 25.6 x1000 n.v en el 1999 a 20.4 en el 2000⁷. Este descenso está asociado a diversos factores, entre los que se destacan el mejor nivel educativo de las mujeres, el desarrollo de la salud pública y un mayor acceso a los servicios de salud y saneamiento básico.

Sin embargo, la problemática de la mortalidad infantil es preocupante en tanto cada vez son mayores las diferencias regionales y los factores de riesgo asociados a la pobreza y a la iniquidad. Sus causas están asociadas a los trastornos respiratorios del periodo perinatal, malformaciones congénitas, infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales y otras afecciones relacionadas con este periodo. El bajo peso al nacer es responsable de la mayoría de las muertes neonatales en las primeras semanas de vida, de los trastornos del crecimiento y desarrollo y de las secuelas neurológicas. La proporción de los recién nacidos vivos se les diagnostica bajo peso al nacer es de 7.3%⁸.

Crecimiento y Desarrollo: La infancia es la etapa que corresponde a la primera década de la vida y comprende los años que transcurren mientras se posibilita la vida autónoma, el crecimiento y la maduración de las funciones esenciales, la apropiación de las bases psíquicas y el aprendizaje básico de los valores sociales. El crecimiento y desarrollo se entiende como el proceso que se inicia desde la concepción hasta la adolescencia. Su seguimiento, aunque cuenta con normas específicas para tal efecto desde el 2000⁹, hasta el momento no entrega cifras de orden nacional.

VIH/SIDA. Desde 1983 hasta junio de 2003 se notificaron 40.072 casos de la Infección por VIH / SIDA. De estos, el 3.15% se presentan en niños y niñas por transmisión materno - fetal.¹⁰

Sífilis. La incidencia de sífilis gestacional¹¹ de acuerdo con datos de pruebas procesadas en 6 laboratorios departamentales de salud pública del país fue de 2.2%. Por tener el 25% de las madres menos de 19 años, son consideradas como un grupo de alta vulnerabilidad¹². De los niños que tenían sintomatología compatible con sífilis, el 96% de los casos se consideraron como sífilis temprana.

Lactancia materna. Durante la década pasada la práctica de la lactancia exclusiva descendió al pasar de 16.9% en 1990, a 15.8% en 1995 y a 11.6% en el 2.000. La práctica de la lactancia materna

exclusiva hasta los 6 meses no está generalizada en el país. Este descenso puede estar asociado a los factores culturales muy fuertes arraigados en la creencia de la necesidad de aguas a los primeros meses de edad, a los débiles mensajes educativos hacia la comunidad, a las recomendaciones inapropiadas del personal de salud y a la publicidad de los alimentos sucedáneos de la leche materna¹³.

En cuanto a la duración total de la lactancia materna hasta los 12 meses el país presenta una tendencia positiva al pasar de 39% al 42% y al 49% en el período analizado¹⁴.

Registro civil. El 67% de los niños y niñas menores de un año son registrados civilmente. La mayor proporción de niños y niñas sin registrar se encuentran en el área rural¹⁵

Adopciones. Durante 1997 y Febrero 28 del 2003 fueron expedidas 11.252 sentencias de adopción y de ellas el 64.3% corresponde a niños entre 0 y 3 años. Sin embargo, una de las mayores debilidades del tema de la adopción es que los sistemas de información presentan inconsistencias entre sí, y especialmente en lo que hace referencia a las adopciones por extranjeros

2.2. EN CUANTO A NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 1 Y 5 AÑOS DE EDAD

Representa tal vez el grupo de edad que requiere de mayor atención por parte de la política pública en los próximos diez años. Los servicios que presta el Estado y, por tanto, el contacto de las madres gestantes y de los niños menores de un año con funcionarios especializados en la detección y atención de problemas centrales del crecimiento y desarrollo, se disminuye dramáticamente en esta fase del ciclo vital. La vulnerabilidad de los niños y niñas entre uno y cinco años se encuentra por tanto asociada con la completa dependencia que tienen de los adultos de su entorno inmediato.

Hacia delante es muy importante que el Estado cuente con un sistema de información y monitoreo de las familias que tienen niños y niñas en este grupo de edad para contar con mayores elementos de juicio en el diseño y ejecución de programas de atención orientados hacia esta población.

Perfil de mortalidad. La tasa de mortalidad de los menores de cinco años es de 24.6 x 1000 n.v para el 2000. Las enfermedades transmisibles prevenibles (neumopatías, diarrea, paludismo, sarampión e infección por el VIH) son responsables de casi la mitad de las muertes del menor de 5 años. La estructura de la mortalidad del menor de 5 años esta dada por infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas intestinales, deficiencias y anemias nutricionales, ahogamiento e inmersiones accidentales, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas¹⁶.

Estas muertes ocurren no solo por la falta de acceso a los servicios de salud con calidad y a la información, sino porque existen barreras geográficas, sociales, económicas y culturales; sumadas a otras causas prevenibles o no diagnosticadas a tiempo, como es el caso de las enfermedades transmisibles complicadas con cuadros de malnutrición y los entornos insalubres.

Desnutrición crónica. Para el 2000 el 13.5% en los menores de cinco años presentaron desnutrición crónica¹⁷ o retardo en el crecimiento; este hecho se relaciona con la situación de marginalidad y pobreza. El 2.8% de ellos (se encuentra en riesgo de desnutrición severa, siendo el grupo más afectado los menores de 12 a 24 meses.

Desnutrición aguda¹⁸ o emaciación se presentó en el 0.8% en los menores de 5 años, con severidad en el 0.1% de ellos. Los niños más afectados nuevamente son los de 12 a 24 meses, los de 3 años y los menores de 6 meses en su orden.

Enfermedades inmunoprevenibles. La cobertura de vacunación en Polio, BCG y Triple Viral apenas supera el 80%, otras como la DPT, la HB ni siquiera alcanza el 80%, mientras que la Haemophilus apenas se acerca al 60%¹⁹. Las condiciones de recursos financieros, la contratación para la adquisición de los

biológicos y la distribución a las entidades territoriales ha sido insuficiente para garantizar coberturas útiles de vacunación.

VIH/SIDA. Hay un incremento preocupante de casos reportados en niños y niñas 0 a 4 años, ya que de 62 casos en el año 1999 se pasó a 269 en el 2001, a 193 casos reportados en el 2002, y a 99 durante el primer semestre de 2003.²⁰

El acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud. La vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en 2002²¹ era de 26.2% al régimen subsidiado y 30% al régimen contributivo. 43.8% de colombianos no contaban con afiliación para esa fecha. Adicionalmente los niños y niñas afiliados y mayores de un año, acceden a servicios de salud de los planes de beneficios definidos (contributivo y subsidiado), con diferencias en los contenidos entre los dos regímenes.

Violencia intrafamiliar. De los 68.585 dictámenes proferidos por Medicina Legal en el año 2000²², 10.900 correspondieron a menores de 18 años. Murieron 145 personas por esta causa y de ellas, el 21% fueron menores de 18 años, entre los que los niños y niñas de menos de cinco años fueron los más afectados.

Discapacidad. En cuanto a niños y niñas en situación de discapacidad, se considera hoy un número aproximado de 2'500.000, y aunque no se cuenta con datos de cobertura de atención, algunos estudios señalan que esta es mínima y se ubica principalmente en el sector privado²³. La detección temprana, el acompañamiento y preparación a la familia del niño o niña, y la oferta adecuada para superar las barreras planteadas por el entorno según el caso, tienen mayor relevancia en esta etapa temprana del ciclo de vida.

Matrículas en ciclo preescolar y deserción. La cobertura obtenida a 2002 de 30.6% en el nivel preescolar con un aumento significativo en casi 3 puntos porcentuales en comparación con el año 98, señala los esfuerzos del gobierno por promover la vinculación de los niños al llamado grado 0. Sin embargo, el desarrollo de la cobertura ha sido mas lento de lo que se esperaba; y la ampliación prevista para los otros dos grados de preescolar, alcanzar el 80% de cobertura en el grado 0, no se ha dado. Información sobre los matriculados por niveles y edades en el año 2001 permiten identificar el cubrimiento de la oferta en preescolar con un total nacional de 1058345 niños y niñas entre los 3 y 6 años de edad. Siendo un total oficial de 629.432, no oficial de 428913. En lo urbano 854424 y en lo rural 203921. Los niveles de deserción pasaron entre 1998 y 2000, de 6.8% a 9.4% en preescolar.²⁴

Infancia y ambiente. Dos de las cinco principales causas de muerte infantil se agravan debido al ambiente. Las enfermedades diarreicas agudas representan 8% y las infecciones respiratorias agudas representan casi 11% de las causas de muerte entre menores de cinco años. Estas muertes relacionadas con el ambiente se asocian principalmente con el agua contaminada, el saneamiento deficiente y el aire contaminado en interiores y exteriores.

La pobreza, la malnutrición y la injusticia ambiental que predominan en América Latina y el Caribe hacen que aumente la exposición de los niños a las sustancias contaminantes y la susceptibilidad a sus efectos.

2.3. EN CUANTO A NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 11 AÑOS DE EDAD

Promoción y prevención de la salud. La salud para el escolar en primaria carece de control de crecimiento y desarrollo, hay severas deficiencias en programas como desparasitación, dificultades en instalaciones sanitarias en numerosos planteles, en la provisión de micronutrientes, complementos nutricionales, tamizajes, etc. Existe el SISVAN (Sistema de Vigilancia Nutricional), pero según la opinión de numerosos especialistas, no es muy preciso y tiene serios problemas de sistematización.²⁵

Perfil de Mortalidad. De 5 y 14 años la principal causa de muerte de los niños y niñas son los accidentes en el hogar y los de tránsito (por inmersión, cuerpos extraños, caídas accidentales, fuego,

envenenamientos accidentales, arma de fuego o material explosivo). La segunda son las enfermedades por causas prevenibles y por problemas derivados de la mala nutrición.²⁶

Perfil de Morbilidad. En Consulta Externa se encuentra que el 5% se presenta por Helmintiasis, y caries casi el 20% de los escolares. Según la ENDS 2000, se encontró que un 11% de los niños y niñas examinados informó el antecedente de formulación de corrección óptica, el porcentaje en zona urbana fue de 15% y de 4% en zona rural.²⁷

Nutrición. La población escolar entre 7 y 12 años estimada para el año 2001 es de 11.5% de la población total, y de ellos el 20% de niños y niñas, antes de la adolescencia se desnutre cuando presenta problemas asociados con el parasitismo y la anemia, asociado para el caso Bogotá con un alto consumo de alimentos de bajo valor nutricional por la influencia de la publicidad, las creencias y costumbres culturales en la formación de hábitos de salud, la falta de educación nutricional con respecto a loncheras adecuadas, el manejo inadecuado de dinero por parte del escolar para la compra de sus alimentos y la venta de productos de bajo valor nutricional en las cafeterías escolares.²⁸

Abuso sexual. De los 13.542 dictámenes sexológicos realizados en el país durante el 2000, 86% fueron realizados en mujeres y 14% en hombres. El grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 10 y 14 años, y el segundo para ambos géneros fue el de 5 a 9 años.²⁹

Maltrato infantil físico severo, afecta más a los niños y niñas de 5 a 14 años, con 58% de los casos. Por género, 45% del total de niños maltratados en Colombia en 2002 son varones y 55% son mujeres.³⁰

Abandono y protección. Cerca de 492.255 niños y niñas entre 5 y 17 años³¹ en el 2001 se fueron de su hogar. En el 2000 había 62.000 niños y niñas institucionalizados de los 99.000 atendidos por el ICBF, más de 8.000 niños y niñas huérfanos, cerca de 600.000 en la calle dedicados a la mendicidad y a la economía informal y más de 4 mil declarados en abandono³².

Niños y niñas de difícil adopción. De los 18.227 niños y niñas reportados al programa de adopciones durante el período analizado 1997 y febrero de 2003, efectivamente fueron adoptados 11.252 niños y niñas, el 64.3% corresponde a niños entre 0 y 3 años, mientras que los de 4 a 6 años 17.9% y los mayores de 7 apenas participan con un 17.6%³³.

Cobertura en educación. El 14% de niños y niñas de 6 a 14 años no tienen educación básica primaria y secundaria, y la cobertura en educación básica primaria muestra, una disminución (83,5% en 1998 frente a 82,3% en 2002), cobertura que estuvo constante los últimos 3 años. En cuanto a la promoción de la primaria esta paso de 77 a 83.5%. En lo urbano la primaria incrementó pasando de 83 a 87% y la rural, la incrementó en 9.6 puntos, pasando de 68.4 a 77.6%. Igualmente en cuanto al crecimiento de la cobertura por niveles, aún no se ha logrado disminuir la brecha existente entre la proporción de participación en los niveles de escolaridad básica primaria y la disminución de estudiantes en los niveles de secundaria y educación superior.³⁴

Deserción y repitencia escolar. En el nivel de educación primaria la deserción fue del 56.2%. Las tasas más altas de deserción se dan en el primer grado de primaria, con una distribución del 18% en zonas urbanas y un 30% en las zonas rurales. En los niveles, secundario y medio, predomina la deserción en el grado 6ª con un 15%. Complementando la complejidad de la situación la tasa de repitencia es de 6.62% y la extraedad calculada en 17% por debajo de la edad y 10% por encima, lo que implica que de cada 100 niños matriculados aproximadamente 90 se encuentran en el rango de edad correspondiente al nivel educativo.³⁵

Calidad. Los resultados del Sistema Nacional de evaluación de la Calidad de la Educación SABER, en el estudio realizado a los grados, tercero, quinto, séptimo y noveno, a cincuenta mil estudiantes de todo el país, entre 1997 y 1999, arrojaron pobres resultados en las áreas prioritarias de Lenguaje y Matemáticas.

A la comprensión crítica de los textos, solo el 44% de los estudiantes estuvo en el nivel de logro esperado. Y desciende en los grados siguientes para llegar a un 20% en noveno grado. En las pruebas, los estudiantes de colegios privados tuvieron los mejores resultados y los de las zonas rurales los peores. Además, un 15% de los estudiantes de primaria que presentaron las pruebas y un 14% de los de secundaria, no llega a la comprensión literal de textos.³⁶

Explotación laboral. En Colombia trabajan 2.318.378 niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, ejercen una ocupación remunerada o no, en la producción de bienes y servicios del mercado, incluyendo los oficios del hogar de más de quince horas a la semana. Dentro de este grupo encontramos uno de cada 20 niños y niñas entre 5 y 9 años, y uno de cada 10 niños y niñas entre 10 y 12 años.³⁷

Iniciación al tabaco, al alcohol y a las drogas. Los inhalantes (pegantes), son populares entre 6 y 12 años, en no escolarizados. El 72% de los menores de 12 años confiesa haber tomado algún tipo de bebida alcohólica.³⁸

2.4. EN CUANTO A ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD

Invisibilización de potencialidad y carencia de estrategias efectivas para su inserción social y económica. Se les considera solo en cuanto a problemas originados en la dificultad de familia, escuela, sistema de salud y sociedad en general, para apoyarles, desconociendo por esta vía su potencial organizativo, participativo y de creación³⁹, restando posibilidades a su protagonismo para superar la situación del 52,8% (4.587.670,00) de los jóvenes colombianos en condiciones de pobreza y el 23,75% (1.089.572) en miseria.⁴⁰

Homicidios y muertes violentas. Durante el 2002 se realizaron 4.174 dictámenes medicolegales, por muerte violenta, en menores de 18 años, el 18.3% por accidente de tránsito, el 53% por homicidio, 6.6% por suicidios, 20.5% por muerte accidental y en el 1.7% no se establece la manera. Y cinco de cada diez muertes violentas ocurren en adolescentes entre 15 y 17 años.⁴¹

Embarazos no planeados y abortos. El 52% de los embarazos no son deseados y del 48% restante, la mitad no eran deseados en el momento en que la pareja, o la mujer, conoció del embarazo. El único grupo de edad que ha aumentado su fertilidad es el grupo de 15 a 23 años de edad. Colombia enfrenta una epidemia de embarazos no deseados de adolescentes⁴². El 15% de las adolescentes en el año 2000, ya eran madres y el 4% estaban en el embarazo de su primer hijo, para un total de 19% que estaban en gestación o habían tenido partos, en comparación con el 17% de la Encuesta del 95. Además este porcentaje es significativamente superior en la zona rural (26%), en el Litoral Pacífico y aún mayor cuando las menores se encuentran en situación de desplazamiento (30%). Una de cada cinco adolescentes de 17 años ha estado alguna vez embarazada, así como una de cada tres de las adolescentes de 19 años. El 44% de estas mismas adolescentes han tenido al menos una experiencia de aborto⁴³

Maltrato y abuso sexual. En cuanto al abuso sexual, de los 13.542 dictámenes sexológicos realizados en el país durante el 2000, 86% fueron realizados en mujeres y 14% en hombres. El grupo de edad más afectado fue el comprendido entre 10 y 14 años. Hay prueba física solo en un 10% de los delitos, y un escaso 2% llega a sentencia por pérdida de pruebas, fallas en las entrevistas a las víctimas y errores en el proceso en general.⁴⁴

VIH/SIDA. Hasta el 30 de junio de 2003 se han reportado 40.072 casos. La incidencia notificada acumulada de VIH, en ascenso, fue de 7.48 en 1998, 9.85 en el 2002, y sería de 10,9 por 10.000 habitantes en el 2003, asumiendo la población a mitad de periodo (población de 1992-1993 de 36'763.923). El 52.86 % de los casos por VIH se presenta en personas entre los 15 y los 35 años, lo que quiere decir que este grupo poblacional, probablemente, se infectó antes de los veinte años de edad.⁴⁵

Educación, cobertura, deserción escolar, calidad y situación económica. Los datos sobre cobertura educativa muestran que el sistema educativo colombiano sigue funcionando como una pirámide donde el área en los niveles educativos superiores es menor, lo que representa una menor cobertura educativa en la medida en que se asciende, de forma tal que cerca de la mitad de las personas están por fuera del sistema educativo cuando alcanzan la edad correspondiente a la educación básica secundaria. La oferta oficial en secundaria es del (67%); y la educación privada superior es el 71% de las matrículas. El nivel de deserción escolar entre 1998 y 2000, paso de de 6.1% a 6.5% en secundaria y de 3.6% a 3.8% en el nivel de educación media, predominando la deserción en el grado 6ª con un 15% y en el grado 9 con un 13%. Según varios estudios un período crítico de deserción lo refleja el año 1999, producto de la crisis económica que afecto en mayor medida a las familias y estudiantes más pobres, recurriendo como opción para varios de ellos al trabajo como estrategia de subsistencia. En cuanto a la calidad los resultados de las pruebas oficiales al finalizar los estudios del ciclo de educación básica, durante la década de los 90`s han mostrado un alto porcentaje (50%) de colegios con bajo rendimiento académico en contraste con la disminución del porcentaje de colegios con alto rendimiento.⁴⁶

Explotación laboral. De los 2.318.378 niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, que trabajan en la producción de bienes y servicios del mercado, incluyendo los oficios del hogar de más de quince horas a la semana, con o sin remuneración, uno de cada cinco tiene entre 12 y 14 años de edad, y uno de cada tres entre 15 y 17 años de edad, afectando al doble de hombres que de mujeres.⁴⁷ Aproximadamente el 30% de los adolescentes mayores de 14 años que combinaban estudio y trabajo, abandonan definitivamente la formación escolar. En el caso de las niñas que laboran como trabajadoras domésticas, se indica que ellas presentan un retraso escolar de hasta 5 años. Otras consecuencias se asocian con problemas físicos y de salud, introducción temprana a prácticas que no están acordes con su edad, tales como el consumo de alcohol o la maternidad prematura.⁴⁸

Las peores formas de explotación laboral. Afectan severamente a los adolescentes prioritariamente y se concentran en el Conflicto Armado al que considera las cifras de la Defensoría del Pueblo están vinculados 6.000 niños y niñas, Human Rights Watch 11.000, la Explotación Sexual que según cifras de la Defensoría del Pueblo afecta a 25.000 niños y niñas, el Trabajo Doméstico según UNICEF y Save the Children a 323.000 niños y niñas, la Minería de acuerdo a cifras de Minercol entre 200.000 y 400.000 niños y niñas, para la Construcción y la Industria, el DANE presenta cifras de 33.428 y 195.892 respectivamente, en Cultivos Ilícitos 200.000 niños y niñas citando la Defensoría del Pueblo, y en el Comercio, con una proporción significativa en el comercio callejero, 187.744, según el DANE.⁴⁹

Consumo de sustancias psicoactivas. En 1996 una investigación gubernamental mostraba como prácticamente no había casos nuevos de consumo a partir de los 19 años. Estudios mas recientes muestran la reducción en las edades de inicio, se calculó que hacia los 12,9 años, los niños colombianos tenían su primera experiencia con el alcohol, aunque un 15,2% de los usuarios iniciaba antes de los 10 años.⁵⁰ Anualmente, 65.000 niños y niñas consumen por primera vez sustancias psicoactivas, y para el año 2000 se estimaba que dos millones de colombianos consumían sustancias psicoactivas, y de ellos 180.000 tenían entre 14 y 17 años.⁵¹

Habitantes de la calle. Se estima que en el país hay aproximadamente 30.000 niños que permanecen en la calle la mayor parte de su tiempo, el 37% de ellos en Bogotá. Cerca del 75% de los niños que habitan la calle dicen haber sufrido maltrato en su familia y el 37% de ellos lo reconoce como el factor principal de su huida del hogar y el 87% de ellos consume sustancias psicoactivas⁵². Los niños y niñas en la calle entra en círculo de exclusión, la familia lo expulsa o lo empuja a evadirse, se inicia en el comercio informal, hace tránsito por la mendicidad, el rebusque, la vida en la calle en general, la sociedad lo repele y sataniza y el Estado no consolida una respuesta efectiva a su situación⁵³. Se viene incrementando el fenómeno de las "familias callejeras" cuyo proceso de resocialización reviste gran dificultad.

Desarrollo psicosocial y salud mental. Aproximadamente del 10% al 20% de los niños presentan uno o más problemas mentales o del comportamiento. El periodo de la adolescencia puede resultar estresante y se corre el riesgo de abusar de sustancias y de desarrollar otras conductas nocivas⁵⁴. Los problemas no resueltos de identidad, ira o depresión pueden llevar a la violencia o incluso el suicidio. En el mundo, se estiman en 90 mil los adolescentes que se quitan la vida cada año. La adolescencia también es un periodo durante el cual se pueden manifestar algunos trastornos mentales, en particular la esquizofrenia debilitante, las ansiedades y las fobias. En los casos en que las familias se vean especialmente afectadas por la pobreza, el conflicto y la migración forzada, el sostén que el sujeto necesita para un buen desarrollo intelectual y social puede verse alterado. Estas barreras tienen consecuencias a largo plazo para el bienestar y la productividad del individuo, y para la salud de las comunidades en su totalidad.

Trastornos del comportamiento alimentario. Empieza a generar alarmas epidemiológicas en los adolescentes y jóvenes de los estratos de mayor y medio ingreso, de 10 casos, 9 en mujeres. Datos parciales muestran una incidencia destacable de Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. El riesgo para el desarrollo está patología aún incipiente en los jóvenes está relacionado con múltiples factores que van desde el género, la presión sociocultural alrededor del culto al cuerpo y a la delgadez como sinónimo de éxito y aceptación, personalidad perfeccionista, entorno familiar disfuncional hasta experiencias traumáticas de abuso o maltrato.⁵⁵

Violencia Intrafamiliar: El 41% de las mujeres unidas o casadas han sido víctimas de la violencia física por parte de su compañero/esposo y el 11% de las mujeres han sido violadas. Cuatro de cada 10 adolescentes alguna vez unida ha sufrido violencia física por parte de su compañero. El 64% de las adolescentes unidas alguna vez aseguran que sus maridos toman trago y el 5% usan sustancias psicoactivas⁵⁶.

Enfermedades Transmitidas por Vectores, ETV. La mortalidad y la morbilidad por Malaria, Dengue y Leishmaniasis, la Fiebre Amarilla, en otras enfermedades transmitidas por vectores, representan un problema grave de salud pública. La incidencia de malaria se ha incrementado en el último quinquenio en un promedio de 150.000 casos por año y una tasa de 7 a 8 x 1.000 hb. En dengue, el promedio anual es de 50.000 casos y la tasa de riesgo de dengue hemorrágico ha llegado a 21 casos x 100.000 hb. En el último año la mortalidad por ambas enfermedades fue de 88 y 61 casos, respectivamente.

Varias son las causas que han llevado al incremento de estas enfermedades y a las tasas de mortalidad que se presentan, como el aumento de la población que habita en vertientes de tierra caliente, la falta de continuidad en las políticas de control de vectores y la mayor resistencia a ciertos medicamentos, insuficiente cobertura en la detección temprana de las enfermedades y sus complicaciones y de tratamiento oportuno.

Discapacidad. De acuerdo con el censo de población de 1993 se calcula que el 2.1% (700 mil personas) de la población colombiana sufre de algún tipo de discapacidad. Por su parte el Sistema Nacional de Información (1996-1997) habla de una proporción de 23.8% de la población con alguna discapacidad. Según fuentes del Ministerio de Salud (1999), hoy Ministerio de la Protección Social, el 12% de la población, es decir cuatro millones doscientas mil personas, presentan alguna discapacidad física, mental o sensorial. De éstas, 60% son menores de edad.

Los niños y niñas con alguna discapacidad son los más vulnerables debido a que no están en condiciones plenas para enfrentar los diferentes riesgos y situaciones que se presentan a diario en su medio, por tal razón son más propensos a ser víctimas de accidentes, violencia intrafamiliar, descuido o negligencia, o por el contrario, sobreprotección, lo cual también limita sus posibilidades de moverse o expresarse de acuerdo con sus capacidades.

El derecho a la participación. Si bien es cierto han existido innumerables e importantes esfuerzos para formar y movilizar a los niños en el ejercicio de sus derechos, han sido pocos los avances en la generación de una participación propia. Hay debilidades en la continuidad, apropiación, cualificación y reconocimiento de instancias como los consejos municipales de juventud y el consejo nacional de niños y niñas. Adicionalmente no existen cifras que permitan dimensionar en el contexto nacional el grado de avance en relación a las libertades civiles.⁵⁷

2.5. EN CUANTO A NIÑOS Y NIÑAS INDÍGENAS E INTEGRANTES DE LAS MINORÍAS ÉTNICAS

Etnoeducación. El país cuenta con cerca de 700.000 indígenas distribuidos en 93 pueblos, su analfabetismo alcanza el 44% de la población total, la cobertura escolar para menores de 18 años en las comunidades indígenas es tan baja que no llega a la mitad de la cobertura rural⁵⁸. Mas allá de que existan leyes y decretos del Estado que estimulen y permitan la enseñanza bilingüe y la etnoeducación para la comprensión específica de cada cultura, es necesario que estas se pongan al servicio del crecimiento de las culturas⁵⁹.

Protección. Aunque los casos de protección son realmente escasos al interior de los pueblos indígenas (en relación al artículo 30 del Código del menor), estadísticamente muestran que se relacionan básicamente con problemas de hambre y desnutrición, ya que es un hecho evidente en estas poblaciones el poco control sobre el medio natural y las áreas de producción, consecuencia de los efectos de las migraciones de colonos, la violencia, el narcotráfico y los cultivos ilícitos. La atención de estos casos se enmarca en la denominada protección multicultural, que busca la institucionalización del modelo de relación, defensor de familia – autoridades indígenas, fundamental para asegurar la protección de la niñez indígena, asegurando la integridad y preservación de estos pueblos⁶⁰.

Desplazamiento forzoso por violencia. Por grupos étnicos, la población afrocolombiana representa el 18%, y la indígena el 5.4% de la población desplazada.

2.6. EN CUANTO A NIÑOS Y NIÑAS DESPLAZADOS, AFECTADOS POR DESASTRES NATURALES Y VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA

Magnitud y características del desplazamiento. Según estadísticas oficiales, entre 1995 y 2002 se han desplazado alrededor de 2.000.000 de personas, haciendo evidente un crecimiento sostenido semestre a semestre del 45% hasta finales del 2002. Por grupos poblacionales afectados, se estima que el 48% son mujeres y el 44% son niños, niñas y adolescentes en edad escolar, es decir, entre 5 y 17 años⁶¹.

Minas antipersonal. En el 2001 se calculaba que existían 130.000 minas en el país esparcidas en 400 municipios ubicados en 28 departamentos. El 50% de civiles víctimas de las minas antipersonal son niños y niñas⁶², 6000 niños y niñas pierden la vida o quedan discapacitados cada año a causa de las minas terrestres sembradas donde los niños viven, juegan y van a la escuela⁶³.

Inasistencia alimentaria. Este delito además de venir en ascenso desde el año 2000, ha sido el segundo de mayor frecuencia, después del hurto calificado, entre los denunciados desde el año 2000 a septiembre de 2003. En el 2002 del total de 1`416.279 delitos denunciados ante la Fiscalía General de la Nación, 128.717 fueron por inasistencia alimentaria⁶⁴. Adicionalmente en el año 2002 se presentaron 120.245 demandas por alimentos ante los juzgados de familia, demandas que se resolvieron así: con sentencia 61.961, con conciliación y transacción 11.518 y 854, por desistimiento 2.645, por perención 7.149, retiro 12.934 y nulidad 32.127⁶⁵. Hay muchos padres que someten la subsistencia de niños y niñas a prolongados procesos judiciales, que además son dispendiosos, y que en muchos casos arrojan pírricos resultados en términos económicos de frente a las necesidades reales de niñas y niños, e incluso a la presuntiva legal, (que es el equivalente al 50% del salario mínimo según el Código del Menor), particularmente en los casos de quienes son representados por defensores de familia.

Violencia intrafamiliar. Para el caso de las mujeres víctimas del desplazamiento, el 52% de ellas, alguna vez unida, reporta algún tipo de maltrato físico y el 36% ha sido forzada a tener relaciones sexuales por desconocidos⁶⁶.

La resolución de conflictos. La formación de imaginarios favorables a la violencia convierte la fuerza en razón suficiente, y no solo influye en los niños directamente involucrados en el conflicto, en general a todos los niños, niñas y adolescentes abrumados por la información del entorno y sin elementos para hacer lectura constructiva de ella.

2.7. EN CUANTO A NIÑOS Y NIÑAS PARTICIPANDO EN CONFLICTO ARMADO

Calidad de combatientes. Aproximadamente 11.000 niños y niñas militan en las filas de los grupos armados ilegales, en calidad de combatientes⁶⁷. Buscan una oportunidad de escalamiento social para ellos y oportunidades para sus familias, en su mayoría provienen del área rural en donde la presencia del estado es insuficiente, existe desempleo, violencia intrafamiliar y ausencia de oportunidades de desarrollo.

Niños desvinculados de los grupos armados. Entre 1999 y 2002 un total de 700 niños se desvincularon de los grupos armados por entrega voluntaria o captura, a septiembre de 2003 se reportan 527 nuevos niños y niñas desvinculados. Del total de jóvenes atendidos 796 son hombres (72,32%), y 297 mujeres (27,13%). 681 jóvenes proceden de las FARC; 167 del ELN; 192 de las AUC; 20 de otros grupos (ERG, EPL, ERP, Milicias populares) y 30 sin contacto. Por entrega voluntaria se han atendido 744 niños (68,06%), capturados 280 (25,61%) y por entrega negociada 69 (6,33%). Del total de menores atendidos el 52,22% han cursado la primaria completa o parte de ella, el 24,93% el bachillerato o parte de él, el 8,07% no tienen escolaridad y del 14,77 no se tiene la información.⁶⁸

2.8. EN CUANTO A NIÑOS Y NIÑAS EN CONFLICTO CON LA LEY

Magnitud. Este es un fenómeno que ha crecido entre los años 1998 y 2002. Los procesos relacionados con menores en conflicto con la ley aumentaron durante este período en 10.038 casos, pasando de 25.765 en 1998 a 35.799 en el 2002. El mayor impacto de crecimiento se observa en los años 1998 y 1999 con un 17%, se mantiene en 4% el crecimiento anual entre el 1999 y el 2001 y se evidencia un crecimiento del 9% entre el 2001 y el 2002. Reportes oficiales de la Policía Nacional, refieren un promedio anual de captura de 6.481 y de 7.960 contraventores⁶⁹.

Características. La mayor incidencia se presenta en las grandes ciudades. Las infracciones con mayor porcentaje de ocurrencia son el hurto (57.55%), seguido a distancia por las lesiones personales (20.21%), los delitos contra la administración pública y contra la libertad y el pudor sexual con un (5.93%). El 99% de los niños infractores institucionalizados pertenecen a estratos socio-económicos bajos o de extrema pobreza, hogares con un alto porcentaje de jefatura femenina (31%), alto índice de deserción escolar (48%), alto índice de consumo de sustancias psicoactivas y articulación a redes delinuenciales de mayores. La caracterización de los niños/as infractores tiene como elemento común en su historia, la presencia de factores de exclusión familiar, escolar y laboral. Otro fenómeno asociado a esta problemática es el nivel de reincidencia, el cual alcanza en varios departamentos del país hasta un 25%.⁷⁰

Penalización. De acuerdo con las medidas decretadas por los juzgados, aplicadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, aproximadamente el 32% de los menores son privados de la libertad y ubicados en centros de reeducación, el 48% en programas de libertad asistida, y al 20% restante se les aplica otras medidas que contribuyan a su rehabilitación⁷¹. Este porcentaje de privación de la libertad se explica por la aplicación de criterios ajenos a la gravedad de la conducta cometida, y más bien referidos a su situación económica y socio-familiar⁷².

Institucionalización. La cobertura en servicios del medio institucional presenta algunas variaciones significativas especialmente en recepción que muestra disminución en 3.221 usuarios, mientras aumenta la atención en el medio cerrado, pasando de 704 en 1998 a 1.149 usuarios en el 2002, manteniéndose la tendencia del internamiento.⁷³

Soporte a tratamiento de la situación. Hay una notable insuficiencia de personal para el desarrollo del proceso legal (jueces, defensores, apoderados de oficio y equipo psicosocial de apoyo), escasa oferta de servicios, concentración de la oferta en las principales ciudades, dificultades para la coordinación y concurrencia de las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, y débiles sistemas de información, seguimiento y evaluación.

2.9. EN CUANTO A LA GESTIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE INFANCIA.

La distancia que existe entre la situación de la infancia que hoy ofrece el país y los principios y metas enunciados a nivel mundial y nacional durante los últimos años, se explica, entre otras cosas, por varios aspectos que el Plan País debe atender.

- **El modelo de gestión de la política de infancia.** Es altamente centralizado, sobre todo en lo que tiene que ver con la primera infancia, y con ejecutorias concretas más orientadas al componente asistencial y de restitución de derechos por parte de la acción estatal, que se encuentran en el campo operativo en contravía de los enunciados de política nacional orientados a generar capacidad de agencia de las personas y a la promoción de los derechos fundamentales.
- **La prevalencia de una visión sectorial.** Cada entidad desde su misión institucional, pretende responder a políticas públicas, metas y objetivos sectoriales, a través de una oferta estandarizada de servicios dirigida a un agente pasivo, compartimentado, quien debe buscar la forma de agrupar o acomodar la oferta asistencial a un tiempo, lugar, condición económica, tipo de familia y cultura específica, lo cual limita la posibilidad de desarrollar su capacidad de agencia y la posibilidad real del ejercicio de sus derechos y del desarrollo de una cultura garantista en favor de la infancia.
- **La tensión entre lo público y lo privado.** La disfunción entre el ámbito de lo público y la esfera de lo privado de la política y del ejercicio de los derechos de los niños/as en la cotidianidad se pone en evidencia porque ni cultural, ni legalmente es aceptada aún la dimensión pública del tema de la infancia. Los niños/as siguen confinados al ámbito de lo íntimo, de lo privado, de aquello que es infranqueable para el interés común. Esa manta de privacidad que cubre a la niñez en Colombia, que la aleja de la mirada, del interés colectivo y del escrutinio social y que la convierte en objeto ante los ojos de los adultos cercanos, contribuye a la repetición y ampliación del maltrato, de la amenaza, del abuso, de la explotación y del desamparo.

La responsabilidad de la sociedad con relación a la infancia y sus condiciones, aún sigue atrapada en órbita familiar, en donde niños y niñas no se asumen como una responsabilidad de su entorno cercano y de la sociedad en su conjunto, frente a los temas de grandes implicaciones como son su protección física, social y emocional. En muchos casos la familia, y más concretamente los progenitores, se consideran dadores de vida y por tanto con el poder absoluto sobre las condiciones de desarrollo de sus hijos con base en necesidades, expectativas e intereses que muchas veces ni consultan, ni protegen ni realizan los derechos de los niños y las niñas

- **Debilidades en las estrategias de apoyo a las familias.** El mayor desarrollo de programas y estrategias ha estado centrado en los contextos públicos por definición, como el colegio por ejemplo, descuidándose las acciones sobre la familia y debilitando la obligación primaria de los padres y las personas legalmente responsables. La problemática de la infancia, de puertas para adentro de los hogares, sigue sin ser una cuestión pública, que amerita por tanto una decidida acción por parte de las políticas del Estado.

- **Tejido social y familia.** En el mismo sentido, no se ha logrado concretar una visión estructural e integral para atender a la niñez colombiana, descentrando la atención exclusiva en el niño/a y orientando el trabajo al fortalecimiento del tejido social local, vecinal y familiar en su función protectora. No existe aún en la política de infancia un enfoque, ni mucho menos desarrollos operativos, de atención a las familias, a los vecinos y a las redes sociales para que estos cumplan adecuadamente con su rol de proección.
- **Debilidades técnicas para la toma de decisiones.** Estas dificultades se agravan con la carencia de elementos técnicos proclives y de soporte a la gestión estatal, tan pertinentes en este caso, como lo es un Sistema de Información Intersectorial que permita asumir a determinado grupo de personas con características comunes, (por ejemplo edad), como eje de acciones públicas (del Estado, la comunidad y la familia) y evaluar en concreto su impacto.

Incluso aquellos sectores considerados “fríos”, como la infraestructura vial, inciden en la protección, realización o reparación de los derechos de la población infantil. Muy pocas veces el Estado se ha preocupado por evaluar el impacto que tiene una vía o un acueducto, sobre el mejoramiento de la nutrición infantil o sobre la disminución de las enfermedades gastrointestinales, o sobre la generación de empleo y, por tanto, sobre la reducción de la explotación laboral infantil. ¿Cuánto disminuye el maltrato infantil al reducirse los índices de hacinamiento como consecuencia de la política de vivienda de interés social en una localidad específica?, nadie lo sabe porque no existe un sistema de información que además de describir la situación de la infancia, que de por sí ya sería un avance importantísimo, sea capaz de operacionalizar aquel concepto de que los derechos son integrales e interdependientes.

2.10. LECCIONES APRENDIDAS EN LA DÉCADA ANTERIOR.

En la evaluación del Plan de Acción a favor de la Infancia (PAFI), implementado la última década del siglo pasado, se resalta el hecho de que tener un marco de referencia universal como la Convención de Derechos del Niño, ha permitido transformar las concepciones sobre niñez y sobre su protección. En este último campo se ha demostrado que la coordinación intersectorial e interinstitucional son fundamentales; no es posible que una sola institución pueda responder por toda la garantía y restitución de derechos de los niños.

Por ello, es preciso continuar fortaleciendo los procesos de descentralización territorial, al tiempo que se ajustan las leyes y normas al respeto. Así mismo, es necesario consolidar los procesos de transformación sociocultural, para que las comunidades, familias e instituciones modifiquen sus actitudes y comportamientos hacia la niñez y apliquen siempre el principio de interés superior del niño.

Desde el punto de vista de la gestión se destacan dos condiciones básicas para considerar en la concepción, diseño y gestión de la política pública de infancia. En primer lugar, la concertación y coordinación interinstitucional e intersectorial, entre niveles territoriales y con amplia participación de la sociedad y de la misma infancia y, en segundo lugar, el fortalecimiento del proceso de descentralización.

Con base en la experiencia obtenida en la década anterior surgen otras recomendaciones, tales como⁷⁴:

- **La naturaleza de la gestión.** Las metas orientadas a mejorar la calidad de vida, trascienden las esferas sectoriales porque comprometen más de un programa o sector y superan la oferta programática tradicional del Estado para trascender a lo cultural, al imaginario colectivo, con el propósito de generar grandes compromisos para el cambio social.
- **La concertación de políticas.** Es necesario desarrollar mecanismos y estrategias para concertar con las entidades territoriales las políticas nacionales y las regionales de infancia.

- **El cambio cultural.** Las acciones encaminadas a fortalecer todos los cambios culturales con incidencia en el mejoramiento de las relaciones intra familiares, son fundamentales en la labor de proveer un entorno favorable al ejercicio de los derechos por parte de niños/as y jóvenes.
- **Políticas suprasectoriales.** Su efectividad se hace evidente en el logro de mejores resultados en educación cuando se coordinan acciones con las instituciones que atienden la misma población, como el ICBF a través de los hogares comunitarios de bienestar.
- **Alianzas.** La participación de las entidades territoriales y la contribución del sector privado es vital para la ampliación de coberturas y el mejoramiento de la calidad de los servicios.
- **Sistema de información único sobre los asuntos relacionados con la niñez.** Se requiere un Sistema centrado en los derechos y riesgos de niños/as y no en la inversión sectorial, que sea capaz de soportar a la integridad del servicio entre distintos programas que atienden una misma población, y por esta misma vía contribuya a la formulación y retroalimentación de políticas, programas y planes.

3. PRINCIPIOS ORIENTADORES DEL PLAN PAÍS

3.1. A NIVEL MUNDIAL

Los compromisos ratificados por el gobierno colombiano en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Niñez, recogidos en el Declaración final de la sesión en el documento titulado "Por un mundo justo para los niños y las niñas", son los principios fundamentales que orientan al Plan País. Ellos son:

- ✓ Poner a los niños ante todo. En todas las iniciativas se dará prioridad al interés superior del niño.
- ✓ No dejar ningún niño a la zaga. Puesto que todos los niños y niñas nacen libres y tienen la misma dignidad y los mismos derechos, es necesario eliminar todas las formas de discriminación contra ellos.
- ✓ Cuidar de todos los niños. La supervivencia y el desarrollo de los niños son las bases fundamentales del desarrollo humano. No deben escatimarse esfuerzos para lograr que los niños adquieran la mejor base posible para su vida futura.
- ✓ Educar a todos los niños. Es necesario que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a la enseñanza básica obligatoria, gratuita y de buena calidad.
- ✓ Poner fin a la violencia contra los niños y a su explotación. Todos los actos de violencia, explotación y abuso contra los niños son actos intolerables y deben eliminarse.
- ✓ Proteger a los niños de la guerra. Es necesario proteger a los niños de los horrores de los conflictos armados.
- ✓ Luchar contra el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). Es necesario proteger a los niños y a sus familias de los efectos devastadores del VIH/SIDA.
- ✓ Luchar contra la pobreza: Invertir en los niños. Se reafirma la promesa de romper el ciclo de pobreza en una sola generación, unidos en la convicción de que la reducción de la pobreza debe empezar por los niños y por la realización de sus derechos.

- ✓ Escuchar a los niños. Los niños son ciudadanos valiosos que pueden ayudar a crear un futuro mejor para todos. Se debe respetar su derecho a expresarse y a participar en la adopción de las decisiones que les afecten.
- ✓ Proteger la Tierra para los niños. Debemos preservar el planeta para promover el desarrollo de los niños y, a la vez, se debe promover su desarrollo para preservar el planeta”.

Estos principios se expresan en cuatro grandes campos de acción para el mundo⁷⁵:

1) La promoción de una Vida Sana. Se relaciona con todos los aspectos que favorecen el desarrollo físico, social, emocional, espiritual y cognitivo de niños y niñas y jóvenes; por tanto, se requiere afectar los factores que inciden en su crecimiento y desarrollo integral.

Asumiendo el concepto de salud integral, se hace referencia al derecho que tienen los niños al disfrute del más alto nivel de salud y a los servicios para la promoción de factores protectores, la prevención de factores de riesgo de enfermar y morir, el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud; el derecho a la seguridad social, al saneamiento básico, a asegurar que todos los sectores de la sociedad y en particular los padres y los niños conozcan los principios básicos de la salud, a una nutrición adecuada, oportuna y suficiente y las ventajas de la lactancia materna y cómo ponerla en práctica, la higiene y el saneamiento básico y al agua potable, a las medidas de prevención de accidentes, el derecho a la educación en salud y nutrición.

Además se trata de asegurar la atención prenatal, parto y puerperio, la protección en el periodo de lactancia, la atención integral del recién nacido, la planificación familiar, al derecho a una vida digna y plena, a un crecimiento y desarrollo adecuado con intervenciones como la atención integral de enfermedades prevalentes de la infancia que incluye la inmunización. Implica de igual manera la promulgación de políticas y programas de salud dirigidos a promover la salud mental y física y el acceso a servicios de salud especializados⁷⁶.

Así mismo promover una vida sana para los niños y los jóvenes implica tener una familia que lo proteja, lo ame, lo escuche y lo respete, y en general, a que se les dé garantías para no ser maltratados, ni discriminados y les brinde las posibilidades para desarrollar al máximo sus potencialidades y a que el Estado y la sociedad adopten medidas para abolir las prácticas que sean perjudiciales para la salud de los niños y adolescentes.

Así, para lograr la salud integral, es necesario que todas estas acciones de promoción de la salud se complementen con acciones de prevención de enfermedades prioritarias y con la prestación de servicios de salud con cubrimiento universal, equitativos, accesibles, oportunos, de buena calidad y adecuados a las condiciones socioculturales de los usuarios y a las necesidades específicas de las niñas y los niños.

2) El acceso a una educación con calidad. Es uno de los pilares de la democracia, contribuye a la reducción de la pobreza, construye paz, desarrollo, identidad cultural e integración social.

Este componente considera elementos tales como: acceso a la enseñanza primaria de buena calidad, gratuita y obligatoria, y la terminación de estudios completos; cuidado y educación integral del niño/a en la primera infancia, especialmente respecto de los más vulnerables y desfavorecidos; incremento de la calidad de la enseñanza básica en todos sus aspectos, especialmente en el aprendizaje de las matemáticas y de la lectura y la escritura, y adquisición de conocimientos que preparen a los niños/a y jóvenes para la vida; aumentar la oferta de programas de educación primaria no tradicionales de buena calidad y el incremento de los índices de alfabetización de adultos, especialmente en lo que respecta a las mujeres.

3) La necesidad de proteger a los niños y las niñas de los malos tratos, la explotación y la violencia. Este componente hace referencia a la protección general, la protección contra los conflictos

armados, la lucha contra el trabajo de los niños/as, y la eliminación de la trata y de la explotación sexual de los niños/as.

El compromiso de las sociedades del mundo para eliminar toda forma de violencia contra los niños, se articula alrededor de: proteger a los niños y niñas de toda forma de maltrato, abandono, explotación y violencia; proteger a los niños de todas formas de explotación sexual, incluida la pedofilia, la trata de personas y los secuestros; tomar medidas efectivas de inmediato para eliminar las peores formas de explotación laboral estipuladas en el convenio No.182 de la OIT, y elaborar y aplicar estrategias para eliminar la explotación laboral que contravenga las normas internacionales aceptadas; proteger a los niños de las consecuencias de los conflictos armados y garantizar el cumplimiento del derecho internacional humanitario y de los instrumentos de derechos humanos, así como mejorar la suerte de millones de niños que viven en circunstancias especialmente difíciles.

4) La lucha contra el VIH/SIDA. El mundo enfrenta uno de sus mayores retos para controlar la expansión de la enfermedad en niños/as y jóvenes, e involucra aspectos como la educación y la información, la mejora de los servicios de salud preventivos y de atención, la desestigmatización y la sensibilización social, así como una especial atención a la prematura transmisión de la enfermedad por la transferencia de la madre gestante a su hijo, y la orfandad temprana de estos hijos por la muerte de sus madre a causa de la enfermedad.

Para ello es necesario: reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de uno y otro sexo de 15 a 24 años, y luchar contra los estereotipos de género y las actitudes conexas; reducir la proporción de lactantes infectados con VIH, para lo cual habrá que velar porque las mujeres embarazadas con acceso a atención antes del parto reciban información, asesoramiento y otros servicios de prevención del VIH disponibles para ellas y elaborar políticas y estrategias nacionales encaminadas a consolidar y reforzar la capacidad de los gobiernos, la familia y la comunidad de crear entornos que presten apoyo a los huérfanos y niños y niñas infectados de VIH/SIDA o afectados por esa enfermedad

3.2. A NIVEL NACIONAL

En Colombia se ha trabajado durante los últimos años, desde que la Constitución instauró al país como un Estado Social de Derecho, en el desarrollo instrumental de estos. Sin embargo, y a pesar de los avances logrados, es necesario reconocer que el éxito del Plan País depende críticamente de superar la inconsistencia que existe entre el derecho proclamado como válido y aceptado desde lo público y este mismo cuerpo de doctrinas que en el ámbito privado se contradice con valores culturales y comportamientos familiares y sociales que en muchos casos desconocen por completo aquellos derechos promulgados como universales.

Desde el punto de vista práctico, será necesario utilizar un enfoque centrado en el riesgo social para prevenirlo, mitigarlo y superarlo, especialmente en situaciones de crisis, y de acuerdo a la vulnerabilidad específica de cada grupo humano. El enfoque social de riesgos puede generar sinergia y consecuentes alianzas estratégicas, altamente eficientes para responder integralmente a problemas críticos para la infancia colombina.

Por lo tanto, la construcción de la política nacional de infancia para los próximos diez años se basa en la respuesta a tres interrogantes centrales:

- a) **El impacto de la acción del Estado y la sociedad.** ¿Sobre qué temas se debe evaluar el impacto y, por tanto, diseñar el Plan País en favor de la infancia?
- b) **El modelo de selección, caracterización y seguimiento de beneficiarios(as).** ¿Cuáles son los criterios que debe seguir el Estado y la sociedad para identificar los grupos humanos prioritarios para la promoción, realización y restitución de derechos de la infancia?

- c) **La sostenibilidad de la acción institucional y social.** ¿Qué factores se deben tener en cuenta para garantizar que los resultados de la política pública de infancia sean integrales y perduren en el tiempo?

3.2.1. El enfoque de derechos

En términos de impacto, es decir de los ámbitos específicos en los cuales se debe esperar que las acciones del Estado y de la sociedad ofrezcan resultados plausibles para la infancia, se adopta de manera conceptual e instrumental un enfoque que privilegie los derechos de los niños/as y jóvenes y que, en el campo de lo concreto, sea capaz de identificar para qué poblaciones, en qué circunstancias y en cuáles localidades o regiones específicas: (i) se promueven los derechos y se previenen violaciones de estos, (ii) se realizan derechos y (iii) se restituyen derechos de la población infantil.

- ✓ **De la promoción de los derechos.** Entendida en dos sentidos, de una parte como un conjunto de acciones nacionales y locales que facilitan el proceso de cambio en las relaciones entre los niños/as y jóvenes y su entorno natural, familiar, social, cultural y político, que sea capaz de proteger y garantizar sus derechos, y en particular: hacer valer el interés superior del niño, la efectiva eliminación de todas las formas de discriminación, la supervivencia, la adecuada nutrición, la protección, el crecimiento y desarrollo, así como la protección del VIH/SIDA. Significa un cambio en los sistemas simbólicos (cultura) de la sociedad en su conjunto y de las comunidades locales en particular, sobre el significado de la infancia, de sus derechos y de su situación como un tema de preocupación pública.

De otro lado, en una visión integral y relacional de los derechos humanos, se trata fundamentalmente de incidir y evaluar el impacto de las acciones públicas en aquellos campos que en la actualidad explican y determinan el deterioro en la protección de los derechos de la población infantil. Operativamente significa que el Estado desarrollará un sistema de información para el diseño y evaluación de proyectos a partir del cual se puedan establecer los impactos que tiene la inversión nacional en su conjunto (sectorial y territorialmente hablando) sobre la realización o reparación de los derechos de la infancia colombiana. No se trata de sumar la inversión de las instituciones que adelantan acciones en favor de la infancia, sino de estimar el impacto que estas y las demás entidades y programas (empleo, vivienda, comercio exterior, minas y energía, agua potable, etc) tienen directamente sobre los derechos fundamentales, sociales, económicos, culturales, colectivos y del ambiente de las familias, los niños y las niñas.

- ✓ **De la realización efectiva y progresiva de los derechos.** Entendida como el conjunto de acciones nacionales, locales y familiares que el aparato estatal y la sociedad fijan para garantizar el cumplimiento de los derechos de niños/as y jóvenes de acuerdo con sus características de edad (Vg. vacunación o educación), género (Vg. no discriminación) y grupo étnico (Vg. igualdad y dignidad). Se trata de los bienes y servicios que se proveen a la infancia y la juventud, de acuerdo a sus características etáreas, de género y de etnia para hacer efectiva la realización de sus derechos.
- ✓ **De la restitución de los derechos.** Entendida como el conjunto de acciones de orden nacional, local y familiar dirigidas directamente a los niños/as y jóvenes, o a sus hogares o a otros sectores (Vg. productivo o de infraestructura) y que tienen como impacto directo o indirecto el restablecimiento de los derechos violados a la niñez como consecuencia de la situación de pobreza, el conflicto armado, el desplazamiento, la violencia familiar, el desempleo o la corrupción, entre otros.

3.2.2. El enfoque social de riesgos centrado en los hogares

El elemento central para ajustar la política de infancia en particular, y la política social en general, es la profundización de un enfoque centrado en los hogares, como eje de la formulación y ejecución de los programas de acción de las entidades del Estado, de las comunidades y del sector privado. El Plan País tiene como propósito consolidar durante los próximos diez años un enfoque que privilegie a los hogares como unidad de acción y atención del Estado y la sociedad.

La política pública debe complementar su enfoque de atención para tener en cuenta no solamente a los individuos en riesgo, sino para fortalecer las capacidades de los núcleos básicos de afecto, apoyo y solidaridad que los rodean. Los hogares por tanto deben ser considerados hacia adelante como centro de atención de los programas y proyectos a favor de la infancia. Si esto no sucede, el impacto en derechos y la sostenibilidad de las acciones quedará en cuestión.

La selección, caracterización y seguimiento de los hogares y los niños/as para la atención, utiliza el enfoque social de riesgos en el cual resaltan tres conceptos básicos para focalizar la acción del Estado y la sociedad en su conjunto:

- ✓ **Las amenazas.** En este contexto, el término alude a un hecho (o un conjunto de ellos) potencialmente dañinos para familias y niños/as (Vg. desplazamiento, presencia de minas quiebra-patas, desnutrición, enfermedades, deserción escolar, explotación laboral, abuso sexual, maltrato o embarazos no planeados).
- ✓ **La vulnerabilidad.** Como una medida de la capacidad de los afectados, de sus familias, de la localidad y de la sociedad en su conjunto para enfrentar la adversidad impuesta por las amenazas a las que se ve expuesta la niñez y la juventud (Vg. analfabetismo de los padres, desempleo, baja presencia institucional, desconfianza en las instituciones, altos niveles de impunidad de los delitos, inexistencia de información, redes sociales de apoyo a la infancia, volumen y calidad de los mecanismos de comunicación familiar, etc)
- ✓ **El riesgo.** Definido como la relación entre la probabilidad de ocurrencia de la amenaza y la capacidad familiar, social e institucional para enfrentar este hecho y, por tanto, la magnitud relativa del daño, en términos de la violación de los derechos de los niños/as y jóvenes, que puede ocasionar si llega a ocurrir o si está efectivamente sucediendo el hecho en cuestión.

El análisis de la naturaleza de los riesgos para la infancia debe hacerse desde la perspectiva del ciclo vital y del contexto socio cultural particular, ya que los factores que inciden en el desarrollo y progreso de la infancia son múltiples. Por ello hay que tener en cuenta, por lo menos, los siguientes riesgos específicos:

- Riesgos relacionados con el ciclo vital que se identifican con las etapas del nacimiento (prenatal, natal y postnatal); la infancia y juventud. Se encuentran asociados a hábitos y prácticas inadecuadas de salud y nutrición, a los accidentes y a la mortalidad evitable.
- Riesgos asociados a fuentes de salud, como la enfermedad, las lesiones, la discapacidad y las epidemias,
- Riesgos asociados a fuentes sociales, como el desplazamiento forzado, la violencia intrafamiliar, la delincuencia, la drogadicción y el terrorismo entre otras.
- Riesgos asociados a fuentes económicas como el desempleo, el subempleo y las crisis financieras, entre otros.

Se puede decir que cada una de las iniciativas del Plan País debe trabajar por una secuencia de transformación social en la cual el impacto significa lograr que las familias con los niños/as que se encuentran en más alto riesgo, transiten desde una condición de poblaciones empobrecidas, con serias restricciones para el desarrollo de condiciones de vida sana, con dificultades de acceso y calidad en los servicios educativos y con grandes debilidades en los sistemas generales de protección, hacia ser

ciudadanos a los cuales se les garantizan y restituyen efectivamente sus derechos, que exigen sus prerrogativas y que reconocen la importancia de cumplir con los deberes.

3.2.3. La sostenibilidad de los resultados del Plan Decenal de Infancia.

Se entiende que la protección efectiva de los derechos de los niños/as depende estratégicamente de la conformación o consolidación de redes sociales locales, vecinales y, sobre todo, familiares para:

- ✓ **Optimizar el uso de bienes** que son escasos en las localidades (como bibliotecas, vacunas, espacios de recreación, etc.).
- ✓ **Facilitar el proceso de transformación y transferencia espacial y generacional** de conocimientos para la protección de la niñez y, por tanto, para reducir los costos de su sobrevivencia a través de la transmisión gratuita (o casi gratuita) de un paquete de prácticas culturales de protección integral sobre todo en regiones que se encuentran en condiciones económicas y de orden público altamente críticas.
- ✓ **Regular normas de conducta** que refuerzan la confianza mutua y permite a todos interactuar con los niños/as con la convicción de que los demás actuarán tal como lo harían ellos mismos. Esto es en esencia el capital social en función de la protección integral de los derechos de la niñez y, por tanto, es condición básica para lograr resultados sostenibles a lo largo del tiempo.

4. OBJETIVOS, METAS Y ESTRATEGIAS DEL PLAN PAÍS

El plan tiene como eje integrador el ciclo vital de los niños y niñas. Este enfoque significa el tránsito desde la visión sectorial de la atención, que no ha logrado hacer operativa una perspectiva de atención integral, hacia una lectura holista de la situación de la infancia, que permite relacionar los indicadores y variables que definen las condiciones de los derechos de los niños/as en cada etapa del ciclo vital. Esto en sí mismo ya significa un ajuste, como ha sido evidente en el trabajo de elaboración de este documento, en la visión, en las preguntas y en los propios programas que se pueden realizar dentro de un enfoque en donde cada sector antes de planear y ejecutar, analiza la situación integral de los niños/as en cada grupo de edad.

Adicionalmente el Plan tiene en cuenta los hogares con niños/as que, por las condiciones especiales de riesgo antes mencionadas, requieren del diseño complementario y específico de metas y acciones para los próximos diez años.

Desde el punto de vista del ciclo vital, los grupos de atención integral para el Plan son:

- Hogares con madres gestantes, madres lactantes y niños menores de un año
- Hogares con niños y niñas entre 1 y 5 años de edad
- Hogares con niños y niñas entre 6 y 11 años de edad
- Hogares con niños y niñas entre 12 y 18 años de edad

De manera complementaria y por su especial vulnerabilidad, los grupos adicionales de atención integral para el Plan son:

- Hogares con niños y niñas indígenas, afrocolombianos e integrantes de otros grupos étnicos
- Hogares con niños y niñas desplazados, afectados por desastres naturales y víctimas de la violencia
- Hogares con niños y niñas participando en conflicto armado
- Hogares con niños y niñas en conflicto con la ley

4.1. HOGARES CON MUJERES GESTANTES, MADRES LACTANTES Y NIÑOS MENORES DE UN AÑO

Una maternidad saludable y una lactancia exitosa dependen de la información y la educación que tanto la madre, como su pareja y el grupo familiar reciban sobre los diferentes aspectos que las afectan. Las condiciones biológicas, los comportamientos y conductas que se adoptan frente a la salud, los patrones culturales, la forma de alimentación, los hábitos higiénicos diarios, las prácticas deportivas, el ejercicio físico, la manera como se maneja el ambiente familiar, laboral y escolar, las prácticas sexuales, el consumo o no de sustancias perjudiciales a la salud, son factores que influyen sustancialmente para lograr una maternidad saludable y una lactancia exitosa.

De otro lado, estudios científicos recientes demuestran la contundencia del primer año de vida en el desarrollo del infante y sobre la sociedad en general. La atención directa a este grupo, se centra en: procurar una maternidad deseada, responsable y saludable, evitar la mortalidad materna, atender el proceso de gestación y parto con calidad y calidez por personal idóneo, brindar seguridad alimentaria, introducir pautas de crianza que orienten a la familia para potencializar el desarrollo del niño, y construir un ambiente protector del infante que le garantice desde su efectivo registro como ciudadano colombiano, hasta su integridad física y mental en un entorno de paz y convivencia familiar.

4.1.1. Objetivos nacionales

Objetivo No 1. Promover una maternidad saludable, a través de la promoción de factores protectores y de prevención de los factores de riesgo

Objetivo No 2. Reducir la morbilidad y la mortalidad maternas - perinatal y neonatales

Objetivo No 3. Impulsar la paternidad y maternidad temprana responsable

Objetivo No 4. Reforzar el desarrollo integral de los niños y niñas en el primer año de vida

Objetivo No 5. Crear oportunidades para que los hogares con niños y niñas que presentan algún tipo de discapacidad, accedan a medios individuales o institucionales para su desarrollo

Objetivo No 6. Retener en el sistema educativo a las madres gestantes

Objetivo No 7. Garantizar el derecho a la identidad a todos los colombianos

Objetivo No 8. Reducir el maltrato infantil y el abuso sexual en hogares con mujeres gestantes, con madres lactantes y con menores de un año

Objetivo No 9. Disminuir la incidencia del VIH/SIDA en hogares con mujeres gestantes, con madres lactantes y con menores de un año

4.1.2. Metas nacionales hasta el 2015

a) En promoción de una vida sana

Meta No 1. En el 20015 la totalidad de las mujeres gestantes que se encuentran en situación de vulnerabilidad tendrán acceso a la Seguridad Social en Salud y a los programas de protección integral.

Meta No 2. Incrementar el control prenatal en el área de urbana de 91% al 95% y rural del 77.4% al 85% para el 20015

Meta No 3. El 100% del de los niños y las niñas que nacieron a partir del 2004 estarán asegurados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Meta No 4. Reducir la tasa de mortalidad materna por causas evitables (104.9 x 100.000 n.v)⁷⁷ en un 50% en el 2010, y en tres cuartas partes para el año 2015.

Meta No 5. Reducir la Tasa de Mortalidad Perinatal por 1000 embarazos de 24 puntos en el 2000 a 19.2 en el 2015

Meta No 6. Duplicar la proporción de niños y niñas (11.6 %) que reciben lactancia materna exclusiva entre 0 - 6 meses para el 2015

Meta No 7. Reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 casos x 1.000 n.v. y eliminar la Hepatitis B en el recién nacido.

Meta No 8. Mantener coberturas útiles de vacunación con Cobertura DPT, Polio, BCG < 1 año, en un 95%

Meta No 9. Aumento de la proporción de embarazos planeados, del 48% en el 2000 al 78% en el 2015

Meta No 10. Reducir la proporción de menores de 18 años que han estado embarazadas, del 20% en el 2000 al 10% en el 2015

Meta No 11. Reducir la mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos de 78.2 en 1996 a 51.13 en el 2015

Meta No 12. Reducir la Tasa de Mortalidad Neonatal por 1000 en siete puntos para el año 2015 en comparación la tasa del 15 en el 2000

Meta No 13. Reducir la Tasa de Mortalidad Perinatal por 1000 embarazos de 24 puntos en el 2000 a 16.8 en el 2015

Meta No 14. Disminuir el porcentaje de niños nacidos en grupos alto riesgo de 42.2% en el 2000 al 29.9% en el 2015

Meta No 15. Disminuir la prevalencia de bajo peso al nacer de un porcentaje del 7% en el 2000 al 4.9% en el 2015

Meta No 16. Disminuir la prevalencia de talla baja al nacer de un porcentaje del 5.5% en el 2000 al 4% en el 2015

Meta No 17. Mantener la cobertura de la vacuna contra el sarampión < 1 año en el 97%

Meta No 18. Reducir a 0 para el año 2010 el número. de casos de tétanos neonatal
Ampliar el porcentaje cobertura de vacunación para HBV del 78.1% en el 2000 al 88.4% en el 2015

Meta No 19. Reducir la prevalencia de Discapacidad en la Niñez del 3.1% en el 2000 a 2.6 % en el 2015

Meta No 20. Ampliar Cobertura TT Mujeres en Edad Fértil del 64% en 1999 al 100% en el 2015

b) En acceso a una educación con calidad

Meta No 21. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los programas de estimulación de un 38% en el 2000 al 100% en el 2015

Meta No 22. Reducir a 0 el número de casos de niñas o adolescentes gestantes discriminadas dentro del sistema escolar

Meta No 23. Reducir la Tasa de Analfabetismo Nacional del 9% - 11% en 2000 al 4.5% - 5.5% en 2015

Meta No 24. Reducir la Tasa de Analfabetismo Rural del 24% - 30% en el 2000 al 12% - 15% en el 2015

c) En la protección de los malos tratos, la explotación y la violencia

Meta No 25. Realizar 25.000 dictámenes periciales de paternidad que se encuentran atrasados, a diciembre del 2006.

Meta No 26. En el 20010 todas las pruebas biológicas de paternidad se realizarán dentro del año siguiente a la fecha de la solicitud

Meta No 27. Alcanzar en el 2010 un cubrimiento total del Registro Civil para los niños/as recién nacidos

Meta No 28. Reducir en un 75% los hogares con niños y/o niñas menores de un año víctimas de la violencia intrafamiliar en el 2015

Meta No 29. Reducir en un 75% los hogares con niños y/o niñas menores de un año víctimas de delitos sexuales para el año 2015

d) En la lucha contra el VIH/SIDA

Meta No 30. Reducir a 2% la proporción de casos notificados de VIH/ por transmisión materno - fetal.

4.1.3. Estrategias Nacionales

Estrategia No 1. Crear el Sistema Nacional de Información sobre la Infancia en el 2006 e incluir en el, los indicadores de las metas planteadas para este grupo de edad y, aquellos otros indicadores sobre la condición socioeconómica y la ubicación geográfica de las gestantes, neonatos y menores de un año. Además se deberá adelantar la investigación de línea base sobre la situación de maltrato infantil y el abuso sexual para hogares con mujeres gestantes, con madres lactantes y con niños/as menores de un año.

Estrategia No 2. Implementar un proceso de divulgación y promoción local de una cultura: (i) de la prevención del embarazo no planeado, particularmente entre adolescentes y sus hogares, (ii) de acceso a métodos seguros y apropiados a las condiciones culturales y fisiológicas de cada persona en posibilidad de concebir un hijo, (iii) de la incidencia de las condiciones de la concepción y las etapas prenatal y neonatal y en el posterior proceso de desarrollo del niño/a, (iv) del derecho a la educación por parte de niños, niñas y jóvenes, aunque se encuentren en estado de gravidez y (v) de la prevención del contagio de VIH/SIDA especialmente en mujeres en edad fértil y en madres gestantes, (vi) de la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas durante la gestación y la lactancia, (vii) de la promoción de estilos de vida saludables a través de la promoción de la actividad física y la alimentación sana (viii) de la lactancia materna. Especial énfasis de esta estrategia en el sector rural y orientada a los hogares de manera integral y no a los individuos de manera aislada

Estrategia No 3. Articulación integral de la oferta institucional pública y privada, descentralizada y con fuerte presencia rural para madres gestantes y en periodo de lactancia, que apoye al hogar y a la madre

hasta el primer año de vida del niño, y asegure su posterior conexión a otras ofertas de acuerdo a condiciones particulares.

Estrategia No 4. Desarrollo e implementación de mecanismos expeditos de información y divulgación que garanticen el derecho a la educación, y apoyen la permanencia en el sistema educativo a la niña o adolescente gestante, erradicando toda forma de discriminación y desprotección

Estrategia No 5. Desarrollar localmente programas de estimulación temprana accesibles a los hogares, madres y niños/as menores de un año como beneficiarios del Plan de Acción Básica de Salud.

Estrategia No 6. Puesta en marcha de un sistema nacional de detección temprana del maltrato infantil en las localidades, orientado a los hogares y organizaciones sociales locales o de barrios.

Estrategia No 7. Comprometer al sector privado en la promoción de la ampliación del tiempo efectivo de los padres con sus hijos, y en el reconocimiento del fortalecimiento de los lazos afectivos familiares como factor de alta incidencia en la estabilidad emocional del trabajador.

Estrategia No 8. Desarrollar un sistema nacional para la atención oportuna de los niños y niñas menores de un año de edad para que reciban atención oportuna para el tratamiento de las anomalías congénitas y de las alteraciones de crecimiento y desarrollo.

Estrategia No 9. Fortalecer el Programa regular Ampliado de Inmunizaciones y desarrollar campañas de vacunación para lograr coberturas útiles de todos los biológicos.

Estrategia No 10. Impulsar la estrategia de viviendas saludables en especial en el área rural.

Estrategia No 11. Fortalecer el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional

Estrategia No 12. Desarrollar campañas locales permanentes de registro de niños y niñas, especialmente en lugares con importantes diferencias entre niños nacidos y niños registrados, y en aquellos lugares de alto número de partos no institucionalizados, y de influencia de actividades ilícitas que involucran menores no registrados.

Estrategia No 13. Establecer facultades que permitan a los médicos, particularmente en regiones apartadas donde la diferencia entre niños y niñas nacidos y registrados sea significativa, ejercer como registradores.

Estrategia No 14. En defensa del interés superior de los niños/as y del derecho que los asiste a la identidad, invertir la carga de la prueba para los dictámenes periciales de paternidad.

4.2. HOGARES CON NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 1 Y 5 AÑOS DE EDAD

Los primeros años de vida se identifican como la primera infancia, y comprende desde la gestación hasta los 5 años de edad. La etapa de uno a cinco años se caracteriza por una gran interacción social del niño, un crecimiento más lento que el lactante y un gran desarrollo social y cognitivo, donde el juego es un determinante para potenciar todas sus capacidades y ampliar las habilidades que le sirven de aprestamiento para la vida escolar. En esta etapa se forja el carácter y la personalidad altamente influenciados por su individualidad genética, la familia, la cultura, el ambiente, la alimentación y la nutrición, el estado de salud y la educación que lo llevan a desarrollarse como ser biológico, psicológico y social.

El eje articulador de las políticas para este grupo de edad es la educación preescolar con una concepción de desarrollo integral centrado en el hogar y que incluya por lo menos: las condiciones nutricionales, la

inmunización, la identificación de enfermedades, la promoción de pautas de crianza, la articulación de la familia y la comunidad a la detección temprana del maltrato y del abuso sexual y la promoción del ejercicio de los derechos de los niños/as.

El eje articulador de las políticas para este grupo de edad es la educación preescolar con una concepción de desarrollo integral que incluya por lo menos, las condiciones nutricionales, la inmunización, la identificación de enfermedades, la promoción de pautas de crianza, la articulación de la familia y la comunidad a la detección temprana del maltrato y del abuso sexual y la promoción del ejercicio de los derechos de los niños/as.

4.2.1 Objetivos Nacionales

Objetivo No 10. Vincular a los niños y niñas menores de 5 años al Sistema de Seguridad Social en Salud especialmente los indígenas y los más pobres y vulnerables

Objetivo No 11. Reducir las causas de morbimortalidad relacionadas con enfermedades inmunoprevenibles y/o asociadas a condiciones nutricionales o de vivienda.

Objetivo No 12. Mejorar la nutrición de los niños menores de 5 años, la seguridad alimentaria en el hogar, el acceso a los servicios sociales básicos y promover factores protectores para su desarrollo.

Objetivo No 13. Recuperar y fortalecer mecanismos familiares y comunitarios de control y acompañamiento al niño en su desarrollo y crecimiento durante los primeros cinco años de vida.

Objetivo No 14. Desarrollar estrategias de promoción social orientadas al fomento de factores protectores y prevención de factores de riesgo que afecten el desarrollo familiar y social en la primera infancia

Objetivo No 15. Reducir el maltrato intrafamiliar, el maltrato infantil y el abuso sexual en hogares con niños y niñas entre uno y cinco años de edad

Objetivo No 16. Promover viviendas y entornos saludables que incidan en las condiciones de vida y bienestar de la población infantil

Objetivo No 17. Garantizar progresivamente el acceso a la formación y desarrollo integral en la primera infancia, y desde allí la articulación a las ofertas institucionales complementarias que propenden por el pleno desarrollo y suplan y/o ayudan a superar el déficit del entorno familiar, sobre todo a nivel nutricional y emocional.

Objetivo No 18. Reducir la incidencia del VIH/SIDA en niños y niñas, tanto por padecimiento de la enfermedad, como en su condición de huérfanos de padres muertos a causa de la enfermedad.

4.2.2. Metas Nacionales al 2015

a) En promoción de una vida sana

Meta No 31. En el 2010 el 100% de los niños y niñas menores de 5 años de edad serán cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Meta No 32. Incluir la totalidad de niños y niñas menores de cinco años y en alto riesgo, en el Sistema General de Seguridad Social en el 2006

Meta No 33. Al 2015 la totalidad de las EPS/ARS desarrollarán estrategias de demanda inducida e incrementarán la cobertura de la consulta de crecimiento y desarrollo en población menor de cinco años que asiste a servicios de formación integral estatales y privados.

Meta No 34. Ampliar el porcentaje de cobertura del Programa de Crecimiento y Desarrollo de los municipios del 11.4% en el 2000 al 15% en el 2010 y al 20% en el 2015 en la instituciones de salud y educación.

Meta No 35. Lograr coberturas de vacunación en todos los biológicos según esquema PAI del 95% en todos los municipios del país para los niños y niñas entre uno y cinco años.

Meta No 36. Reducir la prevalencia de desnutrición crónica (talla para la edad) en los niños menores de cinco años de 13.5 en el 2000 a 10.8 en el 2010 y al 8 en el 2015

Meta No 37. Reducir la prevalencia de desnutrición aguda (peso para la talla) en menores de cinco años de 0.8 en el 2000 a 0.64 en el 2010 y al 0.56 en el 2015

Meta No 38. Reducir la prevalencia de desnutrición global (peso para la edad) en menores de cinco años de 6.7 en el 2000 a 5.4 en el 2010 y al 4.75 en el 2015

Meta No 39. Erradicar el sarampión en menores de 5 años para el 2010

Meta No 40. Reducir la tasa de incidencia de Tuberculosis por 10.0000 habitantes de 26.2 en 2002 a 21 en 2010 y al 17.75 en el 2005

Meta No 41. Incrementar el porcentaje de manejo en el hogar de la enfermedad diarreica aguda (EDA) de 60.8% en 2000 a 73% en 2010 y al 79.1% en el 2005

Meta No 42. Disminuir tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años del 42 x 1000 en 1996 a 23 x 1000 en el 2015

Meta No 43. Disminuir la tasa de incidencia / 1000 en menores de 5 años por EDA de 87.8% en 1997 a 64.5 en el 2015

Meta No 44. Disminuir tasa de incidencia / 1000 en menores de 5 años de IRA de 167 en 1997 a 154.5 en el 2015

Meta No 45. Reducir porcentaje de muerte de menores de 5 años por EDA de 11.4 en 1996 a 8.14 en el 2015

Meta No 46. Ampliar el porcentaje de cobertura urbana de agua potable del 97% en el 2000 al 100% en el 2015

Meta No 47. Ampliar el porcentaje de cobertura rural de agua potable del 27% en el 2000 al 51.6% en el 2010 y al 63.9% en el 2015

Meta No 48. Ampliar el porcentaje de cobertura urbana de la disposición de excretas del 91% en el 2000 al 94% en el 2010 y al 95.5% en el 2015

Meta No 49. Ampliar el % de cobertura rural de la disposición de excretas del 14% en el 2000 al 34% en el 2010 y al 44% en el 2015

b) En acceso a una educación con calidad

Meta No 50. Reducir tasa de deserción en educación preescolar del 6.5% en el 2000 al 1.25% en el 2015.

Meta No 51. Incremento en un 300% de niños en edad escolar entre 5 y 6 años de familias con mayor nivel de riesgo matriculados en pre-escolar en el 2015 o

Meta No 52. Duplicar el porcentaje de niños y niñas menores de 5 años con discapacidad, atendidos por el sistema educativo nacional

Meta No 53. La totalidad de niños/as de 1 a 5 años en programas de formación integral públicos o privados con evidencia de maltrato, atendidos psicológicamente en instituciones competentes

c) En la protección de los malos tratos, la explotación y la violencia

Meta No 54. Reducir en un 75% los niños menores de cinco años sin registro civil, para el año 2015

Meta No 55. Reducción en un 45% del número de hogares reportados con niños y/o niñas de 1 a cinco años víctimas del maltrato infantil en el 2015

Meta No 56. Reducir en un 45% el número de reportes de niños y/o niñas víctimas de delitos sexuales, para el 2015

Meta No 57. Reducir en el 60% el número de niños y niñas menores de cinco años que son explotados laboralmente en la calle, para el 2015

d) En la lucha contra el VIH/SIDA

Meta No 58. Duplicar la proporción de niños y niñas huérfanos secundario al SIDA - VIH que tienen acceso a programas especiales de atención, apoyo psicológico y servicios de salud gratuitos previa evaluación de las condiciones del entorno familiar y social

Meta No 59. Lograr que la totalidad de niños y niñas huérfanos secundarios a SIDA (infectados, enfermos o afectados) y menores de cinco años, tengan acceso a programas de formación integral públicos o privados

4.2.3. Estrategia Nacionales

Estrategia No 15. Crear el Sistema Nacional de Información sobre la Infancia e incluir en el, los indicadores correspondientes a las metas establecidas para este grupo de edad, así como las variables e indicadores sobre las características regionales y culturales, los factores de riesgo asociados, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, el abuso sexual, el abandono, el tráfico, y el secuestro de menores de cinco años.

Estrategia No 16. Diseñar y aplicar una estrategia de información, educación y promoción sobre: (i) los derechos de los niños en el Sistema de la Protección Social, (ii) el uso del toldillo y del repelente en las zonas endémicas para enfermedades transmitidas por vectores, (iii) la prevención de accidentes durante la primera infancia, (iv) la importancia de la actividad física y el deporte durante la primera infancia, (v) las oportunidades perdidas de vacunación, (vi) la cultura de protección a la infancia, (viii) la abolición del castigo corporal como forma de crianza, (ix) la importancia de la formación integral para la convivencia, la tolerancia y el respeto a la diferencia, (x) la vinculación activa de los padres y la familia extensa en el proceso de formación integral de los infantes menores de cinco años y (xi) la prevención y detección pronta del maltrato, el abuso y la explotación de niños y niñas

Estrategia No 17. Trascendiendo la ampliación de cobertura del ciclo preescolar, desarrollar el enfoque de promoción del desarrollo integral infantil, en el que la niña y el niño se preparan para la vida, para conocerse, valorarse y valorar al otro, respetar el ambiente, crear y crecer.

Estrategia No 18. Promover la ampliación del tiempo efectivo de los padres con sus hijos, y el reconocimiento del fortalecimiento de los lazos afectivos familiares como factor de alta incidencia en la estabilidad emocional del trabajador, con el compromiso efectivo del sector privado.

Estrategia No 19. Igualar los contenidos de los planes obligatorios de salud, tanto para el régimen subsidiado como para el contributivo

Estrategia No 20. Diseñar un sistema de evaluación de crecimiento y desarrollo durante la primera infancia que integre a las unidades de Bienestar Familiar, a las EPS/ARS e IPS públicas y privadas y a las ONG que trabajen en este tema.

Estrategia No 21. Promover estrategias de seguridad alimentaria y nutricional a través de los recursos del Sistema Nacional de Participación y el fortalecimiento de la estrategia de comedores escolares

Estrategia No 22. Reformular, implementar y evaluar periódicamente el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición y los componentes que de él se derivan (v.g. la tabla de composición de los alimentos colombianos, el sistema de información y orientación al consumidor, el tablero de Indicadores en Seguridad Alimentaria y Nutricional y los lineamientos y estándares para programas de complementación alimentaria, entre otros)

Estrategia No 23. Reconocer y estandarizar las experiencias en IPS de aplicación de protocolos de detección de maltrato infantil, ampliar su aplicación a todos y cada uno de los escenarios en los que un agente gubernamental o social entra en contacto con un niño o niña.

Estrategia No 24. Estimular y apoyar a los municipios para el desarrollo de la estrategia de Escuela Saludable

Estrategia No 25. Producir y realizar de manera sostenida el programa de SINERGIA para la promoción social en población infantil en situación de discapacidad

Estrategia No 26. Asesoría técnica a instituciones públicas y privadas para la acogida y apoyo al menor huérfano secundario a SIDA

Estrategia No 27. Apoyo psicológico y financiero a las familias a cargo de niños y niñas huérfanos secundarios a SIDA

Estrategia No 28. Realizar en las entidades territoriales campañas de información y educación dirigidas a evitar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven y conviven con VIH y particularmente a proteger a los huérfanos y a los niños y las niñas de toda forma de maltrato, violencia, trata, e incluso pérdida del derecho de sucesión.

4.3. HOGARES CON NIÑOS Y NIÑAS ENTRE 6 Y 11 AÑOS DE EDAD

A lo largo de esta etapa del ciclo vital, surgen elementos de gran importancia para el crecimiento en sociedad del individuo y su identificación cultural. Se incorporan valores morales, surge el interés por las reglas y se explora la igualdad frente a ellas dentro de un proceso de construcción de autonomía con respecto a los adultos de su entorno. Por tanto el contacto con sus iguales y la interlocución oportuna y

asertiva con los adultos, así como la comprensión de sus derechos desde la práctica cotidiana, son elementos fundamentales en esta etapa del ciclo vital.

La salud aspecto de particular trascendencia en esta etapa, debe concentrarse en: Nutrición, prevención de accidentes, órganos de los sentidos y salud mental. Este servicio y su seguimiento es relativamente fácil de hacer en las escuelas, y a través de la iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños. El cuidado de la salud mental debe orientarse hacia una visión social sana con una buena formación en resolución pacífica de conflictos.

4.3.1. Objetivos Nacionales

Objetivo No 19. Proteger la vida de los niños y niñas entre 6 y 11 años de los accidentes de tránsito y de los homicidios.

Objetivo No 20. Ampliar la cobertura efectiva de la educación básica primaria, tanto en el área urbana como rural, manteniendo equidad de género, eliminando cualquier tipo de discriminación negativa, reteniendo a quienes ya están dentro del sistema y reduciendo niveles de repitencia.

Objetivo No 21. Modernizar la administración y la gestión del sector educativo en los niveles, nacional, departamental y municipal, haciendo énfasis en el derecho del menor a la educación y la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso efectivo y la calidad a la misma.

Objetivo No 22. Garantizar condiciones de seguridad alimentaria a niños y niñas con mayor riesgo de desnutrición dentro de los escenarios escolares y promover el desarrollo de proyectos productivos escolares en concertación con diferentes sectores

Objetivo No 23. Promover la estrategia de escuelas saludables, viviendas y entornos saludables que inciden en las condiciones de vida y bienestar de la población infantil entre 6 y 11 años.

Objetivo No 24. Fomentar el conocimiento y valor del cuerpo y la práctica de la actividad física de las personas, atendiendo a la diversidad de necesidades e intereses y movilizando el potencial de las diferentes expresiones culturales

Objetivo No 25. Implementar un sistema de seguimiento y monitoreo descentralizado y en red nacional, de las acciones desarrolladas en materia de prevención, detección y atención de la explotación de niños y niñas entre 6 y 11 años.

Objetivo No 26. Proveer la infraestructura y el soporte técnico que elimine la barreras, tangibles e intangibles, que hacen incapacitante el entorno de niños y niñas con capacidades fisiológicas y/o emocionales especiales.

Objetivo No 27. Reducir la incidencia del VIH/SIDA en niños y niñas, tanto por padecimiento de la enfermedad, como en su condición de huérfanos de padres muertos a causa de la enfermedad.

4.3.2. Metas Nacionales al 2015

a) En promoción de una vida sana

Meta No 60. Disminuir la tasa de mortalidad por homicidio en niños de 5 a 14 años por 10.000 de 4.6. en el 2002 a 3.9 en el 2015

Meta No 61. Disminuir la tasa de mortalidad por homicidio en niñas de 5 a 14 años por 10.000 de 1.9 en el 2002 a 1.6 en el 2015

Meta No 62. Reducir en tres cuartas partes el numero de accidentes de transito en niños menores de 15 años

Meta No 63. Duplicar el porcentaje de afiliación al Sistema General de Seguridad Social de niños con discapacidad

b) En acceso a una educación con calidad

Meta No 64. Reducir el porcentaje de niños y niñas en edad escolar (5-15 años) por fuera del sistema educativo del 17% en el 2000 al 4.25% en el 2015

Meta No 65. Ampliar la proporción de niñas entre 7 y 11 años matriculadas en el nivel de educación básica primaria del 94% en el 2000 al 97% en el 2015

Meta No 66. Ampliar la proporción de niños entre 7 y 11 años matriculados en el nivel de educación básica primaria del 92.9% en el 2000 al 96% en el 2010 y al 98% en el 2015

Meta No 67. Crear 1´500.000 cupos educativos para el 2006, distribuidos así, para los grados de 1° a 6° 800.000 nuevos cupos, 640.000 para población vulnerable, y para el Programa de Educación Rural PER 60.000 cupos

Meta No 68. Reducir tasa de repitencia en educación básica primaria del 5.4% en 2000 a 3.3% en 2015

Meta No 69. Reducir tasa de deserción en educación básica primaria del 7.4% en 2000 al 5.3% en 2015

Meta No 70. Aumentar tasa de retención escolar de 1° a 9° del 49.8% en el 2000 al 65% en el 2015

Meta No 71. Incrementar los años promedio de permanencia de 1° a 9° grado de 7.4 años en el 2000 a 8.3 años en el 2015

Meta No 72. Aumentar el promedio de grados aprobados de 1° a 9° de 5.7 grados en el 2000 a 6.9 grados en el 2015

Meta No 73. Duplicar la proporción de niños y niñas con discapacidad asistiendo a la escuela primaria y secundaria

Meta No 74. Duplicar la proporción de niños y niñas escolarizadas con evidencia de maltrato atendidos psicológicamente en la escuela y/o remitidos a instituciones competentes

Meta No 75. Incrementar la proporción de estudiantes de tercer grado de primaria que llegan al nivel esperado en las pruebas del Saber en Lenguaje del 44% en el 2000 al 68% en el 2015

Meta No 76. Incrementar la proporción de estudiantes de tercer grado de primaria que llegan al nivel esperado en las pruebas del Saber en Matemáticas del 17% en el 2000 al 51.5% en el 2015

Meta No 77. Incrementar la proporción de estudiantes de quinto grado de primaria que llegan al nivel esperado en las pruebas del Saber en Lenguaje del 5% en el 2000 al 57.5% en el 2015

Meta No 78. Incrementar la proporción de estudiantes de quinto grado de primaria que llegan al nivel esperado en las pruebas del Saber en Matemáticas del 22% en el 2000 al 49% en el 2015

Meta No 79. Vincular al 100% de los agentes educativos de las modalidades de atención a la primaria infancia, al Sistema de Formación y Capacitación Permanente alrededor del desarrollo infantil y especialmente sobre la importancia del ciclo de vida y de las pautas de crianza

Meta No 80. Reducir en un 50% el número de planteles de educación pública clasificados como de rendimiento bajo

Meta No 81. Incrementar en un 30% el número de instituciones educativas en el país con infraestructura adecuada para la atención de niños y niñas discapacitados, para el 2015

Meta No 82. En el 80% de las instituciones educativas en básica y media funcionarán Gobiernos Escolares, para el 2015.

c) En la protección de los malos tratos, la explotación y la violencia

Meta No 83. Aumentar del 29% al 45.5% la ubicación de los niños víctimas del maltrato, abuso y explotación sexual en servicios de medio familiar, para el 2015

Meta No 84. Disminuir la tasa global de ocupación en niños entre 5 y 17 años, del 14.5 en 2001 a 5.3 en 2010

Meta No 85. Para el 2015 habrá 250 municipios con Comités interinstitucionales de erradicación del trabajo infantil, instalados, operando y con asignación de recursos.

d) En la lucha contra el VIH/SIDA

Meta No 86. Duplicar la proporción de niños y niñas huérfanos secundario al SIDA - VIH que tienen acceso a programas especiales de atención, apoyo psicológico y servicios de salud gratuitos previa evaluación de las condiciones del entorno familiar y social

Meta No 87. Lograr que la totalidad de niños y niñas huérfanos secundarios a SIDA (infectados, enfermos o afectados) entre 6 y 11 años, tengan acceso a la educación escolarizada..

4.3.3. Estrategias Nacionales

Estrategia No 29. Crear el Sistema Nacional de Información sobre la Infancia en el 2006 e incluir en el, los indicadores correspondientes a las metas establecidas para este grupo de edad, así como las variables e indicadores sobre las características regionales y culturales, los factores de riesgo asociados, la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil, el abuso sexual, el abandono, el tráfico, y el secuestro en hogares con niños entre seis y once años.

Estrategia No 30. Organizar y fortalecer la red de protección social con el 100% de las entidades responsables en la prevención, detección y atención de las peores formas de explotación infantil. Expandir en coordinación con las entidades participantes, la metodología para el diseño y aplicación de Modelo de Atención Integral a víctimas de la violencia sexual, en las ciudades capitales del país.

Estrategia No 31. Promover pactos regionales por el respeto y la garantía del ejercicio de los derechos de los niños y las niñas, con sus respectivos programas definidos autónomamente.

Estrategia No 32. Diseñar el sistema de estímulos a los hogares de niños y niñas, por su asistencia y permanencia en el sistema educativo, y apoyos logísticos para asegurar su estabilidad en el sistema educativo independientemente de las limitaciones e impedimentos que genere el entorno.

Estrategia No 33. Diseñar participativamente y difundir los estándares básicos de calidad en las diferentes áreas de formación, aplicación de los mismos y realización de ejercicios pedagógicos a través de la divulgación de sus resultados.

Estrategia No 34. Formulación por parte de las instituciones educativas, de Planes de Mejoramiento que incluyan nuevas estrategias pedagógicas conducentes a que los estudiantes alcancen mayores niveles de logro.

Estrategia No 35. Reglamentar las pruebas para el ascenso de los docentes en el escalafón, las cuáles estarán relacionadas con los estándares de calidad

Estrategia No 36. Consolidar una oferta especializada de capacitación en diferentes procesos que promuevan el desarrollo personal, el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas, las aptitudes de comunicación y expresión de emociones de actores claves en el desarrollo y el ejercicio de los derechos de niños y niñas particularmente vulnerables (v.g. madres comunitarias, padres y/o madres, maestros de área rural y sectores urbanas altamente deprimidos, entre otros).

Estrategia No 37. Producción y divulgación de Documento sobre Pautas de Crianza, validado a diciembre del 2005, que pretende mejorar la competencia de las familias para aplicar pautas de crianza.

Estrategia No 38. Construcción de las bases institucionales y de coordinación para una gestión eficiente, honesta y productiva del sistema nacional de educación física

Estrategia No 39. Fomentar el conocimiento y valor de la corporeidad y la práctica de la actividad física de las personas, atendiendo a la diversidad de necesidades e intenciones y movilizando el potencial de las diferentes expresiones culturales

Estrategia No 40. Promover el mejoramiento de la formación de los docentes, las personas responsables de la dirección y organización de la educación física y de los practicantes, relacionándola con la capacidad de investigación y la pertinencia social de esta actividad.

Estrategia No 41. Reconocer, acompañar y apoyar los procesos locales de formación cultural que permitan diálogo desde la diversidad para la convivencia

Estrategia No 30. Desinstitucionalización de niños y niñas que necesitan protección especial y sustitución por integración a entorno familiar

Estrategia No 42. Reformulación y optimización del proceso de adopciones para incrementar las posibilidades de los niños entre 6 y 11 años de encontrar una familia (definición de lineamientos y estándares claros, reorganización de procesos y procedimientos, definición de posición oficial de Colombia como país frente a los costos razonables asociados directamente al proceso de adopción, identificación de alternativas para los niños de difícil adopción por su edad, por pertenecer a un grupo de hermanos o por discapacidad).⁷⁸

4.4. HOGARES CON ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 17 AÑOS DE EDAD

La adolescencia es una etapa del ciclo vital del desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. Su inicio lo marca la capacidad biológica de reproducirse y su final la capacidad social de reproducirse⁷⁹. Es el período durante el cual: (i) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual, (ii) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a y, (iii) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas⁸⁰.

En esta etapa del desarrollo es muy importante que los y las adolescentes desarrollen habilidades personales o aptitudes necesarias para tener un comportamiento que permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria. El desarrollo de habilidades se refiere a la posibilidad de fomentar capacidades individuales en los niños y las niñas para desarrollar autoestima, confianza, autonomía, creatividad, asertividad, entre otras. Los mecanismos para mejorar habilidades, capacidades y aptitudes en los individuos y grupos, se relacionan con el auto cuidado, la autosugestión, la educación, la información y la comunicación.

El derecho a la participación, la autonomía informada y valorada del adolescente en su familia, escuela y comunidad, le permite no solo desarrollar capacidades individuales, son también aportar y afianzar sentimientos de solidaridad, cooperación, tolerancia, comprensión y respeto al otro, a la diferencia, y a sí mismo. El plan País propone proveer un entorno que les permita conocer, explorar, experimentar, comunicarse, conocerse, aportar y construir, pero también que los proteja de la explotación laboral y/o sexual, de toda forma de violencia y coerción a sus manifestaciones auténticas y sentidas.

4.4.1. Objetivos Nacionales

Objetivo No 28. Ampliar la cobertura efectiva de la educación básica secundaria, tanto en el área urbana como rural, manteniendo equidad de género, eliminando cualquier tipo de discriminación negativa, reteniendo a quienes ya están dentro del sistema, y reduciendo niveles de repitencia.

Objetivo No 29. Ampliar la cobertura de oferta no formal complementaria a la formación formal de los adolescentes

Objetivo No 30. Aumentar el número de adolescentes que acceden a la oferta de educación superior, técnica y universitaria, oferta que debe corresponderse con los desarrollos regionales y nacionales.

Objetivo No 31. Reducir la violencia intrafamiliar, el abuso, la explotación sexual, la pornografía, la trata, el tráfico y el secuestro de niños y niñas entre los 12 y 17 años.

Objetivo No 32. Transformar los patrones culturales que legitiman y promueven la explotación laboral de niños y niñas.

Objetivo No 33. Construir localmente normas mínimas de convivencia que garanticen la integridad física y mental de los adolescentes y que eliminen la situación de niños y niñas en la calle

Objetivo No 34. Integrar la oferta institucional que apoye al adolescente y a su núcleo familiar para hacer frente a los principales riesgos a los que se encuentra expuesto.

Objetivo No 35. Involucrar activamente a los adolescentes y a su núcleo familiar en la reducción de su vulnerabilidad frente al VIH, protegiéndose a sí mismos y a los demás.

Objetivo No 36. Incrementar, integrar y ampliar la oferta gubernamental para este grupo poblacional, enfatizando en la prevención y promoción de sus derechos y deberes, con miras a un mayor acompañamiento al infante en su última etapa como tal.

4.4.2. Metas Nacionales hasta el 2015

a) En promoción de una vida sana

Meta No 88. Para el 2015, el 90% de las adolescentes gestantes tendrán acceso a los servicios de control prenatal, atención en el parto y posteriores.

Meta No 89. Reducir en un 26% la fecundidad de las mujeres menores de 20 años en el 2010

Meta No 90. Reducir en un 60% en número de niñas menores de 14 años embarazadas, para el 2015

Meta No 91. Para el 2015 el 80% de las EPS y ARS del orden nacional habrán implementado las normas técnicas para la detección de las alteraciones del crecimiento y desarrollo del mayor de 10 años y del adulto joven

Meta No 92. Para el 2015 el 80% de las EPS/ARS aplicarán las guías de atención de la desnutrición proteico calórica y la obesidad especialmente en la población adolescentes. Igualmente estarán en capacidad de adelantar la detección temprana de las alteraciones del comportamiento alimentario que afecta a una proporción significativa de población adolescente como son la anorexia y la bulimia

b) En acceso a una educación con calidad

Meta No 93. Aumentar el porcentaje de niños en edad escolar entre 12 y 17 años de familias con ingresos más bajos matriculados en secundaria, del 59.7% en el 2000 al 75.15% en el 2015

Meta No 94. Incrementar el % de estudiantes matriculados en educación básica secundaria del 26.5% en el 2001 al 45% en el 2015

Meta No 95. Reducir el % de niños y jóvenes entre 15 y 19 años con educación básica primaria incompleta del 11.5% en el 2000 al 5% en el 2015

Meta No 96. Reducir el % de niñas y jóvenes entre 15 y 19 años con educación básica primaria incompleta del 12.6% en el 2000 al 6% en el 2015

Meta No 97. Reducir el % de niñas y jóvenes entre 15 y 19 años con educación básica secundaria incompleta del 51% en el 2000 al 35% en el 2015

Meta No 98. Reducir la Tasa de deserción en educación básica secundaria del 6.4% en el 2000 al 3.2% en el 2015

Meta No 99. Incrementar la tasa neta de jóvenes entre 15 y 17 años que se encuentran matriculados en instituciones con programas de formación tecnológica.
Aumentar la proporción de Niños y Niñas con discapacidad asistiendo a la escuela primaria y secundaria

Meta No 100. Aumentar la proporción de estudiantes de séptimo grado de básica secundaria que llegan al nivel esperado en las pruebas del Saber en Lenguaje del 12% en el 2000 al 45% en el 2015

Meta No 101. Incrementar la proporción de estudiantes de séptimo grado de básica secundaria que llegan al nivel esperado en las pruebas del Saber en Matemáticas del 3% en el 2000 al 40% en el 2015

Meta No 102. Aumentar la proporción de estudiantes de noveno grado de básica secundaria que llegan al nivel esperado en las pruebas del Saber en Lenguaje del 20% en el 2000 al 70% en el 2015

Meta No 103. Reducir la proporción de planteles de educación pública clasificados como de rendimiento bajo

Meta No 104. Para el 2015 en la totalidad de instituciones educativas públicas en básica y media funcionarán los Gobiernos Escolares

Meta No 105. Aumentar el número de docentes capacitados en nuevas tecnologías para mejorar enseñanza en informática en el 2010

c) En la protección de los malos tratos, la explotación y la violencia

Meta No 106. Reducción del 60% de hogares con adolescentes víctimas de la violencia intrafamiliar, para el 2015

Meta No 107. Disminución del 60% de adolescentes víctimas del maltrato infantil, para el 2015

Meta No 108. Reducir en un 60% el número de adolescentes víctimas de delitos sexuales, para el 2015

Meta No 109. Reducir en un 45% los actos de violencia sexual contra niños según cada forma (Abuso sexual pedofilia, prostitución, pornografía, otras), para el 2015

Meta No 110. Reducir hasta eliminar en el 2015 la venta y trata de niños y niñas

Meta No 111. Reducir hasta eliminar en el 2015 la participación de los adolescentes en la prostitución y la situación de niños y niñas en la calle en las grandes ciudades.

Meta No 112. Disminuir en un 45% la tasa global de niños y niñas entre 12 y 17 años consumidores de sustancias psicoactivas (SPA)

Meta No 113. Disminuir el número de niños entre 5 y 17 años vinculados a los diferentes tipos de explotación laboral, de 2.3 millones en el 2000 a 1.1 millones en el 2015

d) En la lucha contra el VIH/SIDA

Meta No 114. Para el 2015 la totalidad de hogares con adolescentes entre 11 y 15 años de las ciudades de más de 50 mil habitantes habrán recibido capacitación y suficiente información en temas de salud sexual reproductiva, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual

Meta No 115. Para el 2015 la totalidad de instituciones educativas con escolaridad básica contarán dentro de sus asignaturas con la de salud sexual reproductiva

Meta No 116. Desde el 2005 estarán afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud todos los niños y niñas con VIH/SIDA reportados

4.4.3. Estrategias Nacionales

Estrategia No 43. Crear para el 2006 el Sistema Nacional de Información sobre la Infancia e incluir en el, los indicadores correspondientes a las metas establecidas para este grupo de edad, así como las variables e indicadores sobre las características regionales y culturales, los factores de riesgo asociados, la violencia intrafamiliar, la situación de la calle, el maltrato infantil, el abuso sexual, el abandono, el tráfico, y el secuestro en hogares con niños entre doce y 17 años.

Estrategia No 44. Estimular el énfasis en la educación básica secundaria en la formación para la ciudadanía, los derechos humanos, el derecho internacional humanitario, la resolución de conflictos y la salud sexual y reproductiva.

Estrategia No 45. Apoyo técnico para el fortalecimiento a la Escuela de Padres, como escenario que procure a los adultos a cargo, elementos a su alcance para la comprensión de la situación del joven y la construcción de canales de comunicación.

Estrategia No 46. Investigación local en educación física para rescatar las prácticas sociales, identificar y buscar soluciones de problemas, producir nuevos conocimientos y potenciar el plan general de la niñez y la recreación.

Estrategia No 47. Impulso a la adecuación, mantenimiento, construcción y buena utilización de los espacios para la práctica de actividades físicas en diferentes ambientes y espacios, de uso multifuncional y acceso abierto.

Estrategia No 48. Promoción de la formulación por parte de las instituciones educativas, de Planes de Mejoramiento que incluyan nuevas estrategias pedagógicas conducentes a que los estudiantes alcancen mayores niveles de logro.

Estrategia No 49. Apoyo a las entidades territoriales para que en armonía con los Planes de Mejoramiento de las instituciones, fijen metas y apoyen las acciones de cualificación de los procesos pedagógicos, focalizando sus esfuerzos en aquellas instituciones que reporten mayores debilidades.

Estrategia No 50. Continuidad en el proceso de acreditación de calidad de las escuelas normales superiores y apoyar a las facultades de educación en el diseño de estrategias dirigidas a mejorar la formación de los docentes y su capacidad para promover en los estudiantes las competencias básicas en matemáticas, lenguaje, ciencias y competencias ciudadanas

Estrategia No 51. Procesos de comunicación masiva, de ajustes y aprestamientos institucionales, como el proceso de construcción de un camino para el efectivo disfrute de sus derechos por parte de los adolescentes, especialmente en lo relacionado con la protección a su integridad física y mental.

Estrategia No 52. Articulación de diferentes estrategias sectoriales para la efectiva, oportuna y cualificada, vinculación de familia, docentes y servidores públicos de diferentes sectores, a una red de apoyo social a niños, niñas y adolescentes, cercana, respetuosa de su intimidad pero que le permita contar en el momento oportuno y pertinente con el apoyo necesario.

Estrategia No 53. Trámite y expedición de nueva Ley general de niñez y adolescencia, con un claro enfoque de derechos, ajustada a preceptos internacionales y constitucionales, y acogiendo los postulados de la Protección Integral.

Estrategia No 54. Promoción de red de instituciones y programas a nivel local para, atender la Violencia Intrafamiliar, erradicar el trabajo infantil, prevenir y atender el abuso y explotación sexual de niños y niñas, el consumo de SPA por parte de niños y niñas, y prevenir y atender otras formas de maltrato, explotación y violencia contra niños y niñas.

Estrategia No 55. Acción anual intersectorial de comunicación y divulgación que genere procesos de movilización cultural en la ciudadanía frente a la prevención y efectos del maltrato, abuso y explotación sexual de los niños, la participación de los niños y niñas en la producción y tráfico de estupefacientes, la promoción de los Derechos de la Niñez, apoyado por el sector privado.

Estrategia No 56. Campañas educativas sobre difusión de medidas preventivas para evitar acceso de niños a páginas Web violentas o que influyan negativamente en su desarrollo psicológico

4.5. HOGARES CON NIÑOS INDÍGENAS, AFROCOLOMBIANOS E INTEGRANTES DE OTRAS GRUPOS ÉTNICOS

Por su doble condición de riesgo, asociada a pobreza y a vulnerabilidad cultural, y en el marco del respeto por los valores culturales propios y ajenos, se presentan los siguientes componentes

complementarios a las metas mencionadas anteriormente para los hogares con niños y niñas indígenas, afrocolombianos y de otros grupos étnicos.

4.5.1. Objetivos Nacionales hasta el 2015

Objetivo No 37. Garantizar el acceso y la calidad de los servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud de niños pertenecientes a todos los grupos étnicos en condiciones de reconocimiento y respeto a sus particularidades culturales.

Objetivo No 38. Identificar y mejorar la situación nutricional de las gestantes, madres en lactancia, lactantes y niños pequeños de todos los grupos étnicos (indígenas, afrocolombianos y rom)

Objetivo No 39. Promover la medicina tradicional de las comunidades indígenas, negras y rom e impulsar la promoción de factores protectores de la salud de la infancia

Objetivo No 40. y prevenir los factores de riesgo de enfermar o morir por causas evitables respetando su cultura y tradiciones.

Objetivo No 41. Promover el saneamiento básico y la vigilancia en salud pública de factores de riesgo ambiental que afecten la salud de la infancia y de la comunidad de todos los grupos étnicos

Objetivo No 42. Concertar estrategias para la prevención de factores de riesgo para las enfermedades transmitidas por vectores

Objetivo No 43. Consolidar la oferta educativa que comprenda todo el ciclo de formación de niños y niñas pertenecientes a grupos étnicos, y propenda por la conservación y el fortalecimiento de su identidad cultural.

4.5.2. Metas Nacionales

Meta No 117. Para el 2015 alcanzar la cobertura total en salud para los niños/as indígenas, afrocolombianos y rom

Meta No 118. Para el 2015 equilibrar con el promedio nacional las tasas de mortalidad en niños/as de grupos étnicos de acuerdo a la situación de salud que se logre identificar

Meta No 119. Para el 2015, equilibrar con el promedio nacional la proporción de comunidades indígenas y otros grupos étnicos como los afrocolombianos y los rom que presentan riesgo para TBC y enfermedades producidas por vectores.

Meta No 120. Incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios con el servicio de salud ofrecido y/o efectivamente prestado

Meta No 121. Para el 2015 garantizar una cobertura escolar similar al promedio nacional de niños y niñas indígenas, afrocolombianos y demás minorías étnicas

Meta No 122. Incrementar en 45% el número de maestros indígenas y de otras minorías étnicas, formados en etnoeducación

4.5.3. Estrategias Nacionales

Estrategia No 57. Incluir en el Sistema de Información sobre la infancia en el, los indicadores correspondientes a las metas establecidas para los grupos étnicos así como las variables e indicadores

sobre las características regionales y culturales. Es necesario adelantar una investigación general sobre la situación de salud, educación y protección para los grupos étnicos que sea útil para la formulación de una política integral de atención a la niñez de estos grupos.

Estrategia No 58. Promoción de programas y proyectos de etnoeducación a nivel local que contribuyan al fortalecimiento cultural y a su vez tienda puentes entre las diferentes comunidades que cohabitan en cada región.

Estrategia No 59. Diseño y gestión de financiación para programa de estímulos y apoyos a comunidades indígenas para promocionar el acceso de los jóvenes al ciclo de formación superior

Estrategia No 60. Investigaciones y programas para la incorporación de variantes de origen étnico y cultural en protocolos de atención y guías clínicas de manejo, para introducir flexibilidad en la práctica médica que impone barreras de acceso sociocultural. Diseño de programas que respondan a particularidades epidemiológicas de grupos étnicos y que se ofrezcan en condiciones de respeto y reconocimiento a la diferencia étnica y cultural.

Estrategia No 61. Promover la inclusión del componente de salud para las comunidades indígenas en los planes de atención básica y en la atención individual en salud

Estrategia No 62. Desarrollos especiales de inspección y vigilancia que aseguren y retroalimenten la prestación de servicios a grupos étnicos en condiciones de reconocimiento a sus particularidades culturales

Estrategia No 63. Promover proyectos productivos que lleven a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en las áreas geográficas con mayor cantidad de población indígena

Estrategia No 64. Promover la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y de acuerdo a su cultura y creencias trabajar el inicio de la alimentación complementaria de manera oportuna

Estrategia No 65. Promover el saneamiento básico en las comunidades indígenas que lleven al mejoramiento de las condiciones de vida de la población infantil y reducir factores de riesgo para enfermar y morir por causa prevenibles

4.6. HOGARES CON NIÑOS DESPLAZADOS Y/O VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA Y NIÑOS AFECTADOS POR DESASTRES NATURALES

El restablecimiento integral, (emocional, social y económico), y la inclusión social, de los niños afectados por la violencia son prioridades de carácter nacional y humanitario. Su reto es lograr la más amplia restitución de derechos ya que representan en sí mismos, la población más vulnerable y que se encuentra en mayor riesgo en toda Colombia. Combinan en su ser los dramas de la pobreza, el desarraigo, la inexistencia de redes de apoyo, la falta de información, los bajos niveles educativos y los grandes impactos emocionales como consecuencia de la violencia que los ha golpeado. Se considera dentro de este grupo a los niños afectados por desastres naturales, tal como lo plantean los "Principios Rectores del Desplazamiento Interno" de las Naciones Unidas, cuando asimila los derechos a resarcir y/o garantizar para los dos grupos.

4.6.1. Objetivos nacionales

Objetivo No 44. Garantizar una atención en salud integral y oportuna, en óptimas condiciones de calidad, a las familias con niños y jóvenes desplazados por la violencia y/o víctimas de ella.

Objetivo No 45. Garantizar el derecho a la alimentación de los hogares con población infantil en condiciones de desplazamiento o víctimas de desastres naturales

Objetivo No 46. Dar prioridad en la atención humanitaria a las gestantes, madres en lactancia y a los lactantes y niños pequeños afectados por la violencia en Colombia

Objetivo No 47. Garantizar y promover el acceso efectivo al sistema educativo, sin restricción y/o condicionante alguno, económico, logístico o de otra naturaleza, de los niños y niñas desplazados por la violencia.

Objetivo No 48. Consolidar el aprestamiento técnico del sistema educativo para responder a los retos que impone el proceso de formación de niños y niñas víctimas de la violencia.

Objetivo No 49. Recuperar psicológica y emocionalmente a los hogares y niños/as víctimas de la violencia

4.6.2. Metas Nacionales

Meta No 122. Cubrir la educación a los 100% de niños/as desplazados por el conflicto armado

Meta No 123. Atender integralmente a todos y cada uno de los hogares con niños y niñas víctimas del conflicto armado, en riesgo de ser desplazado o desplazado por la violencia, con acciones de prevención y fortalecimiento del arraigo y/o retorno y reubicación local, particularmente a través de la atención humanitaria integral.

Meta No 124. Brindar protección especial a todos los hogares forzosamente desplazados con niños y niñas, particularmente a aquellos donde la jefatura de hogar este en cabeza de persona perteneciente a otro grupo de alta vulnerabilidad como los adulto mayores o las mujeres.

Meta No 125. Ampliar la cobertura de proyectos de restablecimiento económico al 100% familias desplazadas por el conflicto armado.

Meta No 126. Atender al 100% de niños (as) víctimas de minas antipersonales y artefactos explosivos

Meta No 127. Crear 500 Comités Locales de Atención a población desplazada por la violencia en las regiones de mayor incidencia del fenómeno

Meta No 128. Reducir hasta eliminar el secuestro de niños/as

Meta No 129. Para el 2010 garantizar que los 991 municipios que tienen programas de atención y prevención de desastres, detallen la estrategia para el manejo de la población infantil y los hogares con niños

Meta No 130. Garantizar asistencia humanitaria integral a todos los niños y niñas víctimas de desastres naturales, a través de mecanismos descentralizados, con control social, y considerando particularidades culturales y étnicas

Meta No 131. Proveer seguridad alimentaria durante la emergencia a todos los hogares con niños y niñas víctimas de desastres naturales y atención psicosocial a sus familias.

4.6.3. Estrategias Nacionales

Estrategia No 66. Implementar un verdadero Programa Espacial de Atención a la Población Desplazada, con recursos y autonomía suficiente para atender, con criterios de protección integral, a las familias, niños y niñas desplazadas por la violencia.

Estrategia No 67. Estimular a las universidades para investigar y construir nuevas alternativas de manejo a la problemática emocional de los hogares, niños y niñas víctimas de la violencia.

Estrategia No 68. Generar mecanismos de apoyo y asistencia técnica a las instituciones escolares que cuenten dentro de su población escolar, con niños y niñas víctimas de la violencia, para prestar una pertinente atención socioafectiva.

Estrategia No 69. Desarrollar alternativas amplias e integrales para, desde la escuela, contribuir de forma efectiva a la inserción social y la asimilación de las experiencias traumáticas vividas por parte de niños y niñas víctimas de la violencia.

Estrategia No 70. Promoción local y regionalmente, de espacios que vinculen a los diferentes sectores de la sociedad a la reflexión y análisis sobre el conflicto, su comportamiento y efectos sobre la población, sus derechos y la calidad de vida

Estrategia No 71. Desarrollo e implementación de servicios descentralizados para brindar atención humanitaria a víctimas del conflicto armado

Estrategia No 72. Promocionar y fomentar la creación de símbolos y referentes locales que afiancen el sentido de pertenencia y arraigo de las familias a sus vecindarios y comunidades

Estrategia No 73. Programa de apoyo y asistencia técnica, nacional a todos y cada uno de los municipios del país para asumir a nivel local la atención inicial de las emergencias generadas por violencia y los desastres naturales.

4.7. NIÑOS Y NIÑAS DESVINCULADOS DEL CONFLICTO ARMADO

El reclutamiento forzoso o voluntario se constituye en una flagrante violación de los derechos de los niños. El reto para la sociedad en su conjunto está tanto en acogerlos en su proceso de inclusión social, como en el rechazo contundente a esta práctica y la construcción de alternativas reales de definición de proyectos de vida para los niños y jóvenes que conviven territorialmente con los grupos armados ilegales.

4.7.1. Objetivo Nacional

Objetivo No 50. Construir opciones reales de desarrollo y crecimiento personal para los hogares con niños y niñas en riesgo de reclutamiento, en las regiones de mayor influencia de los grupos armados al margen de la ley.

Objetivo No 51. Garantizar una atención en salud integral y oportuna, en óptimas condiciones de calidad, a las familias con niños y jóvenes desvinculados de los grupos armados

Objetivo No 52. Garantizar el derecho a la alimentación de los niños y niñas desvinculados

Objetivo No 53. Dar prioridad en la atención humanitaria a la reunificación familiar de los niños y niñas desvinculados del conflicto.

Objetivo No 54. Garantizar y promover el acceso efectivo al sistema educativo, sin restricción y/o condicionante alguno, económico, logístico o de otra naturaleza, de los niños y niñas desvinculados.

Objetivo No 55. Consolidar el aprestamiento técnico del sistema educativo para responder a los retos que impone el proceso de reincorporación de niños y niñas desvinculados de los grupos armados.

Objetivo No 56. Recuperar psicológica y emocionalmente a los hogares y niños/as desvinculados de los grupos armados

4.7.2. Metas Nacionales hasta el 2015

Meta No 132. Disminuir hasta erradicar la participación de niños, niñas y adolescentes en los grupos armados

Meta No 133. Atender con programas de calidad y pertinencia a todos los niños/as desvinculados de los grupos armados

Meta No 135. Cubrir la educación a la totalidad de niños/as desvinculados

Meta No 136. Brindar protección especial a todos los hogares con niños y niñas desvinculados particularmente a aquellos donde la jefatura de hogar este en cabeza de persona perteneciente a otro grupo de alta vulnerabilidad como los adulto mayores o las mujeres.

Meta No 125. Ampliar la cobertura de proyectos de restablecimiento económico a la totalidad de familias con niños y niñas desvinculados.

4.7.3. Estrategia

Estrategia No 74. Implementar un verdadero Programa Espacial de Atención a los niños y niñas desvinculados, con recursos y autonomía suficiente para atender, con criterios de protección integral, a las familias, niños y niñas en esta situación.

Estrategia No 75. Estimular a las universidades para investigar y construir nuevas alternativas de manejo a la problemática emocional de los hogares, niños y niñas desvinculados de los grupos armados.

Estrategia No 76. Generar mecanismos de apoyo y asistencia técnica a las instituciones escolares que cuenten dentro de su población escolar, con niños y niñas desvinculados, para prestar una pertinente atención socioafectiva.

Estrategia No 77. Desarrollar alternativas amplias e integrales para, desde la escuela, contribuir de forma efectiva a la inserción social y la asimilación de las experiencias traumáticas vividas por parte de niños y niñas desvinculados.

4.8. HOGARES CON NIÑOS Y NIÑAS EN CONFLICTO CON LA LEY

Por las características del desarrollo reciente de Colombia, hay muchos niños/as que requieren medidas excepcionales de protección por encontrarse en conflicto con la ley. La problemática de los infantes en conflicto con la ley tiene una alta incidencia en materia de derechos humanos y convivencia ciudadana, y por su tendencia de crecimiento es un tema de especial preocupación para los próximos diez años.

4.8.1. Objetivos Nacionales

Objetivo No 57. Desarrollar la normatividad nacional acorde con los preceptos internacionales y la misma constitución nacional.

Objetivo No 58. Ofrecer asistencia integral al niño o niña infractor y su familia, procurando su vinculación al proceso de reincorporación social.

4.8.2. Metas nacionales hasta el 2015I

Meta No 126. Sanción e implementación antes de 2006 de una nueva ley general de niñez y adolescencia, que reconozca el derecho a la protección de todos los niños y niñas colombianas y haga efectivo el mandato constitucional referido a la prevalencia del interés superior del niño.

Meta No 127. Reducir sensiblemente el número de niños y niñas infractores

Meta No 128. Reducir sensiblemente el número de homicidios y delitos graves, cometidos por niños, niñas y adolescentes.

Meta No 129. Disminuir hasta eliminar el número de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en medio cerrado por delitos, sin tener definida su situación jurídica.

Meta No 130. Diseñar e implementar programas de apoyo legal a los niños en conflicto con la Ley antes del 2005

Meta No 131. Avanzar decididamente en acciones de atención integral a las familias y a los niños infractores como modelo de integración social de los niños en conflicto con la Ley.

4.8.3. Estrategias

Estrategia No 78. Acuerdos interinstitucionales, y participación de niños, niñas, adolescentes, y sociedad civil en general, en los ajustes y definición del texto de la nueva ley de infantes y adolescentes.

Estrategia No 79. Revisión y adecuación de parámetros para la atención de niños, niñas y adolescentes en conflicto con la ley, especialmente en aspectos tales como: (i) la consagración como medida excepcional y último recurso, de la privación de la libertad únicamente para los casos de infracciones graves, (ii) el cambio de concepción de la situación irregular a la protección integral, en tanto que se parte de considerar que a todo niño se deben garantizar sus derechos sin distinción alguna, teniendo en cuenta alternativas conjuntas de solución en donde la familia y la comunidad deben comprometerse, (iii) la institucionalización y la adopción deberán ser excepcionales para cuando el niño carezca de familia o las especiales circunstancias en que se encuentre así lo exijan, (iv) hacer un mayor énfasis en el modelo jurídico penal de las garantías procesales, alejándose del esquema tutelar y de discrecionalidad del juez, (v) acoger el criterio del legislador que prevé en el estatuto penal ordinario la inimputabilidad del menor de 18 años siendo compatible con las medidas que se adoptan y que tienen como finalidad posibilitar el cambio en la situación del adolescente y su familia⁸¹.

5. LA GESTIÓN PÚBLICA DE LA POLÍTICA DE INFANCIA.

El Plan Decenal parte de reconocer que no basta con tener una guía de trabajo que señale los impactos a lograr, los mecanismos de selección y seguimiento de beneficiarios y la importancia de las redes locales en la sostenibilidad de las acciones positivas. Es igualmente importante establecer los principios y criterios de la propia gestión de “lo público” en el tema de la infancia en Colombia.

Pocas veces la palabra gestión, entendida como la capacidad para incidir en decisiones o acciones de terceros, se encuentra tan bien colocada como en el caso de la *gestión pública de la política de infancia*. No hay nada que sea estratégicamente más público y tácticamente más privado que la protección integral de los derechos de la infancia en Colombia.

A la sociedad en su conjunto le interesa alcanzar una paz sostenible, aumentar los niveles de productividad, reducir el desempleo, eliminar la inequidad social, fortalecer la idea de un país incluyente y respetuoso de la diversidad y, en fin, muchos otros propósitos que son imposibles de conseguir sin derrotar antes al analfabetismo, la deserción escolar, la desnutrición, el maltrato, el abuso y la explotación infantil, y cuanta violación más haya de los derechos de los niños/as y jóvenes. Proteger y garantizar de manera transparente, pública y en condiciones de igualdad, los derechos de la infancia significa alcanzar y sostener ese modelo de sociedad.

El principal reto del Plan País por la infancia, más allá del cumplimiento de las metas propuestas, es construir y fortalecer la “esencia pública” de la política de infancia. Este atributo público se puede definir como el tránsito simbólico que debe hacer la infancia desde la definición cosificada de “mis hijos”, hacia la percepción amplia y corresponsable de “los hijos de la sociedad”. Una verdadera política de infancia, centrada en su carácter público, debe dejar muy pocas decisiones autónomas, es decir que no requieran consulta ni explicación a la comunidad local, en manos de los padres.

Por ello la política pública de infancia se encuentra coherentemente definida por el concepto de gestión, ya que se trata de convocar, ampliar la participación, incluir y responsabilizar por lo menos a siete sectores sociales que determinan la promoción y prevención, la realización y la restitución de los derechos de los niños/as: (i) los propios niños/as, (ii) las familias y hogares, (iii) la comunidad y las organizaciones del entorno cercano, (iv) el aparato (sectorial y territorial) del Estado, (v) los agentes y actores del componente productivo, (vi) los medios masivos de comunicación y (vii) las universidades y centros de investigación que producen el conocimiento.

5.1. Los principios

Bajo esta óptica, los cinco principios fundamentales del modelo de gestión de la política de infancia son:

a. La descentralización. Profundizar la descentralización de recursos, de políticas de atención y de diseños operativos de proyectos de intervención, es uno de los más grandes desafíos institucionales de la próxima década. Para construir una política de Estado que produzca impactos positivos en la protección integral de derechos, que atienda a la niñez y a las familias que se encuentran en más alto riesgo y que produzca una eficaz integración de los sectores sociales alrededor del interés superior de los niños, se hace necesario profundizar y ampliar el proceso de descentralización de la política pública, de la financiación de los programas y proyectos y de la administración de los recursos que orienta el Estado hacia la infancia y la juventud.

b. La participación y el control social. Aunque permanentemente reiterado el tema de la participación social, la gestión pública de la política de infancia debe desbordar a la participación circular, de consulta e insustancial en la que se debaten algunas acciones del Estado. Se trata de lograr una incidencia política real que se refleja en: (i) la presencia activa de organizaciones y actores, entre ellos los mismos niños y niñas, en la definición y evaluación de la cuestión pública de la infancia, (ii) el incremento del control de los niños/as sobre las decisiones de política que les atañen y (iii) el fortalecimiento de la veeduría ciudadana como elemento definitivo para el control de la inversión, la retroalimentación de la política y la superación de la distancia entre lo público y lo privado con relación a los derechos de la niñez y la juventud.

c. La corresponsabilidad. Ya que la gestión tiene que estar orientada a generar o fortalecer los diferentes mecanismos e iniciativas utilizadas por los siete sectores sociales mencionados para posicionar al tema de la infancia como un problema público, de responsabilidad específica y compartida.

La política a favor de la infancia no se puede reducir a los recursos y programas que ejecutan dos ministerios y un instituto descentralizado. Por el contrario, significa más claramente un enfoque general liderado por el gobierno nacional, por los departamentos y por los municipios, resguardos y distritos

especiales, que agrupa de manera ordenada el aporte que hace el Estado y la sociedad en su conjunto, en temas neurálgicos para garantizar los derechos de la niñez como lo son: justicia, protección, vivienda, empleo, infraestructura, medio ambiente, desarrollo rural, salud, educación, cultura y nutrición, entre otros.

d. Las alianzas. La garantía, protección y restitución de derechos se obtiene exclusivamente a través de la acción local cooperada entre el conocimiento, la inversión social y productiva, los hogares y el coherente diseño de las operaciones de atención directa o de generación de impactos positivos indirectos sobre los derechos de la población infantil. Significa desde lo concreto e instrumental, reforzar al sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) a nivel local, regional y nacional.

Para hacer compatible la profundización de la descentralización del Estado con la ampliación del interés público sobre la infancia, se hace necesario entonces consolidar una organización (no una institución) nacional, con capítulos departamentales y locales, de carácter mixto (pública–privada) para la promoción y el desarrollo de la infancia y la adolescencia. Dicha estructura será dotada de las facultades legales necesarias para: (i) el diseño y evaluación, ya que a contratación y ejecución de recursos estatales seguirá en cabeza de las autoridades locales, departamentales y nacionales, de las políticas públicas de protección integral de los derechos de la infancia, en igualdad de condiciones técnicas y con amplia participación de los niños y adolescentes (ii) consolidar la acción pública, es decir de corresponsabilidad entre los siete sectores sociales ya mencionados, alrededor del interés superior de los niños y niñas y (iii) garantizar la articulación interinstitucional en todos los niveles territoriales para la operación de la política de infancia a nivel nacional, regional y local.

Esta organización contribuye a superar la visión restrictiva según la cual el Estado es el único responsable de la atención a la infancia, y que su única forma de operación es la asistencia social y de restitución de derechos a los niños/as.

e. La información. El Sistema Integrado de Información sobre la Infancia (SIIN) es el instrumento que deberá estar consolidado en el 2006 y ofrecerá la información necesaria para la formulación y evaluación de la acción conjunta en favor de la población infantil. La información será de carácter: (i) relacional, es decir que permita establecer las conexiones efectivas que hay entre variables económicas y sociales generales (Vg. empleo, agua potable, hacinamiento, etc) y las condiciones de vulnerabilidad y riesgo de los derechos de la población infantil y juvenil, (ii) intersectorial, es decir que se nutra de y retroalimente a los diferentes sectores e instituciones para que puedan establecer los impactos directos e indirectos de la inversión y de la gestión pública en la protección integral de los derechos de la infancia y la juventud, e (iii) integral, es decir que permita al Estado y al Sistema en su conjunto evaluar la situación de la infancia y los programas de atención desde una perspectiva poblacional, por grupos de edad, de género y de etnia.

5.2. Los objetivos del modelo de gestión pública en infancia a diez años.

Si bien la naturaleza del modelo de gestión se encuentra reflejada en los principios mencionados anteriormente, los propósitos de la gestión pública a diez años son:

- ✓ Posicionar el tema de los derechos de la infancia como la más importante cuestión de interés público local y nacional
- ✓ Fortalecer la transparencia y eficiencia de los canales de comunicación entre los actores e instituciones cuya labor misional se liga a la promoción, atención y reparación de los derechos de los niños/as.
- ✓ Vigorizar alianzas y arreglos institucionales locales para trabajar de manera integral en favor del cumplimiento de cada una de las metas locales del Plan Decenal.

- ✓ Facilitar la complementariedad (cada una de las entidades haciendo lo que mejor sabe hacer) y la integración de los diferentes niveles de la administración pública (nacional, departamental y local).
- ✓ Potenciar la capacidad de las instituciones locales para consolidar procesos de participación y dirección política de los niños/as sobre la atención integral y sostenible a la infancia y adolescencia.
- ✓ Evaluar e incorporar permanentemente a los sistemas de gestión local, los aprendizajes de los actores (niños, niñas, jóvenes, padres, madres, vecinos, docentes, profesionales de diferentes organizaciones, funcionarios públicos, comerciantes, productores e investigadores) derivados de una acción descentralizada e integral de protección de la niñez.

5.3. Las metas del modelo de gestión pública en infancia a diez años.

- ✓ El 90% de los adultos considera la situación y las condiciones de vida de los hijos de sus vecinos como un tema de interés público sobre el cual tienen el derecho y el deber de intervenir
- ✓ Hay un sistema mixto (público y privado) de carácter nacional, departamental y local, encargado de la formulación y evaluación de las políticas de infancia
- ✓ Las decisiones de política nacional, regional y local de infancia en el País, se toman teniendo en cuenta el sistema integrado de información sobre la infancia (SIIN) y la situación de los derechos de los niños/as en Colombia
- ✓ Existen en todos los municipios del País, alianzas y arreglos institucionales y sociales claros y en funcionamiento para la promoción de derechos de la infancia.
- ✓ En el 50% de los municipios del país se encuentran organizaciones de niños/as y jóvenes que participan activamente en la formulación y evaluación de la política de infancia de las localidades
- ✓ Se cuenta con un Sistema Nacional de Bienestar Familiar que opera bajo los criterios de la complementariedad institucional y la integración de los diferentes niveles de la administración pública
- ✓ Se encuentra en operación un sistema de seguimiento y evaluación periódica a los sistemas de gestión local de la política de infancia.

6. EL ESQUEMA DE FINANCIACIÓN

La descentralización de la política de infancia estará acompañada del replanteamiento del modelo de inversión social destinada a la población infantil en particular. El Estado derrotará la inconveniente lógica según la cual cuando se reactiva la economía, es decir la inversión, la producción y el consumo nacional, se reactiva la inversión social y, por el contrario, cuando se enfrentan épocas de crisis económicas, la inversión social disminuye al ritmo de aquellas. Cuando los ciclos económicos indiquen una tendencia a la recesión, el Estado aplicará mayores recursos de inversión social a programas que eviten no solamente el empobrecimiento global de la población, sino que aumenten las medidas de protección y por lo tanto disminuyan el riesgo especialmente de poblaciones tan vulnerables como la niñez.

La inversión del Estado en la política de infancia en diez años habrá generado paulatinamente y estará aplicando recursos provenientes de las siguientes estrategias de financiación:

- ✓ **Presupuestos desglosados y transparentes.** Los diferentes niveles de la administración pública (nación, departamentos y municipios) deberán hacer el ejercicio de aclarar el presupuesto real dedicado a la infancia. Esto significa: (i) establecer en las actuales partidas globales y en la inversión concreta de cada proyecto, cuánto es el monto de los recursos asignados a tener algún tipo de impacto en la infancia, (ii) desglosar cada una de las inversiones que se hagan hacia adelante bajo el mismo criterio, (iii) Utilizar las metas del Plan País por la infancia elaborado por las localidades y departamentos en donde se vaya a realizar la inversión, como la guía concreta para establecer el impacto de esta en la infancia y (iv) presentar y acordar con la comunidad y las organizaciones, los rubros específicos y las metas que se esperan lograr con la inversión en infancia.
- ✓ **La descentralización del modelo de financiación.** Lo cual significa incluir en el Sistema Nacional de Participación una proporción global indicada de los recursos destinados a la infancia, para ser entregados a las administraciones locales bajo criterios de eficiencia y transparencia en la promoción, realización y reparación de los derechos de la población infantil. Las administraciones locales ejecutarán los recursos de acuerdo con un Plan de Beneficios colectivos e individuales que será definido en el seno de la organización mixta encargada de la formulación de la política pública de infancia en las localidades.

Los recursos parafiscales harán parte del Sistema Nacional de Participación y estarán orientados en su totalidad a los programas de infancia en las localidades. Todas las entidades del orden nacional que tienen que ver con la infancia, tendrán como funciones exclusivas las de formular la política nacional y asesorar, apoyar y hacer seguimiento a las Entidades Territoriales en la formulación, ejecución y evaluación de sus propias estrategias de atención a la población infantil. Los responsables de la ejecución directa y, por tanto, de hacer operativa una atención integral de niños/as y jóvenes, serán las Entidades Territoriales

- ✓ **La reducción de la evasión y la elusión.** Esta lucha frontal que adelanta el Estado, y que realmente representa el compromiso del sector privado con el desarrollo social del País, debe aumentar los recaudos globales de la Nación. Solamente en el componente de los recursos parafiscales que se dedican directamente a la infancia, se calcula que evaden 370 mil empresas y que perfectamente se pueden duplicar los recursos dedicados a la protección de la infancia.
- ✓ **La optimización de la gestión pública en infancia.** Implica incidir en dos ámbitos específicos. Por un lado, en la aclaración de competencias sectoriales y territoriales en donde el control de la política pública y de las operaciones concretas con un enfoque integral en favor de la infancia, será responsabilidad de las localidades y de la organización mixta local que se ha mencionado como eje de la gestión pública e incluirá el desarrollo de mecanismos de seguimiento y control social tendientes a la eliminación de acciones que se duplican localmente entre varias entidades con los mismos grupos de población infantil. Por otro lado, se trata de la inclusión de los indicadores de impacto de la inversión local en la promoción, realización o restitución de los derechos de la infancia y la juventud.
- ✓ **El estímulo financiero.** La cooperación internacional y el gobierno nacional podrían generar un modelo de seguimiento y estímulo financiero a aquellos municipios que mejores resultados presenten en el cumplimiento de las metas que se fijan en sus propios Planes Decenales de Infancia.
- ✓ **La definición de una proporción específica de la inversión pública nacional para la infancia.** Cuando el gobierno nacional cuente con el presupuesto de infancia desglosado podrá estudiar la posibilidad de establecer una cifra porcentual que represente algún porcentaje específico del PIB para la inversión pública y que contribuya realmente a impulsar el cumplimiento de las metas aquí expresadas.
- ✓ **La fórmula de compensación.** Lograr que la inversión social no se encuentre atada a los ciclos expansivos o recesivos de la economía, significa que el Estado contará con una fórmula de

compensación de la inversión en infancia que, cuando la economía se estanque o retroceda, cubra los recursos que deja de recibir el sistema, con una ampliación del porcentaje del PIB dedicado a la inversión en infancia que por lo menos iguale en precios constantes, a la inversión realizada en los años de expansión económica.

CITAS

- ¹ CEPAL, UNICEF, SECIB, “Las Necesidades de la Inversión en la Infancia para Alcanzar las Metas de la Agenda del Plan de Acción Iberoamericano” Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Septiembre de 2003
- ² Algunas de estas causas han sido tratadas con amplitud en documentos como: Galvis, Ligia , “Para que los niños y las niñas puedan crecer en dignidad” o Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002.
- ³ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, Colombia 2000
- ⁴ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, Colombia 2000
- ⁵ Formato SIS –110 Egresos Hospitalarios, Sector Oficial y Mixto. 1997
- ⁶ DANE. Estadísticas vitales 2000
- ⁷ DANE/Minprotección Social
- ⁸ DANE. Registro de nacimientos y defunciones 2000
- ⁹ Resoluciones 412 y 3384 de 2000 del Ministerio de Salud
- ¹⁰ Datos tomados de “ayuda memoria sobre la situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia. Datos a septiembre 30 de 2003” del Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud pública, Grupo de Promoción y Prevención
- ¹¹ III Informe de país 1998 a 2002
- ¹² Instituto Nacional de Salud 2002
- ¹³ CDC Atlanta, 1998. Guide lines of Sexual Transmitted Diseases
- ¹⁴ III Informe de país 1998 a 2002
- ¹⁵ ENDS. 2000
- ¹⁶ III Informe de país 1998 a 2002. Resultados globales de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000
- ¹⁷ DANE. Estadísticas vitales 2000
- ¹⁸ Baja Talla /Edad y Género
- ¹⁹ Bajo Peso/Talla y Género
- ²⁰ Instituto Nacional de Salud, PAI, 2001
- ²¹ Datos tomados de “ayuda memoria sobre la situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia. Datos a septiembre 30 de 2003” del Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud pública, Grupo de Promoción y Prevención
- ²² Fuente: Dirección General de Seguridad Económica. MINIPROTECCIONSOCIAL.
- ²³ FORENSIS 2000. Publicación del INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. Bogotá, 2001.
- ²⁴ Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002. Cita a SAVE THE CHILDREN UK. DISCAPACIDAD UN TEMA TRANSVERSAL. Informe Preliminar. Santafé de Bogotá , julio de 1999.
- ²⁵ Ver III Informe de País 1998 a 2002, allí se retomamos datos del Documento “Hacia una Política Pública de Infancia” de Junio 2002, y se cita entrevista con Ligia Nieto, profesional de la División de calidad de la Educación Básica y Media del Ministerio de Educación Nacional.
- ²⁶ Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002. No se cita fuente
- ²⁷ *Ibid.* Anota esta información pero no registra fuente.
- ²⁸ *Ibid.* Cita cifras de porcentaje estimados de población de 7 a 12 años para el 2001 de el documento “Salud Infantil en Colombia-2001. Informe de representación de Colombia – OPS, 2001”. de Magda Palacio, y concluye sobre el tema con base en investigación efectuada por el ICBF y Coldeportes sin mencionar año de realización de la misma, y el estudio sobre “Situación nutricional y hábitos alimentarios de los escolares de Santa Fe de Bogotá”, realizado por el INS.
- ²⁹ *Ibid.* Sin precisar fuente aunque se viene citando al FORENSIS 2000
- ³⁰ III Informe de país 1998 a 2002, cita como fuente cifras 2002 del Instituto Nacional de Medicina Legal
- ³¹ DANE, Caracterización de la población entre 15 y 17 años, 2001.
- ³² Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002. Cita Datos para el sistema de seguimiento y vigilancia de derechos de la Defensoría Delegada de Infancia y Familia, octubre de 2001
- ³³ III Informe de país 1998 a 2002, dicen haber tomado dato del Informe Estocolmo mayo de 2003. Conveniente mencionar la distribución de estos niños en proceso de adopción por edad, e incluso poder contar con información sobre el mismo periodo que muestre cuantos podrían ser los niños adoptable, por grupos de edad, esto con el fin de evidenciar la proporción inversa entre opciones de adopción y edad.
- ³⁴ III Informe de país 1998 a 2002, citando como fuentes, al Ministerio de Educación, Cálculo basado en proyecciones del censo 1993, datos de Contexto Social – elaborado por Subdirección de Investigaciones ICBF Agosto 2003. Fuente Primaria DANE C – 6000 Min Educación, y del documento “Hacia una Política Pública de Infancia” de Alejandro Acosta Junio 2002.
- ³⁵ Datos tomados de III Informe de país 1998 a 2002 y Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002.
- ³⁶ Ministerio De Educación Nacional, Evaluación Del Sistema SABER 1997-1999.
- ³⁷ Tomado de Plan Nacional para la erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil 2003–2006, pgs. 40 y 41
- ³⁸ Consejo Nacional de Estupefacientes (1996) en Colombia Joven, OPS. “Hacia Una Política Pública De Juventud En Colombia”. Bogotá D.C. Colombia 2201.
- ³⁹ Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002. Planteamiento en relación con el Derecho a la Protección.
- ⁴⁰ Datos tomados de III Informe de país 1998 a 2002
- ⁴¹ Datos tomados de III Informe de país 1998 a 2002, este no cita fuente.
- ⁴² Consultar: Urrutia, Juan Manuel, “Una política pública que reconozca la real problemática de la infancia”. Niñez y Conflicto Armado En Colombia. Foro “Los niños y las niñas de la guerra”, agosto 24 de 2000
- ⁴³ Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002. Pgs. 41 y 42
- ⁴⁴ *Ibid.* Planteamiento en relación con el Derecho a la Protección. Venía citando el FORENSIS 2000 y el informe “Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos” USA, 1999 de la OPS

PLAN PAIS
PLAN DECENAL DE INFANCIA (2004 – 2015) PARA COLOMBIA.

- ⁴⁵ Datos tomados de “ayuda memoria sobre la situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia. Datos a septiembre 30 de 2003” del Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud pública, Grupo de Promoción y Prevención
- ⁴⁶ III Informe de país 1998 a 2002, citando Documento “Hacia una política pública por la Infancia”. Alejandro Acosta y Fadia Kattah Alianza por la Infancia Junio 2002, y Cálculos del DNP-DDS-GCV, basados en DANE-MEN, Formulario C-600.
- ⁴⁷ Tomado de Plan Nacional para la erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Trabajo Juvenil 2003–2006, pgs. 40 y 41
- ⁴⁸ III Informe de país 1998 a 2002, cita información encuentra recogida en la encuesta de caracterización de la población entre 5 y 17 años en Colombia- Noviembre 2001, adelantada por el Departamento Nacional de Estadísticas –DANE e IPEC Colombia, y las encuestas de Niñez y Adolescencia, de 1996 y de Calidad de Vida de 1997.
- ⁴⁹ Datos tomados de Tabla presentada en el III Plan Nacional para la Erradicación del Trabajo Infantil y la protección del Trabajo Juvenil 2003 – 2006, pg. 45
- ⁵⁰ III Informe de país 1998 a 2002
- ⁵¹ Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002. . Citando Sistema de Información del ICBF
- ⁵² Consulta hecha en página web de UNICEF COLOMBIA. www.UNICEF.org.
- ⁵³ III Informe de país 1998 a 2002. Cita estudio del IDIPRON-DANE 1999 y 2001, y comentarios de “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia” de junio de 2002.
- ⁵⁴ Orientaciones Infancia y Adolescencia. OMS
- ⁵⁵ Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002. Citan entrevista con profesional especialista en el tema y datos de investigación realizada en Bogotá, no se aclara fecha.
- ⁵⁶ ENDS. 2000
- ⁵⁷ III Informe de país 1998 a 2002
- ⁵⁸ Fundación Antonio Restrepo Barco “Hacia la construcción de una política pública de infancia y adolescencia”. 2002.
- ⁵⁹ Sánchez Botero, Esther. “¿La cultura como clonación? Identidades e identificaciones” Tomo II, pgs. 35 y 36. Bogotá 2002
- ⁶⁰ III Informe de país 1998 a 2002
- ⁶¹ Red e Solidaridad Social. Sistema Único de Registro
- ⁶² Informe Nacional de Desarrollo Humano. El conflicto: callejón con salida. 2003.
- ⁶³ Informe Defensoría sobre los Derechos Humanos de la Niñez en Colombia durante el año 2001. Cita como fuente el Informe Anual de UNICEF 2000
- ⁶⁴ Consulta hecha en página web de Fiscalía General de la Nación. www.fiscalia.gov.co.
- ⁶⁵ Consulta hecha en página web de la Rama Judicial. www.ramajudicial.gov.co
- ⁶⁶ ENDS 2000
- ⁶⁷ III Plan Nacional para la erradicación del Trabajo Infantil y la protección del trabajo juvenil 2003-2006. Citan dato de Human Rights Watch en “Informe sobre derechos humanos en Colombia” de septiembre de 2003
- ⁶⁸ III Informe de país 1998 a 2002. Cita datos del ICBF, y se detecta una pequeña imprecisión en la cifras, que podría interpretarse como diferencias entre el nro. de casos reportados y los efectivamente atendidos.
- ⁶⁹ III Informe de país 1998 a 2002. Cita datos de Consejo Superior de la Judicatura Sala Administrativa Unidad de Desarrollo Social Estadístico, y Boletín. Defensoría del Pueblo 2002.
- ⁷⁰ III Informe de país 1998 a 2002. Cita Defensoría del Pueblo. Boletín N0. 7. Septiembre 2002 y Encuesta Nacional de Demografía y Salud Profamilia. 2000. 25% de los hogares colombianos tiene como jefa a una mujer
- ⁷¹ III Informe de país 1998 a 2002
- ⁷² Marco conceptual de la ley de infancia. Borrador a diciembre de 2003
- ⁷³ III Informe de país 1998 a 2002
- ⁷⁴ “Informe de la década. Plan de Acción a Favor de la Infancia 1990-2000”
- ⁷⁵ Consultar: Por un mundo justo para los niños y las niñas. Declaración final de la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Niñez.
- ⁷⁶ mesa de promoción de una vida sana, Plan nacional de acción por la infancia y la juventud. 2003. Pag. 5.
- ⁷⁷ DANE, Registro de Nacimiento y Defunciones
- ⁷⁸ Tomado del Informe Estocolmo mayo de 2003
- ⁷⁹ Resolución 412 de febrero 25 de 2000. Ministerio de Salud. Colombia.
- ⁸⁰ Organización Mundial de la Salud -OMS, 1974.
- ⁸¹ III Informe de país 1998 a 2002.