

**Evaluación de las Políticas Públicas de la Primera Infancia en los
Municipios de San Jacinto, San Juan y Carmen de Bolívar: Componente
Salud**

ANA RITA OLIVERO OYOLA

Maestría en Derecho Tercera Cohorte

Tesis dirigida por el Dr. Carlos Guzman- Docente Investigador

UNIVERSIDAD DEL NORTE

FACULTAD DE DERECHO

BARRANQUILLA

2015

TABLA DE CONTENIDO

• Introducción	4
CAPITULO I	
Antecedentes de las políticas públicas en la infancia y adolescencia	9
1.1. Un marco conceptual y teórico	9
1.2. Contexto Internacional	13
1.2.1. Objetivos del milenio	16
1.2.2. Antecedentes en América latina	21
1.2.2.1. Código de la Infancia y adolescencia en Brazil-1990	22
1.2.2.2. Código de la Infancia y adolescencia de Nicaragua -1998	23
1.2.2.3. Código de la Infancia y adolescencia en Argentina- 2005	24
1.2.2.4. Código de la Infancia y adolescencia en Chile 2005	26
1.2.3. Componente Europeo – España	27
CAPITULO II	
Marco normativo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes	30
2.1. Constitución Política de Colombia	31
2.2. Desarrollo legislativo y Jurisprudencial	33
2.3. Enfoques y Principios de los NNA desde la Perspectiva de la Protección Integral	43
2.3.1. Enfoque de derechos	44
2.3.2. Enfoque Poblacional	44
2.3.3. Enfoque Territorial	46
2.4. Principios rectores	47
2.4.1. Derecho de Existencia	47
2.4.2. Derechos de Desarrollo	48
2.4.3. Derechos de ciudadanía	48
2.4.4. Derechos de protección	48

CAPITULO III

Política Pública de Infancia y Adolescencia en Colombia	49
3.1. Plan Nacional para la primera infancia	52
3.2. Estrategia de Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia	56
3.3. Políticas Públicas Seccionales	58

CAPITULO IV

Evaluación De Las Políticas Públicas De La Primera Infancia – Componente Salud, En Los Municipios De San Jacinto, San Juan Y Carmen De Bolívar	62
4.1. Aspectos principales y característicos de los municipios de: El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto	64
4.1.1. Municipio El Carmen de Bolívar	65
4.1.2. Municipio San Juan de Nepomuceno	67
4.1.3. Municipio San Jacinto	68
4.2. Análisis de los Planes de desarrollo de los Municipios de El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto en términos de inclusión y coherencia	69
4.2.1. El Carmen de Bolívar	69
4.2.2. San Juan de Nepomuceno	72
4.2.3. San Jacinto	73
4.3. Pertinencia e impacto de los programas y de los proyectos sobre la calidad de vida de la población, enfocados en la primera infancia – componente salud	75
4.3.1. Diagnóstico del Municipio de El Carmen de Bolívar	76
4.3.1.1. Salud en la Primera Infancia en el Municipio del Carmen de Bolívar	78
4.3.2. Diagnóstico del Municipio de San Juan de Nepomuceno	82
4.3.2.1. Salud en la Primera Infancia en el Municipio de San Juan de Nepomuceno	84
4.3.3. Diagnóstico del Municipio de San Jacinto	86
4.3.3.1. Salud en la Primera Infancia en el Municipio de San Jacinto	88
Conclusiones	92
Bibliografía	97
Anexos	104

INTRODUCCION

En el ámbito internacional se han consagrado y reconocido los derechos y la protección especial con que debe contar los niños, que data desde la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño, la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989 y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en los estatutos e instrumentos de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar del niño.

Es así como la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, realizada el 20 de noviembre de 1989, fue ratificada por el Estado colombiano, mediante la ley 12 de 1991 y en ese mismo año, con la constitución política se eleva a rango constitucional la especial protección que deben gozar los niños, estableciendo que: “ la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos”. En ese mismo sentido, la constitución en su artículo 44 eleva a la categoría de principio constitucional “la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás” y establece que los todos los derechos de los niños tienen el carácter de fundamentales.

Desde el año 2002, Entidades del gobierno como la Procuraduría General de la nación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF, las organizaciones internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, así como otros organismos no gubernamentales nacionales e internacionales, se unieron con el propósito de construir de manera conjunta, un proyecto de ley integral para la infancia y la adolescencia en Colombia que permitiera actualizar el Código del Menor vigente desde 1989 y que permitiera estar acorde con los instrumentos internacionales de derechos humanos y los mandatos de la Constitución Política de 1991.

De esta manera, es aprobada ante el congreso de la república la ley 1098 de 2006, denominada La Ley de Infancia y Adolescencia, cuya finalidad es garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes, un pleno y armonioso desarrollo en el seno una la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, donde prevalezca el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna por parte de la comunidad; Bajo el contexto de normas sustantivas y procesales que buscan la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes y el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

Este instrumento normativo, para un Estado Social de Derecho como el nuestro, representa uno de los mayores avances que en materia legislativa de derechos humanos se ha sancionado en los últimos tiempos, al imponer a todas las autoridades públicas, a la familia y a la sociedad, responsabilidades concretas y fundamentales para la garantía de los derechos humanos de los niños, niñas y adolescentes.

La innovación y trascendencia que este compendio normativo contiene, es la obligación de generar políticas sociales básicas, garantistas de derechos de los niños, previniendo su amenaza o vulneración y de establecer políticas públicas nacionales, regionales y locales que fomenten la inversión social de los recursos del Estado en este grupo poblacional.

Siendo el Estado colombiano el principal garante de derechos, debe velar por el fortalecimiento de las capacidades de quienes operan el sistema judicial de protección de los derechos humanos en esta materia y la formulación de **políticas públicas** acordes con estos enunciados, que incluye la asignación y ejecución de presupuestos que viabilicen su aplicación y que permitan mejorar la situación de la infancia y la adolescencia en Colombia.

Dentro de este contexto, este trabajo de investigación pretende determinar si la acción del gobierno en los Municipios de San Jacinto, San Juan y Carmen de Bolívar, ha impactado o transformado la situación de los derechos de la primera infancia en el componente de salud.

Analizado desde la perspectiva, de la obligación que la ley impone tanto a las autoridades locales, departamentales y nacionales, de formular diagnósticos situacionales del estado de los derechos de NNA, revisar el estado de los derechos de los NNA y evaluar todo el ciclo para determinar el resultado de las políticas públicas de la infancia y adolescencia implantadas.

Dentro de este lineamiento, se revisaran y contrastarán los marcos normativos relativos a la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia: en el ámbito Internacional y nacional, con el fin de determinar la articulación de la política de infancia y adolescencia formulada, con especial énfasis en la ley 1098 de 2006.

De este modo, al tratarse de un trabajo de investigación con enfoque combinado cualitativo y cuantitativo., se pretende establecer un conjunto de procedimientos técnicos que garanticen que los datos obtenidos a partir de la revisión de los planes de desarrollo y lo que se ha abordado sobre el tema en estudios recientes, permita generar que las explicaciones o interpretaciones se aproximen a la realidad social objeto del estudio propuesto. Es decir, el uso de dos métodos para direccionar un mismo problema a través de la triangulación metodológica.

Los alcances de realizar una triangulación, nos permiten la aprehensión de la complejidad del fenómeno en estudio, los marcos de referencia del contexto de la problemática, los objetivos y el propósito de ésta. Con este argumento se intenta dar respuesta a la utilidad de esta metodología a fin de aumentar la potencialidad analítica y validez en una investigación, y de esta forma, acceder de mejor manera a una realidad social siempre compleja.

Luego de reconocer e identificar conceptualmente lo referente a las políticas públicas, y, específicamente, en relación con la primera infancia; se procede a evaluar en términos de impacto, eficacia y eficiencia, dicha política en los municipios ya definidos como objetos de estudio: El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto, los cuales estarán contenidos en el capítulo IV de este estudio, donde describiremos de manera sucinta los hallazgos encontrados.

Para ello, resulta importante, en primer lugar, definir de manera breve los aspectos principales y característicos de cada uno de estos municipios. En segundo lugar, se realizará una primera revisión de los planes de desarrollo, enfocado en el componente diagnóstico y estratégico de la política de infancia y adolescencia, con el fin de consolidar un análisis en términos de inclusión¹ y coherencia². En tercer lugar, se evaluarán tanto el impacto como la pertinencia de los programas y proyectos sobre la calidad de vida de la población, especialmente de la primera infancia, la garantía efectiva de sus derechos, o restitución, enfocándonos principalmente en el tema de salud. Para esta fase se dará cuenta de un análisis de doble valor cuantitativo y cualitativo. Cuantitativo, mediante la utilización de indicadores que permitan medir el progreso hacia la consolidación de resultados y

¹ Con el indicador de grado de inclusión se permitirá establecer, en términos porcentuales, qué tantos temas relevantes y considerados como necesidades de la población, son abordados en el plan de desarrollo, a fin de intentar gestionar una respuesta del sistema a las demandas de la población, contemplando además esta temática como parte de las competencias de la administración municipal

² Al considerar la coherencia, se hace referencia, y será entendida como la relación entre la presencia de un diagnóstico de la situación actual de los NNA y la formulación de estrategias, representadas en el componente estratégico del plan. De esta manera, se permite visualizar en qué medida la formulación, implementación y ejecución de programas y proyectos se realiza sobre la base de un diagnóstico que permita conocer la situación real del municipio y visualizar la situación deseada al dar materialización de la política

el uso eficaz, si se quiere racional, de los recursos. En este sentido, se construirá una matriz de asignación de valores, donde se tomarán cada uno de los indicadores derivados de las variables y se verificará la inclusión de los mismos en la parte diagnóstica y estratégica dentro de los planes de desarrollo:

$$\text{Nivel de inclusión} = \frac{\text{N indicadores incluidos}}{\text{N total de indicadores}} \times 100$$

Este indicador nos permite medir el grado de inclusión en cuatro rangos porcentuales: mínimo, menos de 30%; moderado: 31-60%; considerable 61-85%; significativo: más del 85%.

Por otra parte, el análisis será cualitativo en cuanto a la evaluación de la percepción que tienen los diferentes actores que trabajan en torno a la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Para esto se considerará el estudio realizado por Rosaura Arrieta y Martha Parejo³ donde, a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a la institucionalidad pública, representantes de las ONG, comunidades educativas, familias beneficiarias de los programas y gestores comunitarios; y talleres de participación comunitaria con los niños y niñas de los municipios; responden a interrogantes relacionados con la concepción de la ciudadanía en cuanto a la pertinencia de los proyectos, sus fortalezas, debilidades e impacto en la población, afectada e involucrada.

La evaluación de la política pública de infancia y adolescencia, para el componente de salud en la primera infancia, que se dispone a hacer en el presente trabajo de investigación, debe considerarse como una evaluación

³ Estudio realizado en el marco del convenio suscrito por la Universidad de Cartagena, a través del Instituto de Políticas Públicas, Regional y de gobierno (IPREG), con la fundación Terre Des Hommes Lausanne. Producto de lo cual se publica el texto que tomaremos como referencia de análisis metodológico, indicadores y datos de percepción ciudadana: "La políticas de Infancia y Adolescencia. Retos y oportunidades para los municipios bolivarenses".

exógena, recapitulativa y ex post; es decir, es realizada por un actor externo, su finalidad es informar al público en general y a otros actores externos, y es realizada cuando los impactos de la política pública ya han sido generados.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

1.1. Marco Conceptual y Teórico

Al abarcar un tema tan importante y trascendental como lo son las políticas públicas de infancia y adolescencia, se hace necesario enmarcar su contenido no solo desde el punto de vista conceptual, sino también establecer los innumerables retos que trae para el derecho y la ciencia política su implementación y evaluación, dentro de una dinámica social de actores: población, instituciones públicas y privadas y el Estado tanto a nivel nacional como sectorial, que buscan la materialización y reivindicación de estos derechos.

De esta manera, en este capítulo se desarrollaran las consideraciones teóricas que dan fundamento a este trabajo de investigación, que permitirán sin lugar a dudas fijar las base necesarias para realizar el análisis sobre el proceso de definición, elaboración y ejecución de la políticas públicas de la primera infancia implementadas en los municipios de San Jacinto, San Juan y el Carmen de Bolívar respecto del componente de salud. Partiendo de un contexto internacional, que nos permita tener un referente en algunos países de América latina y en el continente europeo, de cómo se han realizado estos procesos, en este importante grupo poblacional y culminado en el análisis local de los municipios en referencia.

No existe una definición univoca de política pública, al contrario sensu existen múltiples definiciones dada por la doctrina, que varían según el enfoque y corriente

utilizada, en este orden de ideas, Wildavsky (1979, p15) y Muller (1990,p.3), citados en Subirats, Knoepfel, Larrue & Varone(2008, p.19), señalan que el análisis de la política pública es un campo aplicado – situado en la encrucijada de saberes ya establecidos a los cuales toman prestados muchos conceptos esenciales - cuyos contenidos no pueden precisarse a través de lo que serían los límites propios de las disciplinas científicas , sino que será la naturaleza del problema planteado la que determinará los instrumentos que es necesario utilizar⁴ .

Otro aspecto importante a considerar, al momento de hablar de políticas públicas, son las diversas acepciones que tiene el término *política*, confusión que solo se presenta en el idioma español, por cuanto en el idioma anglosajón, se encuentran claramente diferenciado el significado en cada acepción así: a) *politics* –expresión que significa la práctica de la competencia política, especialmente en los partidos políticos; b) *polity* – expresión que significa el ámbito de gobierno de las sociedades humanas; c) *policy*- expresión que significa usada para denotar una acción del estado, expresada en forma de propósitos, programas y proyectos definidas por las autoridades públicas elegidas o designadas.

Se reconoce la existencia de una política pública cuando instituciones estatales, en su condición de actores públicos, asumen la tarea de impulsar un proceso para cambiar una situación percibida como problemática, para lo cual definen unas metas y objetivos⁵. Bajo este entendido la política pública debe mirarse como acción del estado de un programa o proyecto en un sector específico.

Para P.Muller en relación con las políticas públicas se pueden distinguir tres objetos de investigación, cada uno de ellos describe el énfasis y por lo tanto, el tipo de aproximación al momento del análisis. Estos tres objetos son : a) La

⁴ Guzman Carlos Enrique. Del revés al derecho: Los derechos de la infancia y la adolescencia desde la perspectiva de las políticas públicas. Colección Jurídica: Temas actuales en derecho y ciencia política, editorial Universidad del norte ,pag 69. 2011

⁵ Roth Deubel, André-Noel. (2002). Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: editorial Aurora.

génesis social de la política, orientada a comprender los procesos que hicieron posible la toma de las decisiones, b) el funcionamiento de las organizaciones públicas responsables de la implementación o puesta en marcha y c) los efectos de las políticas en la sociedad⁶. Es así como el autor citado, describe la toma de decisiones relacionadas con la política pública como un proceso racional que va desde la identificación del problema hasta las acciones realizadas, los cuales conforman el llamado “*ciclo de la política*”. Entendida esta, no como un proceso lineal, que necesariamente está compuesta de acciones, decisiones que juegan papeles determinantes y la participación de diversos actores, pueden implicar que las etapas puedan sobreponerse o suponerse unas a las otras.

El estudio sistemático de las políticas públicas es un campo relativamente nuevo, aun cuando se reconocen antecedentes, surge en las últimas décadas del siglo XX, y como tal se ubica en el cruce de saberes ya establecidos, de los cuales toman prestados sus principales conceptos. Es así como algunas veces recurre al derecho, otras a la economía, otras a la sociología o a psicología, pero generalmente diseña su objeto de estudio interdisciplinariamente. Como ciencia del estado en acción, es también la rama más reciente de la ciencia política.”⁷

Siguiendo estos lineamientos, podemos establecer que la política pública de infancia y adolescencia está enmarcada en la acción del estado, la sociedad y la familia, tendientes a garantizar la protección y desarrollo armónico de los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, realizando las intervenciones desde lo institucional, sectorial y poblacional, que permitan su aplicación efectiva.

De lo general a lo particular, es necesario ubicar en este universo de interacciones, que significa dar aplicación práctica a los derroteros definidos en el

⁶ Muller, Pierre. Elementos para una estrategia de investigación sobre políticas públicas. Innovar No19. Revista de ciencias administrativas y sociales. Julio a diciembre de 2000.

⁷ Muller, Pierre. (1998). Génesis y fundamentos del análisis de políticas públicas. Innovar No11. Revista de ciencias administrativas y sociales.

código de infancia y adolescencia (ley 1098 de 2006), llegar a definir la primera infancia, sus alcances, prerrogativas, siendo preponderante el papel de estado quien debe orientar el fortalecimiento de la primera infancia mediante el impulso y desarrollo de políticas públicas.

Al hablar de primera infancia, tenemos que ubicarnos en el grupo poblacional que va desde cero (0) a seis (6) años, siendo un tema que se reactiva en el escenario internacional con la formulación de los objetivos del milenio, lo cual implicó la inclusión en la agenda de cada país, en un esfuerzo mancomunado por dar respuesta a los propósitos globales.

Diversos estudios han demostrado que durante la primera infancia, los niños y niñas gozan de innumerables competencias, de un rico y complejo potencial de sensibilidad y creatividad que debe ser exaltado, protegido y desarrollado por la familia, la sociedad y el estado como garante de sus derechos.

Todos estos antecedentes, han marcado cambios significativos en el tratamiento de los problemas que afronta la niñez de 0 a 6 años en Colombia y en como dentro de la descentralización administrativa, la implantación de la nueva ley de infancia y adolescencia se ha definido a nivel local, la orientación y puesta en marcha de políticas públicas que puedan responder y satisfacer las necesidades, creando mejores condiciones de vida, que en todo caso redunden en un desarrollo integral de sus derechos, contenidos en los programas y proyectos de los planes de desarrollo municipales.

De esta manera, el Plan Municipal de Desarrollo es la concreción del programa de gobierno, en la cual se deben plantear los objetivos propuestos, sobre los cuales se enfoca la gestión del ente territorial. Es por lo tanto un compromiso sobre los resultados que serán logrados durante la respectiva administración, que debe ir de la mano con definición de las responsabilidades y los recursos previstos para lograrlos.

Según la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, los contenidos básicos de los planes de desarrollo son: el plan estratégico y plan de inversiones de corto y mediano plazo⁸. Por su parte, el Código de Infancia y Adolescencia ordena a las entidades territoriales a presentar un diagnóstico específico de la situación de la infancia y la adolescencia durante los primeros cuatro meses de la gestión e incluirlos en el Plan Territorial de Desarrollo.⁹

Así las cosas, a nivel territorial se deberán contar con una política pública diferencial y prioritaria de infancia y adolescencia que propicie la articulación entre los Concejos Municipales, Asambleas y Congreso Nacional, garantizando la definición y asignación de los recursos para la ejecución de la política pública propuesta.¹⁰

1.2. Contexto Internacional

Siendo la Convención Internacional sobre los Derechos del niño, un tratado internacional que dio lugar no solo a desarrollos legislativos y jurisprudenciales, sino también, enmarco los derroteros del Accionar de los estados miembros en implantar políticas públicas en todos los niveles, así las cosas al hablar de políticas públicas internacionales, necesariamente hay que empezar con este tratado internacional vinculante, aprobado el 20 de noviembre de 1989 por la

⁸ Ley 152 de 1994, artículo 31°. “Contenido de los planes de desarrollo de las entidades territoriales. Los planes de desarrollo de las entidades territoriales estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones a mediano y corto plazo, en los términos y condiciones que de manera general reglamenten las Asambleas Departamentales y los Concejos Distritales y Municipales o las autoridades administrativas que hicieren sus veces, siguiendo los criterios de formulación, establecidos en la presente Ley”.

⁹ Ley 1098 de 2006, Artículo 204°. “El gobernador y el alcalde, dentro de los primeros cuatro (4) meses de su mandato, realizarán el diagnóstico de la situación de la niñez y la adolescencia en su departamento y municipio, con el fin de establecer las problemáticas prioritarias que deberán atender en su Plan de Desarrollo, así como determinar las estrategias a corto, mediano y largo plazo que se implementarán para ello. “Las Asambleas y Concejos para aprobar el plan de desarrollo e inversión deberán verificar que este se corresponda con los resultados del diagnóstico realizado. Para esto requerirán al gobernador y al alcalde, para que lo den a conocer antes del debate de aprobación del Plan de Desarrollo.”

¹⁰ ESTRATEGIA DE HECHOS Y DERECHOS Unicef – Procuraduría General de la Nación y Contraloría General de la Nación. Marzo 2008.Colombia

Asamblea General de las Naciones Unidas, un cuyos planteamientos establecieron los derechos específicos del niño: protección primaria como niño y como persona; el niño como sujeto de derecho, el principio de no discriminación y el interés superior del niño como principio rector que compromete la responsabilidad pública y privada.

Fue considerada como un mandato internacional que dio lugar a que se reconocieran esos derechos como principios universales, constituyéndose en acuerdo de aplicación obligatoria para los Estados partes, convirtiéndose así, en el tratado de derechos humanos que fue ratificado por más Estados, en el más corto plazo de la historia universal.

Sin embargo, es su implementación en cada uno de los países miembros la que determinara la efectividad de los derechos, que en términos generales deben garantizar: la atención sanitaria, la educación, la salud así como la protección jurídica y social tanto de niños, niñas como de adolescentes. Siendo prioritario en adecuar su legislación interna y destinar en su presupuesto rubros especiales, respaldando el goce efectivo de los derechos consagrados en el documento internacional.

Los argumentos teórico-conceptuales que justifican la inversión social en general y en la infancia en particular por parte del Estado, tomando como base el documento de la UNICEF, 2005 son los siguientes:

Argumento Ético:

El fin último de toda política pública, en un Estado social de derecho, constituye el bienestar y el cumplimiento de los derechos de todos los ciudadanos y en particular de los niños, niñas y adolescentes. La universalidad de derechos es la condición para lograr una mayor integración social, un próspero desarrollo económico y la consolidación de la democracia.

Sin embargo, implementarla tiene para los países implicancias financieras, lo cual requiere de una adecuada inversión. La Convención Internacional sobre los Derechos del niño establece que los Estados deben hacer efectivos dichos derechos “hasta el máximo de los recursos que dispongan”. Desde esta óptica, la inversión social se constituye en un instrumento de implementación de derechos, y por tanto de equidad y bienestar.

Argumento Económico:

La política social tiene un impacto económico. Es importante mostrar que los países sin gente educada y sana, no pueden introducir conocimiento y progreso tecnológico en sus procesos productivos. A su vez, una mayor productividad permite abaratar costos y por ende, tener precios más bajos y alcanzar mayores niveles de competitividad en el mercado global. Ello produce un efecto dinamizador del crecimiento económico, del empleo y del nivel de vida de las personas.

Asimismo, la política económica tiene un impacto social. El crecimiento económico y su adecuada distribución es la fuente que amplía los recursos y permite generar montos suficientes para aumentar sostenidamente la inversión en la gente y la inversión productiva, fuentes esenciales del crecimiento económico.

Desde esta óptica la inversión social es vista como un instrumento de crecimiento económico y ganancias de productividad para mejorar el desarrollo económico. Finalmente, se debe resaltar que la política económica y la política social tienen una importante incidencia en la reducción de disparidades, lo cual potencia el crecimiento económico y su capacidad reductora de pobreza.

Argumento político:

Este argumento se apoya en los fuertes vínculos entre el ámbito social y político. En efecto, una inversión social insuficiente, con acentuados niveles de inequidad y severa pobreza constituye una combinación perjudicial para el desarrollo y

fortalecimiento de la democracia en los países. En cambio, una inversión social y un desarrollo humano sostenidos son capaces de ensanchar las oportunidades para sectores cada vez más amplios de la población, construyendo canales de movilidad y ascenso social, y generando procesos estables de integración social.

Desde esta óptica, la inversión social constituye uno de los terrenos más fértiles para la consolidación de la gobernabilidad democrática. Ahora bien, teniendo en cuenta estos tres argumentos, constituye un imperativo para el Estado invertir en los ciudadanos en general, y en la infancia y adolescencia en particular para garantizar el efectivo cumplimiento de sus derechos, mejorar su calidad de vida y su bienestar.

Las innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, que a menudo suponen riesgos políticos.

Un punto importante es que, pese a las crecientes demandas que generan las tendencias demográficas y epidemiológicas, la competencia entre las necesidades y la limitación de los recursos, los gobiernos de las Américas, solos o asociados con finalidades específicas, mantienen el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social, de la primera infancia.

1.2.1. Objetivos del Milenio

En las últimas décadas del siglo XX se hizo evidente que los problemas graves a los que se enfrenta la humanidad debían que tener una respuesta también a escala planetaria. Los países no pueden ya actuar solos, se necesita cooperación

y ayuda coordinada, bajo el supuesto que “Lo que pasa en cualquier punto del planeta nos afecta a todas y a todos”.

Bajo el auspicio de las Naciones Unidas, 189 países en el año 2.000 hicieron una declaración internacional, donde se comprometen a incrementar el esfuerzo mundial para reducir la pobreza, sus causas y manifestaciones, al cual denominaron Los Objetivos del Milenio.

Esta decisión apoyada desde las Naciones Unidas, estuvo antecedida por la presión de múltiples colectivos, entidades y movimientos sociales que trabajan por los derechos humanos internacionales y por la solidaridad y eliminación de desigualdades en el mundo, se planteó este compromiso que supone unos mínimos sobre los que trabajar a escala de todo el planeta, cuyo resultados debe ser palpables en el año 2015.

Los gobiernos participantes, dentro de la metas fijadas esta reducir a la mitad los principales problemas de la humanidad. De estos objetivos hacen parte tanto a los países desarrollados como a los países en desarrollo, estando los primeros comprometidos a destinar recursos y aumentar los esfuerzos a través de la Ayuda Oficial al Desarrollo, condonaciones de deuda, medidas de comercio internacional y acceso a medicamentos esenciales y a tecnología.

Los Países en Desarrollo, por su parte deben contribuir a desarrollar políticas que ayuden a abordar las limitaciones estructurales de sus países: ayudar a los pequeños agricultores, inversión en infraestructuras, fomento de los derechos humanos y de la sostenibilidad ambiental, entre otros.

La Declaración del Milenio aborda los principales problemas y retos que tiene la humanidad a comienzos del nuevo siglo:

- objetivo 1- Erradicar el hambre y la pobreza.
- objetivo 2- Lograr la educación primaria universal.

- objetivo 3- Corregir las desigualdades de género.
- objetivo 4- Reducir la mortalidad infantil.
- objetivo 5 -Mejorar la salud materna.
- objetivo 6- Combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades.
- objetivo 7-Garantizar la sostenibilidad del medioambiente,
- objetivo 8-Fomentar una asociación mundial para el desarrollo aumentando la cooperación internacional.

Los objetivos del milenio tienen una estrecha vinculación con la niñez y la adolescencia, por cuanto busca generar mayor conciencia sobre la situación de la infancia y adolescencia a nivel mundial y en la efectiva titularidad de sus derechos, poniéndolos en un lugar prioritario en los programas de desarrollo interno de cada país. En general, ha permitido incluir en las agendas de los países miembros, temas tales como pobreza infantil y adolescente, dimensiones de género, etnia familia, educación, salud, nutrición y protección social, entre otros.

La Cumbre Mundial 2005, se celebró del 14 al 16 de septiembre en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York y en ella se dieron cita más de 170 Jefes de Estado y de Gobierno. Fue una oportunidad única de adoptar decisiones audaces en las esferas de desarrollo, seguridad, derechos humanos y reforma de las Naciones Unidas. El programa se basaba en un conjunto de objetivos realizables, esbozados por el Secretario General Kofi Annan en marzo de 2005, en su informe "Un concepto más amplio de la libertad".

Los Gobiernos, las fundaciones, las empresas y los grupos de la sociedad civil se manifestaron en torno al llamamiento para reducir la pobreza, el hambre y la enfermedad para el año 2015, al anunciar nuevos compromisos para satisfacer los objetivos de desarrollo del Milenio, en la reunión de alto nivel, que posteriormente tuvo lugar el 25 de septiembre de 2008 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, el Secretario General Ban Ki-Moon dijo «*Hoy hicimos algo especial. Reunimos una amplia coalición para el cambio*».

Así mismo en la Cumbre Mundial sobre los objetivos de desarrollo del Milenio realizada en septiembre de 2010, concluyó con la adopción de un plan de acción mundial para alcanzar los ocho objetivos de lucha contra la pobreza para su fecha límite de 2015 y el anuncio de los principales nuevos compromisos para la salud de las mujeres y los niños y otras iniciativas contra la pobreza, el hambre y la enfermedad. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño establece un plan para salvar la vida de millones de mujeres y niños, requiere un esfuerzo audaz y coordinado, que promueva un mejoramiento continuo, sobre la base de lo que se ha logrado hasta ahora - a nivel local, regional, nacional y mundialmente.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), es la principal organización internacional que trabaja para promover los derechos de la infancia y conseguir cambios reales en las vidas de millones de niños.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), aportó una nueva visión de los niños como sujetos de derechos, que antes no existía. Los derechos de la infancia se basan en cuatro principios fundamentales¹¹:

La no discriminación: todos los niños tienen los mismos derechos. Los derechos que se garantizan en la Convención corresponden a todos los niños y niñas sin excepción. El Artículo 2 afirma que los Estados partes “respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales”¹²

¹¹ Estado Mundial de la Infancia - EDICIÓN ESPECIAL, Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño, UNICEF, Noviembre de 2009.

¹² La Convención sobre los Derechos del Niño, Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

El interés superior del niño: Este principio ha demostrado tener una influencia fundamental en la legislación, las estrategias, las políticas y los programas que apoyan los derechos de la infancia; El Artículo 3 declara¹³: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. De esta manera, cualquier decisión, ley, o política que pueda afectar a la infancia tiene que tener en cuenta qué es lo mejor para el niño.

El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo: El Artículo 6 declara:¹⁴ “que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida” y que los Estados partes “garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”. El derecho a la supervivencia y el desarrollo está estrechamente ligado a los derechos del niño a disfrutar del máximo grado de salud, disponer de servicios sanitarios y contar con un nivel de vida adecuado. Entre las medidas que se han adoptado en el contexto de la Organización de las Naciones Unidas para garantizar la supervivencia –lideradas por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF en particular– figuran la supervisión del crecimiento, la rehidratación oral y el control de enfermedades, la lactancia materna, la inmunización, la nutrición, el espaciamiento de los embarazos y la alfabetización de las mujeres. Bajo la premisa que todos los niños y niñas tienen derecho a vivir y a tener un desarrollo adecuado.

Respeto de la opinión del niño : Más que afirmarse en un artículo específico de la Convención, el derecho de la infancia a que se oigan y se respeten sus opiniones acerca de las cuestiones que les afectan, en función de su edad y madurez, se garantiza en una gran variedad de estipulaciones. Una de las más

¹³ La Convención sobre los Derechos del Niño, Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

¹⁴ La Convención sobre los Derechos del Niño, Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

destacadas es el artículo 12¹⁵, que sostiene que los Estados partes “*garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y la madurez del niño*”. El Artículo 12 atribuye al gobierno la obligación de garantizar que se pida a los niños y niñas su punto de vista y se tenga en cuenta. Este principio se aplica también a cualquier procedimiento judicial que les afecte, siendo claro que los menores de edad tienen derecho a ser consultados sobre las situaciones que les afecten y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta.

Aunque todavía quedan muchos retos pendientes en lo que a cumplimiento de derechos se refiere, en los más de 20 años transcurridos desde que se aprobó la CDN se han logrado logros importantes en diferentes ámbitos. Promover los derechos de los niños significa situar a la infancia en el centro de políticas, legislaciones y presupuestos, así como fomentar la participación de los niños y los jóvenes en las decisiones que les afectan.

UNICEF realiza esta labor tanto en países en desarrollo como en países industrializados, trabajando en alianza con otras organizaciones de las Naciones Unidas, con los gobiernos, con ONGs, instituciones privadas y la sociedad civil para lograr que las políticas y acciones en beneficio de la infancia logren el máximo alcance y profundidad posible, estando convencidos que solo involucrando a toda la sociedad en la protección de estos derechos, se puede lograr su cumplimiento efectivo.

1.2.2. Antecedentes en Latinoamérica

A lo largo del Siglo XX en América Latina se aprobaron una serie de códigos de la infancia y de la familia en los cuales se plasmaban las políticas de protección a la

¹⁵ La Convención sobre los Derechos del Niño, Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

infancia todavía en clave filantrópico-tutelar, siguiendo los modelos de ayuda a la infancia dominante hasta la aprobación de la CDN. Los códigos, por lo tanto, partieron de la consagración de las responsabilidades del Estado, de la sociedad y de la familia en políticas encaminadas a atender las necesidades de la población infantil más vulnerable.¹⁶

Al examinar el contenido de este capítulo, el lector descubrirá la gran variedad de experiencias que a través de la comunidad internacional, reflejan las diversas tendencias, los logros y desafíos, de cómo se ha enfrentado un tema común: la protección integral del NNA. Siendo necesario realizar una mirada, de cómo se interrelacionan las política internacionales con las políticas que al interior de cada nación, materializan los objetivos y estrategia proyectados, entre los cuales encontramos: la redefinición del papel del Estado como garante de derechos de la población infantil, bajo el desarrollo del principio de corresponsabilidad, que involucra a la familia y a la sociedad, y por supuesto el desarrollo de políticas públicas que respondan a los derroteros trazados, bajo un marco normativo que buscan la protección y prevalencias de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

1.2.2.1 Código de la Infancia y Adolescencia en Brasil – 1990

Debemos resaltar que el código de la infancia y adolescencia “Estatuto da criança e do adolescente do Brasil” fue pionero en el desarrollo de los compromisos adoptados en la Convención de los Derechos del niño, convirtiéndose en parámetro y guía para los demás países de América latina.

De esta manera, se establece claramente en su articulado el reconocimiento de los derechos y la protección integral, en remplazo de la anterior denominación de “*menor* “ por el de niñez y adolescencia, como un grupo de población con sus

¹⁶ DÁVILA, P. y NAYA, L. M. (2003): Infancia, Educación Y Códigos De La Niñez En América Latina, Un Análisis Comparado, Revista Española de Educación Comparada.

propios derechos y obligaciones. Adopta el principio de corresponsabilidad como aspecto novedoso y de vanguardia tomando en consideración la fecha en que fue promulgado, lo cual permite definir el papel del estado en alianza con la sociedad civil y la familia, que actuaran de manera mancomunada para lograr la protección con absoluta prioridad y eficacia de los derechos a la vida, a la salud, alimentación, educación, dignidad, respeto a la libertad y convivencia familiar entre otros derechos. Sin embargo hay que anotar que en cuanto a la titularidad de los derechos, se conserva en este código el paradigma de consagración de derechos y protección integral, pero bajo el concepto de incapacidad para la titularidad activa de los derechos o ejercicio propio de sus derechos.

No obstante el aspecto más importante, que trae esta legislación radica en el establecimiento de políticas públicas relacionada directamente con el termino Prioridad, definiendo la prioridad, en el párrafo único del artículo 4, como: “La garantía de la prioridad comprende: prioridad para recibir protección y socorro en caso de emergencia, prevalencia en la prestación de los servicios públicos y de carácter público, en la formulación y ejecución de las políticas públicas y prioridad en la destinación de los recursos del presupuesto para las aéreas que tienen que ver con la infancia y la juventud...”¹⁷. De esta manera, la calidad de las políticas públicas y la viabilidad de cambios en el sistema, estaban orientados hacia una mayor equidad, dando prioridad a la inversión de recursos necesarios para dar cumplimiento efectivo, lo cual reflejan la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a este grupo poblacional.

1.2.2.2. Código de la Infancia y Adolescencia de Nicaragua – 1998

Esta legislación enmarca que los niños, niñas y adolescentes son sujetos sociales y de derechos, es decir que tienen derecho a participar activamente en todas las

¹⁷ Galvis Ortiz Libia. Las niñas, los Niños y los adolescentes como titulares activos de los derechos: mirada a latinoamericana. editorial Aurora, 2006.

esferas de la vida social y jurídica, sin más limitaciones que las establecidas por ley¹⁸, lo cual ratifica la titularidad activa de sus derechos.

Por otro lado se consagran principios de vanguardia como son el principio de corresponsabilidad, la correlación entre el ejercicio de los derechos y la responsabilidad en su ejercicio y por ultimo hace una importante distinción entre atención integral y la protección integral en la formulación de políticas públicas, siendo las primeras la que se ejecutan como respuesta a la problemática detectada de este grupo poblacional y las segundas surge para contrarrestar situaciones de emergencia, no previstas u originadas por fuerza mayor.

Las políticas públicas comunican objetivos, medios, estrategias y reglas para la toma de decisiones, que impacten en la atención de NNA, logrando plenamente un desarrollo físico, psicológico, cultural y social, que permita ver sus frutos en un futuro muy cercano.

1.2.2.3. Código de la Infancia y Adolescencia de Argentina – 2005

Con la sanción de la Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, en el año 2005, se da comienzo a una nueva etapa en la historia de la infancia en este país, que va de la mano con las directrices definidas en la Convención de los Derechos del niño. A partir de la aplicación de esta norma, dejan de ser entendidos como objetos bajo la tutela del Estado a los niños, niñas y adolescentes, para pasar a ser reconocidos como sujetos de pleno derecho.

El principal objetivo de las políticas implementadas consiste en fortalecer a la familia, entendiéndola como base para un desarrollo humano sustentable y como espacio afectivo fundamental para el crecimiento de niños y niñas, a proteger los derechos de niños y niñas que atraviesan situaciones críticas a nivel familiar,

¹⁸ Op cit pag 158

social, jurídico o económico promoviendo y fortaleciendo la permanencia en su ámbito familiar y comunitario. Del mismo modo, se busca fortalecer las políticas públicas orientadas a la primera infancia y generar espacios de trabajo conjunto entre organizaciones comunitarias, actores locales, provinciales y nacionales.

Las brechas existentes entre la realidad y la Convención de los Derechos del Niño y los Objetivos del Desarrollo del Milenio establecen la necesidad de profundizar el desarrollo de políticas públicas a favor de la primera infancia. En este sentido, y como señala Larrain (en Arraigada, I. CEPAL, 2005), "los desafíos centralmente se encuentran en que los actuales procesos de adecuación de políticas de infancia deben ser parte de las estrategias de renovación de las políticas de bienestar e inclusión social para todas las personas y no sólo respuestas para situaciones de riesgo y exclusión disociadas de las políticas universales".¹⁹

Se consagra en esta legislación la prevalencia e interés superior del niño, definiendo dentro del decálogo de derechos, en el artículo 14²⁰ acceso a los servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen, estableciéndose taxativamente el deber de toda institución de salud deberá atender prioritariamente a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas.

Se radica como responsabilidad gubernamental indelegable, el establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal. Tanto es así que el artículo 4 de esta ley, regula lo concerniente a las pautas mínimas que deben reunir las políticas, que entre otras esta la : “*Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar*

¹⁹ Políticas Sociales de Ingreso para la Inclusión Social de la Primera Infancia. Evidencias y Argumentación” Fundación Proyecto: Incidencia y asistencia técnica de la Fundación Siena en el Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2009.

²⁰ Ley 26.061 /2005 De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes- Argentina.

mayor autonomía, agilidad y eficacia”.²¹, De esta manera en la formulación y ejecución de políticas públicas y su prestación, es prioritario para los Organismos del Estado mantener siempre presente el interés superior de las personas sujetos de esta ley y la asignación privilegiada de los recursos públicos que las garanticen.

1.2.2.4. Código de la Infancia y Adolescencia de Chile – 2005

La Convención fue ratificada por Chile el año 1990, obligándose a garantizar y promover los derechos ahí contenidos. Si bien el documento consta de 56 artículos, existen cuatro principios fundamentales; la no discriminación, el interés superior del niño, supervivencia, desarrollo y protección, además de la participación en las decisiones que los afecten. La legislación interna, aglutina derechos civiles y políticos; sociales y culturales e incluso incluye derechos de los pueblos, lo que implica un documento completo para ser utilizado a favor de los niños/as y adolescentes.

Propugnan porque las políticas públicas en materia de infancia, deben tener en cuenta las especiales características de este grupo de la sociedad, haciendo énfasis que si bien, la Convención es un tratado de Derechos Humanos que debe respetarse, pero es un mínimo que puede incrementarse, no sólo con el establecimiento de instituciones y leyes, sino con una cultura de respeto de las personas, las que incluyen a los niños/as y adolescentes.

Tomando en consideración un reciente estudio realizado por la UNICEF y el Banco Interamericano de Desarrollo, quienes realizan un análisis de la situación reciente de Chile, frente al respeto y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescente que se realiza a través de las políticas públicas implementadas para la primera infancia, se concluye lo siguiente:

La política es efectiva si reconoce que el factor clave en el desarrollo infantil es la

²¹ Ley 26.061 /2005 De Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes- Argentina.

familia y la incorpora. Ni la más integral de las intervenciones externas o ajenas a la familia puede llegar a tener el peso que ésta ejerce en el desarrollo infantil, especialmente en los menores de dos años. De ahí la importancia de acciones que fortalezcan pautas de crianza saludables y el desarrollo integral del niño, y que califiquen la demanda por apoyo de la familia. Esta línea de política ha sido débil en Chile y las iniciativas públicas que hubo se estancaron. Existen sin embargo, iniciativas dispersas en el nivel local, que deben ser evaluadas y de las cuales es importante derivar lecciones de política.²²

En este grupo etario el rol y aporte del sector salud es fundamental aunque debe ampliarse. El centro de salud es un espacio apropiado y puede utilizarse como lugar de entrega de información sobre crianza y desarrollo infantil. Estas acciones deberían iniciarse y ser regulares desde el control del embarazo, particularmente en el caso de madres adolescentes.

Dar al desarrollo integral infantil un lugar privilegiado en la agenda social. No basta la declaración política de privilegiar el desarrollo integral infantil. Complementariamente es indispensable colocarlo en la agenda social: debatir acerca del tema, sensibilizar a la ciudadanía sobre su importancia y repercusiones, y diseñar la política, sus prioridades, objetivos, metas y estrategias de acción, con participación de los que posteriormente tendrán que implementar la política. Como se dijo anteriormente, en esta área el Estado tiene un importante rol de difusión y comunicación social.

1.2.3. Componente Europeo- España

España no es ajena a los cambios significativo que a partir de 1990, año de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, se empezaron a gestar por parte de la comunidad internacional, el Estado español ratificó la Convención de Naciones

²² Lineamientos De Política Para La Primera Infancia (Menor De 4 Años)- Unicef – Banco Mundial De Desarrollo; Resumen Ejecutivo 2007 .Chile.

Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN), documento que marca un cambio fundamental en la manera de percibir al niño como sujeto de derechos y que plantea muchos desafíos al país, al momento de definir y aplicar sus políticas públicas.

La ley 1/1996 recogió en su articulado la esencia de los derechos que se les reconocen en la Constitución, los Tratados Internacionales y especialmente en la Convención sobre los Derechos del Niño y tuvo por finalidad la dotación de un marco jurídico de protección para los niños y las niñas en España. Esta ley constituye un claro reflejo del cambio de paradigma en la concepción del ser y actuar de los niños, que ahora son vistos como sujetos de derechos, cuyo interés superior habrá de guiar todas las actuaciones de las administraciones públicas y en cuyo bienestar está involucrada toda la sociedad. Así se señala de manera específica en el artículo 13 cuando dice: que toda persona o autoridad que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor de edad lo comunicará a la autoridad, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise. Igualmente, quien tenga conocimiento de que un menor no está escolarizado o no asiste a un centro escolar regularmente, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades competentes.

La introducción del concepto de riesgo para los niños, entendido éste como una situación de cualquier índole que perjudique su desarrollo personal o social, es otra de las que se consideran novedades de esta ley. Frente a una situación de riesgo detectada, se establece que la autoridad competente pondrá en marcha las actuaciones pertinentes para reducirla.

Cuando se habla de poderes públicos o de políticas públicas, hay que tener muy presente que éstas se producen tanto en el nivel de la administración central, como en la autonómica o en la local. Este recordatorio es muy importante en lo que se refiere a las políticas de infancia puesto que, merced a las competencias asumidas por las comunidades autónomas, una buena parte de los servicios y

prestaciones para su bienestar se encuentran encomendadas a las mismas, y así también una parte de la legislación que las regula.

La atribución en la Ley 21/1987 de competencias en materia de protección de menores a las autoridades territoriales condujo a las comunidades autónomas a regular el ejercicio de estas competencias a través de leyes propias, promulgadas incluso antes de la fecha de la ley estatal. Y, del mismo modo que en el nivel de la legislación estatal, éstas no son las únicas normas autonómicas que afectan a los niños, sino también otras, como las propias de servicios sociales, las de voluntariado, las de mediación familiar... El panorama es tan diverso, que no puede asegurarse que el principio de igualdad de trato de todos los niños que se encuentran en situaciones semejantes, se encuentre debidamente garantizado en España.

Encontrar la mejor combinación entre políticas universalistas, que alcanzan a todos los niños, con políticas focalizadas, que se concentran en segmentos concretos de la población infantil o bien del tipo de problemas que la afectan, es uno de los desafíos a los que se enfrenta cualquier política de infancia respetuosa con los derechos de los niños y orientada a su bienestar (Gaitán, 2006b:79). Las líneas prioritarias que hemos señalado y que atañen al ámbito legal, al de la protección social y al de la gestión pública, son las políticas de tipo generalista, universalista, que han de ser combinadas, a nuestro juicio, con las políticas focalizadas en la pobreza, los niños de origen extranjero y el acogimiento en centros de protección, en el diseño actual de las políticas de infancia en España.²³

Durante las dos primeras décadas de vida de la CDN, la mayoría de los Estado firmantes han avanzado, sobre todo, en el diseño y la implementación de aquellas reformas legales y normativas para garantizar que la legislación nacional fuese acorde con la Convención. Estas reformas legales han sido y son absolutamente

²³ Las Políticas Públicas Y La Infancia En España: Evolución, Impactos Y Percepciones - Unicef; 2011 .España

necesarias, pues los derechos son mandatos que necesitan de leyes y regulaciones para constituirse en políticas. Las reformas legales sirven para orientar y legitimar la acción pública, ayudan a preservar políticas progresivas (incluyendo instituciones y recursos) frente a cambios de gobiernos, y ofrecen a la sociedad civil un instrumento poderoso de incidencia y reivindicación.²⁴

CAPÍTULO II

MARCO NORMATIVO DE LOS DERECHOS DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLECENTES

Colombia no fue ajena al boom legislativo generado a partir de la convención de los derechos del niño, a este respecto podemos ver que la mayoría de los Estados, han optado por utilizar un término tradicional en la protección legislativa los NNA, como es el de «Código de la Niñez y la Adolescencia », aunque otros han preferido denominarlos «Ley de Protección». Lo característico de estos códigos es que recogen en una misma norma legal, los diversos aspectos que generalmente, en las legislaciones internas de los países dependían de instancias diversas y con normas legales dispersas, convirtiéndose en la expresión de dicho tratado internacional en un único documento, casi podríamos afirmar que al hacer un análisis de la legislación nacional, podríamos observar el grado de inclusión que ha tenido en el país correspondiente.

De esta manera, el mandato internacional surgido de la CDN, fue adoptado y ratificado por el Estado colombiano mediante la ley 12 de 1991, documento que marca un cambio fundamental en la manera de percibir al niño como sujeto de derechos y que plantea disimiles desafíos, en la manera de definir y aplicar sus políticas públicas, que se reflejan en el cambio de paradigma a partir de la nueva Constitución Política, donde se eleva a rango constitucional la especial protección

²⁴ Maurás, "M. Public Policies and Child Rights: Entering the Third Decade of the Convention on the Rights of the Child", The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 2011.

que deben gozar los NNA, estableciendo la prevalencia sus derechos sobre los derechos de los demás, asignándoles el carácter de fundamentales.

Al ser el desarrollo integral de los niños y de las niñas un derecho universal²⁵, se obliga a la familia, la sociedad y el Estado a garantizar las condiciones para su realización, Las leyes por sí solas, no son suficientes, por lo tanto al énfasis inicial en las reformas normativas deben sumarse cambios en otras importantes áreas de la acción pública, que fortalezcan la efectiva realización de los derechos.

Las leyes producen los efectos esperados en la medida en que estén respaldadas y reflejadas en las decisiones correspondientes de los actores políticos, administrativos y sociales, encuadrados en diferentes marcos institucionales y mediante diferentes estrategias.²⁶

En este orden de ideas este capítulo, permitirá conocer el marco normativo que, restablece, protege y garantiza los derechos que corresponden a la infancia y adolescencia y como ha ido evolucionado para dar respuesta a la problemática social y de protección de un grupo de población con especial prevalencia analizando el impacto que ha tenido en el comportamiento en las administraciones que tienen competencia y responsabilidad en su bienestar, protección y aplicación efectiva.

2.1. Constitución Política de Colombia

Colombia en la Asamblea Nacional Constituyente que reformó la Carta Magna, incluyó el criterio y los principios de protección integral de la niñez en su doble dimensión: garantía de los derechos de los Niños y protección en condiciones especialmente difíciles. Además, determinó la responsabilidad del Estado, la sociedad y la familia, en la obligación de asistir y proteger a los niños, y

²⁵ Tal como lo promulgan la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y el Código de la Infancia y la Adolescencia en su artículo 29.

²⁶ Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., Análisis y Gestión de las Políticas Públicas, Ariel, Ciencia Política, Barcelona, 2008

adolescentes, asegurando el desarrollo armónico e integral en ejercicio pleno de sus derechos.

Estos lineamientos que finalmente fueron consagrados a nivel constitucional, empezaron a gestarse en el país desde inicios de la década de los años noventa, luego de suscribirse la Convención Internacional de los derechos del niño, donde se dan los primeros pasos en el diseño de planes y programas de acción específica, dando vigencia a la nueva concepción de niños, niñas y adolescentes.

Este grupo de postulados elevados a canon constitucional se inician con el artículo 5° que ampara a la familia como institución básica de la sociedad, el 42 que la define a partir del modelo de familia nuclear, los artículos 44, 45, 50, 67 y 68, que reconocen a la familia como agente corresponsable en la garantía de los derechos de las niñas, los niños y adolescentes, el derecho a la educación, el acceso y cobertura de la seguridad social bajo criterios de prevalencia y supremacía.

La carta política definió a Colombia como un estado social de derecho, elemento constitutivo sobre el cual se erige, los valores tradicionales de la libertad, la igualdad y la seguridad, pero su propósito principal es procurar las condiciones materiales generales para lograr su efectividad y la adecuada integración social²⁷, amparados bajo ese escenario constitucional a los derechos humanos y como parte de ellos, resalta de manera prevalente los derechos de los NNA, tal como se consagra el artículo 44 :

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso

²⁷ Corte Constitucional, Sentencia No. C-566/95 (M.P. Magistrado Ponente: Dr. Eduardo Cifuentes Muñoz.

sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”...

En efecto, las normas citadas forman parte del catálogo de derechos y éste es el marco de interpretación de los postulados relacionados con los derechos de la infancia y adolescencia dentro del núcleo esencial de la sociedad, que es la familia, en la Constitución política colombiana y en el orden jurídico en general.

El bloque de constitucionalidad sobre la infancia ha dado lugar al surgimiento de una línea de derecho autónomo, que ha ido fijando las directrices jurídicas que guían el actuar de los diferentes estamentos gubernamentales en las disposiciones normativas, de asignación recursos económicos y su interrelación necesaria y directa con las políticas públicas para garantizar el ejercicio de los derechos.

El reconocimiento de derechos a la infancia y adolescencia es reciente. Su consideración como personas sujetos de derechos ha sido posterior aunque paralela al reconocimiento de los derechos humanos por parte del derecho internacional humanitario y a su protección en los ordenamientos jurídicos estatales.

2.2. Desarrollo Legislativo y Jurisprudencial

En este capítulo haremos un recuento legislativo que inicia con de la expedición de la ley 1098 de 2006 - Código de la Infancia y la Adolescencia, siendo un pilar fundamental sobre el cual se basa la experiencia normativa que orienta la gestión pública y privada en el ejercicio misional con perspectiva de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

Esta disposición marca un derrotero en términos de reconocimiento de los derechos, desarrollo de los principios básicos que orientan las miradas en torno a la manera como deben cumplir sus obligaciones los agentes corresponsables de la garantía de los derechos de las niñas niños y adolescentes. Lo primero que hay que destacar es el desarrollo de los derechos específicos de este grupo de población, consagrados en la Constitución de 1991, con lo cual el Estado Colombiano se puso en sintonía con la Convención sobre los Derechos del Niño aprobada por las Naciones Unidas en 1989, tal como se consagra en el artículo 29 frente a los derechos de desarrollo integral de la primera infancia.²⁸

Artículo 29. Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. *La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.”*

En segundo lugar y adicionalmente al reconocimiento internacional y constitucional de la titularidad de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, podemos resaltar otros aspectos que representan un avance en la universalidad de la titularidad de los derechos humanos. Nos referimos a la consideración de los niños, niñas y adolescentes como personas titulares en ejercicio activo de los derechos humanos y de la familia como sujeto colectivo de derechos, a partir de su invocación como agente corresponsable de la garantía de los derechos de este grupo poblacional. Siendo expresa la prevalencia de los derechos de esta población y el interés superior del niño, convirtiéndolo en un gran desafío que debe enfrentar las políticas públicas diseñadas e implementadas bajo la visión y derroteros definidos en el nuevo código, así lo establece expresamente la norma

²⁸ Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia art.29.

en todo su clausulado, principalmente en los artículos que a continuación se señalan:²⁹

Artículo 3°. Sujetos titulares de derechos. *Para todos los efectos de esta ley son sujetos titulares de derechos todas las personas menores de 18 años. Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 34 del Código Civil, se entiende por niño o niña las personas entre los 0 y los 12 años, y por adolescente las personas entre 12 y 18 años de edad.”*

Artículo 7°. Protección integral. *Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.”*

Artículo 9°. Prevalencia de los derechos. *En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona. En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente.”*

Otro aspecto importante resaltar de este Código, es el desarrollo de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mediante el establecimiento de obligaciones sustantivas de los agentes corresponsables, entre ellos destacamos para este estudio, las obligaciones de la familia y del Estado y de los procedimientos aplicables para la garantía en el ejercicio de los derechos y su restablecimiento cuando éstos han sido violados, enmarcados en el principio de corresponsabilidad.³⁰

²⁹ Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia art. 3, 7 y 9.

³⁰ Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia art 10.

Artículo 10. Corresponsabilidad. *Para los efectos de este código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. **La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.** La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado. No obstante lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.”*

Se destaca también esta ley, la interrelación que se estableció entre el derecho y las políticas públicas. En efecto, es la primera vez que el legislador le dice al estado colombiano, que para hacer efectivas las directrices normativas es preciso acudir a las políticas públicas, porque a través de éstas, es posible dar cuenta en términos de prestación de servicios efectivos para el restablecimiento de los derechos propios de la infancia y la adolescencia. Esto supone que las autoridades judiciales deben convocar a las autoridades administrativas encargadas de la ejecución de las políticas públicas relacionadas con la infancia y la adolescencia para que hagan cumplir sus sentencias, y que la administración pública, por intermedio de las entidades competentes, atiendan los requerimientos de quienes administran justicia para este grupo de población.

Para asegurar el goce efectivo de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, es necesario asegurar que las familias tienen las condiciones apropiadas para cumplir con lo dispuesto en el Código y en el mandato constitucional. Por ello, es necesario establecer el vínculo entre esta norma y la política pública de niños, niña y adolescente y la de la familia. Esta interrelación tendrá que plantearse desde el marco conceptual que ilustre la política para asegurar que esta mirada no oculte la titularidad de los derechos de los integrantes del grupo familiar individualmente considerados.

Así las cosas son fundamentos que orientar la atención integral en la Ley 1098 de 2006, los *principios* de: • Interés superior • Prevalencia • Corresponsabilidad •

Exigibilidad • Equidad • Inclusión social • Solidaridad • Complementariedad • Subsidiariedad, en desarrollo de los *Derechos* de los NNA, que se caracterizan por ser: • Universales • Indivisibles Interdependientes • Irreversibles • Progresivos • Exigibles • Irrenunciables.

Vemos como el escenario actual, creado a partir de la promulgación del código de infancia y adolescencia, es propicio para entrar en el análisis de las acciones tomadas e implementadas por el Estado colombiano a través de las políticas públicas, que deben garantizar en la práctica, la protección y restablecimiento de los derechos de la primera infancia.

La importancia que poseen los primeros 6 años de vida para el desarrollo humano y ante la imposibilidad de subsanar las falencias durante esta etapa de la vida con intervenciones posteriores, se evidencia la necesidad de establecer una política pública focalizada hacia los niños y las niñas desde cero (0) hasta los seis (6) años de edad, es un componente tan importante y necesario para garantizar el desarrollo integral, como es el derecho a la salud.³¹

Artículo 27. Derecho a la salud. *Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud. En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación. Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores. Parágrafo 1°. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes. Parágrafo 2°. Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los*

³¹ Ley 1098 de 2006, Código de la Infancia y la Adolescencia art 27.

*niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud. **El Gobierno Nacional, por medio de las dependencias correspondientes deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de mediano plazo y el plan de desarrollo.***”

Constituyen un derrotero Garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna, este derecho se hará efectivo mediante afiliación inmediata del recién nacido a uno de los dos regímenes existentes, esto es, ingresarán al Régimen Contributivo en calidad de beneficiarios de sus padres, si estos tiene un vínculo laboral y/o contractual que les reporte un ingreso - o harán parte del Régimen subsidiado si sus padres no cuenta con capacidad económica y han sido clasificado población pobre y vulnerable de acuerdo con la encuesta del SISBEN- Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiario de Programas Sociales (nivel 1 y 2)

Es responsabilidad de los Entes Territoriales la operación adecuada de sus procesos, en virtud de su competencia descentralizada frente al bienestar de la población de su jurisdicción. De esa forma, los Municipios, Distritos y Departamentos tienen funciones específicas frente a la identificación y afiliación de la población objeto, así como sobre la inversión, contratación y seguimiento de la ejecución de los recursos que financian el Régimen (Recursos de Esfuerzo Propio, de la Nación (SGP) y del FOSYGA). Así mismo, el seguimiento y vigilancia al acceso efectivo a los servicios contratados por las EPS-S, por parte de la población beneficiaria.

Por tanto, en desarrollo de los preceptos anteriores, el cuerpo normativo que regula el Sistema de Seguridad Social en Colombia -Ley 100 de 1993 y sus

posteriores reformas³², han dispuesto mecanismos de protección para los niños en temprana infancia. Así, respecto a procedimientos garantizados, se dispuso que el Plan Obligatorio de salud cubriría la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo a través de los planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la atención por medicina general y especializada, ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales, y la rehabilitación cuando hubiere lugar, es decir la cobertura en salud está enfocada en reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años, y adelantar los programas de vacunación y prevención de las enfermedades que afectan a la infancia y de los factores de riesgo de la discapacidad.

Dentro de las reformas que ha afrontado el Sistema General de Seguridad social en Salud, podemos resaltar que la Ley 1438 de 2011, consagra dentro de sus principios la *PREVALENCIA DE DERECHOS*³³, entendida esta como la obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios. Otros de los principios consagrados en la norma es el *ENFOQUE DIFERENCIAL*³⁴ que reconoce las características particulares de la población en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia, para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzo. El principio de Corresponsabilidad que está consagrado en la parte general del marco normativo, adquiere especial relevancia en el título III, con el enfoque de *ATENCIÓN PREFERENTE Y*

³² Ley 1122 de 2007, ley 1438 de 2011 y Ley 1751 de 2015.

³³ Ley 1438 de 2011, art 3 numeral 3.5.

³⁴ Ley 1438 de 2011, art 3 numeral 3.6

*DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA*³⁵ ratifica que el Estado, los padres o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que por expresa disposición del estado tiene un plan de beneficios especial y diferenciado que garantiza la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de acuerdo al perfil epidemiológico, estructurado de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: **prenatal a menores de seis (6) años**, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años.

De esta manera, los actores del Sistema de Salud deben actuar coordinadamente, estableciendo los mecanismos legales, administrativos y presupuestales que permitan una adecuada y oportuna cobertura de los servicios de salud para los NNA. Dentro de los derroteros de la ley en comento, está la actualización del Plan Obligatorio de Salud cada 2 años³⁶, bajo este aspecto el Plan contempla una parte especial y con enfoque diferenciado de servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes: 1. Con discapacidades³⁷ físicas, sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas³⁸ que sean certificadas por el médico tratante, será gratuitos si hacen parte de la población clasificados de Sisbén I y II. 2³⁹. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos sin importar el régimen de afiliación. 3. modalidades específicas de atención en salud mental, garantizando la atención oportuna, suficiente, continua,

³⁵ Ley 1438 de 2011, art 20

³⁶ Resolución 5521 de 2013, actualiza el POS y deroga los Acuerdos 029 de 2011, 031 y 034 de 2012.

³⁷ Ley estatutaria 1618 del 27 de febrero de 2013, Por medio de la cual se garantiza y asegura el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad.

³⁸ Ley 1388 de 2010, regula la atención integral de los NNA con cáncer en Colombia

³⁹ Ley 1295 de 6 de abril de 2009, "Por el cual se reglamenta la atención integral de los niños, niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 Y 3 del SISBEN".

pertinente y de fácil accesibilidad a los servicios de detección temprana, diagnóstico, intervención, cuidado y rehabilitación psicosocial.⁴⁰

Otro aspecto relevante en materia de salud, es la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública⁴¹ que a través de un proceso de participación social, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, hace confluir las políticas sectoriales, de las organizaciones sociales y de la ciudadanía en general, que incluye la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública. Se constituye en otro reto del gobierno lograr bienestar y calidad de vida entre la población colombiana independientemente de la etapa del ciclo de vida, la pertenencia étnica o la condición socioeconómica, generando respuestas integrales intersectoriales dirigidas a las poblaciones con mayor vulnerabilidad, debido a las condiciones que pueden caracterizar cada grupo en específico: condiciones del transcurso (ciclo) de vida (**primera infancia**, adolescencia y vejez), de género, de pertenencia étnica (Pueblos Indígenas, Afro y Rrom), de situación de discapacidad, derivadas de la victimización del conflicto o aquellas determinadas por la ubicación geográfica (zonas rurales dispersas o asentamientos).

Cierre este análisis legal con broche de oro, en la medida en que finalmente es promulgada la ley estatutaria de salud - Ley 1751 de 2015 que no es más que la consagración legislativa de la línea jurisprudencial que había trazado la Honorable Corte Constitucional, en el sentido de reconocer como fundamental el derecho a la Salud, dejando atrás la concepción de protección solo por conexidad⁴² con

40 Ley 1616 de 2013 ley de salud mental art 25.

41 Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú, Ministerio de Salud y Protección Social.

42 En el caso de los niños y de las niñas, la acción de tutela procede directamente para defender su derecho fundamental a la salud; no se requiere pues, que exista conexidad con otro derecho como la vida o la integridad..."(Corte Constitucional, Sentencia T-127 de febrero 22 de 2007, M.P.: Manuel José Cepeda Espinosa)

derechos fundamentales autónomos como el derecho a la vida y de ubicación en la constitución nacional⁴³

La jurisprudencia constitucional ha expresado en forma reiterada que el derecho a la salud de los niños, de conformidad con lo previsto en el artículo 44 de la Constitución, por tener el carácter de 'fundamental', debe ser protegido en forma inmediata por el juez constitucional en los casos en que sea vulnerado. Este postulado responde, además, a la obligación que se impone al Estado y a la Sociedad de promover las condiciones para que el principio de igualdad se aplique en forma real y efectiva, así como a la necesidad de adoptar medidas en favor de quienes, en razón de su edad, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta.

Es así como en esta Ley, con primacía de estatutaria reitera los Sujetos de especial protección donde la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Señalando claras obligaciones a las instituciones que hagan parte del sector salud, en definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención, sin que puedan limitar su derecho, imponiendo restricción o barreras de acceso administrativa o económica.

43 La salud es como una prolongación del derecho a la vida en consecuencia participa de la dimensión en la que se desenvuelve la dignidad humana, y por tanto, todas las fuerzas del país se encuentran comprometidos en la protección de la persona contra las contingencias que vulneran la salud..." (Corte Constitucional, Sentencia T-148 de abril 22 de 1993, M.P.: Alejandro Martínez Caballero.)

2.3 Enfoques y Principios de los NNA desde la Perspectiva de la Protección Integral.

A partir de la Convención sobre los Derechos del Niño se da paso a la **Doctrina de la Protección Integral**⁴⁴, en la que se considera a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, reemplazando a la doctrina de la Situación Irregular que se sustentaba en el binomio compasión-represión, prevaleciendo entonces el de protección-vigilancia, donde la familia, el estado y la sociedad confluyen en un fin esencial, que es, el de respetar y garantizar su desarrollo armónico.

De esta manera en el país se gestó, no solo un cambio de legislación al pasar del Código del menor⁴⁵ al código de la infancia y adolescencia⁴⁶ sino que también implicó un cambio de paradigma, en la forma como se abordaba la protección de este grupo poblacional, así las cosas bajo la Teoría de la situación irregular solo operaba la protección del estado cuando eran víctimas de violencia, de alguna forma de abandono o explotación entre otras formas de inasistencia, la cual no iba en concordancia con los estándares internacionales que consagraban los derechos humanos de los niños.

Esta concepción garantista de la protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecutan en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.⁴⁷

Se abordaran como categorías conceptuales los enfoques poblacional, territorial y de derechos.

44 Carlos Enrique Tejeiro López, TEORIA GENERAL DE NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, (1998), p, 65, editado por UNICEF-Colombia

45 Decreto 2737 de 1989.

46 Ley 1098 de 2006.

47 Congreso de la Republica de Colombia. ley 1098 de 2006

2.3.1. ENFOQUE DE DERECHOS

Se centra en considerar a los niños y niñas y adolescentes, reconociéndolos como sujetos de derechos, como personas con capacidad de defender y exigir legalmente sus derechos, reconocidos como indivisibles y universales, radicando claras responsabilidades en el estado, en las organizaciones de la sociedad civil, del sector privado y la familia, comprometiéndolos en la acción de garantizar los cuatro principios básicos de la convención⁴⁸ : - derecho a la no discriminación - interés superior del niño - derecho a la supervivencia y desarrollo - derecho a ser escuchado.

Los principios en que se sustenta el Enfoque de Derechos se derivan precisamente de aquellos que el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas ha identificado y que por su naturaleza conceptual, ética y jurídica deben estar presentes en todo programa o política pública que involucre a los niños en sus múltiples dimensiones sociales.

En relación a esta innovadora perspectiva, en la cual el enfoque de derechos se constituye en un eje transversal se destacan un conjunto de componentes sobre los cuáles puede establecerse la estrategia y cobertura de Salud Infantil – se parte de un marco jurídico actual que consagra los derechos y la construcción de un marco formal de regulación de las relaciones sociales que asegure el su reconocimiento, respeto y que establezca e institucionalice los mecanismos de vigilancia, seguimiento y exigibilidad de los derechos.

2.3.2. ENFOQUE POBLACIONAL

Este enfoque está dirigido a identificar, caracterizar y valorar los distintos grupos de población involucrados, su diversidad natural en lo que respecta al género y

⁴⁸ Convención Internacional sobre los Derechos del niño, aprobada el 20 de noviembre de 1989

lugar de residencia. Con el propósito de lograr la universalidad es necesario tener en cuenta que entre los niños, niñas y adolescentes hay diferencias que requieren conocerse y contextualizarse, garantizando que los servicios de salud puedan adaptarse a las condiciones particulares de la población objeto de atención.

La estrategia nacional, tiene su núcleo en los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, proponiendo que las entidades de orden territorial, en el ejercicio de sus competencias, tengan en cuenta los ciclos de vida que caracterizan el desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes:

La primera infancia. Comprendida desde la gestación hasta los seis años. Esta etapa constituye el inicio del desarrollo, en el cual es vital el cuidado, el afecto y la estimulación para la supervivencia, el desarrollo de los niños y niñas y su vínculo familiar. Estos primeros años de vida son cruciales para el futuro, ya que en ellos se sientan las bases para las capacidades y oportunidades que se tendrán a lo largo de la vida. Esta etapa es de trascendental importancia para la supervivencia y en ella se presenta una mayor probabilidad de enfermedad y muerte a causa de enfermedades infecciosas.

Infancia (7 a 11 años). En esta fase del ciclo vital los niños y las niñas transitan a una etapa de mayor socialización e independencia y se fortalece la autonomía. Los niños y las niñas ingresan a escenarios educativos formales y a espacios de socialización más amplios, donde adquieren importancia los grupos de pares. Igualmente, se reduce el riesgo de enfermar o morir por enfermedades infecciosas, y aparecen amenazas a la vida referidas a eventos violentos, particularmente los accidentes de todo tipo. Así mismo, se hace esencial el acceso al proceso educativo como promotor del desarrollo cognitivo y social que incluye el fortalecimiento de habilidades y competencias para la vida.

La adolescencia (12 a 17 años). Es un período especial de transición en el crecimiento y desarrollo, en el cual se construye una nueva identidad a partir del reconocimiento de las propias necesidades e intereses. En esta etapa los adolescentes avanzan en su formación para la plena ciudadanía, exploran el mundo que los rodea con mayor independencia y se hacen cada vez más partícipes de conocimientos y formación para la vida.

Bajo este contexto el ICBF definió los "*Lineamientos técnicos para el marco general y orientaciones de políticas públicas y planes territoriales en materia de infancia y adolescencia*"⁴⁹, la protección integral a grupos étnicos se debe aplicar diferenciadamente, y se debe materializar en una política pública que guíe decisiones actuales y futuras a favor de los intereses de estos colectivos humanos desde sus particularidades. El diseño y ejecución de la política pública que materializa la protección integral debe considerar la naturaleza, territorio, cultura, historia, pensamiento, economía, infraestructura correspondientes a cada grupo étnico, y movilizar sus recursos en función de fortalecer y dinamizar relaciones de interculturalidad entre la sociedad occidental y los grupos étnicos.

2.3.3. ENFOQUE TERRITORIAL

Orientado a reconocer la importancia del territorio como unidad funcional donde se expresan y encuentran diversos actores sociales, formas de relación, escenarios y estrategias de convivencia y construcción. Por tanto, la gestión estatal en el territorio debe, además de garantizar la calidad de vida, promover el ejercicio de la democracia participativa, lo cual implica la participación y el fortalecimiento de los actores sociales, la articulación, interrelación e interdependencia de los diferentes sectores y organizaciones sociales bajo una visión compartida del desarrollo.

⁴⁹ Resolución 3622 de 2007, Lineamientos técnicos para el marco general y orientaciones de políticas públicas y planes territoriales en materia de infancia y adolescencia.

2.4. PRINCIPIOS RECTORES

La obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, consagrado constitucionalmente en el art 44, debe ir necesariamente acompañado de acciones que evidencien el nivel de desarrollo y goce efectivo de los derechos, como garantías universales básicas que permiten tener un referente de las condiciones propias de la población de NNA, las necesidades socio-económicas particulares, logrando así focalizar los recursos del Estado hacia aspectos que impacten en mayor medida superando las desigualdades punto de vista social y económico.

Con este panorama es importante destacar que las situaciones que afectan y vulneran los derechos de los NNA se miden principalmente por aquellas circunstancias que los afectan a nivel físico, pero se deja de lado, o por lo menos no se registra información al respecto de aquellas situaciones que acarrear consecuencias a nivel emocional y que contribuyen a perpetuar círculos de violencia, maltrato o abandono; es por ello que debe atenderse de manera integral al niño, niña o adolescente, leerlo como un todo para lograr un goce real de sus derechos.

2.4.1. Derecho de Existencia

Esta área de derechos va más allá de la concepción del derecho que tienen todos los NNA, abarca también, todo aquello que implica tener y una vida digna, involucra el hecho de que los niños y las niñas, así como los adolescentes gocen de salud y bienestar físico, mental y social.

Es prioritario entonces, fortalecer los sistemas de información en salud, para identificar los perfiles de morbi-mortalidad de la población atacando las principales causas de muerte y enfermedades prevalentes, enfocando las acciones de y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, garantizando cobertura total del esquema de vacunación –PAI, tamizaje para detección de problemas

visuales, auditivos y bucales, Implementación de programas de salud familiar y realizando seguimiento y control a la atención prestada por las IPS, las EPS y ESE, especialmente en consultas de controles de crecimiento y desarrollo, embarazo e identificación temprana de patologías alto riesgo.

2.4.2. Derechos de Desarrollo

Esta área de derechos comprende tanto el crecimiento armónico e integral de los NNA (desarrollo), como la cualificación de sus capacidades mediante el aprendizaje, que se consigue por medio de la educación

2.4.3. Derechos de ciudadanía

Esta área de derecho contempla el derecho de los NNA a pensar y a expresarse libremente, así como a ser tenidos en cuenta y jugar un rol activo dentro de la comunidad y la familia. Ante la dificultad para encontrar información relativa al estado de la participación de los NNA en el país, se toma como referente de vulneración del derecho a la filiación, entendido como el derecho de los NNA a ser reconocidos por sus padres

2.4.4. Derechos de protección

Esta área contempla el derecho de los NNA a ser cuidados y protegidos, en tanto que la dependencia de estos de los adultos les hace más vulnerables a diferentes aspectos. En este caso se toma en cuenta la afectación de los NNA por diferentes aspectos a los cuales son vulnerables: violencia intrafamiliar, delito sexual, trabajo infantil, condición de desplazamiento o situación de calle, entre otros.

En síntesis, los menores de edad requieren de una atención integral oportuna y prevalente, respecto de la cual toda entidad pública o privada tiene la obligación de garantizar su acceso efectivo, en concordancia con los principios supra-legales de protección e interés superior de los niños y niñas.

CAPÍTULO III

POLÍTICA PÚBLICA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN COLOMBIA

Colombia, como estado parte de la comunidad internacional, ha realizado grandes esfuerzos para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos de garantizar los derechos de niñas, niños y adolescentes reto que implica no solo su consagración legal, debiendo establecer mecanismos para fortalecerlos y atender de manera oportuna y eficiente las demandas de una población cultural y regionalmente dispersa y heterogénea en todo el territorio nacional.

De esta manera, a través de políticas públicas implementadas en la última década y la modernización del Estado, se pueden materializar la protección del decálogo de derechos consagrados en favor de la niñez colombiana.

Dentro de su proceso de descentralización, el Estado transfiere responsabilidades, poder de decisión y recursos a las entidades territoriales para que, con una mayor autonomía y en procura del bienestar general, se aúnen esfuerzos de gestión tendientes al fortalecimiento, la articulación y armonización entre los diferentes niveles de gobierno –Nación, departamentos y municipios, en función de los objetivos que la sociedad estableció en la Constitución y los expuestos como prioridades en los Planes Nacionales de Desarrollo.

El plan nacional de desarrollo, por definición es el instrumento rector de la planeación nacional y territorial, que sirve como fundamento normativo de las políticas económicas, sociales, culturales y ambientales necesarias para el desarrollo integral y sustentable del país, que responden a los compromisos adquiridos en los programas de gobierno. De acuerdo con la Corte Constitucional, el plan de desarrollo es un medio para:⁵⁰ *“ordenar la política estatal hacia el logro de los objetivos que incorpora la noción del Estado Social de Derecho, que no*

⁵⁰ Corte Constitucional Colombiana –Sentencia C-373/04 MP: Dr. ÁLVARO TAFUR GALVIS. Bogotá D. C., veintisiete (27) de abril de dos mil cuatro (2004).

podría entenderse ni alcanzar la plenitud de sus objetivos, ni tampoco realizar lo que es de su esencia sino sobre la base de que el orden jurídico y la actividad pública están ordenados a satisfacer los intereses de quienes integran la sociedad civil”.

Así las cosas, en el Plan nacional para la niñez y la adolescencia 2006- 2015 denominado “Colombia un país para los niños y niñas”, se plantea como derrotero a seguir: *“Contribuir en los próximos diez años al mejoramiento de la calidad de vida de la población infantil y adolescente colombiana, en el contexto de la realización de sus derechos y de la reducción de la pobreza, de la inequidad, de la vulnerabilidad y de la exclusión social de la población, mediante políticas públicas nacionales, regionales y locales”*⁵¹ , se definen políticas públicas no solo del orden nacional sino también regional y local, tendientes a garantizar y mejorar la calidad de vida de la población infantil y adolescente colombiana.

Buscando que la solución a largo plazo de los problemas estructurales, mantenga un norte para lograr los resultados del desarrollo esperados o la consolidación de la visión de futuro acordada socialmente, .que en todos caso superan los tiempos asignados a los cambios de mandatarios territoriales que se producen cada cuatro años en Colombia.

El Plan conocido como “*Plan País*” se desarrolla bajo un enfoque de derechos, que enmarca en el sistema de protección social y el manejo social del riesgo e incorpora como eje de acción la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado. De esta manera, pretende dar lineamientos generales para la formulación de los planes de desarrollo a nivel territorial en los próximos años respetando la diversidad étnica y cultural y el principio de la no discriminación y a largo plazo,

⁵¹ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Presidencia de la República 2006

consolidar la atención e inversión en la infancia y la adolescencia como una prioridad en la agenda pública del país.⁵²

Todo este contexto definido en los próximos 10 años, fue incluido en el Plan de Desarrollo del gobierno 2006 –2010, que ya tenía un antecedente muy importante, no hay que olvidar que Plan de Desarrollo 2002-2006 denominado “*Hacia un Estado Comunitario*”⁵³: define un marco conceptual y normativo que vislumbraba la tendencia del país, en este aspecto de protección integral a la niñez y la adolescencia, es así como dentro de la articulación de su objetivos, plateaba : i) brindar seguridad democrática; ii) impulsar el crecimiento económico sostenible y la generación de empleo; iii) construir equidad social; y iv) incrementar la transparencia y eficiencia del Estado.

Derroteros que venían trazados en cumplimiento del compromiso adquirido en la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas realizada en mayo de 2002, en Nueva York⁵⁴, por lo que se inicia en el 2003 el proceso de formulación del Plan Nacional para la Niñez y Adolescencia, con la participación de las entidades del orden nacional y territorial.

Desde ese entonces el gobierno, diseñó el documento Visión Colombia II Centenario: 2019, en el cual todas las personas al año 2019 “*tendrán iguales oportunidades y contarán con los recursos necesarios para construir una vida creativa y productiva, conforme a sus necesidades, capacidades personales e intereses*”⁵⁵.

Algunas de las metas, con respecto a los menores de edad, contenidas en el documento son:

52 Presidencia de la República. Plan nacional para la niñez y la adolescencia 2005- 2015 “Colombia un país para los niños y niñas, mayo 2006.

53 Presidencia de la República. Plan nacional de desarrollo 2002- 2006 “hacia un estado comunitario”, 2002.

54 Presidencia de la República Informe Nacional 2003– 2006 “Seguimiento de la Aplicación del Plan de Acción “UN MUNDO APROPIADO PARA LOS NIÑOS” Nueva york, 2002.

55 Departamento Nacional de Planeación y Presidencia de la República 2005 pág. 223.

- Lograr la cobertura universal en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Alcanzar y mantener coberturas universales en educación preescolar, básica primaria y básica secundaria.
- Aumentar a 100% el porcentaje de niños menores de cinco años, que asisten a programas de educación inicial y reciben formación de aprestamiento y preparación para la educación primaria.
- Reducir la mortalidad infantil a 14 por mil niños nacidos vivos.

Como puede observarse ha sido un camino recorrido por el Estado Colombiano, que a lo largo este proceso ha logrado estar acorde con los lineamientos internacionales, definiendo e implementados los objetivos, metas y estrategias de las políticas públicas enfocadas a mejorar su calidad de vida y la prevalencia de sus derechos de los niños y los adolescentes.

3.1. Política Pública de Primera Infancia:

El Programa de Apoyo para la formulación de la Política de Primera Infancia en el que participaron 19 instituciones⁵⁶ nacionales bajo la coordinación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, surge como respuesta a los acuerdos internacionales suscritos por Colombia y a los compromisos establecidos por la sociedad internacional en Dakar en la Cumbre Mundial de “Educación para Todos”.

La Política de Primera Infancia está orientada a mejorar las condiciones de vida de los menores de 0 a 6 años. En desarrollo del programa se realizaron dos Foros

⁵⁶Las instituciones que conforman el comité técnico del Programa para la política de Primera Infancia son: Banco Interamericano de Desarrollo BID, CERLALC, CINDE, Departamento Administrativo de Bienestar Social DABS, Departamento Nacional de Planeación DNP, Fondo para la Acción Ambiental y la Niñez, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Protección Social, Organización Panamericana de la Salud OPS, Plan Internacional, Pontificia Universidad Javeriana, Save the Children, Universidad de Manizales, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Pedagógica Nacional, UNICEF, Visión Mundial.

Internacionales⁵⁷: El Primero foro denominado: “*Primera infancia y desarrollo –El desafío de la década*”. Dos años más tarde se da inicio al “Programa de apoyo para la formulación de la política de primera infancia en Colombia,” con el objetivo de definir un marco institucional y un sistema de gestión local, regional y nacional, que permitiera garantizar los derechos de la primera infancia, ampliar coberturas, mejorar la calidad del programa y buscar estrategias para empoderar a las familias y a la comunidad. En 2005, en el marco del mencionado Programa, se realizó el Segundo Foro Internacional: “*Movilización por la Primera Infancia*”. En ellos donde se debatieron las diferentes temáticas que la integran esta política pública y se compartieron experiencias enriquecedoras a nivel nacional e internacional.

Para la implementación de la política, se armonizarán los objetivos de la misma plasmados en el Plan de Desarrollo 2006 – 2010 con los objetivos del Milenio, la Visión Colombia 2019 y el Plan Nacional de Infancia y Adolescencia.

Los argumentos que justifican la construcción de la política están relacionados con factores: **científicos**, dada la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo del ser humano a nivel biológico, psicológico, cultural y social; **legales y políticos**, en la medida en que el país ha adoptado los acuerdos suscritos en la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño- Ley 12 de 1991 y sus dos Protocolos facultativos⁵⁸ así como otros Convenios y Tratados Internacionales de Derechos Humanos para ajustar su legislación a los criterios emanados de ella ; económicos, dada la relación existente entre el desarrollo humano y el desarrollo en la primera infancia; sociales y culturales, puesto que la primera infancia crecen una cultura y un contexto social determinados; institucionales y programáticos,

57 COLOMBIA POR LA PRIMERA INFANCIA: "Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, diciembre de 2006.

58 Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la Venta de niños, la Prostitución Infantil y la Utilización de los Niños en la Pornografía, adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000, aprobado por la Ley 765 del 31 de julio de 2002 y declarados exequibles mediante la sentencia C- 318 del 8 de abril de 2003, MP. Jaime Araujo Rentarías y Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la Participación de Niños en los Conflictos Armados, adoptado en Nueva York, el 25 de mayo de 2000, aprobado por la Ley 833 del 10 de julio de 2003, declarados exequibles por la Corte Constitucional mediante la Sentencia C-172 del 2 de marzo de 2004 MP Dr. Jaime Córdoba Triviño.

pues es necesaria la articulación, la definición de competencias y responsabilidades de las distintas entidades que intervienen en el desarrollo de la primera infancia; y, finalmente, argumentos de tipo ético que priorizan la construcción participativa de una política pública para los niños y las niñas menores de 6 años.

La política de primera infancia marcada por un carácter asistencialista o paternalista, empezó a dar un vuelco en estos conceptos, en los cuales el niño y la niña se conciben como sujetos de derechos. Surge entonces dentro de un panorama enmarcado en diversos factores sociales y económicos, como la pobreza, el impacto del conflicto armado, precarios sistemas de información e ineficiencia de la gestión pública en el ámbito local o sectorial y de contrastes con desarrollos normativos como la ley de infancia de adolescencia que adecua la legislación colombiana a los principios consagrados en la Convención de los Derechos del Niño.

Al ser el desarrollo integral de los niños y de las niñas un derecho universal⁵⁹, se obliga a la familia, la sociedad y el Estado a garantizar las condiciones para su realización. Conceptualmente, el niño desde la gestación, sus primeros años, y sin importar los distinguos de edad, género, raza, etnia o estrato social, es definido como ser social activo y sujeto pleno de derechos. En este orden de ideas, las políticas públicas que se diseñen deben tener como norte esta perspectiva conceptual de niño, que deben reconocerlo en su papel activo en la sociedad y en su desarrollo permanente y armónico.

Este nuevo enfoque busca generar progreso en el país al garantizar a la primera infancia, las condiciones necesarias para que alcance todo su potencial de desarrollo, aminorando o impactando en los factores de desequilibrio como son discapacidades, problemas de aprendizaje y desventajas sociales generadas en la

59 Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y el Código de la Infancia y la Adolescencia en su artículo 29.

primera infancia, que contribuya a romper con el círculo vicioso de pobreza y desigualdad.

La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecutan en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos. Se parte de principios básicos como el interés superior del niño, la prevalencia de los derechos de la infancia, la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado como garantes de derechos y la exigibilidad de los derechos de los niños, las niñas y adolescentes⁶⁰.

La inversión que apunten al desarrollo en la primera infancia, puede resumirse citando a Heckman (2004):“*La mejor evidencia soporta la prescripción de la política: invierta en los más jóvenes primera infancia y mejore el aprendizaje básico y las habilidades para la socialización*”⁶¹

Adicionalmente, la implementación de la política pública enfatiza en la atención integral de la primera infancia para ello, se desarrolla un trabajo conjunto y permanente con el Departamento Nacional de Planeación y los Ministerios de Salud y de Protección Social y Educación, permitiendo la acción coordinada, mejorar la planeación, priorizar la inversión, ampliar coberturas y la calidad de los programas para atender más niños y más niñas y en mejores condiciones⁶². En consecuencia, el trabajar de forma intersectorial, pero de manera articulada, genera condiciones más propicias para reducir las inequidades en la garantía de los derechos, para lograr, además de la supervivencia, el desarrollo, la protección integral y la participación de todos los niños y niñas menores de seis años.

60 Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y adolescencia.

61 Heckman, J.J. 2004. Invest in the Very Young. Center of Excellence for Early Childhood Development. Encyclopedia on Early Childhood Development. Web: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/HeckmanANG.pdf>, “La mejor evidencia soporta la prescripción de la política: invierta en los más jóvenes [primera infancia] y mejore el aprendizaje básico y las habilidades para la socialización.

62 Departamento Nacional de Planeación. Documento conpes social 109. Política Pública Nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”. Bogotá D.C. 3 de diciembre de 2007

En síntesis, tanto el Estado como la sociedad necesitan contar con herramientas que permitan hacer análisis periódicos, que garanticen una eficiente y eficaz gestión de la política pública, lo cual debe ir de la mano en un previo y adecuado diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de la política de primera infancia.

3.2. Estrategia de Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia

Dentro de las políticas públicas Nacionales surge La estrategia Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia, impulsado en marzo del 2005 por la Procuraduría General de la Nación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y UNICEF, iniciativa que buscaba fortalecer la capacidad de los gobernantes y de las entidades territoriales a través de una serie de herramientas prácticas, para hacer seguimiento y evaluación a las políticas públicas, de forma que se puedan cumplir y garantizar los derechos de la infancia y la adolescencia en el país.

En la “Estrategia de Municipios y Departamentos por la Infancia y la Adolescencia”. Se definieron como objetos de seguimiento: 1) la inclusión del tema de niñez en los planes de desarrollo, y 2) las condiciones y calidad de vida de la infancia y la adolescencia, con la participación de los entes territoriales, se definieron ocho áreas prioritarias: **salud materna, salud infantil**, lactancia materna y nutrición; educación en la primera infancia, salud sexual y reproductiva (con prioridad en la prevención del embarazo de las adolescentes), prevención de la violencia y el maltrato infantil, agua potable y saneamiento básico; registro civil y, prevención y restitución de los derechos vulnerados.

Esta propuesta nacional de evaluación pública de resultados a nivel territorial, promoviendo procesos de seguimiento y rendición de cuentas sobre las condiciones y calidad de vida de los niños y adolescentes en los departamentos y

municipios, ha generado un compromiso local y sectorial que ha impulsado escenarios de presentación pública de diagnóstico, gestión y resultados.

Es así como, los encuentros de mandatarios que se han venido realizando de manera periódica, dan cuenta de una importante cruzada por la defensa real y concreta de los derechos de niños, niñas y adolescentes, donde se han definidos compromisos que se ha ido fortaleciendo, renovando y afianzando en cada uno de los encuentros, haciendo uso de las herramientas presupuestales necesarias implementadas dentro de los respectivos Planes de Desarrollo⁶³.

Los avances obtenidos han sido el producto de la complementariedad de esfuerzos de distintos actores sociales y niveles de gobierno, tanto en el ámbito nacional, departamental, distrital como municipal y que pueden resumirse en el encuentro del 2010 de alcaldes y gobernadores⁶⁴ : “*En lo político* se destaca la elaboración del marco para las políticas públicas y los lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia, así como los lineamientos de política pública de juventud; la expedición del Plan Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2019; la conformación y operación de la Mesa Nacional de Infancia y Adolescencia; el proceso de construcción del Sistema Nacional de Seguimiento y Evaluación al cumplimiento de los derechos; el inicio de la institucionalización de la vigilancia y control del gasto público social dirigido a la niñez en la Contraloría General de la República; y, ajustes a la arquitectura institucional expresados en la creación y fortalecimiento de instancias de articulación de la política pública; lineamientos técnicos de diferentes servicios; y, la cualificación y creación de nuevos programas.

En lo social se observa un cambio de actitud y concepción frente a la valoración de la niñez y la juventud como promotores del desarrollo social y la convivencia

63 V Encuentro de Gobernadores por la Infancia, la Adolescencia y la Juventud. Pereira, Noviembre de 2007.

64 Estrategia Departamentos Y Municipios Por La Infancia, La Adolescencia Y La Juventud- Hechos Y Derechos Santa Marta -2010

pacífica. Existe una mayor movilización de actores sociales internacionales, nacionales y territoriales para la garantía de los derechos, es así como hoy se cuenta con: la Mesa de Cooperación Internacional por la Niñez, la Adolescencia y la Juventud; escenarios de movilización con universidades públicas y privadas para enriquecer y mantener activa la producción de conocimientos y el debate sobre los factores asociados a la efectividad de los derechos de la niñez y la juventud. En lo técnico, el fortalecimiento de las capacidades de gestión de los equipos territoriales para incorporar los asuntos de infancia, adolescencia y juventud en los planes de desarrollo con enfoque de derechos, poblacional diferencial; el desarrollo de herramientas para la gestión social integral; y, el fortalecimiento de los consejos de política social.

Escenarios propicios para mejorar la comprensión acerca de la relación entre políticas públicas de infancia y juventud y la articulación público- privada que se logra a través de la sensibilización y familiarización de: empresarios particulares y dirigentes gremiales y finalmente la inserción en los planes de desarrollo territorial.

3.3. Políticas Públicas Seccionales

El Alcalde que asume un rol protagónico como gestor e integrador de las políticas públicas de infancia y adolescencia y como garante de derechos a nivel municipal, enmarcadas en dos ejes centrales : De Coordinación en el municipio el conjunto de organismos que prestan servicios para la infancia y la adolescencia (denominados sistema de garantías), en el cual se incluyen servicios de responsabilidad directa de la administración municipal y otros servicios y mecanismos de vigilancia que son del orden departamental y nacional. Como funcionario público y primera autoridad municipal, es el representante y vocero de la niñez y la adolescencia, encargado de garantizar sus derechos, coordinando las acciones de su administración, de acuerdo con las condiciones específicas de su comunidad.

El primer eje de políticas es disponer en el municipio los servicios que proveen las garantías para el ejercicio de los derechos de todos los niños, niñas y adolescentes, sin exclusión alguna: registro para todos, educación para todos, salud para todos, apoyo a la participación de todos.⁶⁵ Es por esto que el Gobierno nacional a través de Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, diseño e implemento una Guía para Alcaldes, denominado : *Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio*”.

Este documento se refiere a la gestión de la política pública y contiene los lineamientos técnicos que deben considerar los mandatarios locales para incorporar las garantías de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el Plan de Desarrollo Territorial. Estos lineamientos se refieren al proceso gestión de la política pública y a los contenidos mínimos que deben tener los planes de desarrollo territorial.

Siendo claro que los componentes del proceso de La gestión de la política pública es un proceso integral que tiene tres grandes componentes: i) Planear, ii) Ejecutar iii) Evaluar, no siendo un proceso lineal en el que los componentes van uno detrás del otro, sino que interactúan continuamente sobre la base del mismo propósito: *el cumplimiento de los objetivos de la política pública*.

El plan de desarrollo como mapa de ruta es el instrumento de gestión de la política pública y de acuerdo con la normatividad vigente, el Departamento Nacional de Planeación –DNP— es la entidad competente para orientar el proceso de

⁶⁵ DNP, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Guía para Alcaldes. Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio. 2007.

planificación en las entidades territoriales⁶⁶ , que a través de lineamientos técnicos que buscan, en el ámbito de las garantías a la infancia y la adolescencia, la aplicación de las disposiciones generales expedidas por el DNP sobre los planes de desarrollo territorial, como son las etapas de formulación y sus componentes).

Dentro de este escenario, los mandatarios locales, distritales o departamentales deben velar por realizar una gestión de coordinación en desarrollo de la política pública, bajo la perspectiva de los tres sistemas principales, que interactúan para la garantía de derechos de la infancia y la adolescencia: i) El Sistema Educativo, ii) Sistema de Protección Social y iii) El Sistema de Bienestar Familiar. Cada uno de estos sistemas regula un tipo de servicios públicos sociales, fijando pautas y directrices de obligatorio cumplimiento para las entidades e instituciones que los integran, como es el caso de los municipios.

Dentro del ámbito de este trabajo de investigación cuyo componente es SALUD de la primera Infancia, es necesario resaltar la función desarrollada por el Sistema de Protección Social⁶⁷— como sistema marco y articulador de tres áreas sociales: la promoción social, la seguridad social y la protección laboral. Entre los servicios públicos vinculados por el Sistema de Protección Social, los más visibles en el nivel local, son: i) El servicio de salud, que interactúa con la Dirección Local de Salud; ii) las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que adelanta el municipio y que son un soporte esencial de este sistema.

Por lo que se impone, en coherencia con la estrategia de derechos TODOS SALUDABLES, monitorear Indicadores de morbilidad, cobertura vacunación – PAI, cobertura de afiliación al SGSSS, según régimen, seguimiento a la atención prestada por las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud- IPS, y las

66 Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible: “El proceso de planificación en las entidades territoriales: El plan de desarrollo y sus instrumentos para la gestión 2008 – 2011.

67 Regio por el Ministerio de la Protección Social—Ley 789/2001

Entidades Promotoras de Servicios de Salud EPS, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado y las empresas sociales del estado – ESE (hospitales y centros de salud).

Finalmente como articulador de las funciones de las entidades nacionales y territoriales que aportan a la garantía de los derechos, el Código de la Infancia y la Adolescencia da especial énfasis a los Consejos de Política Social, quienes están en capacidad de reforzar la capacidad de los mandatarios locales para cumplir sus funciones, definiendo instrumentos y recursos requeridos para armonizar los servicios públicos sociales que prestan diversas entidades, acordes con las características y la cultura de la comunidad.

Este espacio, conformado por representantes de los organismos gubernamentales, ONG y organizaciones comunitarias, apunta a la construcción de procesos dirigidos al diseño y control de la política social, la acción intersectorial e inter-institucional, y la articulación de su trabajo con la elaboración de la agenda pública para poder incidir en la formulación de la política social territorial⁶⁸.

En las entidades territoriales, los Consejos de Política Social⁶⁹, son el espacio para la construcción y ejecución de políticas públicas sustentables y estables debe trascender la gestión conjunta de Estado, Sociedad y Familia hacia facilitar, desde lo público, el proceso constante de la construcción de políticas que se desarrolle desde y con la comunidad, garantizando la inversión de recursos en la niñez.

68 Torrado, Maria Cristina y Anzelin, Ingrid. Retos para las Políticas Públicas de la Primera infancia, Universidad nacional de Colombia CES, 2006).

69 Como antecedentes del Proceso de Planeación en lo Social y Económico, se tiene la Ley 19 de 1958 mediante la cual se crea el Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES –; la Ley 152 de 1994, que establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, esta fue modificada parcialmente por la Ley 290 de 1996. Especialmente para los Consejos Departamentales y Municipales de Política Social, se tienen normas tales como el Decreto No.1137 de 1999 “Por la cual se organiza el Sistema Administrativo de Bienestar Familiar se reestructura el ICBF y se dictan otras disposiciones”, así como la Ley 1098 de 2006 “Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

CAPITULO IV

EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA PRIMERA INFANCIA – COMPONENTE SALUD, EN LOS MUNICIPIOS DE SAN JACINTO, SAN JUAN Y CARMEN DE BOLÍVAR

De acuerdo con la evolución normativa interna y de la legislación internacional preexistente, es necesario determinar a través de un estudio la razón del por qué resultan lejanas las posibilidades de garantía de los derechos niños y niñas en un marco de equidad. El gobierno en su afán de cumplir con los fines del Estado pregonados en la Constitución de Política de 1991, debe garantizar la materialización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes NNA, mejorando las condiciones de vida y fortaleciendo la participación infantil en el contexto de la familia y la comunidad, de tal manera que se les permita su pleno desarrollo.

Este capítulo evaluara desde un análisis cuantitativo y cualitativo, la aplicación de las políticas públicas en relación con la primera infancia, en términos de impacto, eficacia y eficiencia, en los municipios de: El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto. Sera cuantitativo, por la utilización de indicadores que permitan medir el progreso hacia la consolidación de resultados y el uso eficaz, si se quiere racional, de los recursos. En este sentido, se construirá una matriz de asignación de valores, donde se tomaran cada uno de los indicadores derivados de las variables y se verificara la inclusión de los mismos en la parte diagnóstica y estratégica dentro de los planes de desarrollo:

$$\text{Nivel de inclusión} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ indicadores incluidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de indicadores}} \times 100$$

Este indicador nos permite medir el grado de inclusión en cuatro rangos porcentuales: mínimo, menos de 30%; moderado: 31-60%; considerable 61-85%; significativo: más del 85%.

El análisis será cualitativo en cuanto a la evaluación de la percepción que tienen los diferentes actores que trabajan en torno a la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Para desarrollar este análisis se realizara, en primera medida, una definición de los aspectos principales y característicos de los municipios objeto de estudio. Seguidamente, se llevara a cabo la revisión de los planes de desarrollo, enfocado en el componente diagnóstico y estratégico de la política de infancia y adolescencia, con el fin de consolidar un análisis en términos de inclusión⁷⁰ y coherencia⁷¹ en cada uno de los municipios. Por último, se evaluara el impacto de la pertinencia de los programas y de los proyectos sobre la calidad de vida de la población, especialmente de la primera infancia, la garantía efectiva de sus derechos, o restitución, enfocándonos principalmente en el tema de salud, en cada uno de los municipios.

La evaluación de la política pública de infancia y adolescencia, para el componente de salud en la primera infancia, que se expone en el presente trabajo de investigación, debe considerarse como una evaluación exógena, recapitulativa y ex post; es decir, es realizada por un actor externo, su finalidad es informar al público en general y a otros actores externos, y es realizada cuando los impactos de la política pública ya han sido generados.

⁷⁰ Con el indicador de grado de inclusión se permitirá establecer, en términos porcentuales, qué tantos temas relevantes y considerados como necesidades de la población, son abordados en el plan de desarrollo, a fin de intentar gestionar una respuesta del sistema a las demandas de la población, contemplando además esta temática como parte de las competencias de la administración municipal

⁷¹ Al considerar la coherencia, se hace referencia, y será entendida como la relación entre la presencia de un diagnóstico de la situación actual de los NNA y la formulación de estrategias, representadas en el componente estratégico del plan. De esta manera, se permite visualizar en qué medida la formulación, implementación y ejecución de programas y proyectos se realiza sobre la base de un diagnóstico que permita conocer la situación real del municipio y visualizar la situación deseada al dar materialización de la política

4.1. Aspectos principales y característicos de los municipios de: El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto

En Colombia mueren diariamente cerca de 48 niños por enfermedades prevenibles o fácilmente curables; de ellos, 10% muere por neumonía y un alto porcentaje son lactantes pequeños. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010, el 12.8% de los niños entre 0 y 4 años presenta desnutrición crónica (baja estatura para su edad). Este indicador empeora en las zonas rurales (17%) y en la Costa Caribe sólo dos de los siete departamentos presentan prevalencia de desnutrición crónica por debajo de la media nacional.⁷²

Los anteriores datos estadísticos corroboran el retraso en el desarrollo histórico de la región Caribe colombiana, el cual en regiones como los Montes de María se agrava debido al conflicto armado y la constante violación de los derechos humanos de sus habitantes, consecuencia que ha sido generada por los grupos armados que han hecho presencia por más de 40 años en la región.

El conflicto armado tiene injerencia sobre el desarrollo humano de dos formas: a) Limita a las personas de sus derechos civiles y políticos, en la medida que la única opción que tiene es padecer los desmanes del conflicto; b) no permite dar aplicación de las políticas públicas por parte de la entidad gubernamental, lo que conlleva a la insatisfacción de las demandas sociales.

Con la anterior connotación, es claro que los municipios de El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto, se caracterizan por vivir en un entorno de pobreza, exclusión y violencia, donde las políticas públicas son puestas a

⁷² Estudio realizado en el marco del convenio suscrito por la Universidad de Cartagena, a través del Instituto de Políticas Públicas, Regional y de gobierno (IPREG), con la fundación Terre Des Hommes Lausanne. Las políticas de Infancia y Adolescencia. Retos y oportunidades para los municipios bolivarenses. Cartagena. 2011. Pág. 16.

prueba en extremo, pues deben superar los desmanes del conflicto armado y buscar la materialización de las condiciones de vida digna de los NNA que permitan su pleno desarrollo. Es por ello que se hace necesario que, estas políticas deben crear procesos de reconstrucción de lo público, a partir de una ciudadanía activa que rompa el entorno de pobreza, exclusión y violencia en estos municipios y no limitarse a garantizar formalmente los derechos de los NNA.

En este orden de ideas, nos permitimos realizar la caracterización de cada uno de los municipios objetos del presente estudio:

4.1.1. Municipio del Carmen de Bolívar

El Carmen de Bolívar, exótico y subyugante municipio que emerge como por arte de magia en las altiplanicies y estribaciones de los Montes de María, muy cerca de la falda del mítico Cuero de Mancomuján, por donde corre el Arroyo Alférez.

Uno de los hechos históricos y políticos más importantes del Carmen y de la gesta emancipadora, fue la batalla librada por los carmeros a orillas del caño de Mancomuján, en las horas del mediodía del 12 de noviembre de 1812, en que se enfrentaron los realistas al mando del teniente Antonio Rebustillo y los revolucionarios patriotas nativos del Carmen dirigidos por el oficial Manuel Cortés y Campo manes, que habían demostrado su heroísmo y valentía en las batallas de Jesús del Río y Tenerife. El triunfo fue tan resonante y significativo para la historia y para el país, que años después el Estado Soberano de Bolívar, por medio de una ley le reconocería sus méritos otorgándole el Escudo de Armas y la declararía “Villa y Capital de las Montañas de María, con todos los privilegios, exenciones y fueros de que gozan las demás villas del Estado”.⁷³

73 Dimas Badel: “Diccionario histórico-geográfico de Bolívar”, 1999, Cartagena de Indias, pág. 169

La ciudad de El Carmen de Bolívar, se encuentra ubicada en el territorio llamado los Montes de María, a orillas de la carretera Troncal del Caribe que une la costa con Medellín y el interior del país, además es paso obligado por ser vía de acceso al Puente “Alejo Durán”, que une las poblaciones de Plato y Zambrano. Tiene una superficie de 916 kms. A los naturales del municipio se les llama con el gentilicio de “carmeros”.

La arquitectura de El Carmen de Bolívar es de estilo republicana, casas de dos plantas con amplios balcones con barrotes de hierro o madera, puertas de madera con aldabones. Muchas de esas casas con techos de zinc, han dado paso a nuevas edificaciones producto de la modernidad.

El Carmen de Bolívar es un municipio mayormente Agrícola; esta fomenta el crecimiento económico en la población. Los principales productos y exportaciones son el aguacate, el tabaco, la yuca, el ñame, el plátano, el cacao, entre otros.⁷⁴

Durante el año 2000, la población fue tristemente célebre por las masacres perpetuadas por el Bloque Héroe de los Montes de María, de las Autodefensas Unidas de Colombia, en las zonas rurales; siendo las más conocidas la Masacre de Macayepo y la Masacre de El Salado, producto de una lucha encarnizada del territorio con las FARC y por el control de los cultivos de drogas. En 2004, en el marco de las negociaciones de paz de Santa Fe de Ralito, el Bloque Héroe de los Montes de María se desmovilizó. Desde entonces las operaciones del ejército de Colombia han podido dismantelar los reductos de las FARC en los montes de María, llevando tranquilidad y confianza a la región.⁷⁵

74 El Carmen de Bolívar. Producciones y exportaciones. Disponible en internet: http://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Bol%C3%ADvar; consultado el 23 de mayo de 2015.

75 El Carmen de Bolívar. Historia. Disponible en internet: http://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Bol%C3%ADvar; consultado el 23 de mayo de 2015.

4.1.2 Municipio de San Juan Nepomuceno

El territorio que comprende el Municipio de San Juan Nepomuceno, estuvo habitado por grupos aborígenes pertenecientes a la gran familia karib, que estaba asentada en toda el área del Caribe. De acuerdo con la monografía de Luis Reyes Castellar, en el territorio de San Juan Nepomuceno tuvo su asiento una de las muchas familias malibúes.

San Juan Nepomuceno, la cabecera del Municipio, fue fundada el día 10 de agosto de 1776, por don Antonio de la Torre y Miranda, conformada por 120 familias y 758 almas. Las actas de posesión fueron protocolizadas el 11 de marzo de 1779 en la Notaría de El Carmen.⁷⁶

San Juan Nepomuceno en pleno corazón de los Montes de María, se encuentra a una distancia de 94 kilómetros de Cartagena de Indias, la Capital de Bolívar. A los nacidos en San Juan Nepomuceno se les llama con el gentilicio de “sanjuaneros”.

Uno de los hechos que más atrae a los visitantes es la llamativa arquitectura de San Juan Nepomuceno. Sus casas de habitación son grandes y anchas, con techos altos de zinc y en cada patio una cisterna para recoger el agua de la lluvia. Al frente tiene columnas y porches propios de las casas de las Sábanas.

A causa del conflicto armado, San Juan Nepomuceno sufrió un estancamiento en su desarrollo económico; sin embargo, la quietud que implicó para sus habitantes los constantes toques de queda, sirvió para que la vena artística despertara en ellos y crecieran las cifras en producción literaria, talentos musicales e iniciativas de organización comunitaria.⁷⁷

⁷⁶ San Juan Nepomuceno: un espacio en la Historia, Luis Alberto Reyes Castellar, Casa Editorial, Cartagena, 2003. Página 92.

⁷⁷ San Juan Nepomuceno: Tierra privilegiada donde cada hombre cuenta a través del arte la historia de su pueblo. Disponible en Internet: http://www.culturainmaterial.com/montesdemaria/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=84; consultado el 23 de mayo de 2015.

4.1.3. Municipio de San Jacinto

San Jacinto, a 239 metros de altura sobre el nivel del mar, en pleno corazón de los Montes de María, en tiempos de la Colonia perteneció al sexto Cantón de Barlovento, y para su fundación que debió ocurrir en 1742, don Antonio de la Torre y Miranda hizo traer indios de los caseríos de San José de Pileta y La Caja, pertenecientes al Partido de Corozal. El 26 de julio de 1777 la población fue erigida en parroquia.

Según Dimas Badel, San Jacinto perteneció al Sexto Cantón de Barlovento. Fue fundado por don Antonio de la Torre y Miranda, el 8 de agosto de 1776, con el nombre de San Jacinto de Duanga, por ser éste el nombre del cacique de la región, y que debió traer indios de los caseríos de San José de Pileta y La Caja, en el distrito de Corozal.⁷⁸

El Municipio ubicado en pleno corazón de los Montes de María, atravesado de norte a sur por la carretera troncal del Caribe. Tiene un área de 446 kms². La cabecera del Municipio se encuentra a una distancia de 109 kilómetros de Cartagena de Indias, la Capital del Departamento. A los nativos de San Jacinto, se les llama con el gentilicio de “sanjacinteros”.

En San Jacinto se nota el contraste entre las antiguas edificaciones, testigo de una época pasada y gloriosa en que las riquezas fruto de las factorías del algodón se paseaban por sus calles, y las nuevas residencias, producto del pensamiento de las generaciones modernas. Muchas de aquellas edificaciones aún se conservan intactas: casas de techos altos, largos de hasta 30 metros y anchos, que servían

⁷⁸ Dimas Badel, “Diccionario Histórico Geográfico del Departamento de Bolívar”, Cartagena de Indias, 1999. Página 612.

no solo para albergar las familias, sino también como depósitos de las pacas de tabaco.

El Municipio de San Jacinto está considerado como el primer centro artesanal de la costa Atlántica, además también el primer comercializador de productos elaborados en telar vertical como hamacas y su diversificación, también produce productos elaborados en croché y macramé, así como también productos de la madera, la talabartería y los instrumentos de gaita entre otros. La unidad de la producción artesanal con base en el hilo está conformada por la mujer cabeza de hogar y las hijas mayores de 12 años, quienes desde muy temprana edad heredan este arte. Los medios de producción son propiedad de la unidad de explotación, los cuales se comercian con los pequeños comerciantes, los cuales se encuentran ubicados en el sector de la variante. Existen siete (7) organizaciones artesanales dedicadas a la producción de una gran variedad de productos derivados de la hamacas, como son: mochilas, manteles, individuales, servilletas, cojines, centro de mesa, cubre lechos, cortinas, estolas, telas para tapizar muebles y mucho más.⁷⁹

4.2. Análisis de los Planes de desarrollo de los Municipios de El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto en términos de inclusión y coherencia.

4.2.1. El Carmen de Bolívar

El Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015 “El Buen Gobierno en Marcha”, contiene las políticas, programas, subprogramas, estrategias y metas, las cuales son coherentes con El Plan Nacional de Desarrollo y el proyecto de Plan de

⁷⁹ San Jacinto. Bases económicas y sector de desarrollo. Disponible en Internet: [http://es.wikipedia.org/wiki/San_Jacinto_\(Bolívar\)](http://es.wikipedia.org/wiki/San_Jacinto_(Bolívar)); consultado el 23 de mayo de 2015.

Desarrollo DEPARTAMENTAL 2012 – 2015 BOLIVAR GANADOR, teniendo en cuenta el ejercicio de las respectivas competencias y observando los criterios de concurrencia, complementariedad y subsidiariedad.

Dentro de sus políticas generales se encuentra que el territorio es producto de una construcción social, basada en la implementación de un plan local de atención de la niñez – que incluye la primera infancia y adolescencia, el cual lo relacionamos en la matriz del anexo 1.

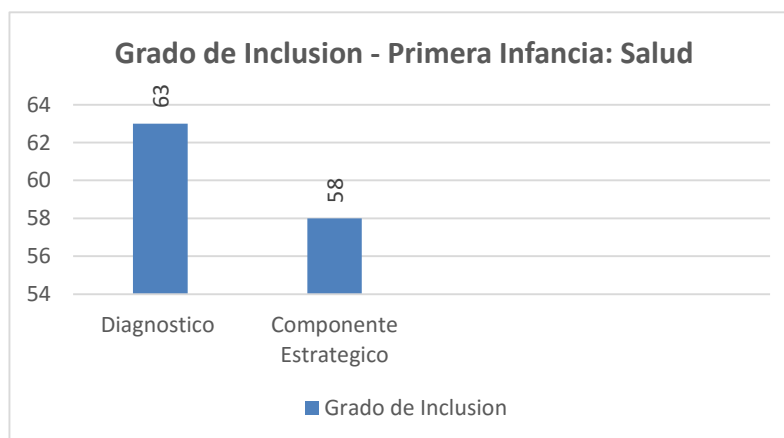
Al realizar la revisión del plan se encontró que para la primera infancia en relación a la Salud, el grado de inclusión de la temática en el diagnóstico es considerable con un porcentaje de 63%, y para el componente estratégico es moderada con un porcentaje de 58%, estas cifras son el reflejo de la no inclusión en el plan de desarrollo municipal, de un tema tan importante para la primera infancia, como es la atención prenatal durante el parto; de igual forma y a pesar que la mortalidad infantil si está incluida en el referido plan, este solo lo menciona, dándole un grado de inclusión mínimo frente a la relevancia que este amerita. Por ello, el grado de coherencia de estas dos categorías no logra ser significativa, tal y como se evidencia en la tabla 1 y en el grafico 1.

Refrendando lo anterior concluimos que, en la categoría de primera infancia, componente salud, no se incluye la salud materna/prenatal, la atención prenatal durante el parto, tanto en el diagnóstico como en el componente estratégico, así como la no incorporación en el componente estratégico del tema de desarrollo infantil. Adicionalmente, nos aborda con la importancia que amerita, el aspecto de mortalidad infantil, la cual debe tener un alto grado de inclusión dentro del plan de desarrollo municipal.

Tabla 1. Grado de inclusión primera infancia, plan de desarrollo el Carmen de Bolívar:
Componente de Salud.

GRADO DE INCLUSIÓN PRIMERA INFANCIA EN EL PLAN DE DESARROLLO EL CARMEN DE BOLIVAR ANALIZADO					
Temas	Subtemas	Diagnostico		Componente Estratégico	
		No abordan el tema	Si abordan el tema	No formulan	Si formulan
Salud materna/prenatal	Atención prenatal / durante el parto	100%	0%	100%	0%
	Mortalidad materna	75%	25%	75%	25%
Salud y supervivencia infantil	Morbilidad infantil	5%	95%	10%	90%
	Mortalidad infantil	0%	100%	10%	90%
	Inmunización	20%	80%	50%	50%
	Acceso y uso de servicios de salud	10%	90%	10%	90%
Determinantes de la salud infantil	Cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico	50%	50%	40%	60%
Consolidado		37%	63%	42%	58%

Grafico 1. Grado de Inclusión. Primera Infancia: Salud. Carmen de Bolívar.



Fuente: Con base en Plan de Desarrollo y Plan de Acción.

4.2.2. San Juan de Nepomuceno

Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “*San Juan Nepomuceno: Mas Prospero y amable*” esta formulado desde un enfoque de derechos y en su misión promueve el desarrollo de acciones concretas dirigidas a los NNA, la mujer, los grupos étnicos y el resto de la población vulnerable, en cuanto a la primera infancia. De igual manera, en la matriz del anexo 2 evidenciamos el grado de inclusión de la categoría analizada en el plan de desarrollo municipal, dando como resultado la siguiente tabla, en la cual se demuestra en porcentajes el grado de inclusión en el diagnóstico y el componente estratégico del plan de desarrollo.

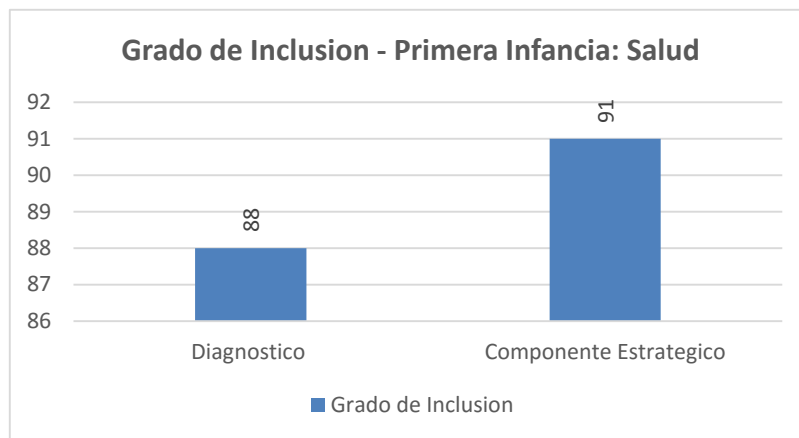
Al realizar la revisión del plan se encontró que para la primera infancia en relación a la Salud, el grado de inclusión de la temática en el diagnóstico es significativo con un porcentaje de 88% y para el componente estratégico es significativo con un porcentaje de 91%, estas cifras son el reflejo de la inclusión apropiada en el plan de desarrollo municipal, de todos los temas relevantes de la primera infancia, lo que le da un grado de coherencia significativo, tal y como se evidencia en la tabla 2 y en el grafico 2.

Tabla 2. Grado de inclusión primera infancia, plan de desarrollo San Juan Nepomuceno:
Componente de Salud.

GRADO DE INCLUSIÓN PRIMERA INFANCIA EN EL PLAN DE DESARROLLO SAN JUAN NEPOMUCENO ANALIZADO					
Temas	Subtemas	Diagnostico		Componente Estratégico	
		No abordan el tema	Si abordan el tema	No formulan	Si formulan
Salud materna/prenatal	Atención prenatal / durante el parto	10%	90%	0%	100%
	Mortalidad materna	25%	75%	25%	75%
Salud y supervivencia infantil	Morbilidad infantil	0%	100%	0%	100%
	Mortalidad infantil	0%	100%	0%	100%
	Inmunización	10%	90%	0%	100%
	Acceso y uso de servicios de salud	10%	90%	10%	90%
Determinantes de la salud infantil	Cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico	30%	70%	25%	75%
Consolidado		12%	88%	9%	91%

Fuente: Matriz diligenciada del Plan de desarrollo del Municipio de San Juan Nepomuceno.

Grafico 2. Grado de Inclusión. Primera Infancia: Salud. San Juan Nepomuceno.



Fuente: Con base en Plan de Desarrollo y Plan de Acción.

4.2.3. San Jacinto

El Plan de Desarrollo Municipal 2012 - 2015 “Confianza y Seriedad con San Jacinto” esta formulado desde un enfoque de derechos ya que dentro de sus estrategias esta la brindar atención y protección prioritaria a la población diferencial relacionado con los ciclos de vida de primera infancia, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.

De igual manera, en la matriz del anexo 3, evidenciamos el grado de inclusión de la categoría analizada en el plan de desarrollo municipal, dando como resultado la siguiente tabla, en la cual se demuestra en porcentajes el grado de inclusión en el diagnóstico y el componente estratégico del plan de desarrollo.

La categoría de primera infancia en el componente de salud del análisis realizado arrojó una inclusión considerable, en el diagnóstico un porcentaje de 72%, y en el componente estratégico un porcentaje de 71%, estas cifras son el reflejo de la

inclusión apropiada en el plan de desarrollo municipal, de todos los temas relevantes de la primera infancia, lo que le permite concluir, una coherencia considerable para estos dos temas.

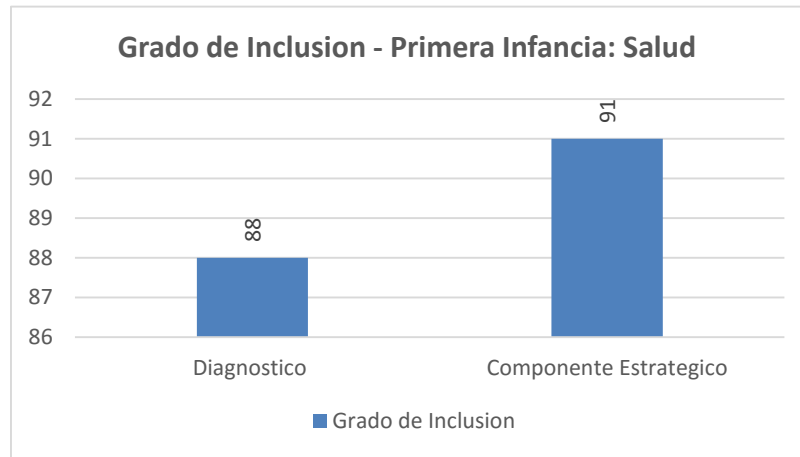
Cabe resaltar que en la categoría de primera infancia, componente salud, no se incluye la salud materna/prenatal, tanto en el diagnóstico como en el componente estratégico, así como la no incorporación en el diagnóstico del tema de desarrollo infantil. Lo anterior, lo evidenciamos en la tabla 3 y grafico 3 contenidos a continuación:

Tabla 3. Grado de inclusión primera infancia, plan de desarrollo San Jacinto: Componente de Salud.

GRADO DE INCLUSIÓN PRIMERA INFANCIA EN EL PLAN DE DESARROLLO SAN JACINTO ANALIZADO					
Temas	Subtemas	Diagnostico		Componente Estratégico	
		No abordan el tema	Si abordan el tema	No formulan	Si formulan
Salud materna/prenatal	Atención prenatal / durante el parto	100%	0%	100%	0%
	Mortalidad materna	25%	75%	25%	75%
Salud y supervivencia infantil	Morbilidad infantil	0%	100%	0%	100%
	Mortalidad infantil	0%	100%	0%	100%
	Inmunización	20%	80%	30%	70%
	Acceso y uso de servicios de salud	20%	80%	20%	80%
Determinantes de la salud infantil	Cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico	30%	70%	25%	75%
Consolidado		28%	72%	29%	71%

Fuente: Matriz diligenciada del Plan de desarrollo del Municipio de San Jacinto.

Grafico 3. Grado de Inclusión. Primera Infancia: Salud. San Jacinto.



Fuente: Con base en Plan de Desarrollo y Plan de Acción.

4.3. Pertinencia e impacto de los programas y de los proyectos sobre la calidad de vida de la población, enfocados en la primera infancia-componente salud.

Este acápite tiene como finalidad, mostrar los avances de las políticas públicas de la primera infancia en el componente de salud, en los tres municipios objeto de este estudio. Para ello se realizó un diagnostico situacional que permitió determinar la pertinencia e impacto de los programas, proyectos y acciones implementadas en el marco de la política durante el último periodo administrativo.

Se parte de un estudio de contexto enmarcado en los derechos a la vida, la salud, educación, identidad, protección y ambiente sano, de los niños y niñas de 0 a 6 años en cada uno de los municipios objeto de este estudio. Los resultados descritos en este escrito se basaron en la información establecida en los planes de desarrollo de los municipios El Carmen de Bolívar, San Juan de Nepomuceno y San Jacinto, los planes sectores de salud, informes de la contraloría general de la

nación, informes de gestión de los municipios, planes de acción de cada uno de ellos.

4.3.1. Diagnóstico del Municipio de El Carmen de Bolívar

El “sitio de Nuestra Señora del Carmen”, hoy El Carmen de Bolívar, fue fundado en 1776, por el Teniente de Infantería Don Antonio de la Torre y Miranda, mediante comisión impartida por el Gobernador de Cartagena de Indias, Don Juan de Torrezal Díaz de Pimienta. Fueron sus primeros habitantes los Indios Melibúes, Farotos y Piletas, descendientes de Fincenúes de la gran “Familia Caribe”. El lugar que actualmente ocupa la ciudad y sus contornos, constituyeron el antiguo territorio del poblado que llevó el nombre de “María la Alta”. El Municipio de El Carmen de Bolívar está ubicado en la margen izquierda del arroyo “Alférez” al pie del valle denominado “Montes de María”, en el centro del Departamento de Bolívar.

El Municipio está conformado por la cabecera y los siguientes corregimientos, caseríos y veredas, tales como, corregimiento de Caracolí Grande, corregimiento de Macayepos, corregimiento de Bajo Grande, corregimiento de San Carlos, corregimiento El Hobo, corregimiento El Salado, corregimiento de San Isidro, corregimiento de Jesús del Monte.

El Municipio del Carmen de Bolívar limita por el Norte con el Municipio de San Jacinto, por el Sur con el municipio de Ovejas (Sucre), por el este con los Municipios de Zambrano y Córdoba, por el Oeste con los Municipio de Coloso y San Onofre (Sucre). Tiene una extensión total de 954 Km², extensión área urbana: 45,8 Km², extensión área rural: 947 Km².

La densidad de población de este municipio es de 103.62 Habitantes por Km², con un número de habitantes en la cabecera de 63.765 y número de habitantes en la zona rural es de 30.414, para un total de 94.179.

En este punto resaltamos el cambio en la estructura poblacional del municipio dado que, paso de tener una distribución poblacional de 50-50 en 1993 a una de 25-75 veintidós años después a favor del área urbana. Esta circunstancia tiene su razón de ser por la presencia de grupos armados en las aéreas rurales del municipio.

Por otra parte, la siguiente tabla demostraremos la densidad poblacional en el enfoque de este análisis así:

Tabla 4. Densidad Poblacional Municipio Carmen de Bolívar.

Municipio	Total Población	0 – 5 años	6 – 11 años	12 – 17 años	0 – 17 años	% 0 – 17 años
Carmen de Bolívar	94.179	13.947 – (14.81%)	13.043 – (13.85%)	12.695 – (13.48%)	39.685	42.1%

Fuente: DANE. Proyección población, censo 2005, y población actual del municipio.

El cuadro anterior muestra que el 42.1% de la población (39.685) son niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

El resultado del análisis de la población es significativo para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas en este municipio y un reto para la administración local, en la medida en que la población en su gran mayoría son menores de edad y necesitan de una atención preferencial para que se les garantice el derecho a la salud, que es el enfoque del presente análisis.

4.3.1.1. Salud en la Primera Infancia en el Municipio del Carmen de Bolívar

La posibilidad de un inicio de vida saludable, les da a los niños y niñas una oportunidad igual para crecer y desarrollarse como adultos que harán contribuciones positivas a su comunidad económica y socialmente. Es así como, si las circunstancias de modo, tiempo y lugar, que representan los primeros años de vida no es aprovechada, se vuelve cada vez más difícil en términos de tiempo y recursos propender una vida saludable y exitosa.

El municipio del Carmen de Bolívar cuenta para garantizar el derecho a la salud de sus habitantes con aproximadamente 16 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de las cuales dos son de carácter público y catorce de carácter privado, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 5. IPS en el Municipio Carmen de Bolívar.

Entidad	Nombre de la IPS
Públicas	ESE Centro de Salud Giovanni Cristini
	ESE Hospital Nuestra Señora del Carmen
Privadas	Centro Medico Nuestra Señora del Carmen Sociedad Ltda.
	Cimeq S.A. IPS Carmen de Bolívar
	Especialistas de la Salud E.A.T
	Laboratorio Clínico Celta
	Laboratorio Clínico Diagnosis
	Laboratorio Clínico el Carmen E.U.
	Maxisalud UT IPS
	Mediser Ltda.
	Óptica Mundo Visión del Caribe Ltda.
	Protege IPS E.U.
	Tu Salud y Bienestar IPS E.U.

Entidad	Nombre de la IPS
	Unidad Operativa de la Cruz Roja Colombiana de El Carmen de Bolívar
	Vida SA El Carmen E.U.
	Vive sano E.U.

Fuente: Superintendencia de Salud. Departamento de Bolívar. Resumen información. 2012.

Ahora bien, en el municipio de El Carmen de Bolívar para el año 2012 se presentaron 1.444 casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) en la primera infancia (niños y niñas de 0 a 5 años). Para el año 2015, según los informes de gestión rendidos por la Secretaria de Salud del Municipio del Carmen de Bolívar, para este indicador aunque aún no se tiene un dato exacto, sigue siendo considerable para los servicios de salud. Cabe precisar que, los servicios de salud no cuentan con los recursos suficientes para prevenir, diagnosticar y tratar este tipo de enfermedades en los niños y niñas que hacen parte del grupo de primera infancia y por ello, se presentan muchos casos de IRA en este municipio.

En relación a las enfermedades diarreicas agudas (EDA), se observa una disminución considerable en el número de casos reportados en el 2015, muy a pesar que aún no se tienen los datos estadísticos por parte de la Secretaria de Salud de este municipio, si se tiene en cuenta, por los informe rendidos por las instituciones prestadoras de salud, dicha disminución, en comparación con los casos reportados en el 2012 que en su total fueron 199 en la primera infancia.⁸⁰

Sea menester señalar que, este tipo de enfermedades tiene su origen por la precaria infraestructura en el sistema de acueducto, en la medida que este no ha sido utilizado en más de una década. Desde 2002 no se han invertido recursos al sistema de alcantarillado. Lo más agravante de la situación; es que no existe un Plan Maestro De Acueducto y Alcantarillado para los 94 kilómetros, valor de la

⁸⁰ Secretaria de Salud. Municipio El Carmen de Bolívar.

inversión total, la cobertura total del servicio y valoración del tiempo real de gestión y ejecución. Existe 2.800 metros de tuberías en alcantarillado actualmente y aún le falta al municipio más de 91.200 metros de tubería para llevar a la población existente este servicio.

Por otra parte, un indicador importante de las políticas públicas establecidas en el plan de desarrollo de este municipio, es la cobertura de vacunación, así:

Tabla 6. Cobertura de Vacunas en el Municipio Carmen de Bolívar.

VACUNA	COBERTURA
ANTIPOLIOMIELITICA	85.7%
PENTAVALENTE	86.2%
ANTITUBERCULOSA	96.0%
TRIPLE VIRAL	65.6%
FIEBRE AMARILLA	67.9%
TOXOIDE DIFTERICO GESTANTES	79.7%
TOXOIDE DIFTERICO M.E.F	14.8%

Fuente: Informe Mensual de Vacunación y Gerencial PAI. 2014

Dentro de la Enfermedades prevalentes en la infancia, resulta notable el aumento de la Incidencia de las Enfermedades Inmunoprevenibles, esto debido a las bajas coberturas observadas en años anteriores, a pesar de las constantes reuniones sostenidas con las diferentes EPS y el Municipio y el compromiso adquirido no se pudo alcanzar dicha meta para el año 2012.⁸¹

81 Alcaldía Municipal de El Carmen de Bolívar: Plan de Desarrollo 2012 -2015 "El Buen Gobierno en Marcha".

Cabe resaltar que desde hace años no se presentan casos de sarampión en el municipio haciéndose evidente con la consolidación de la erradicación del polio y la Eliminación del Sarampión, de igual forma podemos observar la notable reducción de casos de Tétanos Neonatales, Rubeola, Difteria y Neumonía por Influenza Tipo b.

Lo que nos lleva a concluir respecto de este indicador para el año 2015, el municipio cuenta con cuarto frío para vacunas construido en el 2010 en las instalaciones de la alcaldía en la zona de la secretaria de Salud, el cual ya se encuentra acondicionado, por lo que se están ejecutando los programas de vacunas establecidos en el plan estratégico del Plan de desarrollo.

En cuanto a la cobertura del régimen subsidiado, se tiene que el municipio de El Carmen de Bolívar posee una cobertura del 100% de los niños y niñas de 0 a 6 años.

El municipio de El Carmen de Bolívar, cuenta con el Fondo Local De Salud cuya fuente de financiamiento es el Sistema General de Participaciones con tres cuentas a saber, demanda la cual se utiliza para la financiación del régimen subsidiado, (giros directos); oferta en su componente aportes patronales, para la atención de población pobre no asegurada y procedimiento NO POS-S, sin situación de fondos el municipio se encuentra descertificado en salud desde el año 2007, estos recursos son administrados por la Secretaria departamental de salud y por último salud pública para la financiación de las actividades contempladas en Plan de salud pública de intervenciones colectivas.⁸²

El régimen subsidiado también es financiado por FOSYGA, como última financiación del estado central. En cuanto al departamento concurren con dineros de esfuerzo propio y el municipio concurre con recursos de ETESA, ahorros de

82 Alcaldía Municipal de El Carmen de Bolívar: Plan de Desarrollo 2012 -2015 "El Buen Gobierno en Marcha".

funcionamiento aportado a inversión. (Rendimientos financieros, saldos financieros y ahorros de funcionamiento aportados a inversión).

4.3.2. Diagnóstico del Municipio de San Juan de Nepomuceno

San Juan Nepomuceno fue fundado durante la época de la Colonia, el día 10 de Agosto de 1776, por Antonio de la Torre y Miranda, cuando llegó al valle de los Carretos trayendo consigo la primeras familias provenientes de Pileta (Hoy Corozal) y de San Benito de Abad; estas familias estuvieron constituidas por 120 personas. El 11 de mayo de 1779 se protocolizaron los límites y las actas de posesión de los Egidios y distritos de San Juan y San Cayetano ante el escribano del Carmen, fue declarado Municipio en el año de 1870. Luego se organiza la población convirtiéndose en un centro de mercadeo regional.

San Juan de Nepomuceno está dividido administrativamente de las siguientes áreas: la cabecera municipal o sector urbano y seis corregimientos, que conforman el sector rural, que son: San Cayetano, San Pedro Consolado, San Agustín, San José del Peñón, Corralito y la Haya, los cuales poseen una serie de veredas.

Al encontrarse el Municipio ubicado en el centro del Departamento de Bolívar, se constituye en un punto de interconexión vial de la Carretera troncal de occidente, siendo esta la principal vía de acceso al municipio, que a la vez lo comunica con ciudades como Cartagena, Barranquilla, Sincelejo y el interior del país.

Este municipio limita al norte con los municipios del Guamo y Calamar, al Este con el municipio de mahates y al Oeste los municipios de Zambrano y San Jacinto, al sur con los municipios de San Jacinto y Maria la Baja. Tiene una extensión aproximada de 675 Km² que equivalen al 1,53% del total del departamento de Bolívar.

La densidad de población de este municipio es de 48.1683 Habitantes por Km², con un número de habitantes en la cabecera de 25.670 y número de habitantes en la zona rural es de 7.452, para un total de 33.122.84

En este sentido, la siguiente tabla demostraremos la densidad poblacional en el enfoque de este análisis así:

Tabla 7. Densidad Poblacional Municipio San Juan Nepomuceno.

Municipio	Total Población	0 – 5 años	6 – 11 años	12 – 17 años	0 – 17 años	% 0 – 17 años
San Juan de Nepomuceno	32.514	3.846 – (11.83%)	3.768 – (11.59%)	3.921 – (12.06%)	11.535	35.5%

Fuente: Proyección censo DANE y la población actual del municipio, 2015.

El cuadro anterior muestra que el 35.5% de la población (11.5353) son niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

El resultado del análisis de la población es significativo para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas en este municipio, en cuanto al diseño, formulación y ejecución de programas, proyectos y acciones a ejecutar, en la medida en que una parte de la población son menores de edad y necesitan de una serie de atenciones que les garantice el derecho a la salud, que es el enfoque del presente análisis.

4.3.2.1 Salud en la Primera Infancia en el Municipio de San Juan de Nepomuceno

Para garantizar el derecho a la salud de la primera infancia, el municipio de San Juan de Nepomuceno cuenta con 7 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de las cuales una es de carácter público y 6 de carácter privado, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 8. IPS en el Municipio San Juan Nepomuceno.

Entidad	Nombre de la IPS
Públicas	ESE Hospital Local de San Juan de Nepomuceno
Privadas	Clínica San Gabriel Ltda.
	El Comité municipal de la Cruz Roja colombiana San Juan de Nepomuceno
	Institución médico quirúrgica IPS Ltda.
	Laboratorio Clínico San Roque
	Medisan Ltda.
	Profesionales de la Salud del Caribe Ltda.
Visucentro S.A.	

Fuente: Superintendencia de Salud. Departamento de Bolívar. Resumen información. 2012.

El municipio de San Juan de Nepomuceno cuenta con una cobertura de esquema completo de vacunación en un 100% desde el año 2005 y se ha mantenido hasta la fecha. Ello evidencia que en este territorio se están previniendo los casos de morbilidad infantil por medio de la inmunización de los menos de seis años.

Tabla 9. Cobertura de Vacunas en el Municipio San Juan Nepomuceno.

VACUNA	COBERTURA
ANTIPOLIOMIELITICA	100%
PENTAVALENTE	100%
ANTITUBERCULOSA	100%
TRIPLE VIRAL	100%
FIEBRE AMARILLA	100%
TOXOIDE DIFTERICO GESTANTES	100%
TOXOIDE DIFTERICO M.E.F	100%

Fuente: Informe del Ministerio de la Protección social, 2014.

Como consecuencia positiva, del arduo trabajo de la administración municipal respecto a este tema, se demuestra en la disminución de los casos de infecciones respiratorias agudas (IRA) en la primera infancia al igual que en los casos de enfermedades diarreicas agudas (EDA). Estos avances significativos se deben al incremento en las unidades de atención y rehabilitación para la comunidad infantil, lo que conlleva a mejorar los indicadores en relación a la salud del municipio para los niños y niñas de 0 a 6 años.

De igual manera, dentro de la Enfermedades prevalentes en la infancia, resulta notable que no se presenta alguna variante desfavorable respecto de las Enfermedades Inmunoprevenibles, esto se debe a las altas coberturas observadas en años anteriores y a la buena gestión del gobierno local, resultados tales que se ven en la población infantil sobretodo en la primera infancia.

Por otra parte, desde hace años no se presentan casos de sarampión en el municipio haciéndose evidente con la consolidación de la erradicación del polio y la Eliminación del Sarampión, como también observamos la notable reducción de casos de Tétanos Neonatales, Rubeola, Difteria y Neumonía por Influenza Tipo b.

Lo anterior nos lleva a concluir respecto a esta categoría para el año 2015, el municipio cuenta con índices altos de gestión en relación al componente de salud para la población de la primera infancia, lo que refleja la labor de la administración municipal en el cumplimiento de su Plan de desarrollo.

En cuanto a la cobertura del régimen subsidiado, se tiene que el municipio San Juan Nepomuceno posee una cobertura del 96% de los niños y niñas de 0 a 6 años, el 4% restante no ha sido posible afiliarlos debido a que se encuentran en la zona rural del municipio.

4.3.3. Diagnóstico del Municipio de San Jacinto

El 6 de Agosto de 1776 llego una expedición al punto de San Jacinto, le pusieron "EL SITIO", al año siguiente, el 16 de Agosto de 1777 fue fundada y traen el nombre de San Jacinto de Duanga, capitán de los ejércitos reales al servicio de Su Majestad de España. Esta región de Maria La Alta, (La Cordillera Occidental colombiana se divide en tres ramales que son: las serranías de Abibe, San Jerónimo y Ayapel. De estos tres ramales selváticos, el segundo se prolonga hasta lo que se conoce como Serrania de San Jacinto o Montes de Maria la Alta, con su máxima altura, el cerro de Maco, de 989 metros de altura sobre el nivel del mar, pero este es más pequeño que la "Hamaca Grande") está constantemente referenciada por los medios de comunicación como zona peligrosa, donde la violencia es permanente.

Las primeras etnias del territorio que hoy se conoce como los Montes de Maria fueron los Sinúes, divididos en tres reinos (finzenú, panzenú y zenufaná). "Desde su fundación y hasta ahora, ha sido un pueblo que ha parido músicos naturales que despegan con una fuerza descomunal y se hacen escuchar en el mundo entero; artistas casi analfabetos ejecutando su música que es un lamento triste que les sale del fondo de su ser, pues cada Sanjacintero lleva una gaita en los repliegues de su alma."

El municipio está conformado por la cabecera municipal, la cual ha crecido en forma reticular, como inicialmente lo delinea su fundador, de la parte centro (parque principal) hacia fuera (periferia), donde se demarcan las etapas de crecimiento, en los últimos años se han presentado nuevos asentamientos con unas tendencias de crecimientos hacia el norte y el este del municipio. De los barrios que conforman la cabecera municipal el barrio Centro es el más antiguo, que se originó con la delimitación inicial y es el privilegiado con equipamiento social como parque recreacional, instituciones educativas, canchas deportivas, institucional, culto; además cuenta con los servicios públicos y vías pavimentadas, le siguen los barrios que surgieron alrededor de este y los barrios periféricos que tienen deficiencias de servicios públicos y equipamiento.

El Municipio de San Jacinto limita con el Municipio de San Juan Nepomuceno, con el Municipio de Zambrano, con el Municipio de El Carmen de Bolívar y con el Municipio de Maria la Baja. Tiene una extensión total de 462 Km².

La densidad de población de este municipio es de 48.89 Habitantes por Km², con un número de habitantes en la cabecera de 28.505 y número de habitantes en la zona rural es de 21.891, para un total de 6.613.

En este punto resaltamos el cambio en la estructura poblacional del municipio dado que, paso de tener una distribución poblacional de 68-32 en 1985 a una de 90-10 actualmente a favor de la aérea urbana. Esta circunstancia tiene su razón de ser por la presencia de grupos armados en las aéreas rurales del municipio.

En razón a lo anterior, la siguiente tabla demostraremos la densidad poblacional en el enfoque de este análisis así:

Tabla 10. Densidad Poblacional Municipio San Jacinto.

Municipio	Total Población	0 – 5 años	6 – 11 años	12 – 17 años	0 – 17 años	% 0 – 17 años
San Jacinto	28.505	3.303 – (11.59%)	3.232 – (11.34%)	3.631 – (12.74%)	10.166	35.67%

Fuente: DANE. Proyección censo 2005 y la población actual del municipio, 2015.

El cuadro anterior muestra que el 35.67% de la población (10.166) son niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años de edad.

El resultado del análisis de la población es significativo para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas en este municipio y un reto para la administración local, en la medida en que la población en su gran mayoría son menos de edad y necesitan de una atención preferencial para que se les garantice el derecho a la salud, que es el enfoque del presente análisis.

4.3.3.1. Salud en la Primera Infancia en el Municipio de San Jacinto

La posibilidad de un inicio de vida saludable, les da a los niños y niñas una oportunidad igual para crecer y desarrollarse como adultos que harán contribuciones positivas a su comunidad económica y socialmente. Es así como, si las circunstancias de modo, tiempo y lugar, que representan los primeros años de vida no es aprovechada, se vuelve cada vez más difícil en términos de tiempo y recursos propender una vida saludable y exitosa.

El municipio de San Jacinto cuenta para garantizar el derecho a la salud de sus habitantes con 3 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de las cuales una es de carácter público y dos de carácter privado, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 11. IPS en el Municipio San Jacinto.

Entidad	Nombre de la IPS
Publicas	ESE Hospital Local de San Jacinto
Privadas	Asociación Médica la Fe.
	Saluvig E.U

Fuente: Superintendencia de Salud. Departamento de Bolívar. Resumen información. 2012.

En el municipio se identifica una gran tensión respecto a las altas tasas de mortalidad infantil, la cual comparativamente con los municipios de los Montes de María, representa la segunda y más alta tasa con 46,6% de la población afectada a 2008 (DNP 2011), lo que significa alta vulneración de esta población infantil en sus derechos a la vida y existencia (y está en contravía de los objetivos de desarrollo del milenio – ODM, el cual plantea una disminución para Colombia de 18,98 a 2015 en la tasa de mortalidad infantil).

Esta situación, sumada a la evidencia de la reducción de la pirámide poblacional de la población infantil y de nacimientos, muestra la tendencia a su disminución, en este caso no por cultura y prevención de embarazos, si no por pérdidas de vidas por deficiencia en algunos los eslabones de prestación del servicio que debe ser analizado integralmente por el sistema de salud municipal.

Sin embargo, los indicadores de vacunación a 2011, pese a poseer inicialmente valores reportados por encima del estándar de 95% ante el Departamento, según informe de rendición de cuentas 2011, se verifica a 2012 con secretaria de salud municipal, que los valores observados en vacunación a 2011, están por debajo del 86,2% en menores de 1 año, así:

Tabla 12. Cobertura de Vacunas en el Municipio San Jacinto.

VACUNA	COBERTURA
ANTIPOLIOMIELITICA	86.2%
PENTAVALENTE	86.2%
ANTITUBERCULOSA	49.1%
TRIPLE VIRAL	49.1%
FIEBRE AMARILLA	67.9%
TOXOIDE DIFTERICO GESTANTES	79.7%
TOXOIDE DIFTERICO M.E.F	14.8%

Fuente: Informe Mensual de Vacunación y Gerencial PAI. 2014

Este no cumplimiento de las metas del 95%, tiene algunos aspectos que requieren estudio interno municipal, ya que los habitantes de zona alta, tienen mayores intercambios y acceso a municipios cercanos como María la baja, en los cuales toman servicios de salud y aplican tales biológicos, disminuyendo el indicador de vacunación en el municipio. Por otro lado, el bajo reporte de penetraciones a la zona rural, es otra de las posibles causas de este bajo cumplimiento de metas.

Dentro de la Enfermedades prevalentes en la infancia, resulta notable el aumento de la Incidencia de las Enfermedades Inmunoprevenibles, esto debido a las bajas coberturas observadas en años anteriores, por lo que el municipio no pudo alcanzar dicha meta para el año 2015.

El municipio tiene inscrita ante la SSPD la Unidad Municipal de acueducto alcantarillado y aseo público de San Jacinto, con funcionamiento irregular, lo cual generar una tensión evidentemente preocupante, en términos de la acumulación de basuras y desechos arrojados en basureros a cielo abierto en diferentes puntos de la micro cuenca del Arroyo San Jacinto y Cañito, lo cual está generando contaminación ambiental, malos olores y proliferación de vectores transmisores de

enfermedades, desde hace más de 6 años, que aumentan la morbilidad de los residentes de los barrios San José, La Gloria, El Siete, Campo alegre, La Campesina y otros cercanos a la ronda hídrica.

Esta situación de generación de basuras es agravada igualmente por el antiguo basurero municipal tipo trinchera, localizado a 2,5 Km, aguas arriba de la cabecera municipal en la vía que de San Jacinto conduce al Cerro de Maco, aún no clausurado técnicamente, produciendo contaminación hídrica y atmosférica al área urbana.

Al mal ambiente y aspecto que producen estas situaciones de contaminación en el arroyo San Jacinto y Cañito, se le suma el consumo de agua y basuras por parte de animales menores, que son luego sacrificados en el mercado local (o clandestino), aumentando los riesgos de enfermedades a la población y en especial a la primera infancia.

En cuanto a la cobertura del régimen subsidiado, se tiene que el municipio San Jacinto posee una cobertura del 86% de los niños y niñas de 0 a 6 años, el 14% restante no ha sido posible afiliarlos debido a que se encuentran en la zona rural del municipio, también porque ya han sido registrados en otros municipios.

CONCLUSIONES.

En el Capítulo anterior se explicaron y analizaron los indicadores relevantes en relación al enfoque de este estudio, en el cual se contextualizaron las condiciones sociales, ambientales y de salud de los niños y niñas de 0 a 6 años, en los municipios de referencia.

De este análisis se resalta como principal conclusión, que existen grandes debilidades en la gestión pública municipal, pues no están garantizando, ni promoviendo la cobertura total de los derechos de los niños y niñas de la primera infancia. De igual manera, existe vulnerabilidad en cuanto a la correspondencia de la familia y la sociedad, en el entendido que en muchos casos se están violando los artículos 39 y 40 del código de Infancia y Adolescencia, reseñados en el transcurso de este estudio.

Estas conclusiones son el resultado de la revisión y el análisis de los planes de desarrollo municipal de cada uno de los municipios estudiados (El Carmen de Bolívar, San Juan Nepomuceno y San Jacinto) en el departamento de Bolívar, de la información recolectada de los informes de gestión, rendición de cuentas, planes de acción, entre otros.

En los planes de desarrollo, se hallaron serias debilidades en la coherencia de la formulación, para explicar esto nos permitimos señalar las políticas definidas en cada municipio, así:

Municipio El Carmen de Bolívar:

Construcción de dos (2) Hogares múltiples para primera infancia una ubicada en el Barrio Villa María construcción inconclusa otro se encuentra terminado en la urbanización Pueblo Joven para su dotación y funcionamiento.

Supervisión, inspección, vigilancia y control de promoción social para poblaciones especiales, especialmente primera infancia.

Municipio San Juan Nepomuceno

- El monitoreo del proceso de aseguramiento de la primera infancia.
- Fortalecimiento del capital humano que garantiza el desarrollo integral sostenible a través de las generaciones.

Municipio San Jacinto

- El municipio cuenta con la UPA para la atención de la primera Infancia. Las madres comunitarias llevan semanalmente a los niños y niñas que atienden, la UPA cuenta con un equipo de apoyo las cuales hacen visitas domiciliarias a los padres usuarios de los hogares comunitarios.
- Brindar Atención y protección prioritaria a la población diferencial relacionado con los ciclos de vida de primera infancia, infancia y adolescencia, jóvenes, adulto mayor, discapacitados, mujeres cabeza de hogar, víctimas del conflicto armado garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.
- Garantizar la permanencia y la calidad de la educación dirigida a la primera infancia, infancia, adolescencia y jóvenes, asegurando la atención de la población diferencial para grupos afrocolombianos, con discapacidad y víctimas del conflicto armado.

De estas políticas, se evidencian los siguientes hallazgos:

- Se incluyeron en el componente estratégico, programas, proyectos y acciones direccionados a mejorar la situación de los primeros infantes, sin entrar a determinar un diagnóstico previo que le diera la viabilidad o sentido de pertenencia, en otras palabras, estas acciones fueron formuladas bajo los lineamientos nacionales sin tener en cuenta las circunstancias particulares de

cada municipio y específicamente sobre el grupo poblacional de la primera infancia.

- Con la información analizada de los planes de acción, se verifico que existen problemas institucionales en estos municipios y el nivel de cercanía con la comunidad para garantizar los derechos de los niños y niñas, en la mayoría de los casos es lejano, lo que dificulta la pronta accesibilidad a los servicios de salud. La debilidad de las entidades municipales podría explicarse, si se tiene en cuenta la escasa capacidad de acción que tiene frente a los problemas detectados. Por ende, los riesgos de incremento en las enfermedades en la primera infancia son latentes y hasta que no se tomen las medidas pertinentes esta situación podría empeorar sobre todo en el municipio del Carmen de Bolívar.
- De la implementación de los programas y acciones dirigidas por la autoridad municipal se obtuvieron resultados significativos, a excepción del municipio del Carmen de Bolívar, el cual aún no logra la cobertura total y se presentan deficiencias en la cobertura de vacunación. Ahora bien, para garantizar la universalización y el pleno derecho a salud de los niños y niñas de 0 a 6 años, es recomendable mejorar el acceso a servicios de salud de calidad, programas y acciones que permitan mayor inclusión de los niños y niñas.
- La implementación de la política pública de infancia y adolescencia no ha generado en los cambios propuestos dentro de los planes de acción de cada uno de los municipios estudiados, en la medida que como lo explicamos en el numeral anterior, hay muchas deficiencias en el servicio de salud para la primera infancia, situación que es más evidente en el municipio de El Carmen de Bolívar, el cual es el más rezagado en relación al cumplimiento de sus metas.
- Conforme a ello, se demuestra que los objetivos propuestos en los planes de desarrollo de los municipios objeto de este análisis, para el año 2015 aún no han sido alcanzados, siendo San Juan Nepomuceno el municipio con el

cumplimiento de metas e indicadores más altos con un porcentaje de 67.81%, con relación a los otros dos municipios.

- De igual manera, tenemos que decir que los objetivos perseguidos por la política pública en su gran mayoría si corresponden con la naturaleza de la problemática identificada, sin embargo, no se determinó un diagnóstico previo que le diera la viabilidad o sentido de pertenencia a los planes, es decir, estas acciones fueron formuladas bajo los lineamientos nacionales, sin pormenorizar en las situaciones particulares que se presentan en cada municipio.

En este punto sea menester señalar que las políticas diseñadas de las cuales se parte para hacer el análisis de grado de cumplimiento son las señaladas a continuación:

- La atención prenatal.
- La Mortalidad infantil.
- La Morbilidad infantil.
- La Mortalidad infantil.
- La cobertura de los servicios de salud.
- La cobertura de la calidad de agua potable y saneamiento básico.

Estas políticas fueron tomadas como referencia de los planes de desarrollo de cada uno de los municipios y medidas según los informes de rendición de cuentas, los planes de acción ejecutados, las estadísticas evidenciadas por las autoridades competentes tales como DANE, secretaria de salud municipal, Ministerio de la protección social entre otros.

Los resultados obtenidos de este análisis en cuanto a los términos de inclusión y coherencia, de cada uno de los municipios estudiados son: El Carmen de Bolívar, su grado de inclusión tuvo un porcentaje de 34%⁸⁵ y el grado de coherencia de

⁸⁵ Con el indicador de grado de inclusión se permitirá establecer, en términos porcentuales, qué tantos temas relevantes y considerados como necesidades de la población, son abordados en el plan de desarrollo, a fin de

36%.⁸⁶ . Para el municipio de San Juan Nepomuceno su grado de inclusión es de 87% y el grado de coherencia de 80%. Por último para el municipio de San Jacinto se tiene un grado de inclusión de 54% y un grado de coherencia de 60%.

En cuanto a los efectos observados, concluimos que en un 85% corresponden con las acciones de política implementadas, es decir, aunque se han ejecutado las acciones estipuladas en el plan de desarrollo de cada uno de los municipios, los resultados no se evidencian en la proyección realizada por cada entidad municipal, siendo los resultados obtenidos en un grado inferior a lo esperado.

Por último, señalamos que los planes de desarrollo municipal estudiados, tienen en su componente de política de infancia y adolescencia, las acciones para establecer el cumplimiento de los compromisos acordados para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y el acceso de los niños y niñas de 0 a 6, sin embargo, estas acciones aunque están definidas en muchas ocasiones no son coherentes con las necesidades de cada uno de sus territorios, rompiendo así con el esquema que deben cumplir las entidades municipales.

intentar gestionar una respuesta del sistema a las demandas de la población, contemplando además esta temática como parte de las competencias de la administración municipal.

⁸⁶ Al considerar la coherencia, se hace referencia, y será entendida como la relación entre la presencia de un diagnóstico de la situación actual de los NNA y la formulación de estrategias, representadas en el componente estratégico del plan. De esta manera, se permite visualizar en qué medida la formulación, implementación y ejecución de programas y proyectos se realiza sobre la base de un diagnóstico que permita conocer la situación real del municipio y visualizar la situación deseada al dar materialización de la política

BIBLIOGRAFIA

Asamblea General de las Naciones Unidas 1989, Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la el 20 de noviembre de Bogotá.

Alcaldía Municipal de El Carmen de Bolívar (2012). Plan de Desarrollo 2012 -2015 “El Buen Gobierno en Marcha”.

Alcaldía Municipal de San Juan Nepomuceno. (2012). Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “San Juan Nepomuceno: Mas Prospero y amable”.

Alcaldía Municipal de San Jacinto. (2012). Plan de Desarrollo 2012-2015 “Confianza y Seriedad con San Jacinto”.

Badel, D. (1999). “Diccionario Histórico Geográfico del Departamento de Bolívar”, Cartagena de Indias.

Congreso Nacional de la Republica (1991). Ley 12 de 1991, por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (1994). Ley 152 de 1994, por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo, Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (2006). Ley 1098 de 2006 por el cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (2007). Ley 1122 de 2007 por el cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Bogotá

Congreso Nacional de la Republica (2009). Ley 1295 de 2009, por el cual se reglamenta la atención integral de los niños, niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN. Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (2010). Ley 1388 de 2010. Por medio de la cual se regula la atención integral de los NNA con cáncer en Colombia. Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (2011). Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (2013). Ley Estatutaria 1618 de 2013. Por medio de la cual se garantiza y asegura el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad. Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

Congreso Nacional de la Republica (2013). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se garantiza el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes. Bogotá.

Constitución Política de Colombia (1991). Duodécima Edición. Santafé de Bogotá: Editorial Temis

Corte Constitucional, Sentencia T-148 de abril 22 de 1993, M.P.: Alejandro Martínez Caballero. Bogotá.

Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-566 de 1995. M.P.: Eduardo Cifuentes Muñoz. Bogotá.

Corte Constitucional Colombiana, Sentencia C-373 de 2004. MP: Álvaro Tafur Galvis. Bogotá.

Corte Constitucional Colombiana, Sentencia T-127 de 2007. M.P.: Manuel José Cepeda Espinosa. Bogotá.

Davila, P. y Naya, L. M. (2003): *Infancia, Educación Y Códigos De La Niñez En América Latina*, Un Análisis Comparado. Revista Española de Educación Comparada.

Departamento Nacional de Planeación (2007) Documento Conpes social 109. Política Pública Nacional de primera infancia “*Colombia por la primera infancia*”. Bogotá

Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2007). Guía para Alcaldes. Marco para las Políticas Públicas y Lineamientos para la Planeación del Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia en el Municipio. Bogotá.

Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible: “El proceso de planificación en las entidades territoriales: El plan de desarrollo y sus instrumentos para la gestión 2008 – 2011. Bogotá.

Galvis Ortiz Libia. (2006). *Las niñas, los Niños y los adolescentes como titulares activos de los derechos: mirada a latinoamericana*. Editorial Aurora.

Guzmán M. Carlos E. (2011) *Del revés al derecho: Los derechos de la infancia y la adolescencia desde la perspectiva de las políticas públicas*. Colección Jurídica: Temas actuales en derecho y ciencia política, editorial Universidad del Norte.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, Ministerio de la Protección Social Ministerio de Educación Nacional Departamento Nacional de Planeación Departamento Administrativo de Bienestar Social – DABS- (2006). *Colombia Por La Primera Infancia: "Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años*. Bogotá.

.Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, (2009) *Políticas Sociales de Ingreso para la Inclusión Social de la Primera Infancia. Evidencias y Argumentación*" Fundación Proyecto: Incidencia y asistencia técnica de la Fundación Siena. Buenos Aires.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá

Ministerio de Salud y Protección Social (2013) Resolución 5521 de 2013 Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS). Bogotá.

Maurás, "M. (2011). Public Policies and Child Rights: Entering the Third Decade of the Convention on the Rights of the Child", The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science.

Muller, Pierre. (1998). *Génesis y fundamentos del análisis de políticas públicas*. Innovar No11, Revista de ciencias administrativas y sociales..

Muller, Pierre. (2000). *Elementos para una estrategia de investigación sobre políticas públicas*. Innovar No19, Revista de ciencias administrativas y sociales.

Presidencia de La Republica de Colombia (1989) Decreto 2737 de 1989 Por el cual se expide el Código del Menor. Bogotá.

Presidencia de la República (2005). Plan nacional para la niñez y la adolescencia 2005- 2015 “*Colombia un país para los niños y niñas*”. Bogotá.

Presidencia de la República (2002). Plan nacional de desarrollo 2002 - 2006 “*Hacia un estado comunitario*”. Bogotá.

Presidencia de la República Informe Nacional 2003– 2006 “Seguimiento de la Aplicación del Plan de Acción “Un Mundo Apropriado Para Los Niños”. Nueva York.

Reyes, L. (2003). San Juan Nepomuceno: *Un espacio en la Historia*. Casa Editorial, Cartagena.

Roth Deubel, André-Noel. (2002). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.

Subirats J., Knoepfel P., Larrue C.,& Varone F.(2008), *Análisis y gestión de Políticas Públicas*. Barcelona, España: Ariel Ciencia Política.

Superintendencia Nacional de Salud. (2012). Departamento de Bolívar, Resumen información. Bogotá.

Tejeiro López Carlos Enrique, (1998), *Teoría General De Niñez y Adolescencia*. editado por UNICEF-Colombia

Torrado, María Cristina y Anzelin, Ingrid (2006). *Retos para las Políticas Públicas de la Primera infancia*, Universidad nacional de Colombia CES, Bogotá.

Universidad de Cartagena, Instituto de Políticas Públicas, Regional y de gobierno (IPREG), Fundación Terre Des Hommes Lausanne (2011). *La política de Infancia*

y Adolescencia. Retos y oportunidades para los municipios bolivarenses. Cartagena.

Unicef – Procuraduría General de la Nación y Contraloría General de la Nación. (2008). *Estrategia De Hechos y Derechos* .Colombia.

Unicef. (2009). Estado Mundial de la Infancia -, Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño, Edición Especial.

Unicef – Banco Mundial De Desarrollo (2007). *Lineamientos De Política Para La Primera Infancia* - Resumen Ejecutivo. Chile.

Unicef (2011). *Las Políticas Públicas Y La Infancia En España: Evolución, Impactos Y Percepciones* - .España.

Unicef – Colombia. (2010). *Estrategia Departamentos y Municipios Por La Infancia, La Adolescencia y La Juventud- Hechos Y Derechos*. Santa Marta.

WEBGRAFIA

Alcaldía Municipal de El Carmen de Bolívar (S.F.). Producciones y exportaciones. Disponible en internet: [ttp://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Bol%C3%ADvar](http://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Bol%C3%ADvar); consultado el 23 de mayo de 2015.

Alcaldía Municipal de El Carmen de Bolívar (S.F.). Historia. Disponible en internet: http://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Bol%C3%ADvar; consultado el 23 de mayo de 2015.

Alcaldía de San Juan Nepomuceno. (S.F). Tierra privilegiada donde cada hombre cuenta a través del arte la historia de su pueblo. Disponible en Internet: http://www.culturainmaterial.com/montesdemaria/index.php?option=com_content&view=article&id=78&Itemid=84; consultado el 23 de mayo de 2015.

Alcaldía de San Juan Nepomuceno. (S.F.) Población. Disponible en Internet: [http://es.wikipedia.org/wiki/San_Juan_Nepomuceno_\(Bol%C3%ADvar\)](http://es.wikipedia.org/wiki/San_Juan_Nepomuceno_(Bol%C3%ADvar)); consultado el 23 de mayo de 2015.

Alcaldía de San Jacinto. (S.F.). Bases económicas y sector de desarrollo. Disponible en Internet: [http://es.wikipedia.org/wiki/San_Jacinto_\(Bol%C3%ADvar\)](http://es.wikipedia.org/wiki/San_Jacinto_(Bol%C3%ADvar)); consultado el 23 de mayo de 2015.

Heckman, J.J. (2004). Invest in the Very Young. Center of Excellence for Early Childhood Development. Encyclopedia on Early Childhood Development. Disponible en Internet: <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/HeckmanANG.pdf>, consultado el 23 de mayo de 2015.

ANEXO 1.

MATRIZ DE CHEQUEO MUNICIPIO DE EL CARMEN DE BOLIVAR								
Categoría	Tema	Subtema	Diagnostico		Inclusión		Coherencia	
			No abordan tema	Si aborda n tema	No formulan programas	Si formula n programas	No hay relación entre 1 y 2	Si hay relación entre 1 y 2
Primera Infancia	Salud Maternal/prenatal	Atención prenatal	X		X		X	
		Mortalidad materna		X		X		X
	Salud y supervivencia infantil	Morbilidad infantil		X		X		X
		Mortalidad infantil		X		X		X
		Acceso y uso de servicios de salud		X		X		X
	Determinantes de la salud infantil	Cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico		X		X		X

Fuente: Matriz diligenciada del Plan de desarrollo del Municipio del Carmen de Bolívar

ANEXO 2.

MATRIZ DE CHEQUEO MUNICIPIO DE SAN JUAN NEPOMUCENO								
Categoría	Tema	Subtema	Diagnostico		Inclusión		Coherencia	
			No aborda n tema	Si aborda n tema	No formulan program as	Si formulan program as	No hay relació n entre 1 y 2	Si hay relació n entre 1 y 2
Primera Infancia	Salud Maternal/prenatal	Atención prenatal		X		x		X
		Mortalidad materna		X		x		X
	Salud y supervivencia infantil	Morbilidad infantil		X		x		X
		Mortalidad infantil		X		x		X
		Acceso y uso de servicios de salud		X		x		X
	Determinantes de la salud infantil	Cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico		X		x		X

Fuente : Matriz diligenciada del Plan de desarrollo del Municipio de San Juan Nepomuceno

ANEXO 3.

MATRIZ DE CHEQUEO MUNICIPIO DE SAN JACINTO								
Categoría	Tema	Subtema	Diagnostico		Inclusión		Coherencia	
			No abordan tema	Si abordan tema	No formula n programas	Si formula n programas	No hay relación entre 1 y 2	Si hay relación entre 1 y 2
Primera Infancia	Salud Maternal/pre natal	Atención prenatal	X		x			x
		Mortalidad materna		X		x		x
	Salud y supervivencia infantil	Morbilidad infantil		X		x		x
		Mortalidad infantil		X		x		x
		Acceso y uso de servicios de salud		X		x		x
	Determinantes de la salud infantil	Cobertura y calidad de agua potable y saneamiento básico		X		x		x

Fuente : Matriz diligenciada del Plan de desarrollo del Municipio de San Jacinto