

Santander siempre contigo y para el mundo

**Plan Territorial de Salud
2020-2023**



Siempre
Santander

GOBERNACIÓN





Plan Territorial de Salud “SANTANDER CONTIGO Y PARA EL MUNDO” 2020 – 2023

Formulación bajo
Metodología **PASE** a La Equidad En Salud

Mauricio Aguilar Hurtado
Gobernador

Bucaramanga, 2020

<p>NERTHINK MAURICIO AGUILAR HURTADO Gobernador de Santander 2020 – 2023</p> <p>JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ Secretario de Salud Departamental</p>	
<p>DIRECTORES TECNICOS Coordinadores</p>	
<p>CESAR ERNESTO SAENZ ARANDA</p>	<p>PLANEACION Y MEJORAMIENTO EN SALUD</p>
<p>Luz Marina Castro Ayala Grupo de Gestión de Proyectos, Planes y Programas</p>	<p>Mireya Martínez Gutierrez Grupo de Apoyo a la Gestión de Control y Calidad</p>
<p>Manuel Enrique Cupabán Grupo de Sistemas Integrados de Información en Salud</p>	
<p>GERMAN EDUARDO MARÍN CRDENAS</p>	<p>SALUD INTEGRAL</p>
<p>Mónica Romero Salazar Grupo de Promoción y Prevención</p>	<p>Alexander Torres Prieto Grupo de Epidemiología y Demografía</p>
<p>Alba Nury Ramírez Cano Grupo de Promoción Social</p>	<p>Ramón Yesid Uribe Contreras Grupo de Gestión de Salud Ambiental</p>
<p>Sandra Bayona Vergel Grupo de Laboratorio de Salud Pública</p>	<p>Luz Marina Uribe Rivero Grupo de Gestión de la Salud Pública</p>
<p>Martha Cecilia Díaz Ardila Grupo de Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores</p>	
<p>ALEJANDRO LOZANO URIBE</p>	<p>DESARROLLO DE SERVICIOS, INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL</p>
<p>María Cristina Romero Ortiz Grupo de Aseguramiento y Afiliación</p>	<p>Víctor Guillermo Taboada Acuña Grupo Centro Regulador de Emergencias y Desastres CRUE</p>
<p>Laura Gisela Ávila Calao Grupo de Participación Social en Salud</p>	<p>Yelitza Lilibeth González Hernández Grupo de Administración en Salud y Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad</p>
<p>Jaime Alirio Melo García Grupo de Administración de Servicios y Gestión del Modelo de Red Hospitalaria</p>	<p>Gilma Yaneth Alba Guio Grupo de Servicios de Salud Individuales</p>
<p>MAIRA MAGNOLIA BELTRAN ACOSTA</p>	<p>ADMINISTRACION Y CONTROL FINANCIERO</p>
<p>Julio Cesar Salgar Serrano Grupo de Control Financiero Red Hospitalaria</p>	<p>Elsa Velásquez Hernández Martha Isabel Ulloa Cuervo Grupo de Recursos Financieros en Salud</p>
<p>Alberto Villamizar Villamizar Grupo de Recursos Físicos</p>	<p>Lino Gerardo Ochoa Arguello Grupo Contratación y Apoyo Jurídico</p>
<p>EQUIPO TÉCNICO DE APOYO A LA ELABORACIÓN DE PTS – PDD 2020-2023</p>	
<p>SALUD AMBIENTAL</p>	<p>Ramón Yesid Uribe Contreras</p>

VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES	Moraima Gómez Simancas
CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL	Amath Sandra Milena Oliveros Tarazona
SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL	Linda Salazar Grimaldos
SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Patricia Caicedo Higuera Ana Patricia González Gómez
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	Darwin Antonio Rincón Noriega
SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	Víctor Guillermo Taboada
SALUD Y ÁMBITO LABORAL	German Eduardo Marín Cárdenas
GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	Alba Nury Ramírez Cano
FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA	Yelitza Hernández González
EQUIPO LIDER, FORMULADOR Y CONSOLIDADOR DE PLAN TERRITORIAL DE SALUD – PDD 2020-2023	Cesar Ernesto Sáenz Aranda Luz Marina Castro Ayala Lina Marcela Ardila Galvis





Tabla de contenido

1.	FICHA TECNICA.....	418
2.	INTRODUCCIÓN	420
3.	METODOLOGIA	421
4.	ANTECEDENTES	426
5.	MARCO NORMATIVO	427
	Por la cual se modifican algunos procedimientos de las intervenciones individuales de la resolución 3280 de 2018.....	429
	Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE	429
	Por el cual se declara un Estado de Emergencia económica, social y ecológica en Colombia por COVID-19.....	429
6.	ANALISIS DE SITUACION EN SALUD (ASIS).....	430
7.	PRIORIZACION DE LOS EFECTOS O PROBLEMAS EN SALUD	437
8.	PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EPS y DEMÁS EAPB.	439
9.	CONFIGURACION Y PRIORIZACION EN SALUD	449
10.	COMPONENTE ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD – CADENA DE VALOR PUBLICA EN SALUD.....	469
11.	COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD.....	486



1. FICHA TECNICA

DEPARTAMENTO: SANTANDER	
ENTIDAD TERRITORIAL:	SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
NIT:	890201235-6
SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER	
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
DEPENDENCIA/CARGO:	SECRETARIA
DIRECCIÓN:	CALLE 45 # 11-52
TELÉFONO: FIJO	6970000
APROBACIÓN	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL GOBERNADOR:	NERTHINK MAURICIO AGUILAR HURTADO
APROBADO POR:	Ordenanza
VISIÓN	
<p>A 2023 Santander será reconocido como un Departamento que promueve el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y familias, el desarrollo equilibrado, participativo, incluyente y sustentable del territorio; donde se construirán entornos seguros y confiables, Santander será pionero en la generación de un cambio cultural hacia la cooperación colaborativa basada en principios de transparencia, eficiencia y equidad, donde se afrontaran desafíos sociales y económicos articulando procesos con todos los sectores para transformar las condiciones de vida y el riesgo de enfermar. Estará integrado por un sistema de conectividad permanente y eficiente que potencializa el proceso de desarrollo integral de las comunidades y su internacionalización.</p>	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS DEL PTS	
<p>Mejorar las condiciones de vida y de salud de la población en general, mediante un hábitat adecuado, desarrollo de programas que mejoren las condiciones laborales y disminuyan la proliferación de enfermedades prevalente de la infancia en el departamento de Santander</p>	
<p>Fortalecer la accesibilidad y atención integral y oportuna a los servicios de salud, garantizando que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS cuenten con adecuada infraestructura hospitalaria, elementos y equipos biomédicos, talento humano, que den respuesta oportuna a la demanda de la población, disminuyendo la morbilidad y mortalidad en todos los santandereanos del departamento.</p>	
<p>Fortalecer la estructura familiar para permitir un desarrollo emocional adecuado en los niños, niña, adolescentes y jóvenes santandereanos, apoyando en el proyecto de vida, con ambientes favorables para propender por una salud mental, y el reconocimiento de los</p>	

derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo integral de estrategias encaminadas a años de vida saludable.

Adoptar Políticas Públicas, implementando Programas y Estrategias que favorezcan el acceso a servicios sociales y de salud a todas las poblaciones vulnerables, para intervenir la presencia de eventos de morbilidad y mortalidad relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional, así como el fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE, trabajando articuladamente con las diferentes provincias del Departamento.

Promover los derechos y deberes en el Sistema General de Seguridad Social - SGSSS en todos los entornos, para que las personas recibirán un diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación oportuna, interviniendo la morbilidad y mortalidad para poblaciones con alto grado de vulnerabilidad social, con una buena adherencia a tratamientos especialmente los de enfermedades de interés en salud pública.





2. INTRODUCCIÓN

El Departamento de Santander – Secretaría de Salud Departamental, en observancia de la Ley 152 de 1994, la Ley 1438 de 2011, la Resolución 1841 de 2013, Resolución 1536 de 2015, la Resolución 4834 de 2015, Ley 1751 de 2016, la Resolución 469 de 2016, Resolución 429 de 2016, Resolución 2626 de 2019 y demás normatividad sectorial, y siguiendo los lineamientos Nacionales, establecidos en el Plan decenal de salud pública 2012- 2021 y mediante la metodología *PASE A LA EQUIDAD EN SALUD*, formula el Plan Territorial de Salud, teniendo como antecedente el Plan de Territorial de Salud 2016– 2019, así como el lineamiento contenido en el Plan de Gobierno “ Siempre Santander” , donde destaca la salud como ““En el sector salud seré el primero que garantice este derecho, asumiremos con todo el rigor público la vigilancia de su cumplimiento. Tendremos la red pública más avanzada que responda a las exigencias de los santandereanos en concordancia con un modelo de atención vanguardista que vele por el bienestar físico y mental de los Santandereanos”, concretándose en el Plan de Desarrollo Santander para el Mundo.

La Secretaría de Salud Departamental siguiendo los lineamientos nacionales y departamentales, participó activamente en la elaboración del Plan de Desarrollo Departamental 2020 – 2023 “**SANTANDER CONTIGO Y PARA EL MUNDO**”, en el enfoque de Derechos y Deberes Sociales – Culturales, con el objeto de mejorar la situación de salud de los habitantes del Departamento de Santander mediante la integración de esfuerzos de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

Igualmente, se elaboró el documento Plan Territorial Santander 2020-2023, enmarcado por los lineamientos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública con el despliegue de acciones e intervenciones de las ocho dimensiones prioritarias y las dos dimensiones transversales, desarrollando cada uno de los procesos, momentos, pasos y actividades descritas en los lineamientos metodológicos, técnicos y operativos de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud. Se diligenciaron los aplicativos del Ministerio de Salud y protección social, tales como: los mapas de especialización de tensiones, identificación de racimos, ejes estructurantes, situación actual Santander, situación deseada Santander, así mismo se realizó la priorización de la caracterización de las EAPB en el departamento; que posteriormente se cargaran en la plataforma integrada del ministerio llamada SISPRO.

La situación en salud deseada para Santander se plasma mediante la metáfora con la configuración del **gecko**, que utiliza su habilidad innata para tomar un **radiante y llamativo color rojo**, que representa a un Santander que se sigue fortaleciendo, mediante su Plan de desarrollo “Santander Contigo y Para El Mundo”, cinco (5) ejes estructurantes deseados, la transformación de 22 tensiones, las ventajas y oportunidades que tiene el departamento, 27 metas de resultado y 73 metas de producto que incluye las 10 dimensiones del PDSP, cada una de ellas como programa con su objetivo.



3. METODOLOGIA

METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DE PLAN TERRITORIAL DE SALUD

De acuerdo con los antecedentes normativos y la normatividad legal vigente; así como los lineamientos y directrices respectivos por el grupo de planeación del ministerio de salud y la protección social, los planes territoriales de salud deben formularse basados en la estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, la cual contempla 5 procesos, cuya relevancia se le otorga al proceso II denominado la ruta lógica, que contiene todas las actividades que se enmarcan en el plan territorial de salud. y que son el insumo para el diligenciamiento y cargue en el Portal Web Sistema Integrado de Información para la Protección Social (SISPRO) para la Planeación Estratégica y Operativa.

De igual forma es importante tener presente que los PTS se deben formular en articulación con el Plan Decenal de Salud pública 2012-2021 que asume un abordaje de enfoques múltiples: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional.



Fuente: Estrategia PASE a la Equidad en Salud



Así mismo , la metodología utilizada para la elaboración tanto del Plan de Desarrollo como del Plan Territorial de Salud, fue incluyente y participativa, contándose con una alianza de actores territoriales, sectoriales, administraciones municipales y comunitarias que permitieron generar un marco de cooperación para impulsar el Plan de Desarrollo Territorial y en particular el PTS, en escenarios departamentales, provinciales, convocados por Planeación Departamental y Secretaría de Salud a través de Talleres “SIEMPRE SANTANDER”, los cuales se desarrollaron mediante mesas de trabajo sectoriales, donde también se contó con la participación de representantes de los consejos Territorial de Seguridad Social en Salud Departamental y Territorial de Planeación.

Talleres participativos “Siempre Santander”



TALLERES SIEMPRE SANTANDER



PROVINCIA DE SOTO NORTE
Construyamos juntos el Plan de Desarrollo

Santander para el mundo
PLAN DE DESARROLLO 2020 - 2023

Matanza, Santander
Domingo 2 de febrero de 2020
COLISEO, 7:00 a.m. a 2:00 p.m.



TALLERES SIEMPRE SANTANDER



PROVINCIA YARIGÜES
Construyamos juntos el Plan de Desarrollo

Santander para el mundo
PLAN DE DESARROLLO 2020 - 2023

Barrancabermeja, Santander
Sabado 8 de febrero de 2020
COLEGIO SUPERIOR NORMAL CRISTO REY
7:00 a.m. a 2:00 p.m.



TALLERES SIEMPRE SANTANDER



PROVINCIA GARCÍA ROVIRA
Construyamos juntos el Plan de Desarrollo

Santander para el mundo
PLAN DE DESARROLLO 2020 - 2023

Málaga, Santander
Sabado 15 de febrero de 2020
7:00 a.m. a 2:00 p.m.
COLEGIO NACIONAL CUSTODIO GARCÍA ROVIRA



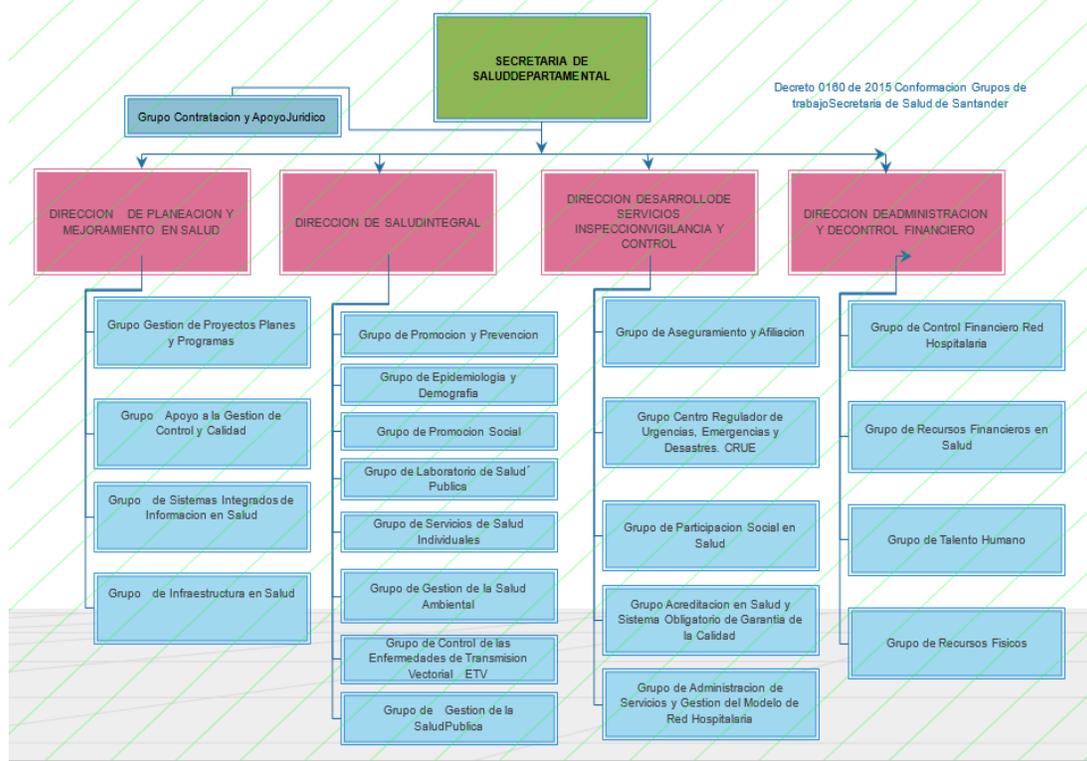


Fuente: Dirección de Planeación y Mejoramiento en Salud - SSS

El consenso obtenido se resume en la apuesta para generar un PTS que promueva la garantía del servicio de salud con oportunidad, calidad y eficiencia, reconocimiento de las diferencias territoriales y poblacionales, así mismo, que se fortalezca la autoridad sanitaria territorial, la investigación en salud y se establezca una red de prestación de servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad según georreferenciación.

Si bien la responsabilidad de la planeación integral en salud es competencia del señor gobernador, ésta se dinamiza a través de la Secretaria de Planeación con lineamientos generales en el marco del Plan de Desarrollo y de la Secretaria de Salud e n cabeza de la dirección de planeación y mejoramiento en salud, a través de la estructura administrativa y funcional regida por el Decreto 0263 de 2013 mediante el cual se modifica la estructura organizacional de la Administración Central Departamental, con el fin de armonizarla con las actuales competencias constitucionales y legales, manteniendo la estructura en Secretarías de Despacho (12), oficinas (4), Institutos Descentralizados (1), Lotería de Santander.

Dando alcance a lo anterior, mediante Decreto 160 de 2015, se conforman los grupos de trabajo a cargo de la Secretaría de Salud Departamental, los cuales participan en el proceso de planeación siguiendo la siguiente estructura:



Fuente: Decreto 160 de 2015

La Organización del equipo para la formulación del Plan Territorial de Salud estuvo liderada por la Secretaría de Salud y la participación de los grupos de trabajo pertenecientes a las cuatro Direcciones, la anterior conformación el equipo se videncia mediante un acta aprobada por el secretario de salud departamental.



4. ANTECEDENTES

Siguiendo los lineamientos de la Resolución 1536 del 11 de mayo de 2015, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud, se definió el proceso de formulación de PTS teniendo en cuenta los insumos de planeación en salud estratégicos, operativos y financieros:

Estratégicos:

- Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021: Se hizo revisión del PTS 2016 - 2019 con el Plan Decenal de Salud Pública y reformulación de este teniendo en cuenta la metodología PASE A LA EQUIDAD EN SALUD.
- Plan Nacional de Desarrollo “Pacto por Colombia” 2018-2022.
- Evaluación del alcance de las metas de salud contenidas en el Plan de Desarrollo “Santander Nos Une” 2016-2019, así como el informe de empalme correspondiente.
- Plan de Ordenamiento Territorial - POT en su distribución provincial y ubicación de la oferta de servicios de salud con la dinámica poblacional.
- Plan de Desarrollo Departamental “Santander Contigo y Para el Mundo” 2020-2023

Operativos:

- Plan Indicativo.
- Plan Operativo Anual y de Inversiones – POAI.
- Componente Operativo Anual y de Inversiones – COAI.
- Plan de Acción en Salud - PAS.

Financieros:

- Marco Fiscal de Mediano Plazo – MFMP.
- Plan Financiero Territorial en Salud – PFTS.
- Presupuesto y Programa Anual Mensualizado de Caja – PAC.

Como línea de base se contó con la Ordenanza 039 del 09 de diciembre de 2019, decreto de liquidación 463 de 23 diciembre de 2019, donde se aprueba proyectado el presupuesto para la vigencia 2020

5. MARCO NORMATIVO

Marco Legal	Título o Número	Descripción
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	<u>CONSTITUCIÓN</u> <u>POLÍTICA DE COLOMBIA</u> <u>DE 1991</u>	Constitución Política de Colombia
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	LEY 100 DE 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Plan de desarrollo nacional	LEY 1753 DE 2015	Plan nacional de desarrollo Todos por un nuevo país 2014- 2018
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	LEY 1122/2007	Reforma sistema general de la ley 100
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	CONPES 91 de 31 de marzo de 2005	Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015.
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	RESOLUCION 518/2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC

Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	LEY 1438 del 2011	Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	LEY 715/01	Distribución de Recursos y Competencias del Ente Territorial en Salud
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución 1841 de mayo de 2013	Plan decenal de salud pública. Adóptese el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, contenido en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución, el cual será de obligatorio cumplimiento tanto para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud — SGSSS, como del Sistema de Protección Social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones.
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Ley 1751 del 16 de febrero de 2015	Ley estatutaria de salud, tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución #0249 de febrero de 2016	Adopta la Política de atención integral en salud PAIS – MIAS.
Otras Normas	Ministerio de Salud y Protección Social Circular 005 Enero 26 de 2012	Lineamientos para la formulación del Plan Territorial de Salud y el Plan Operativo Anual vigencia 2012
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Ordenanza 070 de 2013	Por medio de la cual se modifica la Ordenanza N° 013 de Abril 23 de 2012

Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación ...
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución 1536 DE 2015	Planeación Integral en Salud
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución 3202 de 2016	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS y se dictan otras disposiciones
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución 3280 de 2018	por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta integral de Atención para la promoción y el mantenimiento de la salud y la Rutan Integral de Atención en Salud para la población Materno perinatal
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución 276 de 2019	Por la cual se modifican algunos procedimientos de las intervenciones individuales de la resolución 3280 de 2018.
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Resolución 2626 de 2019	Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE
Leyes, Decretos, Ordenanzas, Acuerdos, Resoluciones	Decreto presidencial 417 del 17 de marzo de 2020	Por el cual se declara un Estado de Emergencia económica, social y ecológica en Colombia por COVID-19.

FUENTE: Dirección de Planeación y Mejoramiento en Salud



6. ANALISIS DE SITUACION EN SALUD (ASIS)

En el Análisis de situación en Salud - ASIS de Santander año 2019, se puede evidenciar la caracterización del contexto territorial y demográfico, tasas de mortalidad, morbilidad y determinantes sociales, descritas a continuación:

Contexto Territorial y Demográfico

El Departamento de Santander cuenta con una gran diversidad territorial distribuida en siete provincias administrativas de planificación. Según datos proyectados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población total de Santander para 2019 es de 2.100.704 habitantes de los cuales 1.038.639 son hombres (49%) y 1.062.065 son mujeres (51%), para el año 2020 se estima un crecimiento de la población total del Departamento del 0.5% (2.110.580 habitantes).

Según proyecciones del DANE a 2019 el 76% la población total del Departamento de Santander vive en zonas urbanas y el 24% en zonas rurales, con una densidad poblacional promedio de 69 personas por Km².

Contexto Geográfico

La red de carreteras del Departamento de Santander la conforman 1.200 kilómetros de red primaria, de los cuales el 66,7 % están pavimentados. Además, cuenta con 3.469 km de carreteras secundarias (12,5 % pavimentadas), estas últimas a cargo del Departamento; y 6.181 km de red terciaria, a cargo de los municipios. A continuación, se presentan las distancias de cada uno de los municipios del Departamento en orden descendente.

Municipios	Distancia a la ciudad capital del Departamento: Bucaramanga	Tipo de transporte desde el Municipio más alejado a la Ciudad Capital del Departamento
Santa Helena del Opón	345	Terrestre
Cimitarra	311	Terrestre
Albania	297	Terrestre
Landázuri	286	Terrestre
Sucre	281	Terrestre
Florián	280	Terrestre
La Belleza	280	Terrestre
Aguada	279	Terrestre
La Paz	270	Terrestre
El Peñón	262	Terrestre
Jesús María	262	Terrestre
Bolívar	261	Terrestre
Guavatá	251	Terrestre
Puerto Parra	250	Terrestre
Chipatá	240	Terrestre

Municipios	Distancia a la ciudad capital del Departamento: Bucaramanga	Tipo de transporte desde el Municipio más alejado a la Ciudad Capital del Departamento
Vélez	231	Terrestre
Puente Nacional	226	Terrestre
Contratación	220	Terrestre
El Guacamayo	220	Terrestre
Macaravita	220	Terrestre
San Benito	215	Terrestre
Barbosa	214	Terrestre
San Miguel	212	Terrestre
Gámbita	204	Terrestre
Güepsa	204	Terrestre
Capitanejo	197	Terrestre
Carcasí	197	Terrestre
Suaita	190	Terrestre
Onzaga	187	Terrestre
Encino	185	Terrestre
Guadalupe	182	Terrestre
Cerrito	174	Terrestre
Enciso	173	Terrestre
Concepción	168	Terrestre
Barrancabermeja	163	Terrestre
Hato	160	Terrestre
San José de Miranda	160	Terrestre
Chima	156	Terrestre
San Joaquín	156	Terrestre
Guapotá	153	Terrestre
Málaga	153	Terrestre
Oiba	151	Terrestre
Ocamonte	149	Terrestre
Coromoro	148	Terrestre
Molagavita	144	Terrestre
Galán	143	Terrestre
Confines	139	Terrestre
Charalá	135	Terrestre
Mogotes	135	Terrestre
Palmas del Socorro	135	Terrestre
Palmar	134	Terrestre
Simacota	134	Terrestre
Betulia	130	Terrestre
Cabrera	127	Terrestre
Zapatoca	127	Terrestre
Páramo	124	Terrestre
Socorro	121	Terrestre
Barichara	120	Terrestre

Municipios	Distancia a la ciudad capital del Departamento: Bucaramanga	Tipo de transporte desde el Municipio más alejado a la Ciudad Capital del Departamento
Puerto Wilches	117	Terrestre
Villanueva	115	Terrestre
Valle de San José	113	Terrestre
Pinchote	107	Terrestre
San Andrés	104	Terrestre
El Carmen	100	Terrestre
Vetas	100	Terrestre
San Gil	98	Terrestre
Curití	91	Terrestre
Cepitá	90	Terrestre
Guaca	89	Terrestre
Jordán	80	Terrestre
Aratoca	71	Terrestre
San Vicente de Chucurí	68	Terrestre
Los Santos	62	Terrestre
Santa Bárbara	57	Terrestre
California	45	Terrestre
Suratá	45	Terrestre
Charta	41	Terrestre
El Playón	40	Terrestre
Sabana de Torres	40	Terrestre
Tona	36	Terrestre
Matanza	35	Terrestre
Rionegro	20	Terrestre
Piedecuesta	18	Terrestre
Lebrija	17	Terrestre
Girón	9	Terrestre
Floridablanca	8	Terrestre

Fuente: Análisis de Situación en Salud – ASIS 2019

Análisis de Mortalidad

De acuerdo con las tasas ajustadas por edad, las principales causas de muerte en el Departamento de Santander en 2017 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las demás causas y las neoplasias, las cuales han venido presentando un aumento comparado con el año anterior.

Durante el período de análisis en la población general las neoplasias fueron la principal razón de la mortalidad prematura (establecida mediante los años de vida potencialmente perdidos -AVPP), seguidas de las demás causas y causas externas. En los hombres, las causas externas fueron la razón de la mayor cantidad de años perdidos (31 %), seguido de las enfermedades del sistema circulatorio y las demás causas (21 % cada uno), mientras que en las mujeres fueron las neoplasias con el 32 %, seguido de las demás causas con el 28 %.

Las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de muerte por enfermedades transmisibles en el año 2017 tanto en hombres como en mujeres. En cuanto a los tumores en los hombres se observó que el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon junto con los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas fueron los más frecuentes, mientras que en las mujeres las causas más frecuentes de muerte fueron debidas a tumor maligno de la mama y tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon.

Para las enfermedades del sistema circulatorio, la causa principal de muerte fueron las isquemias del corazón. En cuanto a las afecciones originadas en el período perinatal, los trastornos respiratorios fueron la principal causa de muerte. De las causas externas, la

principal subcausa fueron los accidentes de transporte terrestre, seguidos de los homicidios en hombres y en mujeres la segunda causa de muerte fue las caídas. En cuanto a las demás causas, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la Diabetes Mellitus fueron las más frecuentes en 2017.

Con relación a la mortalidad infantil durante el período 2005-2017, la principal causa de defunciones en menores de 1 año fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal, seguidas de las malformaciones congénitas. En la razón de mortalidad materna tanto a nivel departamental como municipal las tasas se han reducido posterior al año 2013.

Así mismo la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años fue de 1.82 y la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales fue de 0.83

Las tasas de mortalidad neonatal, mortalidad infantil, mortalidad en la niñez y mortalidad por IRA en menores de 5 años entre 2005 y 2017, se han reducido paulatinamente. En todos estos indicadores, sin embargo, las tasas de mortalidad del Departamento siempre han permanecido por debajo del nivel nacional.

Al tener en cuenta los determinantes de la salud y su relación con los indicadores de mortalidad materno - infantil y de la niñez se encontró una desigualdad en la mortalidad infantil respecto a las NBI, evidenciándose que en algunos municipios donde la población fue más desfavorecida presentó mayores tasas de mortalidad infantil, pero en otro ocurrió lo contrario ya que tuvieron las tasas de mortalidad más altas pero las NBI bajas.

Análisis de Morbilidad

Teniendo en cuenta los registros de morbilidad atendida por grandes causas, en el año 2018 se presentó en todos los grupos etarios un aumento de la proporción de las enfermedades no transmisibles con respecto al año anterior. La primera infancia tiene los mayores porcentajes en condiciones transmisibles y nutricionales con respecto a los demás grupos de edad para todos los años entre 2009 y 2018.

En el análisis de la morbilidad atendida por causas específicas, en Santander en el año 2018 las enfermedades infecciosas y parasitarias, las condiciones maternas, las condiciones orales y traumatismos, envenenamientos u otras consecuencias de causas externas continúan siendo las principales causas de morbilidad general.

La morbilidad en salud mental se evidencia que la causa más atendida en todos los cursos de vida en la población Santandereana son en un primer lugar los trastornos mentales y del comportamiento seguido de las epilepsias.

En la morbilidad por eventos de alto costo se destacan la incidencia de leucemia linfocítica aguda y de la leucemia mieloide en menores de 15 años, que son significativamente mayores

para el Departamento en comparación con el referente nacional. Adicionalmente, se observa que entre 2010 y 2014 la Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 presenta mayores casos en el Departamento de Santander comparados con los referentes nacionales.

La morbilidad por eventos precursores muestra que la tendencia de la diabetes mellitus ha tenido un comportamiento variable en los últimos años con un ascenso en 2015, mientras que la tendencia de la hipertensión arterial ha mantenido un comportamiento ascendente sostenido, similar a la del nivel nacional.

Con respecto a los eventos de notificación obligatoria (ENO's) reportados al SIVIGILA en Santander durante 2017, la tasa de incidencia más alta fue la enfermedad Chagas y Lepra. Se destaca la tuberculosis pulmonar, la tos ferina y el tétano accidental que se encuentran por encima del indicador nacional

Las principales causas de discapacidad que afectan a la población de Santander de manera acumulada hasta el año 2019 son la alteración del movimiento de cuerpo manos, brazos y piernas (24,52 %), las alteraciones del sistema nervioso (19,70 %) y las alteraciones de los ojos (16,15 %). La población mayor de 45 años es la más afectadas por estas condiciones de discapacidad.

Análisis de los Determinantes sociales de la salud - DSS

El porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios para cuidado de la primera infancia: en el año 2005 el 14% de los hogares en Santander presentaban barreras en el acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia y el 6,7% de los hogares reportaron barreras de acceso a los servicios de salud en general. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estos indicadores entre el departamento y el referente nacional.

En el 2017 en Santander, la cobertura de afiliación al SGSSS fue de 99%, la cual fue mayor a la nacional, sin llegar a ser estadísticamente significativa.

En Santander, la cobertura administrativa de vacunación en 2018 fue de 88% para BCG en nacidos vivos, siendo inferior a la cifra nacional. Adicionalmente, en menores de 1 año, la

cobertura de 3 dosis de DPT fue de 88%, para polio de 88% y para triple viral de 90%. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el departamento y el referente nacional en ninguno de estos indicadores.

En cuanto a los indicadores de atención en control prenatal y parto, en 2017 se reportó que el 92% de los nacidos vivos en Santander tuvieron cuatro o más consultas de control

prenatal; el 99,69% de los partos fueron atendidos institucionalmente y por personal calificado el 99,72. Sin diferencias estadísticamente significativas entre el departamento y el referente nacional en ninguno de estos indicadores.

Al evaluar los determinantes intermedios de la salud del sistema sanitario no se encuentran indicadores en niveles críticos en comparación con el referente nacional. Aunque los niveles de cobertura son inferiores a nivel departamental estas diferencias no se consideren estadísticamente significativas.

Sin embargo, durante el año 2019 Santander obtuvo un Índice de riesgo de la Calidad del agua para consumo Humano - IRCA del 10,52 % para un nivel de riesgo bajo. El 51 % de los municipios estuvieron sin riesgo durante el año 2019, aumentaron en comparación con el 45 % de los municipios que estuvieron sin riesgo durante el año 2018; el 23 % de los municipios estuvieron en riesgo bajo durante el año 2019, 19% en riesgo medio y el 7 % en riesgo alto (playón, gambita, Jordán, Molagavita, suitea y sucre), aumentando en comparación con el año 2018 que estuvieron en riesgo alto el 4,6 % (Aguada, playón, Jesús maría y Jordán). No se obtuvo para el año 2019 y 2018 municipios con nivel de riesgo inviable sanitariamente.

En cuanto a los establecimientos sanitarios de alto riesgo, durante el año 2019 el departamento de Santander, contaba con un censo de 19056 establecimientos de alto riesgo relacionados con la preparación, comercialización y expendio de alimentos, alcanzando una cobertura del 34% durante el año 2019 y una cobertura del 87 % durante el cuatrienio, dando

cumplimiento a la meta de producto establecida del 80 % durante el cuatrienio (2016 -2019). Para el año 2019 el 28% de los establecimientos obtuvieron concepto favorable, el 71 % con concepto favorable condicionado y el 1 % concepto desfavorable.

Emergencia Sanitaria por Pandemia del COVID-19:

Con la aparición del virus COVID19 en china, puntualmente en la ciudad de Wuhan, y su rápida propagación, la Organización Mundial de la Salud – OMS, declaró el actual brote de enfermedad por Coronavirus – COVID19 como Pandemia, esencialmente por la velocidad de la propagación y la escala de transmisión, toda vez que al 11 de marzo de 2020 a la OMS se le había notificado cerca de 125.000 casos de contagio en 118 países, los cuales se habían ido multiplicando en 13 veces con respecto al número de casos notificados, fuera de la república popular China, por lo que instó a los países a tomar acciones urgentes y decididas para la identificación, confinación, aislamiento, y monitoreo de los posibles casos y tratamiento de los casos confirmados.

De acuerdo con la decisión tomada por la OMS, el gobierno colombiano decide declarar el Estado de Emergencia con el decreto presidencial 417 del 17 de marzo de 2020, y así facilitar las medidas preventivas del virus, que han logrado detener la velocidad de propagación de este; esto se evidencia en los resultados epidemiológicos reportados hasta el 23 de abril de 2020, 4.561 casos confirmados, 927 casos recuperados y 215 muertes por COVID19. De los cuales el Departamento de Santander reporta 37 casos confirmados, 22 casos recuperados y 2 muertes por COVID19, distribuidos en 7 municipios de la siguiente manera: Bucaramanga 17 casos – Barrancabermeja 6 casos – Floridablanca 9 casos – Piedecuesta 1 caso – Cimitarra 2 casos – Curití 1 caso – Concepción 1 caso. Cifras que sería muy superiores si no se hubiesen tomado estas medidas de manera oportuna como se evidencia en otros países que postergaron las acciones frente a esta pandemia.



Fuente: Gobernación de Santander – Secretaría de Salud Departamental

7. PRIORIZACION DE LOS EFECTOS O PROBLEMAS EN SALUD

En el análisis situacional de salud para Santander, se evidencian las prioridades de salud pública de acuerdo con cada dimensión del Plan Decenal de Salud Pública, descritas a continuación:

Dimensión Plan Decenal	Prioridad
1. Salud Ambiental	1. Baja cobertura de agua potable y alcantarillado en áreas rurales.
	2. Cerca del 50% de los municipios del Departamento tienen un 40% o más de la población con necesidades básicas insatisfechas.
2. Vida saludable y condiciones no transmisibles	1. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio
	2. Mortalidad por Enfermedades isquémicas del corazón
	3. Mortalidad por demás causas
	4. Mortalidad por diabetes Mellitus
	5. Mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores
	6. Altas tasas de incidencia de leucemia linfocítica aguda y leucemia mieloide en menores de 15 años, significativamente mayores para el departamento en comparación con el referente nacional.
	7. Aumento en la prevalencia de diabetes mellitus tipo II.
	8. Consumo de alcohol en los adolescentes: 34,3% de los escolares entre 11 y 18 años reportaron consumo de alcohol en el último mes.
	9. Aumento en la consulta por enfermedad cardiovascular.

Dimensión Plan Decenal	Prioridad
	10. Mortalidad por Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon 11. Tumor maligno de la mama en la mujer
3. Convivencia social y salud mental	1. Altas tasas de incidencia de violencia intrafamiliar y contra la mujer, superiores a las tasas nacionales. 2. Aumento en la tasa de mortalidad por suicidio en hombre (11 muertes por 100.000 hombres). 3. Mortalidad por Accidentes de transporte terrestre en hombres (25 muertes por cada 100.000 hombres) 4. Mortalidad por Agresiones (homicidios) en hombres (21 muertes por cada 100.000 hombres)
4. Seguridad alimentaria y nutricional	1. Gran parte de la red vial del departamento se encuentra sin pavimentar (33,3% de los 1.200 kilómetros de red primaria, 77,5% de los 3.469 km de carreteras secundarias), lo cual tiene consecuencias negativas en la disponibilidad de alimentos. 2. Bajo consumo de frutas y verduras (aunque este es ligeramente superior al comportamiento nacional).
5. Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	1. Alta tasa de fecundidad en adolescentes 2. Tasa de incidencia de sífilis congénita.
6. Vida saludable y enfermedades transmisibles	1. Las infecciones respiratorias agudas fueron la principal causa de muerte por enfermedades transmisibles en el año 2017 2. Tasa de incidencia por Chagas 3. Tasa de incidencia de Dengue 4. Aumento en la Letalidad por Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar 5. Letalidad por Lepra 6. Letalidad por Chagas 7. Letalidad por Infección respiratoria aguda 8. Las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron la principal causa de morbilidad por enfermedades transmisibles y nutricionales en el año 2017
7. Salud pública en emergencias y desastres	1. Remoción en masa, sismos, inundaciones, sequía e incendios forestales son amenazas identificadas en gran parte de los municipios. 2. Indicadores de informalidad laboral y brechas por género desfavorables.
9. Gestión diferencial en poblaciones vulnerables	1. Transición actual al ciclo vital de la adultez, con una disminución de la tasa de natalidad y fecundidad. 2. Se presentan 255.885 víctimas del conflicto armado, (49,6% mujeres). Según el Registro Único de Víctimas (10/Septiembre/2019). 3. Personas con alguna discapacidad (El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas). 4. El flujo de la migración en el departamento de Santander tiene predominio en las mujeres entre los 15 y 29 años de edad con sus hijos principalmente menores de 10 años.
10. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria	1. Insuficiencia de infraestructura física hospitalaria, tecnología obsoleta y falta de gestión por resultados en IPS Públicas 2. Hogares con barreras de acceso a los servicios de Salud. 3. Red de prestación de servicios de salud en municipios de provincia en mayor proporción la pública en el departamento con déficit financiero y concentración de niveles superiores en la capital.





Dimensión Plan Decenal	Prioridad
	5. Se reportaron aumento en atenciones en salud a población migrante afectando los recursos destinados para la población pobre no asegurada.

Fuente: Análisis de Situación en Salud – ASIS 2019

8. PRIORIZACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA A LAS EPS y DEMÁS EAPB.

Caracterización de las EAPB

En el departamento de Santander operan 20 EAPB distribuidas así:

- 5 EPS del régimen subsidiado: Asmetsalud, Comparta, Coosalud, Medimas, Nuevaeps
- 9 EPS del régimen contributivo : Coosalud, Coomeva, Famisanar, Nuevaeps, Medimas Sanitas, Saludtotal, Saludmia y Sura.
- 5 de régimen de Excepción: Policía Nacional, Fuerzas Militares, Ecopetrol, Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Fondo Nacional del Magisterio
- 1 de Régimen Especial: Uisalud.

EAPB	RÉGIMEN
COOSALUD	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO
MEDIMAS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO
NUEVA EPS	CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO
ECOPETROL	REGIMEN DE EXCEPCIÓN
FONDO PASIVO FERROCARRILES	REGIMEN DE EXCEPCIÓN
FONDO NACIONAL DEL MAGISTERIO	REGIMEN DE EXCEPCIÓN
FUERZAS MILITARES	REGIMEN DE EXCEPCIÓN
POLICIA NACIONAL	REGIMEN DE EXCEPCIÓN
COOMEVA	CONTRIBUTIVO
FAMISANAR	CONTRIBUTIVO
SALUD TOTAL	CONTRIBUTIVO
SANITAS	CONTRIBUTIVO
SALUDMIA	CONTRIBUTIVO
SURA	CONTRIBUTIVO
UISALUD	REGIMEN ESPECIAL
ASMET SALUD	SUBSIDIADO
COMPARTA	SUBSIDIADO

Fuente: Grupo de Gestión del Aseguramiento SSS

Para efectos de la caracterización de las EABP se cuenta con información del Componente Estratégico Operativo de 13 de ellas que operan en el departamento según su régimen de habilitación y en movilidad entre regímenes: Asmetsalud, Comparta, Coosalud, Coomeva, Emdisalud, Famisanar, Medimas-S, Medimas-C, Nuevaeps-C, Saludtotal, Saludmia, Sanitas y Sura.

Análisis al Componente Estratégico Operativo presentado por las EAPB

Para el análisis de las prioridades presentadas por las EAPB, se partió de las responsabilidades definidas por la Resolución 1536 de 2015:

- Realizar la caracterización poblacional por cada municipio y departamento donde tenga.
- Diseñar y ejecutar en acuerdo con las IPS, las estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública, ajustados a las prioridades territoriales en materia de salud pública.
- Realizar las acciones de gestión de riesgo individual de sus afiliados.
- Concertar acciones conjuntas acordes con las prioridades del Plan Territorial de Salud, en articulación con las entidades territoriales de salud, departamentales, en el marco de sus competencias.

La citada resolución establece que las EAPB deben articular sus acciones y prioridades en salud con las entidades territoriales del orden departamental y local donde cuentan con afiliados, garantizando aunar esfuerzos y compromisos para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud, la eliminación de barreras administrativas a los servicios de salud, el acceso a la prestación de servicios de salud con calidad y oportunidad y el logro de resultados positivos en salud.

Resultados del análisis al Componente Estratégico Operativo presentado por las EAPB.

Para la Caracterización de la Población realizadas por las EAPB, cada una de ellas aplicó la metodología estandarizada y difundida a través de la "Guía Conceptual y Metodológica para la caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)", establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual

describe y analizar la situación de salud de su población afiliada en términos de sus principales causas de morbilidad, mortalidad, identificando poblaciones con riesgos específicos, bajo el enfoque de determinantes de la salud, que permitan evaluar y ajustar los planes de intervención orientados a necesidades específicas de gestión del riesgo, costo/efectividad y equidad, entre otros.

Cargue en CEO Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB . Santander 2018-2019

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	ASMET Salud EPS SAS	3048	CONTRIBUTIVO	ESSC62	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población con riesgo o presencia de cáncer	✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero
SANTANDER	ASMET Salud EPS SAS	84.352	SUBSIDIADO	ESSC62	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población con riesgo o presencia de cáncer	✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	COMPARTA - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA EPS	489	CONTRIBUTIVO	ESSC33	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población con riesgo o infecciones Población con riesgo o presencia de cáncer Población en condición materno –perinatal	✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ✓ Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida ✓ Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias ✓ Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix ✓ Tasa de mortalidad perinatal
SANTANDER	COMPARTA - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA COMPARTA EPS	141.272	SUBSIDIADO	ESSC33	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población con riesgo o infecciones Población con riesgo o presencia de cáncer Población en condición materno –perinatal	✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ✓ Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida ✓ Tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias ✓ Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix ✓ Tasa de mortalidad perinatal

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	COOMEVA EPS	170.009	CONTRIBUTIVO	EPS016	<p>Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</p> <p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p> <p>Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales</p> <p>Población con riesgo o infecciones</p> <p>Población en condición materno – perinatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata ✓ Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer ✓ Tasa ajustada de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales ✓ Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años ✓ Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo
SANTANDER	COOMEVA EPS	23.277	SUBSIDIADO	EPS016	<p>Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</p> <p>Población con riesgo o infecciones</p> <p>Población en condición materno – perinatal</p> <p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p> <p>Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón ✓ Prevalencia de enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de restitución o reemplazo renal ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis ✓ Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer ✓ Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	COOSALUD ESS EPS-S	211.439	CONTRIBUTIVO	ESSC24	<p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p> <p>Población con riesgo o infecciones</p> <p>Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas</p> <p>Sin Grupo de Riesgo Clasificado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida ✓ Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema respiratorio ✓ Tasa de mortalidad en la niñez por enfermedades del sistema digestivo
SANTANDER	COOSALUD ESS EPS-S	211.439	SUBSIDIADO	ESSC24	<p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p> <p>Población con riesgo o infecciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad por el VIH/Sida

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	EMDISALUD - EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD EMDISALUD ESS-EPS-S	21.473	CONTRIBUTIVO	ESSC02	Población con riesgo o infecciones Población con riesgo o presencia de cáncer Población en condición materno – perinatal Sin Grupo de Riesgo Clasificado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años ✓ Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años ✓ Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo ✓ Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ✓ Porcentaje de muertes por resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ✓ Tasa de mortalidad infantil
SANTANDER	EMDISALUD - EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD EMDISALUD ESS-EPS-S	16.290	SUBSIDIADO	ESSC02	Población en condición materno – perinatal Población con riesgo o presencia de cáncer Población con riesgo o infecciones Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa General de Fecundidad ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero ✓ Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años por ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias ✓ Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	EPS FAMISANAR LTDA	19.601	CONTRIBUTIVO	EPS017	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales Población con riesgo o infecciones Población en condición materno – perinatal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles ✓ Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
SANTANDER	EPS FAMISANAR LTDA	1.549	SUBSIDIADO	EPS017	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales Población con riesgo o infecciones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	EPS SANITAS	116.512	CONTRIBUTIVO	EPS005	<p>Población con riesgo o infecciones</p> <p>Población en condición materno – perinatal</p> <p>Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</p> <p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles ✓ Tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años por malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas ✓ Prevalencia de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años ✓ Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero ✓ Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
SANTANDER	EPS SANITAS	3.165	SUBSIDIADO	EPS005	<p>Población con riesgo o infecciones</p> <p>Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</p> <p>Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento</p> <p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón ✓ Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del útero, parte no especificada

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	FUNDACION SALUD MIA EPS	7.451	CONTRIBUTIVO	EPSS46	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de personas en la EAPB afectadas por el primer evento de alto costo ✓ Número de personas en la EAPB afectadas por el segundo evento de alto costo ✓ Costo total para la EAPB por el primer evento de alto costo
SANTANDER	FUNDACION SALUD MIA EPS	12	SUBSIDIADO	EPSS46	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de personas en la EAPB afectadas por el primer evento de alto costo ✓ Número de personas en la EAPB afectadas por el segundo evento de alto costo ✓ Costo total para la EAPB por el primer evento de alto costo

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	Medimas EPS S.A.S	189.458	CONTRIBUTIVO	EPS044	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población con riesgo o infecciones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida
SANTANDER	Medimas EPS S.A.S	60.144	SUBSIDIADO	EPS044	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población con riesgo o infecciones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	N° AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	NUEVA EPS	54.341	CONTRIBUTIVO	EPS037	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas Población en condición materno – perinatal Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales Población con riesgo o infecciones	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Porcentaje de gestantes que reciben consejería de lactancia materna ✓ Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo ✓ Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años ✓ Cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/Sida
SANTANDER	NUEVA EPS	104.671	SUBSIDIADO	EPS037	Población con riesgo o infecciones Población con riesgo o presencia de cáncer Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis ✓ Tasa de incidencia de cáncer invasivo de cérvix ✓ Prevalencia de obesidad en mujeres de 18 a 64 años ✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Prevalencia de Hipertensión Arterial en personas de 18 a 69 años

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	Nº AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	153.173	CONTRIBUTIVO	EPS002	<p>Población con riesgo o infecciones</p> <p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p> <p>Población en condición materno – perinatal</p> <p>Población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas</p> <p>Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</p> <p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades transmisibles ✓ Tasa de mortalidad por leucemia aguda en menores de 18 años ✓ Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo ✓ Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio ✓ Porcentaje de pacientes en diálisis con catéter temporal ✓ Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo ✓ Tasa ajustada de mortalidad por neoplasias
SANTANDER	SALUD TOTAL - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	10.464	SUBSIDIADO	EPS002	<p>Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</p> <p>Población en condición materno – perinatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Costo total para la EAPB por la primera patología de alto costo ✓ Porcentaje de personas atendidas por enfermedades no transmisibles por EAPB ✓ Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus ✓ Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años ✓ Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con uso actual de algún método anticonceptivo ✓ Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	Nº AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	SALUD VIDA EPS	108.463	SUBSIDIADO	EPSS33	<p>Población con riesgo o infecciones</p> <p>Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas</p> <p>Población con riesgo o presencia de cáncer</p> <p>Población en condición materno – perinatal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares ✓ Tasa ajustada de mortalidad por diabetes mellitus ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos, excepto tráquea, bronquios y pulmón ✓ Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del estómago ✓ Porcentaje de personas atendidas por condiciones materno perinatales por EAPB ✓ Tasa ajustada de mortalidad por embarazo, parto y puerperio

CARACTERIZACIÓN POBLACIÓN	EPS	Nº AFILIADOS	REGIMEN	CODIGO EAPB	GRUPO DE RIESGO	INDICADOR PRIORIZADO
SANTANDER	SURA - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	58.261	CONTRIBUTIVO	EPS010	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas
SANTANDER	SURA - COMPAÑIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	1.842	SUBSIDIADO	EPS010	Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años ✓ Tasa ajustada de mortalidad por enfermedades hipertensivas

Evaluación al contenido del Componente Estratégico Operativo presentado por las EAPB. (está repetido en el PTS anterior)

El 55 % (11) de las EAPB identificaron como primera prioridad eventos intervenidos desde la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, 10 % (2) en eventos intervenidos en la dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles y el 5% (1) eventos intervenidos en la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos. Otras dimensiones abordadas por las EAPB, fueron por eventos relacionados con dimensión seguridad alimentaria y nutricional. Ninguna de las EAPB priorizo la dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables.

Propuesta desde Gestión del Aseguramiento para tener en cuenta por las EAPB en el ajuste al Componente Estratégico Operativo presentado.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB como responsables de la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador, lo cual garantiza a través de las intervenciones planeadas anualmente para gestionar el riesgo en salud y asegurar a cada uno de sus afiliados niveles de calidad, suficiencia y cobertura mínimos aceptables en la prestación de servicios de salud que propendan por gestionar el riesgo en salud. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes de Beneficios en Salud.

Así las cosas, la visión de las EAPB debe estar centrada en la gestión de riesgo individual de sus afiliados, concertando acciones conjuntas acordes con las prioridades del Plan Territorial de Salud, en articulación con las entidades territoriales de salud donde tienen afiliados, e igualmente con el departamento, en el marco de sus competencias, para alcanzar conjuntamente resultados positivos en salud de su población.

Con la Resolución 2626 de 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, aplicable a los integrantes del sistema de salud a cargo de acciones en salud relacionadas con la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y muerte digna.

En este contexto, las EAPB deben desarrollar estrategias para promover en sus afiliados la utilización de los servicios de promoción de la salud, detección temprana de riesgo para la salud y protección frente a eventos específicos, así como realizar la identificación de los riesgos del ambiente que incidan sobre la salud de su población afiliada, y garantizar la vigilancia en salud pública de su población, coordinando acciones de intervención con las departamentales y locales.

El Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE se desarrolla a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, orientando de forma articulada, la gestión de los integrantes del sistema de salud en el territorio para responder a las prioridades de salud de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y a la sostenibilidad del sistema, bajo el liderazgo del departamento. Para lo anterior define ocho (8) líneas de acción que permiten la organización y el despliegue en los territorios.

En la línea de aseguramiento incluye acciones orientadas a garantizar en los territorios, el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias legales, las cuales son las que se desarrollaran en el plan de acción operativo del PTS. Las acciones son las siguientes:

- Desarrollar actividades para garantizar la cobertura universal del sistema de salud en el territorio.
- Desarrollar estrategias para garantizar la afiliación de poblaciones, en especial la población vulnerable.
- Eliminar las barreras administrativas para el acceso al sistema de salud, mediante el desarrollo de mecanismos eficaces para la identificación plena de las personas, la afiliación oportuna al sistema de salud y las novedades asociadas con ella y el trámite oportuno de los procedimientos administrativos asociados a la atención, en especial las autorizaciones, teniendo en cuenta las características del territorio.
- Fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en el territorio, en especial aquellas dirigidas al acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios.
- Garantizar la integralidad de la red de prestación de servicios de salud.
- Garantizar la suscripción y liquidación oportuna de los contratos entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud.



9. CONFIGURACION Y PRIORIZACION EN SALUD

Configuración actual

En el Departamento de Santander los municipios sobre los cuales se ubica la salamandra, se caracterizan por tener entre una y tres tensiones, entre las cuales predominan la inequidad en el acceso a los servicios públicos ya que de un total de 773.583 viviendas del Departamento, el 74.5% de estas se encuentran ubicadas en el área urbana y tienen acueducto; así mismo en lo relacionado con las plantas de tratamiento de aguas residuales (PTARS) para los 87 municipios, logran una remoción de sólo el 70% de Sólidos Suspendidos Totales (SST) y Demanda Biológica de Oxígeno (DBO), e incluso en algunas se presentan malos olores, situación originada por su inadecuada operación y mantenimiento, lo que aumenta la carga de morbilidad relacionada con la mala calidad del agua, morbilidad relacionada con enfermedades como las diarreas agudas (EDA), enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), infecciones respiratorias agudas (IRA), Coronavirus – COVID19 y enfermedades de la piel, así como la contaminación de los vertimientos y problemas ambientales.

Por otro lado, la contaminación de aire del departamento está asociada al sector industrial evidenciado en plantas procesadoras de alimentos, la industria del arroz y el parque automotor, así como la intensidad del ruido y las radiaciones electromagnéticas las cuales aportan carga de enfermedad y de mortalidad, lo que aumentan los costos destinados a la atención sanitaria.

Se observan insuficientes recursos humanos, físicos, financieros y técnicos, que generan una baja calidad en la prestación de los servicios de salud ofertados. Se suma el desconocimiento de las competencias institucionales a nivel municipal e institucional y en la población en sus derechos y deberes dentro del sistema de salud. La desarticulación institucional, y la consecuente falta de inclusión social en políticas públicas para el mejoramiento de la calidad de vida de los santandereanos, reflejan el moderado nivel de Ingovernabilidad que se presenta en el territorio.

Los santandereanos presentan un riesgo alto de padecer trastornos mentales, relacionados no solamente con enfermedades como psicosis o delirios, sino también depresión, violencia intrafamiliar, suicidio, consumo de sustancias psicoactivas con un porcentaje del 0.5% en población de 14 a 18 años, aumento de las diferentes formas de violencia en la población, entre otros, asociados a la existencia de serios problemas de conflicto armado, exclusión

social, falta de oportunidades, incremento de la pobreza y desplazamiento forzado de población migrante.

Por otra parte, la desnutrición y/o deficiencias nutricionales, en el departamento de Santander, se reflejan en los niños y niñas menores de cinco años de las zonas rurales y poblaciones con condiciones básicas insatisfechas, asociadas a las condiciones de pobreza, bajos ingresos y escolaridad, situación que se evidencia en el incremento de eventos de morbilidad por la deficiente calidad e inocuidad de alimentos y la falta de gestión Pública.

Con respecto a la calidad en la prestación de los servicios de Salud, el 55% de las empresas Sociales del Estado, no prestan los servicios de salud habilitados en condiciones de calidad y seguridad, lo cual se refleja en la baja oportunidad, en la confirmación, diagnóstico y vigilancia en eventos de interés en salud pública.

Todo lo anterior unido a condiciones de marginalidad y pobreza que agravan las situaciones de salud de la población. Esta situación de pobreza, genera la presencia de habitantes de calle, los cuales se han incrementado con la población migrante venezolana, especialmente en Bucaramanga y el área Metropolitana. Así mismo se denota la baja disponibilidad y acceso a los alimentos, el limitado acceso a otros servicios sociales.

Se percibe la presencia de adultos mayores en estado de abandono e indigencia, lo que evidencia la deficiente adopción y adaptación de Políticas públicas, programas y estrategias.

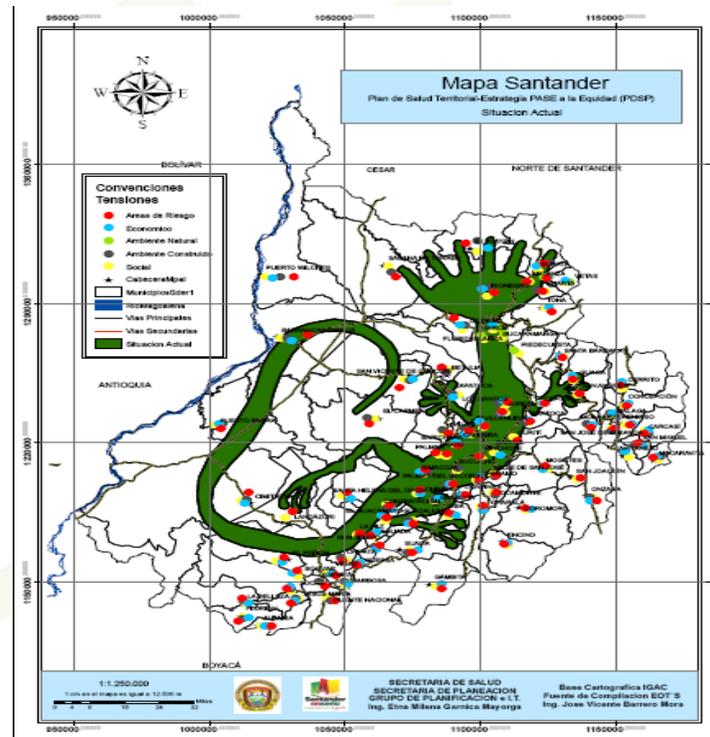
Sumado a esto, hay poca resolutivez en las IPS, que impide el acceso oportuno a los servicios de salud y la calidad en las acciones de promoción, prevención y atención. El desconocimiento de derechos y deberes, en el S.G.S.S.S., por parte de la población, está asociado a la dificultad para consultar tempranamente. Finalmente, no hay respuesta de los actores sociales e institucionales, para solucionar la problemática de acceso a los servicios de salud y otros servicios sociales, por la desarticulación, en las acciones realizadas por los mismos.

Metáfora actual

La salamandra guane es en realidad un gecko que corresponde a una especie de lagartos, de tamaño pequeño de la familia de los gekkonidae; se encuentran en climas templados a lo largo y ancho del territorio, habitan y conviven a lo largo y ancho del departamento, cumplen un papel de control biológico ya que se alimentan de los molestos insectos que habitan en nuestras viviendas. Se caracterizan por ser los únicos en su especie, capaces de hacer ruidos chirriantes en sus interacciones con otros de su especie, tienen unas habilidades únicas ya que cuentan con pelos microscópicos en las patas que les permiten

adherirse y escalar superficies lisas, verticales e incluso atravesar los techos con facilidad, y pueden desprender su cola si se sienten en peligro o son atacados. Así mismo su cuerpo representa los municipios con tensiones bajas y sus extremidades cabeza y cola cubren los municipios de tensiones medias en la zona Andina del Departamento.

Mapa configuración actual



Configuración deseada

La cabeza del Gecko, ubicada en lo que corresponde al área metropolitana del Departamento, demuestra que se recobra su autoridad, se avanza en un nuevo modelo de desarrollo territorial, en el marco estratégico del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y el enfoque de Crecimiento Verde de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y extiende su mirada, no sólo hacia municipios fortalecidos, sino hacia una nueva zona próspera

(yarigües), antes opacada por tensiones. Por su condición de área demostrativa de cáncer y demás enfermedades no transmisibles, y sus ventajas comparativas en salud, el departamento se ve favorecido por los convenios y el reconocimiento nacional e internacional, sinergias que junto al desarrollo de las políticas nacionales de: Atención Integral en Salud, estilos de vida saludable, control del cáncer, entre otras, redundan en el

mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de su población e inciden positivamente en los eventos relacionados con las dimensiones de seguridad alimentaria y nutricional, convivencia social y salud mental, sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, y en vida saludable y condiciones no transmisibles.

El Cuerpo del gecko, lo cual lo conforma una parte la provincia Guanentá y otra parte la provincia Comunera, que si bien es cierto se posiciona como destino turístico de interés nacional e internacional, logra con el desarrollo de la política de salud mental y el apoyo intersectorial y comunitario, controlar progresivamente el avance de las problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas y los derivados del ejercicio de la sexualidad, los cuales afectaban principalmente a nuestros jóvenes.

Se recobra la confianza de la población respecto a la prevención, y su protección frente a eventuales deslizamientos, movimientos telúricos, lograda por una organización del sistema de urgencias emergencias y desastres, que cuenta con recurso humano comprometido y tecnología disponible. En sus extremidades, constituidas por: provincia García Rovira (delantera derecha), Provincia de Mares (delantera izquierda) parte de la provincia Guanentá (trasera derecha) y parte de la provincia Veleña (delantera izquierda), se controlan las mismas problemáticas sociales y en salud, ligadas a diferentes determinantes sociales de la salud.

La cola del gecko, representada por Vélez, y que se prolonga bordeando los límites con los departamentos de Boyacá, sur de Bolívar y del Cesar, comparte en común las riveras del río Magdalena y sus mismas problemáticas, las que ya abordadas en el marco de la Política integral en salud, permiten retornar a la paz y la tranquilidad de la población y a su progreso.

La respuesta articulada de actores institucionales y sociales, sumada a los procesos de inspección, vigilancia y control fortalecidos y al aporte al mejoramiento institucional que brinda el departamento, logran mayor resolutivez en los prestadores de servicios de salud, los cuales asumen su responsabilidad de brindar servicios humanizados, con oportunidad y calidad. Las entidades administradoras de Planes de beneficio, con el seguimiento de la autoridad sanitaria, y la participación de sus usuarios y de la comunidad en general, asumen

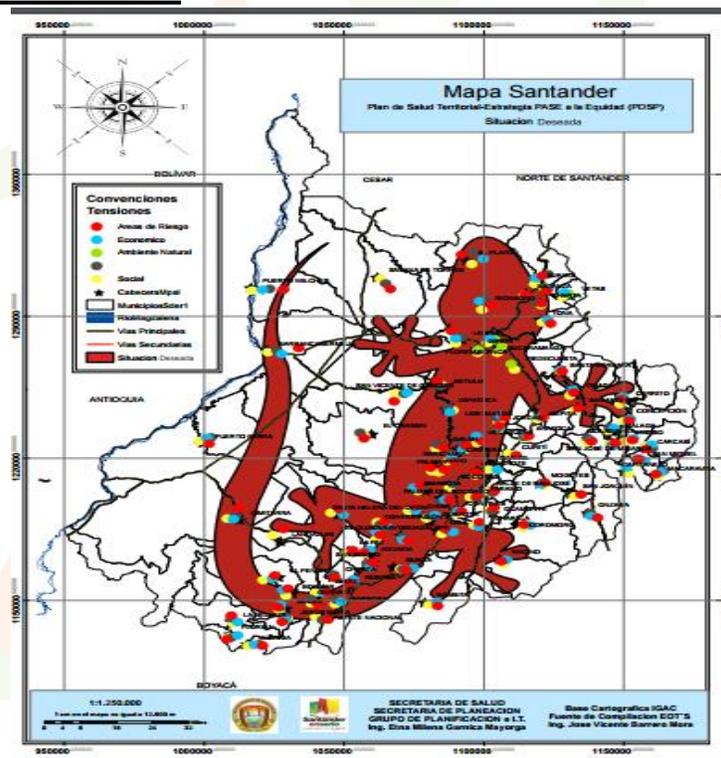
su rol de gestoras del riesgo, disminuyen barreras de acceso, fortalecen la difusión de los derechos y deberes en el SGSSS. Los esfuerzos aunados contribuyen a un diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación más temprano, disminuyendo a mediano plazo la morbilidad, principalmente de enfermedades de interés en salud pública, y la mortalidad, en poblaciones con alto grado de vulnerabilidad social (población infantil y adolescente,

gestantes, personas mayores, grupos étnicos y discapacitados), y en toda la población del departamento.

Metáfora deseada

En la nueva configuración, el gecko utiliza su habilidad innata para tomar un radiante y llamativo color rojo, que representa a un Santander fortalecido, en torno a su Plan de Desarrollo “Santander Para el Mundo”, regido por el firme propósito de sumar esfuerzos a través del trabajo conjunto entre el departamento y la nación, que lo hace capaz de desdibujar a lo largo y ancho del territorio todas esas manchas que representaban la problemática social, económica, ambiental, concentrada en cinco racimos de tensiones que abarcaban su cuerpo y extremidades y le impedían avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y mejorar las condiciones de vida y salud de sus habitantes.

Mapa configuración deseada



Ejes estructurantes deseados (Desafíos/Prioridades)

- ✓ Mejorarán las condiciones de vivienda en el ámbito rural para generar un hábitat más adecuado de los habitantes y un adecuado manejo, recolección y disposición de residuos sólidos, para mantener la salud y disminuir la proliferación de diversas enfermedades de alto impacto en la salud pública, entre ellas Desnutrición, EDA, IRA, Tuberculosis, Lepra, enfermedades vectoriales, Lesptospirosis; se desarrollan estrategias que fortalezcan programas de seguridad y salud en el trabajo, con eficientes acciones de Higiene y Seguridad Industrial para disminuir las enfermedades de origen laboral, mejorando las condiciones de salud y calidad de vida, de la población en general y especialmente de la población vulnerable del Departamento.
- ✓ Los servicios de atención en salud principalmente para la población dispersa del departamento, contarán con acceso oportuno al sistema sanitario, no se presentaran demoras en la atención, diagnóstico y se brindará tratamiento oportuno frente a la enfermedad, adicionalmente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS contarán con una infraestructura adecuada, equipos biomédicos, talento humano competente, insumos, que den respuesta oportuna a la demanda de la población, disminuyendo sostensiblemente la presencia de morbilidad y mortalidad por eventos de enfermedades crónicas no transmisibles y mortalidad en los diferentes momentos de curso de vida, en especial los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad, como la población infantil y adolescente, gestantes, adultos mayores, grupos étnicos, personas con discapacidad y víctimas.
- ✓ Se mejorará la estructura familiar, fortaleciéndola con un desarrollo emocional adecuado de los niños, niñas y adolescentes santandereanos, se impulsaran las oportunidades laborales, el acceso a las instituciones educativas públicas, los espacios para la ocupación del tiempo libre, se enfrentará positivamente la presión de pares, fortaleciendo la personalidad y proyecto de vida, con ambientes favorables para la salud que prevengan el consumo de sustancia psicoactivas, disminuirán las diferentes formas de violencia, las conductas antisociales y/o suicidio, con proyectos de vida fortalecidos, buen rendimiento escolar, una buena autoestima, disminuirá el embarazo adolescente, la presencia de ITS, VIH-SIDA y malnutrición, con lo cual se aumentarán los años de vida saludables disminuyendo los costos para el sistema de salud.
- ✓ Se adoptarán Políticas Públicas, para minimizar la presencia de habitantes de calle, se brindará amparo y atención a los adultos mayores, se aumentará la disponibilidad y acceso a los alimentos, se implementarán Programas y Estrategias que favorezcan el acceso a servicios sociales y de salud, para intervenir la presencia de eventos de morbilidad y mortalidad relacionados con la seguridad alimentaria y la desnutrición, el

abandono, especialmente en Área Metropolitana y el área rural de las diferentes provincias del Departamento; por otra parte se fortalecerá el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE, trabajando articuladamente con las ESE del Departamento.

- ✓ Respuesta y articulación oportuna de acciones por parte de los actores institucionales y sociales, adecuada resolutiveidad de las IPS, articulación en la prestación, la oportunidad y calidad de la prestación de los servicios de salud, sin barreras de acceso, se promoverán los derechos y deberes en el Sistema General de Seguridad Social - SGSSS en la comunidad y las personas recibirán un diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación oportuno, interviniendo la morbilidad y mortalidad para poblaciones con alto grado de vulnerabilidad social, con una buena adherencia a tratamientos especialmente los de enfermedades de interés en salud pública.

Transformación de tensiones + calificación

TENSIONES TRANSFORMADAS	I	C	Ip	Ig	Balance esperado
<p><u>SALUD AMBIENTAL</u></p> <p>La adecuada operación y mantenimiento de los sistemas de suministro de agua para consumo humano y el suministro del agua potable en el área rural ha generado que la población del área urbana de los Municipios de Playon, Gambita, jordan, molagavita, sucre y surata correspondiente al 7 % de los municipios de 4ª, 5ª y 6ª categoría y la mayoría de la población del área rural de estos municipios consuman agua potable lo que conlleva a las disminuciones de las tasas de Enfermedad Diarreica Aguda – EDA en la población menor de 5 años y la disminución de los factores de riesgo para la desnutrición mejorando las condiciones de calidad de vida de esta población mediante la eficiente gestión de recursos por parte de las administraciones municipales. Por otro lado el departamento de Santander sigue contando con el sistema de Vigilancia de calidad de agua, ejercido por el personal de salud ambiental mediante la toma de muestras de agua y visitas a los sistemas de suministro para tomar acciones sanitarias que permitan disminuir el riesgo de enfermedades transmisibles.</p>	1	2	1	1	1.25
<p>En el departamento de Santander, mediante las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, encaminadas a mejorar las condiciones y estilos de vida saludables de los santandereanos, ha generado en la población, la toma de conciencia acerca de las recomendaciones en cuanto a actividad física, preparación adecuada de los alimentos, alimentación saludable, y adecuadas prácticas de tipo social, que conllevan a la disminución de factores de riesgo de la salud. De igual forma mediante la implementación de acciones generadas en el plan de intervenciones colectivas se percibe una mejora en la salud bucal, visual, auditiva, así como la implementación de las diferentes acciones</p>	1	2	2	2	1.75

<p>intersectoriales se logra mantener las morbimortalidades de la ENT.</p>					
<p><u>VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES</u> La estructura poblacional de este departamento tiende al envejecimiento, esta dinámica demográfica, no modificable, se constituye en un determinante estructural de la salud de su población, para lo cual se hace indispensable generar acciones encaminadas al mejoramiento y/o mantenimiento de las condiciones de la salud, conservando la tasa relacionada con las enfermedades cerebro cardio vasculares metabólicas, así como la disminución de factores de riesgo asociados al ambiente y a los diferentes entornos en los que se desenvuelve el ser humano. De igual forma con la implementación de estrategias intersectoriales se logrará mantener las tasas asociadas a los diferentes tipos de cáncer priorizados en el Departamento de Santander.</p>	1	2	2	2	1.75
<p><u>VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES</u> El departamento de Santander ejecuta actividades relacionadas con la promoción de conductas, entornos protectores y favorables para la salud mental, así como la movilización social para la atención psicosocial, fortalecimiento de redes institucionales y comunitarias para disminuir los determinantes psicosociales como la violencia intrafamiliar, la deserción escolar, la desintegración familiar, llevando a mantener, de alguna forma la tasa de suicidios y de mortalidad en el departamento.</p>	2	2	2	2	2
<p><u>CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL</u> Mediante el fortalecimiento de acciones de gestión del riesgo en la salud mental, Santander, en articulación con entes de control administrativo como Policía Nacional, CTI; entes de fortalecimiento a políticas públicas como ICBF, Universidades, Colegios, y el apoyo permanente de la comunicación, fortalecimiento y divulgación en la asistencia técnica a los 87 municipios, mantendrá la prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas, así como la de los trastornos mentales que se detectan y tratan en el Departamento.</p>	2	2	2	2	2

<p align="center"><u>SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL</u></p> <p>Santander fortalece la articulación de las Instituciones gubernamentales como el DPS, el ICBF para la implementación de programas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así mismo la Secretaria de salud Departamental cuenta con profesionales en Nutrición y Dietética que brindan asistencia técnica en Seguridad Alimentaria y Nutricional, la Secretaria de educación desarrolla el Programa de Alimentación Escolar, lo anterior en aras de disminuir o mantener en cierta medida la inequidad social, mejorar las practicas inadecuadas en la producción, comercialización, preparación y consumo de alimentos y mejorar la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de servicios de salud por parte de las aseguradoras y prestadores en todo lo relacionado con la promoción y atención de seguridad alimentaria y nutricional y así disminuir también eventos de bajo peso al nacer en niños y niñas a término y eventos de desnutrición aguda llevando al mantenimiento y/o disminución de las cifras de mortalidad en niños y niñas menores de 5 años.</p>	2	2	2	1	1.75
<p align="center"><u>SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</u></p> <p>En el Departamento de Santander, se disminuyen los problemas relacionados con el ejercicio de la sexualidad, se fortalece la articulación entre los actores institucionales y comunitarios relevantes para el manejo de este, así como la generación de procesos relacionados con la igualdad y equidad de género. Santander promueve la demanda inducida hacia los programas de Salud sexual y reproductiva (SSR), fortaleciendo la oferta de instituciones especializadas en servicios de SSR para jóvenes y se procura la resolutiveidad en los prestadores primarios. El departamento mantiene el indicador embarazos en adolescentes a través del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, la oferta de anticonceptivos en el POS, y se ejecutan el Programa de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, PESCC, Normas técnicas y Guías de atención del Ministerio de Salud y Protección Social, para los eventos de SSR, la circular conjunta 005: intensificación de acciones para garantizar la maternidad segura a Nivel Nacional, un marco legal amplio, para todos los eventos de salud sexual y reproductiva.</p>	2	2	2	2	2

<p align="center"><u>SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</u></p> <p>Santander disminuye las barreras de acceso a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, se promueven campañas para el adecuado manejo de la sexualidad articulando acciones entre el sector educativo y el sector salud; el departamento conforma redes para el fortalecimiento de los entornos hogar y comunitario fomentando patrones familiares y culturales, que prevengan el abuso sexual. Así mismo se desarrollan estrategias relacionadas con la prevención de infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/SIDA y hepatitis B. por otra parte se fortalece la implementación de la ruta materno perinatal en los 87 municipios del departamento de Santander, generando atención integral para la mujer antes, durante y después del evento obstétrico.</p>	2	2	2	2	2
<p align="center"><u>VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</u></p> <p>Santander fortalecerá la atención oportuna para la detección temprana de diagnóstico para pacientes con tuberculosis y lepra, así como el manejo adecuado en el tratamiento de estas dos patologías. De igual forma se continuará realizando actividades de asistencia técnica y capacitación al personal de salud, fortaleciendo la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios a nivel institucional y comunitario y se promoverán medidas de bioseguridad en la atención. Así mismo se fortalecerá el manejo del tratamiento acortado y supervisado DOTS, con cada institución de los municipios del departamento, para evitar la pérdida de adherencia al tratamiento y evitar una resistencia bacteriana la secretaria de salud departamental articulará con las dimensiones del plan decenal de salud publica el manejo integral de los pacientes con TB y gestionará ante el Ministerio de Salud y Protección Social la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento. Por otra parte, en cuanto a Hansen-Lepra, se promoverán las actividades de capacitación al personal de salud, en valoración y diagnóstico oportuno, asistencia técnica para la búsqueda de los Sospechosos de la enfermedad(Sintomáticos de piel), el seguimiento al manejo de los casos, la garantía en el suministro de tratamiento de manera gratuita, la operatividad de la liga Departamental de Lucha contra Hansen, así como la implementación de la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad – RBC, para el manejo de la presencia de diversos grados de discapacidad en los enfermos por Hansen, y así disminuir la afectación psicológica de los mismos. Adicional se trabajara articuladamente con las IPS para el manejo integral de la enfermedad para evitar los costos para el sistema de salud.</p>	3	3	3	2	2,75

<p align="center"><u>VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</u></p> <p>Con relación al comportamiento de las enfermedades inmunoprevenibles, el departamento ha alcanzado logros importantes relacionados con los planes de eliminación de Rubeola, Sarampión, Síndrome de Rubeola Congénita y Tétanos Neonatal, además, con el plan de erradicación de la Poliomielitis, de acuerdo a la certificación y declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha contribuido a estos logros gracias a las acciones de vigilancia epidemiológica y de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Así mismo el departamento ha generado desde la coordinación de PAI, Estrategias documentadas para la vacunación, Implementación de los lineamientos establecidos por parte del Ministerio de Salud y protección social frente al PAI, se ha ampliado la cobertura de aseguramiento, evidencia de EAPB comprometidas, se ha gestionado la disponibilidad de biológicos e insumos y mediante el desarrollo de capacidades se ha fortalecido el talento humano de los municipios. Adicional desde las acciones contempladas en el plan de intervenciones colectivas, se ha promocionado estrategias para orientar acciones de información y de comunicación en lo relacionado con la aceptación e importancia de vacunar a los niños menores de 5 años, así mismo se ha realizado vigilancia de los eventos inmunoprevenibles de forma continua, permanente y completa.</p> <p>En cuanto a las Infecciones Respiratorias Agudas – IRA y demás enfermedades prevalentes de la infancia, el departamento ha trabajado en el fortalecimiento de las estrategias de AIEPI clínico y comunitario para el manejo integral a niños y niñas que permitan mejorar las condiciones de salud especialmente en los menores de 6 años.</p>	1	1	1	3	1,5
<p align="center"><u>VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</u></p> <p>El departamento afectará positivamente aquellas causas de las enfermedades transmisibles tales como las precarias condiciones económicas y de vivienda, el limitado cubrimiento de acueducto, alcantarillado y gestión de los estilos de vida inadecuados con el fin de hacer más saludables los entornos donde las personas se desarrollan, mejorar el saneamiento básico y fomentar la adopción de prácticas protectoras y estilos de vida saludables que reduzcan el riesgo de transmisión de agentes etiológicos de enfermedades como el dengue, zika, Chicunguña Malaria, Chagas Leishmania. Así mismo se fortalecerá la Intersectorialidad, y se reforzaran las actividades de promoción , gestión del riesgo y control de enfermedades transmisibles y aquellos que tengan relación con las poblaciones vulnerables más afectadas (víctimas, niñez, pobreza, salud ambiental) con estrategias y comités que existen y son validadas para la intervención como son el COTSA, EGI-ETV, plan de interrupción de Chagas, programa ETV, equipos provinciales, Técnicos de Salud Ambiental, que modificará las situaciones que refuerzan las</p>	2	2	2	2	2

<p>tensiones en salud relacionadas con enfermedades transmisibles como la limitada articulación de las diferentes áreas de la secretaría de salud, la escasa capacidad de respuesta institucional en los municipios (82 categoría 4,5 y 6), haciendo una gestión diferencial de poblaciones que incluya las zonas más afectadas en los municipios que contienen las diferentes patologías, con el objetivo de reducir las tasas de incidencia y mortalidad de enfermedades transmisibles por vectores y sus consecuencias en la población santandereana.</p>					
<p><u>VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES</u></p> <p>El departamento de Santander cuenta con una buena capacidad institucional la cual se ve reflejada en la adherencia a los protocolos de enfermedades zoonóticas y guía de manejo de atención a pacientes que presente estas patologías por parte de los médicos y el personal asistencial de cada uno de la ESE's y/o IPS del departamento, y en la solidez de la autoridad sanitaria en su función de implementar estrategias de promoción y gestión del riesgo de enfermedades zoonóticas como la Rabia y la Leptospirosis. Gracias al fortalecimiento institucional y al fortalecimiento de la autoridad sanitaria en el departamento no se ha presentado de casos de Rabia Humana y animal (perros y gatos) y casos de Leptospirosis en la población Santandereana y a su vez la mortalidad a causa de estas enfermedades. Así mismo por competencia la secretaria de salud departamental, salud ambiental, realiza jornadas de vacunación antirrábica de perros y gatos, la toma de muestras de cerebro para vigilancia activa, manejo de residuos sólidos, control integral de roedores plaga y capacitación a la comunidad, sobre tenencia responsable de mascotas, con el fin de minimizar los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad de tipo zoonótico.</p>	1	1	1	1	1
<p><u>SALUD PUBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES</u></p> <p>El departamento de Santander, secretaria de salud departamental, cuenta con el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias - CRUE el cual dispondrá de infraestructura adecuada, talento humano, capacidad tecnológica y de comunicaciones, de acuerdo con la normatividad vigente. Sumado a la voluntad política en el aporte de recursos económicos para la reserva de insumos y medicamentos en apoyo a la atención de las emergencias, que afecten a la población santandereana.</p> <p>Santander cuenta con la caracterización de los riesgos de desastres naturales en los Municipios del departamento, situación que ha llevado a que los prestadores de salud en los municipios, cuenten con los planes de emergencias hospitalarios, articulados a los planes municipal de Gestión del Riesgo, para minimizar o eliminar los riesgos presentes, de igual forma el CRUE Departamental, articula con todos los municipios las acciones sectoriales y transectoriales para detectar eventos y dar una respuesta coordinada, en pro de la salud de todos los santandereanos.</p>	2	1	1	1	1,25

<p align="center"><u>SALUD Y AMBITO LABORAL</u></p> <p>Con el esfuerzo Departamental para la caracterización y asistencia técnica para la implementación de las GOTTIS y GUTIS y la vinculación de la mayor cantidad de trabajadores informales, favorece que algunos empleos que puedan formalizarse lo hagan y los que definitivamente no pueden formalizarse funcionen bajo la modalidad de GOTTIS y GUTIS y de esta manera se facilite el acceso al sistema de riesgos laborales, mejorar la clasificación de los accidentes y enfermedades laborales al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la población económicamente activa del Departamento de Santander que labora en el sector informal que conduce desde las dinámicas: Social: Reconocimiento de los derechos laborales, mejor acceso de los hijos a la educación, consolidación del núcleo familiar. Económico: Reducción de los costos atención para el sistema de salud, por ser asumidos por el sistema de riesgos laborales. Así mismo el Departamento ha implementado acciones de información, educación y comunicación con la concurrencia y participación de los Ministerios de Salud, Trabajo, Interior, Justicia, Educación y de los Municipios del Departamento; las GOTIS que agremian a los trabajadores del sector informal, cuentan con programas de salud y seguridad en el trabajo, que favorece el desarrollo de acciones preventivas y correctivos frente a los riesgos laborales en este sector de la economía. Se evidencia una tendencia a la disminución de accidente y enfermedad laboral, en la población económicamente activa del Departamento de Santander, que labora en el sector informal que conduce a la mejora de las condiciones laborales. Por otra parte, las acciones de seguimiento y asistencia técnica, han generado en las empresas del sector formal de la economía, que fortalezcan la implementación de programas de seguridad y salud en el trabajo, con eficientes programas de Higiene y Seguridad Industrial, dando como resultado la tendencia a disminuir la tasa de accidentalidad y enfermedad de origen laboral, que afectaba a la población económicamente activa que labora en el sector formal de la economía en el Departamento de Santander.</p>	2	3	2	2	2,25
--	---	---	---	---	------

<p align="center">GESTION DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES</p>					
<p>En el departamento de Santander las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de si mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante su curso de vida, es decir implica procesos de desarrollo y de deterioro. (Ministerio de Salud). En relación con lo mencionado el departamento fortalece la garantía de los derechos así como la calidad de vida, a través de la implementación de estrategias de manejo social del riesgo, que prevengan, mitiguen y permitan superar las consecuencias de las inequidades y/o violación de los derechos, para lo cual se trabajó de manera intersectorial, garantizando la seguridad económica, de vivienda y entorno, la educación, la salud la seguridad alimentaria, la promoción y asistencia social, promoción de estilos de vida saludable y ambientes protectores que contemplen las condiciones especiales para el envejecimiento y vejez, así como el derecho a una vida digna.</p>	2	2	2	1	1,75
<p>La existencia de un modelo de atención diferencial para poblaciones étnicas en la prestación de servicios de salud en el departamento de Santander, a partir del reconocimiento por parte de las poblaciones étnicas de los derechos y deberes frente al sector salud y de los actores que hacen parte de este, así como la identificación de las culturas y creencias. Se fortalece la articulación entre las IPS-EPS y las diferentes etnias, para la oportunidad y el acceso a los servicios de salud, por otra parte se resalta la Gestión sectorial e intersectorial con instituciones de salud, educativas, desarrollo, infraestructura, cultura, planeación y autoridades indígenas y étnicas para consecución de recursos y la construcción de acuerdos y directrices para el desarrollo e implementación de agendas y planes integrales hacia el desarrollo del talento humano en salud con enfoque intercultural.</p>	2	2	2	2	2

<p>El departamento de Santander, fortalece el acceso a los servicios de salud a la población con discapacidad, mejorando ante los procesos de inclusión; por parte de las entidades prestadoras de salud quienes han articulado los procesos de asistencia rehabilitación y atención oportuna e idónea para la población, en este sentido se han generado rutas que direccionen al cumplimiento de las acciones por ley estipuladas (Ley 1618 de 2013) y se continua tomando medidas para eliminar interferencias en la prestación del servicio, siendo de esta manera garante de derechos en la medida que se brinda el acceso a la salud teniendo en cuenta el enfoque diferencial y las necesidades propias de la población y de cada persona con discapacidad. Así mismo Santander implementa la estrategia de rehabilitación basada en la comunidad en aras de crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con organizaciones de personas con discapacidad y grupos de apoyo para lograr la participación.</p>	2	2	2	1	1,75
<p>En el Departamento de Santander existe un número significativo de personas víctimas del conflicto armado las cuales actualmente cuentan con acceso y atención idónea en los servicios de salud, por tal razón y atendiendo lo estipulado por la ley 1448 del 2011, ley estatutaria, se ve la necesidad de brindar servicios de salud de tipo integral, así como atención psicosocial, de acuerdo a lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, a través del programa de atención psicosocial y salud integral a víctimas - PAPSIVI, el cual recoge actividades, procedimientos, e intervenciones interdisciplinarias diseñados por el ministerio a fin de disminuir y/o mitigar el daño generado por la violencia</p>	2	2	2	2	2
<p><u>FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTION DE LA SALUD</u></p> <p>El departamento cuenta con un sistema integrado de información, y historia clínica electrónica unificada, que articula todos los sectores para el conocimiento de la situación real del territorio en particular la del sector salud a fin de realizar intervenciones eficaces y eficientes según la competencia y complejidad del sector. Así mismo el departamento cuenta con un análisis de situación en salud documentado y con el grupo de epidemiología y demografía de la secretaria de salud, el cual es utilizado adecuadamente para la planeación y la toma de decisiones intersectoriales del territorio; de igual forma se identifican por parte de las direcciones territoriales de salud los 13 procesos de gestión de la salud pública, para ejercer la rectoría y gobernanza en las respectivas acciones del sector, Por lo tanto es importante resaltar que la conducción de las intervenciones de salud en el departamento se orientan de manera transectorial y con una apuesta de resolutividad, no solo para resolver situaciones críticas de emergencias y desastres sino desde una planeación estratégica para el mantenimiento de la salud.</p>	2	2	2	2	2

<p>A pesar de que los municipios del departamento tienen poca capacidad administrativa, financiera y técnica, las Secretarías Locales de Salud garantizan el suficiente grado de conocimiento sobre las competencias del sector salud y especialmente en la vigilancia en salud pública. Aunque continúan con una alta carga laboral, funcionarios con los que cuentan, realizan el seguimiento a las Unidades Primarias Generadoras de datos en la aplicación de protocolos y guías de atención de los eventos de interés en salud pública, gracias a herramientas aplicadas y desarrolladas para el seguimiento. Las administraciones municipales e IPS brindan la oportunidad a sus funcionarios para que participen de capacitaciones, orientaciones y actualizaciones que se adelantan desde el departamento. Persiste la alta rotación del talento humano sin embargo se realizan continuamente procesos de inducción en la operación del sistema. Ante la comunidad las secretarías locales de salud son vistas como la autoridad sanitaria del territorio. Las administraciones municipales han actualizado su plataforma tecnológica para la recepción y transmisión de datos y adelantan gestiones con los operadores de telefonía celular e internet para mejorar el acceso y calidad del servicio. Esto ha llevado a que las alcaldías tengan las capacidades básicas necesarias para la vigilancia en salud pública generando que el sistema de vigilancia en salud pública del departamento opere de manera homogénea en todos los municipios y cuentan con un promedio semanal de oportunidad en la notificación por UNM del 95%. Esta situación ha permitido la identificación temprana de brotes y epidemias que se pueden presentar disminuyendo el riesgo a la comunidad, aumentando la capacidad de controlarlos, reduciendo los costos en el sistema de salud. A partir del conocimiento de la situación de salud se asignan los recursos de salud pública apropiadamente y es enfocada en la información para la toma de decisiones. El laboratorio departamental de salud pública se articula y mantiene una buena posición a nivel nacional, se han fortalecido algunas áreas con mejoras en infraestructura, talento humano, recursos tecnológicos, financieros y materiales que garantizan el soporte de las acciones de vigilancia en salud pública de manera oportuna y permanente. El departamento continúa con la realización de actividades de capacitación continuada con el fin de mejorar la capacidad local en la vigilancia en salud pública y se tiene apoyo constante con el Instituto Nacional de Salud e INVIMA.</p>	2	2	2	2	2
<p>Santander incrementó la cobertura por encima de la meta propuesta en el PDD, logrando una cobertura de 100 %; superando la cobertura nacional. El régimen contributivo cuenta con un número importante de sus afiliados identificados en niveles 1 y 2 del Sisbén y el régimen subsidiado alcanzado la cobertura universal en salud según población DANE. El departamento de Santander, en aras de lograr el aseguramiento universal de toda la población residente en el territorio, implementa la línea aseguramiento del Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE del Ministerio de Salud y Protección Social mediante Resolución</p>	1	2	2	2	1,75

<p>2626 de 2019, ejecutando las acciones: 1. Desarrollar actividades para garantizar la cobertura universal del sistema de salud en el territorio. 2. Desarrollar estrategias para garantizar la afiliación de poblaciones, en especial la población vulnerable. 3. Eliminar las barreras administrativas para el acceso al sistema de salud, mediante el desarrollo de mecanismos eficaces para la identificación plena de las personas, la afiliación oportuna al sistema de salud y las novedades asociadas con ella y el trámite oportuno de los procedimientos administrativos asociados a la atención, en especial las autorizaciones, teniendo en cuenta las características del territorio. 4. Fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en el territorio, en especial aquellas dirigidas al acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios. 5. Garantizar la integralidad de la red de prestación de servicios de salud. 6. Garantizar la suscripción y liquidación oportuna de los contratos entre las entidades responsables de pago y la red de prestadores de servicios de Salud.</p>					
<p>El departamento de Santander cuenta con un modelo de prestación de servicios mediante redes integradas aprobado por el Ministerio de Salud en año 2013, implementado adecuadamente en la prestación de servicios de salud; por otra parte la existencia en la capacidad resolutive instalada para la prestación de los servicios de salud en la baja y mediana complejidad, evidencia particularmente la equidad en la accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios y la articulación de la red de oferta en los diferentes niveles de complejidad en el departamento, así mismo la disminución de la alta rotación e impericia en algunos casos del talento humano, los sistemas de información en red implementados, la modalidad de contratación orientada al evento y/o cápita, ejercida entre los prestadores y pagadores, la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria en todos los niveles de complejidad, garantizando así el fortalecimiento institucional y la prestación de los servicios de salud, para que actúen como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de salud dentro y fuera del sector con el propósito de promover y prolongar la calidad de vida de la población santandereana en general, la dotación y mantenimiento oportuno de los equipos biomédicos y de servicios de transporte de salud, el fortalecimiento de conectividad en las comunicaciones y la accesibilidad vial con las capitales de provincia y con la capital del Departamento; generan seguridad en la atención en salud y la respuesta efectiva de los mismo, por lo que se hace necesario plantear el seguir modernizando y ajustando la Red de servicios. El 55% (46) de los Prestadores de Servicios de Salud cuentan con los recursos financieros y el talento humano suficiente, para la prestación del Servicio minimizando los riesgos a la</p>	2	2	2	2	2

<p>población Santandereana. De igual manera en el Departamento de Santander funcionan 83 Empresas Sociales del Estado, donde algunas de ellas han implementado el programa de saneamiento fiscal y financiero encaminado a cumplir con dos aspectos fundamentales como son el “Pago de los Pasivos existentes al inicio del Programa y paralelamente a no generar más pasivos”; o sea que su operación corriente se haga en equilibrio. Por otra parte se evidencia el adecuado flujo de recursos por parte de los pagadores de servicios de salud para una eficiente atención; lo anterior se evidencia en la humanización en la prestación de servicios de salud, sumado a la estigmatización hacia los participantes en relación a su papel como veedor y exigente de derechos, agudizando el interés de los actores del Sistema y del Estado en general, en el fortalecimiento de las estrategias necesarias para la participación en salud, conllevando a la disminución de complicaciones adversas en la salud de la ciudadanía y la participación social en salud en los eventos de alta morbilidad en el departamento.</p>				
--	--	--	--	--

I. Intensidad

C. (Cronicidad) Duración

Ip. Impacto

Ig. Ingovernabilidad social e institucional (Debilidad Institucional)

$(I+C+Ip+Ig) \div 4 = \text{Balance esperado.}$

Ventajas y Oportunidades

VENTAJAS	OPORTUNIDADES
<p>Implementación de la estrategia vivienda saludable en los diferentes entornos, reforzando los temas: vivienda como espacio vital, dinámica familiar y comunitaria, en articulación con secretaria de vivienda.</p>	<p>Control administrativo y financiero por parte de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios a las empresas prestadoras de servicios públicos.</p> <p>El Ministro de Vivienda reconoció en esta nueva iniciativa (Diamante Caribe), una alianza estratégica para crear regiones competitivas en donde los proyectos de vivienda, agua potable y saneamiento básico hagan parte del progreso y desarrollo de Colombia, generando una mejor calidad de vida para todos sus habitantes</p>
<p>Caracterización y protección de fuentes hídricas en articulación con las autoridades ambientales. Así mismo el departamento cuenta con políticas, programas y planes que impactan en lo ambiental y en las enfermedades transmisibles (COTSA, EGI-ETV, plan de interrupción de Chagas, programa ETV, equipos provinciales, Técnicos de Salud Ambiental).</p>	<p>Santander cuenta con abundantes recursos naturales y ambientales, así como fuentes hídricas que permiten el abastecimiento regular de los sistemas de suministros de agua para consumo humano.</p>

<p>El Departamento de Santander cuenta con un Laboratorio Departamental de Salud Pública reconocido en la región y en el país.</p>	<p>Apoyo del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud-INS, INVIMA y otros organismos nacionales en el desarrollo de actividades para la estandarización de los procesos en salud pública.</p>
<p>Santander cuenta con reconocidas universidades con facultades de medicina y odontología, así como escuelas en enfermería, bacteriología, trabajo social y áreas relacionadas con la salud que respaldan la formación de futuros profesionales, tecnólogos y técnicos. También se cuenta con centros de investigación reconocidos y avalados en temas de salud que trabajan en prioridades para la región.</p>	<p>Centros y grupos de investigación reconocidos en Colciencias desarrollando investigaciones en temas de salud en el departamento. Proyectos en temas de enfermedades de transmisión Chagas, dengue (AEDES), Enfermedades crónicas y cardiovasculares.</p>
<p>La Implementación de estrategias para la adopción de estilos de vida saludable y entornos saludables y ENT que se han venido desarrollando (Soy Generación más sonriente, Amor por el Silencio, 20/20, Conoce tu riesgo peso saludable), apoyados por equipos interdisciplinarios provinciales (Enfermeros, Odontólogos, Optómetra, Fonoaudiólogo), nutricionistas, son estrategias que se vienen ajustando a las políticas Nacionales, inclusión en curso de Estrategia 4x4 ampliada y Veo bien aprendo bien, apoyados por OIM.</p> <p>Implementación adecuada y transectorial de la política pública de salud mental en Santander.</p> <p>la Secretaria de Educación está implementando programas de generación de ingresos, capitalización microempresarial, huertas caseras y escolares y programas de complementación alimentaria, promoción de alianzas estratégicas entre entidades territoriales.</p>	<p>Disponer de normas, planes y proyectos nacionales tales como: 1. Plan Decenal de Salud Pública, 2. Plan Decenal de Cáncer, 3. Política y modelo de Atención integral en salud, 4. Rutas Integrales en Salud</p> <p>Consejo Departamental Asesores de cáncer Infantil con la existencia de Fundaciones Sin Ánimo de lucro con apoyo a las familias y niños con la enfermedad en el departamento.</p> <p>Instituciones gubernamentales como el DPS, el ICBF, Academia con la Escuela de Nutrición y Dietética de la UIS apoyan estrategias relacionadas con promoción de la salud y gestión del riesgo.</p> <p>Se cuenta con el modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, y la oferta de anticonceptivos en el POS.</p>
<p>El departamento de Santander, cuenta con personal de planta de la secretaria de salud en el 94% de los Municipios el cual realiza jornadas de vacunación antirrábica de perros y gatos, la toma de muestras de cerebro para vigilancia activa, manejo de residuos sólidos, control integral de roedores plaga y capacitación a la comunidad sobre tenencia responsable de mascotas, con el fin de minimizar los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad de tipo zoonótico.</p>	<p>Contar con el respaldo del Ministerio público, para el cumplimiento de las competencias institucionales y sectoriales.</p> <p>Apoyo de las organizaciones de la sociedad civil, que exigen la inclusión de estos temas en las agendas públicas.</p> <p>Existencias de veedurías ciudadanas.</p>

<p>El acompañamiento institucional frente a las diferentes emergencias y desastres para dar solución a las dificultades de la comunidad y de las instituciones de salud; el compromiso de atención hacia su comunidad, el conocimiento y análisis de posibles riesgos que se puedan presentar.</p>	<p>Legislación en gestión del riesgo, normatividad vigente. Presencia de organismos de socorro, búsqueda, rescate y apoyo logístico, Organizaciones sociales y de apoyo a emergencias identificadas. Concejo municipal y Departamental de gestión del riesgo.</p>
<p>Asistencia técnica por parte del sector salud a todas las secretarías municipales y actores del sistema general de seguridad social en salud – SGSSS en los diferentes lineamientos de la normatividad legal vigente.</p>	<p>Existe la normatividad que promueve el aseguramiento al 100% de la población. Entre los principales recursos para la financiación del aseguramiento de la población, se encuentran: Sistema General de Participaciones, Fondo de solidaridad y Garantías – FOSYGA, Empresa Territorial para la Salud – ETESA, Presupuesto General de la Nación, recursos propios de las Entidades Territoriales, rentas cedidas.</p>
<p>Se cuenta con Hospital Psiquiátrico Regional para el Oriente Colombiano.</p>	<p>Contar con talento humano idóneo y experto en el manejo de trastornos y conductas en salud mental; así como lineamientos de política pública para salud mental.</p>
<p>Santander cuenta con Zona franca en salud y con la Zona Franca Santander donde operan 36 empresas entre nacionales y extranjeras que desarrollan sus actividades productivas.</p>	<p>Santander es un Corredor Turístico para el país.</p>



10. COMPONENTE ESTRATEGICO DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD – CADENA DE VALOR PUBLICA EN SALUD

Resultados (Metas sanitarias de Dimensión o Resultado)

Objetivo Estratégico: Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, la mejora de las condiciones de vida y salud de la población, en el marco de la Ley 1751 de 2015 Estatutaria en Salud, la política nacional de atención integral en salud y la visión Santander 2030.

Metas de Bienestar	Línea Base	Meta 2023
Mantener en 14.52 la tasa de mortalidad por accidente de transporte terrestre Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por accidente de transporte terrestre	14.52	14.52
Mantener en 3.76 la Tasa de Incidencia de Chagas Indicador: Tasa de incidencia de Chagas	3.76	3.76
Mantener en 0 los casos de rabia humana en el Departamento de Santander Indicador: Incidencia de Rabia animal	0.00	0.00
Mantener en 6,23 la Tasa de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios) Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por lesiones auto infligidas intencionalmente (suicidios)	6.23	6.23
Mantener en 12.1 la Tasa de mortalidad por agresiones (homicidios) Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por agresiones (homicidios)	12.1	12.1
Mantener en 1,82 la tasa de mortalidad por Desnutrición en menores de 5 años Indicador: Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición	1.82	1.82
Mantener en 0,83 la Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales Indicador: Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales	0.83	0.83
Mantener en 36,59 la razón de mortalidad materna a 42 días.	36.59	36.59

Metas de Bienestar	Línea Base	Meta 2023
Indicador: Razón de mortalidad materna a 42 días		
Mantener la prevalencia de infección por VIH, en menos de 1%, en población de 15 a 49 años	<1%	<1%
Indicador: Prevalencia de VIH		
Mantener en 93.14 la tasa de incidencia de sífilis congénita	93.14	93.14
Indicador: Tasa de incidencia de sífilis congénita		
Disminuir en 0.79 la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años	59.79	59
Indicador: Tasa específica de fecundidad de mujeres adolescentes de 15 a 19 años		
Mantener en 0.1 el índice parasitario anual (IPA)	0.1	0.1
Indicador: Índice parasitario anual (IPA)		
Mantener en 80.05 la Incidencia de dengue 173 casos X 100.000 habitantes	80.05	80.05
Indicador: Incidencia de dengue 173 casos X 100.000 habitantes		
Mantener en 29.8 el índice de tuberculosis general por 100.000	29.8	29.8
Indicador: Incidencia de Tuberculosis general por 100.000 habitantes		
Mantener en 0.38 la mortalidad por emergencias y desastre	0.38	0.38
Indicador: Mortalidad por emergencias y desastres		
Mantener en 99.22 la tasa de Mortalidad prematura sistema circulatorio (habitantes de 30 a 70 años)	99.22	99.22
Indicador: Tasa de mortalidad prematura sistema circulatorio (habitantes de 30 a 70 años)		
Mantener en 21.43 la tasa de mortalidad prematura por diabetes (habitantes de 30 a 70 años)	21.43	21.43
Indicador: Tasa de mortalidad prematura por diabetes (habitantes de 30 a 70 años)		
Mantener en 15.66 Tasa de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer.	15.66	15.66
Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama de la mujer		
Mantener en 6.34 la Tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero	6.34	6.34
Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero		

Metas de Bienestar	Línea Base	Meta 2023
Mantener en 14.19 la Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata Indicador: Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la próstata	14.19	14.19
Mantener en 21.05 la incidencia de accidentalidad en el trabajo Indicador: Incidencia de accidentalidad en el trabajo	21.05	21.05
Mantener en 7,19 la tasa de mortalidad en menores de 5 años Indicador: Tasa de mortalidad en menores de 5 años	7.19	7.19
Mantener en 0,61 la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años Indicador: Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años	0.61	0.61
Mantener en 7,90 la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años Indicador: Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años	7.90	7.90
Mantener en 3.83 la tasa de mortalidad neonatal Indicador: Tasa de mortalidad neonatal	3.83	3.83
Mantener en 5,65 la tasa de mortalidad infantil Indicador: Tasa de mortalidad infantil	5.65	5.65
Mantener en 7.93 la tasa de mortalidad por Cáncer en menores de 18 años. Indicador: Número de muertes de cáncer en menores de 18 años/ Total de menores de 18 años x 100.000.	7.93	7.93



Metas de Producto por Dimensión del PDSP

Programa Aseguramiento y administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Objetivo: Garantizar el acceso de las personas a los servicios de salud contemplado en el sistema de salud mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el departamento de Santander.

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Apoyar a los 87 municipios en el sostenimiento de la cofinanciación del aseguramiento en el régimen subsidiado de las personas identificadas y seleccionadas como beneficiarios. Indicador: Numero de Municipios cofinanciados.	87	87
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Mantener en el 100% la asistencia técnica, vigilancia y control en las entidades territoriales y entidades administradoras de planes de beneficios EAPB del departamento de Santander. Indicador: Porcentaje de entidades territoriales y entidades administradoras de planes de beneficios EAPB con asistencia técnica, vigilancia y control.	100%	100%

Programa Inspección, Vigilancia y Control.

Objetivo: Fortalecer las acciones de inspección, vigilancia y control para mejorar la atención integral en salud en el departamento de Santander.

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Fortalecer el 100% de la asistencia técnica, inspección y vigilancia a las Secretarías de Salud de los municipios certificados y las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivos y subsidiado, para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud. Indicador: Numero de actividades de asistencia técnica, inspección y vigilancia a	100%	100%

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
	las Secretarías de Salud Local y EPS, para el mejoramiento de la calidad en salud / Número total de Secretarías de Salud Local certificadas y EPS X 100.		
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Realizar en el 100% de las E.S.E. del Departamento Inspección, Vigilancia y Control al funcionamiento del Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes. Indicador: Número de E.S.E. del Departamento con acciones de IVC realizadas / Total de E.S.E. del Departamento x 100.	100%	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Realizar la Inspección, Vigilancia y Control del 100% de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud del Departamento. Indicador: Número de Prestadores de Servicios de Salud visitados/Número Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS X100.	100%	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Realizar la Inspección, Vigilancia y Control del 100% de las Instituciones, empresas y establecimientos farmacéuticos del Departamento que cumplan con los marcos normativos vigentes. Indicador: Número de Instituciones, empresas y establecimientos farmacéuticos visitados/Número de Instituciones, empresas y establecimientos farmacéuticos inscritas en el Registro Departamental. X 100.	100%	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Desarrollar el servicio de inspección, vigilancia y control, permitiendo mantener los estándares en participación social en salud en los 87 municipios del departamento de Santander. Indicador: Numero de municipios con IVC.	87	87
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Fortalecer en el 100% la rectoría, Inspección Vigilancia y Control a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, Secretarías de Salud Municipal, Prestadores primarios y complementarios en atención de Cáncer Infantil para el cumplimiento del acceso oportuno a servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y	100%	100%

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
	<p>Cuidado Paliativo de los menores de 18 años con cáncer de Santander.</p> <p>Indicador: Porcentaje de EAPB, secretarías de salud municipal y prestadores con inspección, vigilancia y control en cáncer infantil.</p>		
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	<p>Brindar a los 82 municipios de categorías 4, 5 y 6 el servicio de acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.</p> <p>Indicador: Numero de municipios categorías 4,5 y 6 que formulen y ejecuten real y efectivamente acciones de promoción, prevención, vigilancia y control de vectores y zoonosis.</p>	82	82
Salud Ambiental	<p>Realizar 1600 asistencias técnicas en Inspección, Vigilancia y Control en salud ambiental.</p> <p>Indicador: Número de asistencias técnica en Inspección, Vigilancia y Control realizadas.</p>	934	2.534
Salud Ambiental	<p>Brindar a los 82 municipios de categorías 4, 5 y 6 el Servicio de Inspección Vigilancia y Control, reales y efectivas que permitan identificar los factores de riesgo ambiente que afectan la salud humana.</p> <p>Indicador: Numero de municipios categorías 4, 5 y 6 con acciones de Inspección Vigilancia y Control reales y efectivas de los factores del riesgo del ambiente que afectan la salud humana.</p>	82	82
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	<p>Realizar en el 100% la inspección Vigilancia y Control frente a la constitución y operación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud dispuesta por las EPS que operan en el territorio.</p> <p>Indicador: Porcentaje de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud dispuesta por las EPS con inspección Vigilancia y Control</p>	0	100%
	<p>Mantener el 100% de la inspección, vigilancia y control de las acciones de Salud en el ámbito laboral, en las Empresas formales de los diferentes sectores económicos, prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional o</p>	100%	100%

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Seguridad y Salud en el Trabajo del Departamento. Indicador: Número de Empresas formales de los diferentes sectores económicos prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo inspeccionadas / Número total Empresas formales de los diferentes sectores económicos prestadoras de Servicios de Salud Ocupacional o Seguridad y Salud en el Trabajo inscritas en el Registro Departamental x 100.		
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Ejercer en el 100% la inspección, vigilancia y control de las ESES frente a la categorización anual de riesgo fiscal y financiero de las E.S.E. del departamento durante el cuatrienio. Indicador: Número de E.S.E. con acciones de IVC / E.S.E en PSFF y PGIR x100.	100%	100%

Salud pública y Prestación de servicios

Objetivo: Orientar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población y la suficiencia de oferta de servicios para el logro de resultados esperados en salud de las personas, familias y comunidades para garantizar el derecho de la salud de los santandereanos.

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Salud Pública en Emergencias y desastres	Desarrollar 4 proyectos de inversión para el fortalecimiento del Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres – CRUE del Departamento de Santander. Indicador: Número de proyectos desarrollados	0	4
Salud Pública en Emergencias y Desastres	Monitorear en el 100% los Planes Hospitalarios de Emergencias PHE, en el marco de los Planes Municipales de Gestión del Riesgo PMGRIPS en el Departamento. Indicador: N° E.S.E. del Departamento con seguimiento a los Planes Hospitalarios de Emergencias PHE, en el marco de los Planes	100%	100%

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
	Municipales de Gestión del Riesgo PMGRIPS / Número total de E.S.E. del Departamento programados x 100		
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Mantener en el 100%, la asistencia técnica en las normas, políticas y estrategias de calidad para elevar el índice de desempeño de las 83 E.S.E. del Departamento de Santander en la prestación de servicios de mejor calidad. Indicador: Numero de E.S.E. del Departamento con asistencia técnica en lineamientos y normatividad vigente para el mejoramiento de la calidad en salud / Número total E.S.E. del Departamento x 100	100%	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Actualizar el (1) Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de Empresas Sociales del Estado del Departamento (Modelo de Red). Indicador: Número de programa territorial actualizado.	1	1
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Mantener la Asistencia Técnica al 100% de las Empresas Sociales del Estado del departamento la Política de la Seguridad del Paciente Indicador: Número de E.S.E. Empresas Sociales del Estado con asistencia técnica en la Política de la Seguridad del Paciente / Número total de Empresas Sociales del Estado x 100	100%	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Fortalecer el desarrollo de cuatro (4) estrategias para el control social en salud, en el departamento de Santander. Indicador: Numero de estrategias Fortalecidas.	4	4
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Fortalecer la (1) Red de donación y trasplante de órganos y tejidos en la Regional 4. Indicador: Número de red fortalecida	1	1
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Gestionar el 100% del pago de las obligaciones por la prestación del servicio de salud del régimen subsidiado de los procedimientos no contemplados en el Plan Básico de Salud (PBS), para la atención a población vulnerable y población migrante.	100%	100%

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
	Indicador: Recursos Pagados / Recursos Gestionados X100		
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Realizar la asistencia técnica institucional al 100% de las EPS, entidades territoriales e IPS del departamento en materia de prestación de servicios de salud. Indicador: Porcentaje de Entidades apoyadas técnicamente.	100%	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Desarrollar 7 proyectos de inversión para la construcción y/o reposición y/o remodelación y/o ampliación y/o mantenimiento de la infraestructura hospitalaria en el Departamento de Santander Indicador: Numero de proyectos de inversión de infraestructura	10	17
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Dotar 60 E.S.E. de las existentes del departamento con equipos biomédicos, dispositivos médicos, mobiliario asistencial, mobiliario administrativo, equipos TIC, y equipos industriales de uso hospitalario, de acuerdo con la normatividad vigente en salud. Indicador: Número de E.S.E. con dotación hospitalaria.	83	83
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Adquirir 29 Ambulancias TAB o TAM para fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia en el departamento de Santander. Indicador: Número de ambulancias.	220	249
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Adquirir 6 unidades móviles para la prestación de servicios especializados. Indicador: Número de Unidades móviles.	0	6
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Apoyar en el 100% el desarrollo de los procesos de planeación, tecnología e infraestructura en salud para el departamento de Santander. Indicador: Porcentaje de procesos de planeación, tecnología e infraestructura desarrollados.	100%	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Acreditar 4 pruebas de ensayo del laboratorio departamental de salud pública de Santander. Indicador: Laboratorio con pruebas y ensayos acreditados	0	4

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Mantener el análisis de 45 eventos de interés en salud pública vigilados por el laboratorio departamental de salud pública de Santander. Indicador: Eventos de interés en salud pública vigilados por laboratorio.	45	45
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Garantizar el correcto funcionamiento de los 180 equipos del laboratorio departamental de salud pública para el desarrollo de sus labores misionales. Indicador: Numero de equipos de laboratorio de salud pública funcionando de forma adecuada	180	180
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Fortalecer el laboratorio departamental de salud pública con nuevas tecnologías para el desarrollo de sus labores misionales. Indicador: Numero de laboratorio fortalecido con tecnología.	1	1
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Realizar la evaluación externa del desempeño para 2 bancos de sangre y Servicio de transfusión. Indicador: Instituciones Banco de Sangre.	0	2
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Realizar 280 asistencias técnicas y verificación de estándares de calidad a los laboratorios de la red departamental. Indicador: Número de asistencias técnicas realizadas.	0	280
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Apoyar a los 87 municipios del departamento con el Servicio de asistencia técnica para el desarrollo de intervenciones colectivas, acciones de epidemiología y demografía, medicamentos de control especial, para el uso de los recursos de salud pública. Indicador: Número de municipios apoyados.	87	87
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Apoyar a los 87 municipios del Departamento con el servicio de asistencia técnica que permite a las entidades encargadas de la gestión del Plan Territorial de Salud apoyarlas técnicamente para el cumplimiento de sus labores. Indicador: Número de municipios apoyados.	87	87

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Vida Saludables y Enfermedades Transmisibles	Realizar 4 mantenimientos preventivos y/o correctivos a los equipos del centro de acopio departamental de vacunas. Indicador: Número de mantenimientos.	4	4
Vida Saludables y Enfermedades Transmisibles	Garantizar en los 87 municipios la disponibilidad de inmunobiológicos en las condiciones adecuadas y de manera oportuna. Indicador: Número de municipios con inmunobiológicos.	87	87
Vida Saludables y Enfermedades Transmisibles	Realizar 16 campañas de vacunación para la gestión del riesgo de las enfermedades inmunoprevenibles y sus consecuentes efectos negativos en la población. Indicador: Número de campañas de gestión del riesgo para enfermedades inmunoprevenibles.	16	16
Vida Saludables y Condiciones no Transmisibles	Implementar 2 estrategias de bienestar y disfrute de vida sana, promoción de condiciones y estilos de vida saludables, donde crecen personas, familias y comunidades, trabajan y envejecen, prevención y control de las condiciones crónicas no transmisibles. Indicador: Número de estrategias de promoción de vida saludable y condiciones no transmisibles implementadas.	0	2
Vida Saludables y Condiciones no Transmisibles	Implementar 2 estrategias con acciones para garantizar la prevención y el abordaje de enfermedades no transmisibles y de alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva, gestión del riesgo, disminución de la enfermedad y la discapacidad evitable de acuerdo con realidad territorial. Indicador: Número de estrategias de gestión del riesgo sobre condiciones crónicas prevalentes diseñadas e implementadas.	0	2
Vida Saludables y Condiciones no Transmisibles	Desarrollar e implementar agenda transectorial de modos, condiciones y estilos de vida saludables para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles en 3 municipios priorizados del departamento de Santander. (orientación MSyPS).	0	3

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
	Indicador: Número de Municipios con agenda intersectorial.		
Seguridad Alimentaria y Nutricional	<p>Implementar 1 estrategia para desarrollar acciones como: disminución de probabilidad de ocurrencia de eventos no deseados, evitables y negativos para la salud del individuo relacionado con la alimentación, como la obesidad, desnutrición o entre otros.</p> <p>Indicador: Número de estrategias de gestión del riesgo para temas de consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, calidad e inocuidad de los alimentos implementadas.</p>	1	2
Seguridad Alimentaria y Nutricional	<p>Implementar 1 estrategia en acciones que se desarrollan para promover la participación social orientadas a contribuir con el consumo de una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada para su aprovechamiento y utilización.</p> <p>Indicador: Número de estrategia de promoción en temas de disponibilidad y acceso a los alimentos, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos implementadas.</p>	1	2
Convivencia Social y Salud Mental	<p>Implementar 4 estrategias para desarrollar acciones de prevención y atención a trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, y la prevención de la violencia en los entornos donde las personas crecen, viven, trabajan, se recrean y envejecen.</p> <p>Indicador: Número de estrategias de prevención a problemas y trastornos mentales y sustancias psicoactivas implementadas.</p>	1	5
Convivencia Social y Salud Mental	<p>Implementar 4 estrategias orientadas a promover acciones, condiciones, capacidades y medios para que los individuos, familias y sociedad en conjunto gocen del nivel más alto de salud mental y una convivencia social pacífica. incluye generación de entornos, y otros.</p> <p>Indicador: Número de estrategias de promoción en temas de salud mental y convivencia implementadas.</p>	0	4
	Implementar 4 estrategias que buscan promover acciones y generar condiciones,	0	4

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos	<p>capacidades y medios para que los individuos, familias y sociedad gocen del nivel más alto de salud sexual y reproductiva, ejerciendo los derechos sexuales y los derechos reproductivos.</p> <p>Indicador: Número de estrategias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género diseñadas.</p>		
Sexualidad, Derechos sexuales y Reproductivos	<p>Realizar la provisión en forma sistemática y oportuna para 62 eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población santandereana.</p> <p>Indicador: Eventos de interés en salud pública vigilados.</p>	62	62
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	<p>Apoyar 4 estudios de investigación, desarrollo e innovación tecnológica en epidemiología incluye generación boletines o alertas, tablas de vigilancia de salud pública, reglamento Sanitario Internacional de redes especiales como laboratorios de salud pública, bancos de sangre y trasplantes de la Dirección de Redes en Salud Pública, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria entre otros.</p> <p>Indicador: Investigaciones en epidemiología realizados.</p>	4	8
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	<p>Elaborar 2 documentos de investigación incluyen las temáticas tratadas en salud pública: salud ambiental, vida saludable y condiciones no trasmisibles, convivencia social y salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, vida saludable y enfermedades transmisibles, salud pública en emergencias y desastres y salud y ámbito laboral.</p> <p>Indicador: Documentos de análisis de salud pública elaborados.</p>	4	6
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	<p>Brindar apoyo financiero a 32 ESE del departamento para el fortalecimiento de la prestación del servicio de salud en el nivel territorial.</p> <p>Indicador: Número de entidades territoriales.</p>	0	32
	Implementar 4 campañas con Acciones dirigidas a población general, desarrollo,	1	5

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Salud Ambiental	gestión y coordinación intersectorial sobre calidad del agua, de residuos sólidos y líquidos, aire, ruido, radiaciones, vivienda, servicios públicos, tenencia de animales y recuperación de entornos. Indicador: Campañas de promoción en temas de hábitat saludable implementadas.		
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Implementar 1 campaña con acciones de prevención y control de las enfermedades infecciosas emergentes, re-emergentes y desatendidas; como prevención y atención de infección respiratoria aguda y otras enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas. Indicador: Número de Campañas.	0	1
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Aumentar en un 16% el éxito del tratamiento de los casos de Tuberculosis en el Departamento de Santander Indicador: Número de casos con tratamiento terminado + Número de casos Curados/ Total de Casos de Tuberculosis x 100	74%	90%
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Disminuir la tasa de discapacidad grado 2 en 0.12 entre los casos nuevos de lepra en el Departamento de Santander. Indicador: Número de Personas con discapacidad grado 2 / Población x 1.000.000	0.24	0.12
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Gestionar para 9 municipios endémicos la certificación internacional de la interrupción de la transmisión de T. Cruzi por vectores domiciliados. Indicador: Municipios con certificación de internacional.	21	30
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Controlar los 3 Focos de Leishmaniasis en el Departamento. Indicador: Numero de Focos Controlados.	3	3
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Controlar 1 Foco de Malaria en el Departamento. Indicador: Numero de Focos Controlados.	1	1
	Implementar 1 estrategia de prevención y control de las arbovirosis.	1	1

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles	Indicador: Numero de Estrategias implementadas.		
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Mantener en los 87 municipios estrategias de atención primaria en el Plan Decenal de Salud Publica Indicador: Número de municipios con Estrategias de Atención primaria realmente incorporadas en el Plan Decenal de Salud Pública.	87	87
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Aumentar en 6000 personas la Atención Psicosocial a víctimas del conflicto armado - PAPSIVI en el departamento. Indicador: Víctimas con atención psicosocial en modalidad individual, familiar, comunitaria y grupal.	20978	26978
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Apoyar a los 87 municipios del departamento con asistencia técnica y acompañamiento en la implementación del enfoque diferencial étnico en salud. Indicador: Numero de municipios con asistencia técnica y acompañamiento en la implementación del enfoque diferencial étnico en salud.	87	87
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Apoyar a los 87 municipios del departamento con asistencia técnica y acompañamiento en la implementación de la Política Pública de Adulto Mayor, atendiendo las competencias del sector salud. Indicador: Numero de municipios con asistencia técnica y acompañamiento en la implementación de la Política Pública de Adulto Mayor, atendiendo las competencias del sector salud.	87	87
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Certificar, registrar, localizar y caracterizar el 3% de las personas con discapacidad en el departamento de Santander. Indicador: % de personas con discapacidad certificadas registradas, localizadas y caracterizadas en el departamento de Santander.	0	3%

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables	Implementar en 15 municipios del Departamento la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad. Indicador: Número de municipios con Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad en el departamento.	0	15
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Desarrollar en el 100% la Interoperabilidad de la Historia Clínica electrónica en la red Hospitalaria del Departamento de Santander. Indicador: Porcentaje de desarrollo de interoperabilidad en la red hospitalaria.	0	100%
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Implementar la Estrategia de Gobierno digital en el Diseño y desarrollo de lineamientos en TELEMEDICINA para consulta externa especializada en la red hospitalaria del departamento de Santander. Indicador: Número de estrategia implementada.	0	1

Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector salud y protección social.

Objetivo: Fortalecer las acciones sectoriales y comunitarias encaminadas a recuperar las capacidades básicas de la autoridad sanitaria en el departamento para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud.

Dimensión PDSP	Metas de Producto	Línea Base	Meta 2023
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Elaborar 4 Estudios y diseños para la construcción de infraestructura hospitalaria. Indicador: Número de estudios de preinversión.	10	14
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Actualizar 5 submódulos del módulo de salud del Sistema Integrado de Información Indicador: Numero de submódulos actualizados	5	5
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Desarrollar e Implementar 2 submódulos del módulo de salud del Sistema Integrado de Información Indicador: Numero submódulos Desarrollados e implementados	0	2
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Capacitar 400 personas en las competencias y la calidad de las estadísticas vitales. Indicador: Número de personas capacitadas	200	600
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Capacitar 30 personas en las competencias y la calidad de los conocimientos para la gestión de las entidades en Métodos Epidemiológicos. Indicador: Número de personas capacitadas	30	60
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Elaborar 87 documentos cuyo objetivo es describir y explicar métodos, herramientas analíticas, o procesos que determinan un camino o forma de realizar un análisis en particular. Indicador: Número de documentos metodológicos realizados	0	87
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	Apoyar el Desarrollo de un (1) proyecto de investigación e innovación para la generación de empleo en el sector salud en el Departamento de Santander. Indicador: Número de proyectos apoyados.	0	1

11. COMPONENTE OPERATIVO Y DE INVERSIÓN PLURIANUAL DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD

El aplicativo correspondiente al componente operativo y de inversión plurianual, se evidencia en el momento de respuesta del proceso de la ruta lógica de la estrategia PASE A LA EQUIDAD EN SALUD, componente número 12, soportado mediante decreto de liquidación 463 de 23 diciembre de 2019 y la Ordenanza 039 del 09 de diciembre de 2019 para el Departamento de Santander, donde se evidencia por cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública, los recursos con sus correspondientes fuentes de financiación para las vigencias 2020-2021-2022-2023.

Es importante resaltar que la Secretaria de Salud Departamental, de acuerdo con la necesidad y las prioridades en los eventos de salud pública, ha acreditado y contra acreditados recursos con las diferentes dimensiones inmersas en el Plan Territorial de Salud; así como en eventos de emergencia sanitaria como el Coronavirus – COVID19, por la que atraviesa, en esta primera vigencia en la que se está formulando el PTS en todo el territorio Colombiano.

NOTA: El Plan Territorial de Salud de Santander 2020-2023, se cargará al Portal Web SISPRO para la Planeación Estratégica y Operativa en el marco de la Estrategia PASE a la Equidad en salud. (Fecha límite: 30/06/2020)

Programa Aseguramiento y administración del Sistema General de la Seguridad Social en Salud – SGSSS.

Dimensiones articuladas del PDSP y el PDD: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Metas de producto: Dos (2).

Total inversión: \$ 255,353,210,901.80

Valor Total programado 2020-2023				
2020	2021	2022	2023	2024
\$ 48,548,578,029.81	\$ 63,127,440,453.66	\$ 70,223,613,862.60	\$ 73,453,578,555.73	\$ 48,548,578,029.81

Programa Inspección, Vigilancia y Control.

Dimensiones articuladas del PDSP y el PDD: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria. Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, Salud Ambiental.

Metas de producto: Doce (12).

Total inversión: \$ 9,755,996,967.34

Valor Total programado 2020-2023				
2020	2021	2022	2023	2024
\$ 2,329,217,825.71	\$ 2,353,267,038.74	\$ 2,484,341,870.29	\$ 2,589,170,232.60	\$ 2,329,217,825.71



Salud pública y Prestación de servicios

Dimensiones articuladas del PDSP y el PDD: Salud Ambiental, Visa Saludable y Condiciones no Transmisibles, Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, Convivencia Social y Salud Mental, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, Salud Publica en Emergencias y Desastres, Salud y ámbito Laboral, gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Metas de producto: Cincuenta y tres (53).

Total inversión: \$ 263,529,787,213.94

Valor Total programado 2020-2023				
2020	2021	2022	2023	2024
\$ 104,181,935,456.02	\$ 68,892,497,684.81	\$ 46,443,744,092.21	\$ 44,011,609,980.90	\$ 104,181,935,456.02

Fortalecimiento de la gestión y dirección del sector salud y protección social.

Dimensiones articuladas del PDSP y el PDD: Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria

Metas de producto: Siete (7).

Total inversión: \$ 5,611,106,495.28

Valor Total programado 2020-2023				
2020	2021	2022	2023	2024
\$ 762,846,287.00	\$ 1,245,360,138.48	\$ 1,278,774,544.02	\$ 1,324,125,525.78	\$ 762,846,287.00

TOTAL INVERSION SALUD 2020-2023

Valor Total programado 2020-2023				
2020	2021	2022	2023	2024
\$ 155,822,577,598.54	\$ 135,618,565,315.69	\$ 120,430,474,369.12	\$ 121,378,484,295.01	\$ 155,822,577,598.54

Total inversión: \$ 534,250,101,578.35





BIBLIOGRAFIA

Análisis de Situación de Salud - ASIS con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud departamento de Santander 2019.

Análisis de Situación de Salud - ASIS con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud Colombia 2018.

Departamento Nacional De Planeación. (2018). "Plan nacional de desarrollo 2008-2022, "Pacto por la Paz". Bogotá D.C. 2018.

Gobernación de Santander (2020) Página Web: <http://plandesarrollo.santander.gov.co>

Ministerio De Salud y Protección Social. (2019). Plantillas de reporte mensual PAI, Bogotá D.C. 2019

Ministerio De Salud y Protección Social. (2020). Plan decenal de salud pública 2012 – 2021.

MINISTERIO DE SALUD. Ley 1438. "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud", 2011.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1536 de 2015 establece las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal como de las instituciones del Gobierno Nacional.

MINISTERIO DE SALUD. Lineamientos Metodológicos, Técnicos y Operativos. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 Estrategia PASE a la Equidad en Salud

Ministerio De Salud y Protección Social. Portal Web SISPRO para la Planeación Estratégica y Operativa en el marco de la Estrategia PASE a la Equidad en salud.

Instituto Nacional de Salud-SIVICAP - Sistema de Información de la Vigilancia de la Calidad del Agua para Consumo Humano

Ministerio De Salud y Protección Social. Sistema Integrado de la Protección Social – SISPRO. 2019

Aplicativo CEO – Componente Estratégico y Operativo de las EAPB – 2019

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud 2019 – Santander.

Lineamientos y Directrices de Ordenamiento Territorial del Departamento de Santander – 2015

Caracterización EAPB: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>



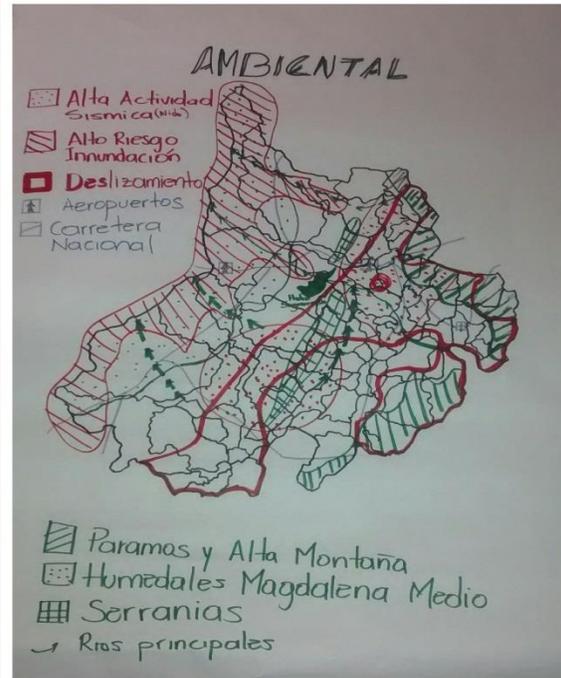
ANEXOS

Reconocimiento Inicial del territorio – Mapas dimensiones del desarrollo PASE

MAPA DIMENSION POBLACIONAL



MAPA DIMENSION AMBIENTAL





Reconocimiento Inicial del territorio – Mapas dimensiones del desarrollo PASE

MAPA DIMENSION SOCIAL



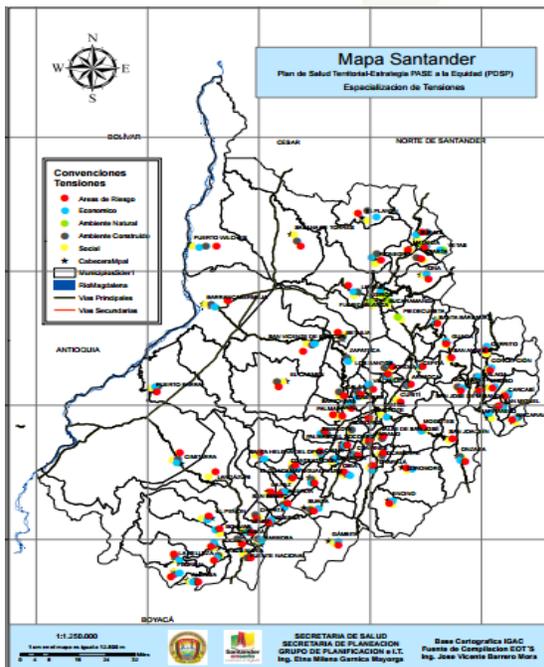
MAPA DIMENSION ECONOMICA



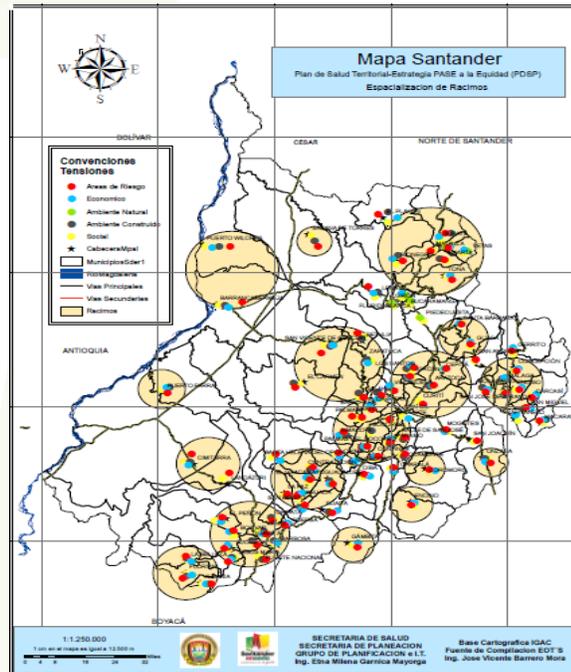


Construcción de la Configuración Actual del Territorio

MAPA FÍSICO ESPACIAL Y ESPACIALIZACIÓN DE TENSIONES

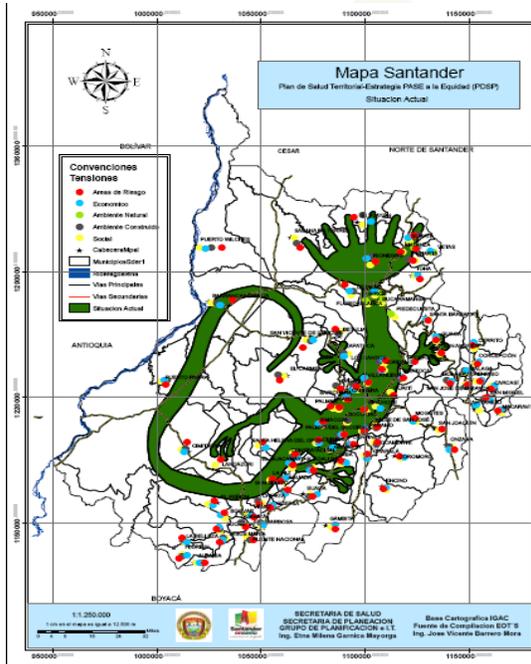


MAPA DE IDENTIFICACIÓN DE RACIMOS Y EJES ESTRUCTURANTES

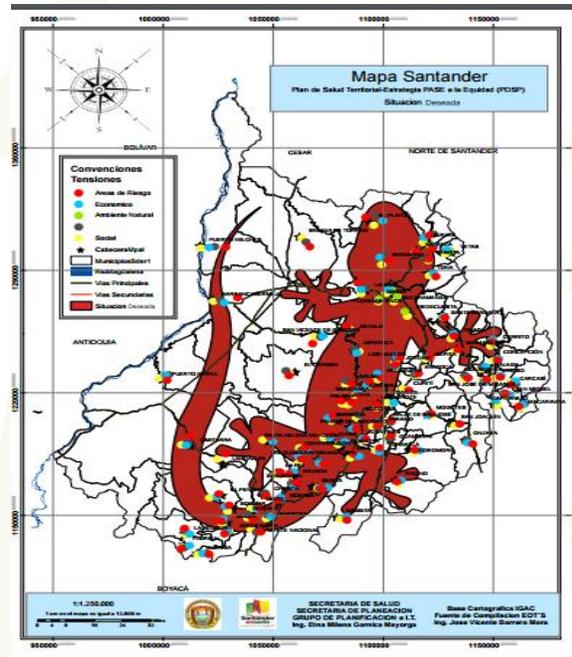




MAPA DE SITUACIÓN ACTUAL



MAPA DE SITUACIÓN DESEADA



ANEXO

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

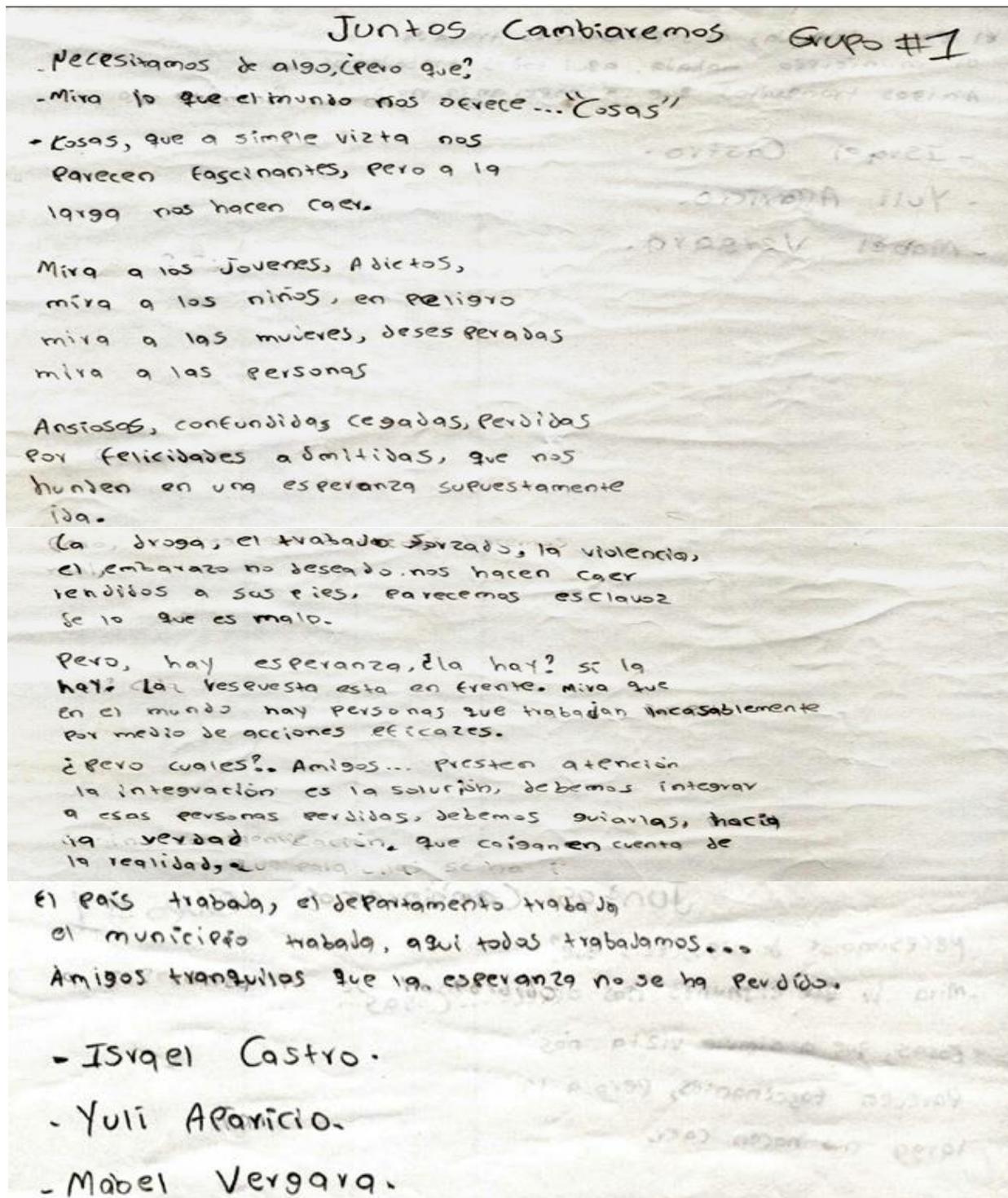


PLAN DE DESARROLLO “SANTANDER SIEMPRE CONTIGO Y PARA EL MUNDO-2020-2023”

**MAURICIO AGUILAR HURTADO
GOBERNADOR DE SANTANDER**

BUCARAMANGA, ABRIL DE 2020

MENSAJE DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE SANTANDER



CONTENIDO

INTRODUCCION

1. ENFOQUE POR CURSO DE VIDA.....	6
2. DATOS DEMOGRAFICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.....	7
3. ANALISIS SITUACIONAL FRENTE A LA GARANTIA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE SANTANDER POR CURSO DE VIDA Y EN CLAVE DE REALIZACIONES.....	10
3.1. Indicadores Situacionales Por Curso de Vida.....	10
3.1.1. Primera Infancia.....	10
3.1.2. Infancia.....	14
3.1.3. Adolescencia.....	16
3.2. Análisis Situacional Por Curso de Vida y en Clave de Realizaciones y Asociadas a las Líneas Estratégicas y Sectores del Plan de Desarrollo.....	19
3.2.1. Curso de Vida de la Primera Infancia.....	19
3.2.1.1. Relación de Líneas estratégicas y sectores para el Curso de Vida.....	20
3.2.2. Cursos de Vida de la Infancia y Adolescencia.....	50
3.2.2.1. Relación de Líneas estratégicas y sectores para el Curso de Vida.....	51
3.3. Identificación de Problemáticas.....	86
4. EJERCICIO DE PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER.....	111
4.1 Propuestas Construidas Por los Niños, Niñas y Adolescentes.....	118
4.2 Ejercicio de Movilización con Grupos étnicos.....	119
4.2.1. Comunidad U'wa.....	119
4.2.2. Comunidad Afrodescendientes.....	122
4.2.3. Comunidad Zenu.....	124

SIGLAS

- **ICBF:** Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- **SNBF:** Sistema Nacional de Bienestar Familiar.
- **ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible.
- **PPIAF:** Política Pública de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.
- **CPS:** Consejo de Política Social.
- **MIAF:** Mesa de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.
- **MPS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES:** Mesa de Participación Significativa de Niños, Niñas y Adolescentes.
- **GAI:** Grupos Armados Ilegales.
- **GAOML:** Grupos Armados Organizados al Margen de la Ley.
- **SNARIV:** Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas.
- **PESCC:** Programa de educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.
- **FAMI:** Familia, mujer e infancia.
- **AIEPI:** Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
- **PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- **BCG:** Bacillus de Calmette y Guérin-vacuna contra la tuberculosis.
- **DANE:** Departamento Nacional de estadística.
- **DPT:** La vacuna **DPT** o triple bacteriana, contiene los toxoides diftérico (contra la Difteria) y tetánico (contra el tétanos), así como fragmentos de proteína de la bacteria Bordetella pertussis causante de la Tos ferina.
- **TEA:** Trastorno del espectro autista.
- **BPN:** Bajo peso al Nacer.
- **ASIS:** Análisis situación en salud.
- **ENSIN:** Encuesta nacional situación nutricional en Colombia.
- **SRPA:** Sistema de Responsabilidad Penal Para Adolescentes.
- **UDS:** Unidades de Servicio.
- **UNAF:** Unidad de apoyo y fortalecimiento familiar.
- **IPS:** Instituto prestador de servicios de salud.
- **MEDD:** Modelo de enfoque diferencial de derechos.
- **RLCPD:** Registro de localización y caracterización para personas con Discapacidad.
- **TIC:** Tecnologías de la Información y de la Comunicación.
- **PESCC:** Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía.
- **SENA:** Servicio Nacional de Aprendizaje.
- **PNUD:** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- **SUIN:** Sistema Único de Información de la Niñez

INTRODUCCION

En mi Programa de Gobierno, establecí como una prioridad fundamental y partiendo del hecho que yo también soy padre, la importancia de formular acciones claras y concretas y que permitan a todos los niños, niñas y adolescentes de Santander, estar saludables, poder estudiar, sentirse a salvos y lo más importante ser FELICES y tener un proyecto de vida.

Por tal razón y en cumplimiento de esa promesa de campaña y dentro de la formulación del plan de desarrollo de todos los santandereanos, el cual llamamos “Santander Siempre Contigo y Para el Mundo 2020-2023”; Presento el diagnóstico situacional de la primera infancia, la infancia, la adolescencia y el fortalecimiento familiar de nuestro Departamento. Este documento está elaborado por varias etapas y en las cuales se podrá conocer cuántos niños, niñas y adolescentes habitan en el departamento, información de cómo se han comportado los indicadores situacionales relacionados con la protección de cada uno de ellos, la relación que cada una de las líneas estratégicas y sectores del plan de desarrollo tienen frente a esta protección, todo esto desde una mirada transversal.

Igualmente este diagnóstico, presenta un análisis por cada curso de vida y teniendo como propósito, poder identificar como están el cumplimiento de cada una de las realizaciones, para concluir con la identificación de las principales problemáticas que hoy en día impiden el desarrollo integral de cada niño, niña y adolescente de Santander.

Es importante mencionar que dentro de ese compromiso adquirido en mi programa de gobierno, tomamos la decisión, que en los ejercicios de participación de la ciudadanía, los cuales llamamos talleres siempre Santander y que se desarrollaron en cada capital de provincia, la primera mesa de trabajo y movilización fuera la de los niños, niñas y adolescentes, producto de ello, también presentaremos los principales resultados obtenidos y las propuestas que los niños, niñas y adolescentes definieron como ejercicio de inclusión y participación en la formulación del plan de desarrollo.

Este análisis situacional, también fue construido en cumplimiento del artículo 204 de la ley 1098 de 2006 y siguiendo los lineamientos y asistencia técnica del ICBF como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar.

Para finalizar quiero agradecer a cada uno de los niños, niñas y adolescentes que participo en los 7 talleres que realizamos y cuyo esfuerzo y dedicación se presenta a continuación.

A todos Gracias.

MAURICIO AGUILAR HURTADO
Gobernador de Santander

1. ENFOQUE POR CURSO DE VIDA

Se refiere al conjunto de trayectorias que tiene una persona y su Familia, de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de su vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, etc.), las cuales están marcadas por las experiencias acumuladas, las transiciones y los momentos significativos.

PRIMERA INFANCIA:

Primeros 5 años de vida, incluida la gestación, determinante del desarrollo del ser humano.

INFANCIA:

Entre los 6 y 11 años. Se consolidan muchos de los rasgos formados en la primera infancia al tiempo que se preparan el cuerpo y la mente para experimentar otro período de cambios y descubrimientos. Etapa propicia para el desarrollo de funciones cerebrales que determinan el conocimiento.

ADOLESCENCIA:

Entre los 12 y 17 años de vida. Etapa que consolida la identidad del sujeto como ser social e individual y se desarrolla la capacidad de analizar, escoger e imponer un nuevo orden que lo represente y lo proyecte, situación que genera tensiones para el sujeto mismo y para los demás.

FORTALECIMIENTO FAMILIAR:

Aquellas acciones orientadas a promover con las Familias el reconocimiento de sus capacidades como gestoras de su propio desarrollo, mediante la garantía del ejercicio pleno de sus derechos y bajo la corresponsabilidad de todos los actores que tienen el compromiso y la competencia para aportar a la calidad de vida y el bienestar de las Familias. De igual manera, hace referencia a la construcción de formas de relacionamiento respetuosa, equitativa y solidaria que a su vez inciden en la consolidación de entornos Familiares y comunitarios protectores, la convivencia armónica y el desarrollo integral de sus integrantes.

2. DATOS DEMOGRAFICOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

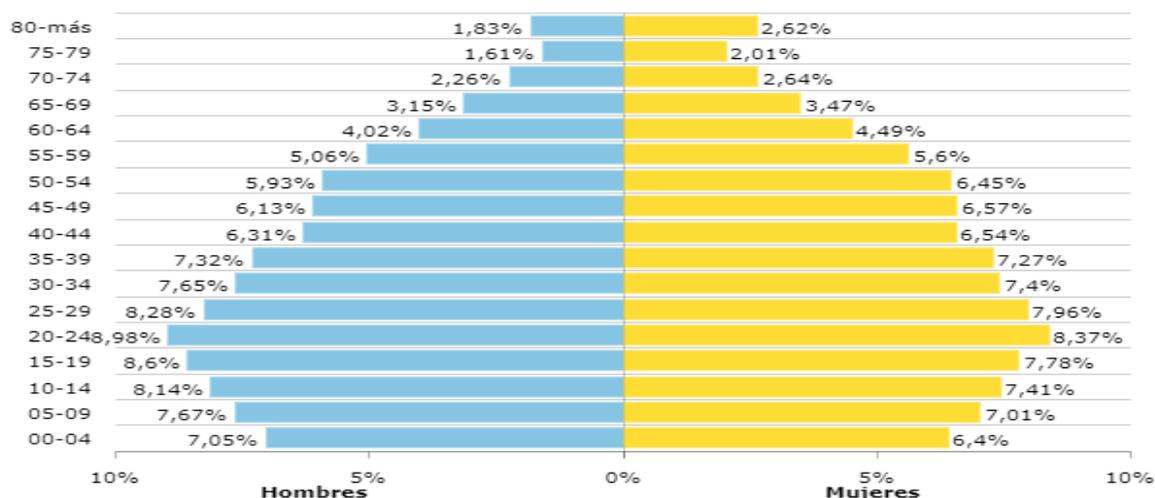
Información General

Código Dane	68
Categoría	2 (ley 617 200)
Población	2.184.837 habitantes
Región	Centro Oriente
Entorno de Desarrollo	Intermedio
Superficie	30.537 km ² (3.053.700 Hectáreas)
Densidad Poblacional	71.55 habitantes/km ²

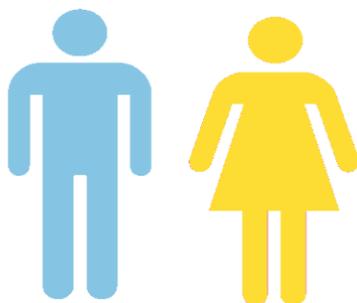
Fuente: terridata-DNP

Pirámide Poblacional

Fuente: DANE - Censo Nacional de Población y Vivienda - 2018



Población Desagregada por Sexo



Santander (H)	Santander (M)
983.439 (49 %)	1.025.402 (51%)
Colombia (H)	Colombia (M)
21.570.493 (48.8%)	22.593.924 (51.2%)

Fuente: terridata-DNP

Población Desagregada por Curso de Vida

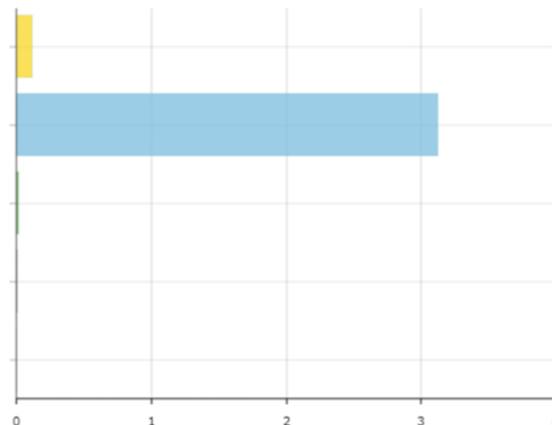
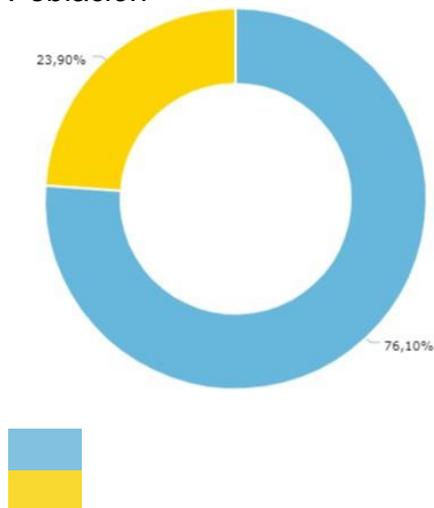
<i>Curso de Vida</i>	<i>Total</i>
Primera Infancia	163.929
Infancia	180.489
Adolescencia	162.340

Fuente: Censo DANE 2018

Distribución por Sexo y Zona Poblada												
Edad	Sexo			Cabecera			Centro Poblado			Rural Disperso		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
0	25.096	12.840	12.256	19.099	9.807	9.292	1.287	661	626	4.710	2.372	2.338
1	26.586	13.646	12.940	20.147	10.319	9.828	1.391	698	693	5.048	2.629	2.419
2	27.732	14.300	13.432	21.208	10.938	10.270	1.409	725	684	5.115	2.637	2.478
3	27.814	14.350	13.464	21.270	10.915	10.355	1.386	702	684	5.158	2.733	2.425
4	27.768	14.201	13.567	21.160	10.820	10.340	1.397	710	687	5.211	2.671	2.540
5	28.933	14.769	14.164	21.855	11.135	10.720	1.506	765	741	5.572	2.869	2.703
6	28.937	14.785	14.152	21.559	10.953	10.606	1.475	759	716	5.903	3.073	2.830
7	29.134	15.028	14.106	21.828	11.192	10.636	1.538	791	747	5.768	3.045	2.723
8	29.743	15.177	14.566	22.020	11.198	10.822	1.582	826	756	6.141	3.153	2.988
9	30.525	15.668	14.857	22.434	11.533	10.901	1.596	805	791	6.495	3.330	3.165
10	31.411	16.065	15.346	23.233	11.710	11.523	1.568	796	772	6.610	3.559	3.051
11	30.739	15.607	15.132	22.502	11.382	11.120	1.559	797	762	6.678	3.428	3.250
12	30.881	15.833	15.048	22.434	11.466	10.968	1.682	849	833	6.765	3.518	3.247
13	31.413	16.199	15.214	22.762	11.704	11.058	1.642	846	796	7.009	3.649	3.360
14	31.638	16.367	15.271	22.790	11.637	11.153	1.677	854	823	7.171	3.876	3.295
15	31.638	16.024	15.614	22.942	11.516	11.426	1.615	835	780	7.081	3.673	3.408
16	31.309	15.992	15.317	22.889	11.568	11.321	1.510	748	762	6.910	3.676	3.234
17	33.254	17.069	16.185	24.652	12.470	12.182	1.535	797	738	7.067	3.802	3.265
18	34.744	18.092	16.652	26.260	13.339	12.921	1.512	784	728	6.972	3.969	3.003
19	33.370	17.399	15.971	25.643	13.090	12.553	1.391	666	725	6.336	3.643	2.693
Total Edad	164.315	84.576	79.739	122.386	61.983	60.403	7.563	3.830	3.733	34.366	18.763	15.603

Población Desagregada por Área Población Étnica

Población



Población Urbana 1.598.600 (76,10%)
 Población rural 502.104 (23,90%)

	Población indígena	2.389 (0,12%)
	Población negra, mulata o afrocolombiana	59.707 (3,12%)
	Población raizal	301 (0,02%)
	Población Rrom	139 (0,01%)
	Población palenquera	0 (0,00%)
	Población étnica total	62.536 (3,27%)

Población de origen étnico en resguardos Indígenas

1.011
 personas
 (0,1%)

Número de resguardos Indígenas en el territorio

2

Fuente: terridata-DN

3. ANÁLISIS SITUACIONAL FRENTE A LA GARANTIA DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE SANTANDER POR CURSO DE VIDA Y EN CLAVE DE REALIZACIONES

3.1 Indicadores Situacionales por Curso de Vida

3.1.1 Primera Infancia

REALIZACIÓN	N.	INDICADORES	SECTOR ENTIDAD TERRITORIAL	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
				2015	2016	2017	2018
<i>Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que lo acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral.</i>	1	Tasa de violencia contra Niños y Niñas (De 0 a 5 años)	MEDICINA LEGAL	31,61	34,77	36,44	31,52
	2	Número de Niños y Niñas de 0-5 años dados en adopción	ICBF	30	37	29	16
<i>Cada Niño y Niña vive y disfruta del nivel más alto posible de salud.</i>	3	Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.	SSD/MATERNIDAD SEGURA	29,08	20,01	SD	SD
	4	Porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado	SSD/SSR	99,6	99,65	SD	SD
	5	Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por mil nacidos vivos)	SSD/SALUD INFANTIL	13,53	12,93	SD	SD
	6	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por mil nacidos vivos)	SSD/SALUD INFANTIL	9,27	10,36	7,19	SD
	7	Tasa de mortalidad por ERA en Niños y Niñas menores de 5 años	SSD/SALUD INFANTIL	6,62	9,08	7,09	SD
	8	Tasa de mortalidad por EDA en Niños y Niñas menores de 5 años	SSD/SALUD INFANTIL	1,81	2,42	0,61	SD
	9	Mortalidad en Niños y Niñas por malaria (Casos) (Menores de 5 años)	SSD/ETV	0	0	0	0
	10	Mortalidad en Niños y Niñas por dengue (Casos) (Menores de 5 años)	SSD/ETV	0	1	0	1
	11	Tasa de muertes por causas externas en Niños y Niñas (Menores de 5 años)	SSD/CUBO	12,04	12,01	SD	SD
	12	Tasa de mortalidad en menores de 5 años asociada a VIH/SIDA	SSD/CUBO	7,08	3	SD	SD
	13	Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles.	SSD/SSR	92,77	92,59	SD	SD
	14	Porcentaje de transmisión materno infantil de VIH en menores de 2 años	SSD/SSR	3,1	SD	SD	SD
	15	Incidencia de Sífilis Congénita	SSD/SSR	71,09	50,3	SD	SD

	16	Número de Niños y Niñas menores de 6 años a quienes se les realiza seguimiento individual, que tienen el esquema de vacunación completo para su edad.	SSD/PAI	97652	99133	SD	SD
	17	Cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos	SSD/PAI	92,38	81,06	92,19	86,96
	18	Cobertura de vacunación contra Polio en Niños y Niñas menores de 1 año	SSD/PAI	90,89	90,68	88,38	46,4
	19	Cobertura de vacunación con pentavalente (DPT y Hepatitis) tres dosis en Niños y Niñas menores de 1 año	SSD/PAI	90,3	90,21	89,08	88,25
	20	Cobertura de vacunación contra Rotavirus en Niños y Niñas menores de 1 año	SSD/PAI	88,9	90,8	87,73	45,6
	21	Cobertura de vacunación contra Neumococo dos dosis en Niños y Niñas menores de 1 año	SSD/PAI	89,2	91,1	89,44	46,4
	22	Cobertura de vacunación con triple viral en Niños y Niñas menores a partir de 1 año	SSD/PAI	95,03	92,97	89,88	45,6
	23	Cobertura de vacunación contra fiebre amarilla en Niños y Niñas a partir de 1 año	SSD/PAI	120,2	72,6	84,84	43,4
	24	Tasa de mortalidad fetal	SSD/SSR	5,04	SD	SD	SD
	25	Número de Niños y Niñas afiliados al SGSSS (Menores de 6 años)	SSD/ASEGURAMIENTO	164462	166344	163709	162562
	26	Calidad de agua	SECRETARIA INFRAESTRUCTURA (SIVICAP)	9,56	12,85	10,53	8,16
	27	Cobertura de agua potable (Continuidad del Servicio)	PLANEACION/INFRAESTRUCTURA	96,1	SD	SD	SD
	28	Continuidad del servicio de agua /Horas al día (Información solo para municipios)	PLANEACION/INFRAESTRUCTURA	SD	SD	SD	SD
	29	Cobertura de acueducto	SAMBIENTAL	85,83	85,5	SD	SD
	30	Porcentaje de la población sin caries en la dentición primaria	SSD/PyP- ENSAB IV	33,64	NA	SD	SD
	31	Prevalencia de caries en dientes temporales	SSD/PyP	SD	SD	SD	SD
	32	Prevalencia auditiva de Niños y Niñas de 0 a 5 años	SSD/MSP INF DE GESTION DIR EPIDEMI Y DEMOGRAFIA	SD	SD	SD	SD
	33	Prevalencia visual de Niños y Niñas de 2 a 5 años	SSD/MSP INF DE GESTION DIR EPIDEMI Y DEMOGRAFIA	SD	SD	SD	SD
	34	Cobertura de viviendas con servicio de alcantarillado	VIVIENDA/PLANEACION	SD	SD	SD	SD
	35	Porcentaje de embarazo en Adolescentes	SALUD	SD	SD	SD	SD
Cada Niño y Niña goza y mantiene un estado nutricional adecuado.	36	Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	SSD/CUBO	2,41	1,2	SD	SD
	37	Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla para la edad en menores de 5 años	SSD/NUTRICION	SD	SD	SD	SD

	38	Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años	SSD/NUTRICION	SD	SD	SD	SD
	39	Prevalencia de exceso de peso en Niños y Niñas en menores de 5 años	SSD/NUTRICION	SD	SD	SD	SD
	40	Duración mediana de la lactancia materna exclusiva	SSD/NUTRICION	SD	SD	SD	SD
	41	Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	SSD/NUTRICION	7,08	6,81	SD	SD
	42	Tasa de Desnutrición aguda, moderada y severa en menores de 5 años	SSD/NUTRICION	SD	6,1	SD	SD
<i>Cada Niño y Niña crece en entornos que favorecen su desarrollo.</i>	43	Número de niñas y niños en programas de atención integral del ICBF (CDI - Familiar Y HI)	ICBF	30949	31908	35075	35705
	44	Número de Niños y Niñas atendidos en Hogares Comunitarios de Bienestar - HCB Familiares, Fami, Grupal y en Establecimientos de Reclusión y otras formas de atención"	ICBF	35425	28925	28069	27171
	45	Número de Niños y Niñas atendidos en Hogares comunitarios de Bienestar HCB	ICBF	22137	20963	20412	19582
	46	Número de Niños y Niñas atendidos en Desarrollo Infantil en Medio Familiar DIMF	ICBF	22022	22154	22329	22920
	47	Número de Niños y Niñas atendidos en Hogares Comunitarios de Bienestar FAMI	ICBF	11369	5566	5310	5293
	48	Número de Niños y Niñas atendidos en Hogares Comunitarios Integrales	ICBF	0	154	2843	2839
	49	Número de Niños y Niñas atendidos en Hogares Agrupados	ICBF	1904	2381	2334	2282
	50	Número de Niños y Niñas atendidos en establecimientos de Reclusión	ICBF	15	15	13	14
	51	Número de Niños y Niñas atendidos en Centros de Desarrollo Infantil CDI	ICBF	5116	5804	5956	6006
	52	Número de Niños y Niñas atendidos en Hogares Infantiles	ICBF	3811	3796	3947	3940
	53	Número de Niños y Niñas de 0-5 años Rrom, atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	SD	SD	SD	1
	54	Número de Niños y Niñas de 0-5 años Étnicos (RAIZAL DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA), atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	SD	SD	SD	5
	55	Número de Niños y Niñas de 0-5 años Étnicos (PALENQUERO), atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	SD	SD	SD	19
56	Número de Niños y Niñas de 0-5 años Étnicos (INDÍGENA),	ICBF	SD	SD	SD	11	

		atendidos en modalidades del ICBF					
	57	Número de Niños y Niñas de 0-5 años Étnicos (COMUNIDAD NEGRA), atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	SD	SD	SD	1
	58	Número de Niños y Niñas de 0-5 años Étnicos (AFROCOLOMBIANO), atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	SD	SD	SD	33
	59	Número de Niños y Niñas de 0-5 años con Discapacidad, atendidos en modalidad del ICBF	ICBF	SD	SD	SD	111
	60	Porcentaje de Niños y Niñas (3-5 años) matriculados en pre jardín y jardín y transición	SED	SD	SD	5857	SD
	61	Cobertura escolar neta en transición	SED	59,9	60	SD	SD
	62	Cobertura escolar bruta en transición	SED	94	95	SD	SD
	63	Cobertura escolar bruta en preescolar	EDUCACION	13,175	13,199	13,638	13,701
	64	Número de Niños y Niñas con discapacidad atendidos en el sistema educativo (educación preescolar).	EDUCACION	SD	SD	SD	SD
Cada Niño y Niña construye su identidad en un marco de diversidad.	65	Proporción de Niños y Niñas menores de 1 año con registro civil por lugar de residencia	SUIN	25869	29591	27297	26365
	66	Porcentaje de Niños y Niñas con discapacidad (Menores de 6 años)	SSD/CUBO/PROMOCION SOCIAL	0,02	0,037	0,08	0,096
Cada Niño y Niña expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta.	67	Número de ejercicios de participación, realizados.	SDD	0	6	10	7
Cada Niño y Niña crece en entornos que promueven sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.	68	Tasa de exámenes médico-legales por presunto delito sexual contra Niños y Niñas en menores de 5 años.	SUIN	209	209	192	SD
	69	Tasa de homicidios en Niños y Niñas de 0 a 5 años	MEDICINA LEGAL	1	0	2,02	2,54
	70	Tasa de muerte por accidentes de tránsito en Niños y Niñas de 0 a 5 años	MEDICINA LEGAL	3,01	2,51	3,54	2,03
	71	Número de Niños y Niñas de 0 a 5 años víctimas del conflicto armado	INTERIOR- VICTIMAS	22,05	21,07	29,09	13,05
	72	Número de Niños y Niñas de 0 a 5 años víctimas del desplazamiento forzado	INTERIOR	4,3	8,3	7,2	8,4

3.1.2. Infancia

REALIZACIÓN	N.	INDICADORES	SECTOR ENTIDAD TERRITORIAL	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
				2015	2016	2017	2018
<i>Cada Niño y Niña cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que la acogen (vínculos afectivos y de protección), favorecen su desarrollo integral y le reconocen como agente activo del mismo.</i>	1	Tasa de violencia contra Niños y Niñas (De 6 a 11 años)	MEDICINA LEGAL	49,42	79	57,19	61,02
	2	Número de Familias de Grupos étnicos Atendidas en Modalidades del ICBF (UWA)	ICBF	151 UWA	160 UWA	160 UWA	0
	3	Número de Familias Afrodescendientes Atendidas en Modalidades del ICBF	ICBF	303	315	330	325
	4	Número de Familias Rrom Atendidas en Modalidades del ICBF	ICBF	110	200	170	0
	5	Número de Familias Víctimas Atendidas en Modalidades del ICBF	ICBF	728	1285	1299	706
	6	Numero de niñas y niños de 6-11 años dados en adopción	ICBF	17	20	20	9
	7	Número de Niños y Niñas de 6-11 años con discapacidad atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	5	5	4	1
<i>Cada Niño y Niña cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud.</i>	8	Tasa de Mortalidad por ERA en Niños y Niñas de 6 a 11 años	SSD/SALUD INFANTIL	0	0	0	0
	9	Tasa de Mortalidad por EDA en Niños y Niñas de 6 a 11 años	SSD/SALUD INFANTIL	0	0	0	1
	10	Mortalidad en Niños y Niñas por malaria (Casos) (De 6 a 11 años)	SSD/ETV	0	0	0	0
	11	Mortalidad en Niños y Niñas por dengue (Casos) (De 6 a 11 años)	SSD/ETV	0	0	0	0
	12	Tasa de muertes por causas externas en Niños y Niñas. (De 6 a 11 años)	SSD/CUBO	5,9	5	SD	SD
	13	Tasa de mortalidad en Niños y Niñas de 6 a 11 años asociada a VIH/SIDA	SSD/CUBO	2,5	1	SD	SD
	14	Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - en niñas escolarizadas y no escolarizadas a partir de los 9 años	SSD/SALUD INFANTIL	56,42	8,9	SD	11,8
	15	Prevalencia de caries en dentadura mixta (encuesta quinquenal)	SSD/PyP- ENSAB IV	5286	NA	SD	SD
	16	Prevalencia visual de Niños y Niñas de 6 a 8 años	MSYPS/INF GESTION EPIDEMI Y DEMOGRAFIA	SD	SD	SD	SD
	17	prevalencia auditiva de Niños y Niñas de 6 a 11 años	MSYPS/INF GESTION EPIDEMI Y DEMOGRAFIA	SD	SD	SD	SD
18	Número de Niños y Niñas afiliados al SGSSS (De 6 a 11 años)	SALUD	184587	182824	179666	179507	
<i>Cada Niño y Niña goza de un buen estado nutricional.</i>	19	Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla para la edad de 6 a 11 años	SALUD	SD	SD	SD	SD
	20	Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad de 6 a 11 años	SALUD	SD	SD	SD	SD
	21	Prevalencia de exceso de peso en Niños y Niñas de 6 a 11 años.	SALUD	SD	SD	SD	SD
<i>Cada Niño y Niña desarrolla y potencia sus capacidades, habilidades y destrezas en procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral.</i>	22	Cobertura escolar neta para educación básica primaria	SED	94,34	95	SD	SD
	23	Cobertura escolar bruta para educación básica primaria	SED	71,006	70,707	78,318	66,925
	24	Tasa de deserción en educación básica primaria	SED	2,44	2,52	2,13	SD

	25	Tasa de repitencia en educación básica primaria	SED	1,12	1,22	1,09	SD
	26	Número de Niños y Niñas con discapacidad atendidos en el sistema educativo (educación básica primaria).	EDUCACION	SD	SD	SD	SD
	27	Tasa de analfabetismo	EDUCACION	SD	SD	SD	SD
Cada Niño y Niña construye su identidad en un marco de diversidad.	28	Porcentaje de Niños y Niñas con discapacidad (De 6 a 11 años)	SSD/CUBO/PRO MOCION SOCIAL	0,21	0,27	0,38	0,41
Cada Niño y Niña Disfruta de oportunidades de desarrollo Cultural, Deportivo y Recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida.	29	Numero de escenarios deportivos, Recreativos y culturales	INDERSANTANDE R	SD	SD	SD	SD
	30	Número de Niños y Niñas en programas o actividades Deportivas, Recreativas y de aprovechamiento del Tiempo Libre	INDERSANTANDE R	SD	SD	SD	SD
	31	Número de Niños y Niñas en programas o actividades culturales	CULTURA	SD	SD	SD	SD
Cada Niño y Niña Expresa Librementemente sentimientos, ideas y opiniones e incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos	32	Número de Niños y Niñas en instancias de participación o de incidencia en la promoción del derecho a la participación.	DESARROLLO/GE STORA SOCIAL/INTERIO R	SD	5	10	8
Cada Niño y Niña realiza prácticas de autoprotección y autocuidado y disfruta de entornos protectores y protegidos frente a situaciones de riesgo o vulneración.	33	Tasa de exámenes médico-legales por presunto delito sexual contra Niños y Niñas (De 6 a 11 años)	MEDICINA LEGAL	359	382	392	SD
	34	Tasa de suicidios en Niños y Niñas (De 6 a 11 años)	SSD/CUBO	3	8,56	SD	SD
	35	Tasa de Homicidios en Niños y Niñas (De 6 a 11 años)	MEDICINA LEGAL	0,49	0	0,50	0,50
	36	Tasa de muertes por otros accidentes en Niños y Niñas (De 6 a 11 años)	SSD/CUBO	3	2,52	SD	SD
	37	Tasa de muertes por accidentes de tránsito en Niños y Niñas (De 6 a 11 años)	MEDICINA LEGAL	1,99	0,50	2,53	1,01
	38	Número de Niños y Niñas atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD (De 6 a 11 años)	ICBF	141	147	272	170
	39	Número de niños, niñas y Adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD identificados como víctimas de violencia sexual	ICBF/SUIN	114	167	SD	SD
	40	Tasa de mortalidad infantil	SALUD/MEDICIN A LEGAL/DANE	SD	SD	7,7	SD
	41	Número de Niños y Niñas de 6-11 años víctimas atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	501	961	1100	570
	42	Número de Niños y Niñas de 6-11 años atendidos en otras modalidades de prevención del ICBF	ICBF	3920	1820	3437	3469
	43	Número de niños, niñas y Adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD identificados en situación de calle (Información Solo para municipios)	ICBF	NA	NA	NA	NA
	44	Porcentaje de Niños y Niñas de 6 a 11 años víctimas del conflicto armado	INTERIOR - VICTIMAS	0,4	1,3	1,5	0,5
45	Porcentaje de Niños y Niñas de 6 a 11 años víctimas del desplazamiento forzado	INTERIOR - VICTIMAS	8,5	9,7	9,2	10,7	

3.1.3. Adolescencia

REALIZACIÓN	N.	INDICADORES	SECTOR ENTIDAD TERRITORIAL	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
				2015	2016	2017	2018
<i>Cada adolescente cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que le acogen (vínculos afectivos y de protección), que favorecen su desarrollo integral y le reconocen como agente activo del mismo.</i>	1	Tasa de violencia intrafamiliar.	MEDICINA LEGAL	182,91	192,18	176,22	SD
	2	Tasa de violencia contra Adolescentes (De 12 a 17 años)	MEDICINA LEGAL	72,60	112,80	84,85	81,23
	3	Tasa de violencia interpersonal contra niños, niñas y Adolescentes (menores de 18 años)	MEDICINA LEGAL	SD	169,3	153,06	SD
	4	Tasa de violencia de pareja cuando la víctima es menor de 18 años	MEDICINA LEGAL	27,99	36,79	31,08	24,07
	5	Tasa de Violencia de Pareja contra la Mujer	SUIN	8,5	9,5	SD	SD
	6	Tasa de Violencia Sexual contra la Mujer	SUIN	6,6	7,2	SD	SD
	7	Número de Adolescentes con Discapacidad Atendidos en Modalidades del ICBF	ICBF	16	46	48	40
	8	Número de Adolescentes de 12-17 años dados en adopción	ICBF	8	14	11	2
<i>Cada adolescente cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud y adopta estilos de vida saludables.</i>	9	Mortalidad en Adolescentes por malaria (Casos) (De 12 a 17 años)	SSD/ETV	0	0	0	0
	10	Mortalidad en Adolescentes por dengue (Casos) (De 12 a 17 años)	SSD/CUBO	0	0	0	0
	11	Tasa de muertes por causas externas en Adolescentes (De 12 a 17 años)	SSD/CUBO	28	27,6	14,05	SD
	12	Tasa de mortalidad en Adolescentes asociada a VIH/SIDA (De 12 a 17 años)	SSD/CUBO	5,22	1,45	SD	SD
	13	Porcentaje de mujeres gestantes que se practicaron la prueba de VIH (Elisa) (Menores de 18 años)	SSD/SSR	99,77	92,59	SD	SD
	14	Cobertura de tratamiento antirretroviral	SSD/SSR	96,2	90,91	SD	SD
	15	Prevalencia VIH/SIDA en menores de 18 años	SSD/SSR	SD	SD	SD	SD
	16	Porcentaje de cáncer en menores de 18 años	SALUD	SD	16,2	SD	SD
	17	Índice COP (cariados obturados y perdidos a los 12 años de edad)	MSYPS/INFOR GESTION EPIDEMI Y DEMOGRAFIA	2,19	SD	SD	SD
	18	Prevalencia visual de Niños y Niñas de 12 años	MSYPS/INFOR GESTION EPIDEMI Y DEMOGRAFIA	SD	SD	SD	SD
	19	Prevalencia auditiva de Niños y Niñas de 12 años	MSYPS/INFOR GESTION EPIDEMI Y DEMOGRAFIA	SD	SD	SD	SD
20	Número de Adolescentes afiliados al SGSSS (De 12 a 17 años)	SSD/ASEGURAMIENTO	197702	197172	192007	189539	
<i>Cada adolescente goza de un buen estado nutricional y adopta hábitos alimenticios saludables.</i>	21	Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad (De 12 a 17 años)	SSD/NUTRICION	SD	SD	SD	SD
	22	Prevalencia de exceso de peso en Adolescentes (De 12 a 17 años)	SSD/NUTRICION	SD	SD	SD	SD
<i>Cada adolescente vive y expresa responsablemente su sexualidad.</i>	23	Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres Adolescentes actualmente unidas y no unidas sexualmente activas	SSD/SSR	56,3	SD	SD	SD
	24	Tasa de fecundidad específica (incluir de 10 a 14 años)	SSD/SSR	2,01	2,1	SD	SD

	25	Porcentaje de mujeres que han sido madres o están embarazadas (Menores de 18 años)	SSD/SSR	11,3	SD	SD	SD
	26	Número de Interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 18 años, en el marco de la Sentencia C-355 de 2006	SSD/SSR	16	11	16	15
	27	Porcentaje de nacidos vivos hijos de mujeres Adolescentes	SALUD	18,3	SD	SD	SD
	28	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están embarazadas	SUIN	11,3	SD	64,2	SD
Cada adolescente desarrolla y potencia sus capacidades, habilidades y destrezas en procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral.	29	Cobertura escolar neta para educación básica secundaria	SED	SD	81,07	83,98	83,74
	30	Cobertura escolar neta para educación media	SED	47,84	47,83	50,22	49,59
	31	Cobertura escolar bruta para educación básica secundaria	SED	60,011	58,986	59,206	59,335
	32	Cobertura escolar bruta para educación media	SED	83,07	85,12	92,06	94,14
	33	Tasa de deserción en educación básica secundaria	SED	4,37	4,84	3,53	SD
	34	Tasa de deserción en educación media	SED	2,64	2,02	1,71	SD
	35	Tasa de repitencia en educación básica secundaria	SED	SD	2,2	1,71	SD
	36	Tasa de repitencia en educación media	SED	1,31	0,76	0,57	SD
	37	Número de Adolescentes con discapacidad atendidos en el sistema educativo (educación secundaria, media, doce y trece normal, por ciclos y de aceleración en el aprendizaje)	SED	SD	2643	2863	3303
	38	Porcentaje de Niños y Niñas menores de 18 años en situación de pobreza	DANE	SD	SD	SD	SD
39	Porcentaje de Niños y Niñas menores de 18 años en situación de pobreza extrema (DANE)	DANE	SD	SD	SD	SD	
Cada adolescente continúa construyendo su identidad en un marco de diversidad.	40	Porcentaje de Adolescentes con discapacidad (De 12 a 17 años).	SSD/CUBO/PROMOCION SOCIAL	0,41	0,47	0,58	0,61
Cada Adolescente Disfruta de oportunidades de desarrollo Cultural, Deportivo y Recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida.	41	Numero de escenarios deportivos, Recreativos y culturales	INDERSANTANDER	SD	SD	SD	SD
	42	Número de Niños y Niñas en programas o actividades Deportivas, Recreativas y de aprovechamiento del Tiempo Libre	INDERSANTANDER	SD	SD	SD	SD
	43	Número de Niños y Niñas en programas o actividades culturales	CULTURA	SD	SD	SD	SD
Cada Adolescente Expresa Librementemente sentimientos, ideas y opiniones e incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos	44	Número de Niños y Niñas en instancias de participación o de incidencia en la promoción del derecho a la participación.	DESARROLLO/GESTORA SOCIAL/INTERIOR	SD	7	10	12
Cada niño, niña y adolescente realiza prácticas de autoprotección y autocuidado y disfruta	45	Tasa de exámenes médico-legales por presunto delito sexual contra Adolescentes (De 12 a 17 años).	SUIN	473	545	527	SD
	46	Tasa de suicidios en Adolescentes (De 12 a 17 años).	SUIN	10,29	1,16	1,67	SD
	47	Tasa de Homicidios en Adolescentes (De 12 a 17 años).	MEDICINA LEGAL	7,59	9,19	2,96	3,51
	48	Tasa de muertes por otros accidentes en Adolescentes (De 12 a 17 años).	SUIN	16,14	4,64	4,68	SD

de entornos protectores y protegidos frente a situaciones de riesgo o vulneración.	49	Tasa de muertes por accidentes de tránsito en Adolescentes (De 12 a 17 años)	MEDICINA LEGAL	7,59	10,16	10,85	9,02
	50	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes de 12 a 17 años víctimas del conflicto armado	INTERIOR- VICTIMAS	0,7	1,6	1,8	0,8
	51	Número de niños, niñas y Adolescentes HERIDOS por Municiones Sin Explotar (ICBF)	SUIN	0	0	0	0
	52	Porcentaje de niñas, niños y Adolescentes víctimas de vinculación a actividades relacionadas con grupos armados	INTERIOR	0	0	0	0
	53	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes de 12 a 17 años víctimas del desplazamiento forzado	INTERIOR- VICTIMAS	9,5	10,4	9,20	10,2
	54	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes víctimas de amenazas	INTERIOR	0	0	0	0
	55	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes víctimas de desaparición forzada	SUIN	0	0	0	0
	56	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes víctimas de secuestro	SUIN	0	0	0	0
	57	Porcentaje de niñas, niños y Adolescentes víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual	INTERIOR	0	0	0	0
	58	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes víctimas de tortura	INTERIOR	0	0	0	0
	59	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes víctimas, con proceso de retorno a su lugar de origen	INTERIOR	0	0	0	0
	60	Número de niñas, niños y Adolescentes desvinculados de grupos armados al margen de la ley**	INTERIOR	SD	SD	SD	SD
	61	Número de niñas, niños y Adolescentes lesionados por pólvora	ICBF	8	10	4	2
	62	Número de Adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD (De 12 a 17 años).	ICBF	182	211	268	202
	63	Porcentaje de niños, niñas y Adolescentes víctimas, con proceso de reparación administrativa	INTERIOR	SD	SD	SD	SD
	64	Número de Adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA	ICBF	1616	1660	1458	1179
	65	Porcentaje de Adolescentes entre 14 y 17 años privados de libertad procesados conforme a la ley	ICBF	57	76	76	28
	66	Porcentaje de Reincidencia del delito en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes	ICBF	32.86%	38.37%	33.06%	SD
	67	Número de Adolescentes de 12-17 años atendidos en otras modalidades de prevención del ICBF	ICBF	1680	780	1263	1176
68	Número de Adolescentes de 12-17 años víctimas atendidos en modalidades del ICBF	ICBF	852	833	1105	511	

3.2. Análisis Situacional por curso de Vida y en Clave de Realizaciones y Asociados a las Líneas Estratégicas y Sectores del Plan de Desarrollo

Para el siguiente análisis por curso de vida, se tendrán en cuenta las realizaciones contempladas en la política de estado de atención a la primera infancia y la política pública nacional de infancia y adolescencia.

Por el término debemos entender aquellas condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña y cada niño, y que hacen posible su desarrollo integral. En este sentido, se logran a través de un conjunto coherente e intencionado de acciones del Estado, de la sociedad y la Familia, impulsadas en el marco de la Protección Integral. La realización de los derechos de los niños, niñas y Adolescentes requiere organizar la oferta de programas, servicios y acciones del Estado, para que lleguen a todos y todas en forma oportuna, pertinente y de calidad.

3.2.1. Curso de Vida de la Primera Infancia



3.2.1.1. Relación de Líneas Estratégicas y Sectores del Plan de desarrollo para el Curso de Vida.

- Línea estratégica: Siempre Buen Gobierno

Sectores:

Siempre Seguridad y Coconvivencia
Siempre Gestión del Riesgo
Siempre Justicia

- Línea Estratégica: Competitividad, Emprendimiento y Empleo

Sectores:

Siempre Turismo
Siempre TIC
Siempre Agua Potable y Saneamiento Básico
Siempre Infraestructura y conectividad
Siempre Ciencia, tecnología e Innovación

- Línea Estratégica: Equilibrio Social y Ambiental

Sectores:

Siempre Salud
Siempre Deporte y Recreación
Siempre Equilibrio Social
Siempre Educación Preescolar (inicial)
Siempre Arte, Historia, Cultura y Patrimonio
Siempre Mujeres y Equidad de Género
Siempre Paz y Derechos Humanos
Siempre Vivienda

Realización: Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que lo acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral.

Esta realización se orienta a que los Niños y Niñas cuenten con una Familia que los reciba, proteja y ampare y sobre todo se encuentre preparada para brindarle afecto para que de esta manera les proporcione una guía amorosa para su desarrollo. Las pautas de crianza se desarrollan de una manera particular dependiendo el contexto, las condiciones geográficas, sociales y culturales, pero la pauta que se destaca sin importar las anteriores variables es el afecto, el cuidado y la paciencia para brindarle a los niños y las niñas las condiciones que requieren para su bienestar físico, emocional y mental.

La primera infancia “comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años” y es fundamental porque es el espacio en que el Niño y Niña son acogidos y se sienten parte de un núcleo social, en este caso la Familia. Allí los padres –padre y madre- o en su defecto, los cuidadores, son las primeras personas que interactúan, preferiblemente, en un ambiente de amor, aceptación, protección y formación en valores, porque “es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano.”

Por lo anterior, toma mucha importancia la formación de los padres, actuales y futuros, en pautas de crianza porque es en este proceso en donde los adultos responsables y formadores de los Niños y Niñas, deben ser cada vez más conscientes de la responsabilidad que tienen ante la vida y la sociedad en este proceso formativo, que es la base para tener seres íntegros, responsables, solidarios, felices, poseedores de derechos y con deberes.

Además, como lo dice Mustard, J.F. (2002) referenciado en el CONPES 109, “Los dos primeros años de vida son definitivos para la vinculación afectiva con las figuras materna y paterna” y establece el valor de la Familia como eje fundamental en esta etapa, cuando plantea:

La Familia es el contexto natural para el desarrollo integral de los niños y las niñas de 0 a 6 años, que está orientado por los parámetros del amor, la ternura y el reconocimiento de la dignidad y los derechos de todos sus miembros. Es el espacio de formación de la vivencia de la democracia, del desarrollo de los niños, las niñas y los Adolescentes como seres dignos, libres, responsables, iguales y autónomos, conscientes de la perspectiva de género y sujetos titulares de sus derechos. Durante esta etapa, la Familia es el principal entorno en el desarrollo del individuo. Por ello el Estado tiene la obligación de proteger a la Familia y generar condiciones para garantizar sus derechos políticos económicos, sociales y culturales. La intervención en la Familia debe tener en cuenta que las acciones en sus miembros individualmente considerados, tiene impacto en la estructura y funciones de la misma.

La crianza, entendida como los esfuerzos estructurados que manifiestan los padres para incidir en la supervivencia, el bienestar y el desarrollo de sus hijos, ha sido abordada como práctica relacional que se manifiesta a través de estilos, metas, pautas, creencias y

acciones (Aguirre, 2015; Grusec, 2011; Martínez-González, Robles-Haydar, Amar-Amar, & Crespo-Romero, 2016; O'Connor & Scott, 2007). De manera específica, la práctica de crianza denominada involucramiento parental se refiere a la implicación de los padres en las experiencias de los hijos y su asociación con las trayectorias académicas en la adolescencia ha recibido especial atención (Wilder, 2014). Se han propuesto varias clasificaciones del involucramiento parental (Epstein, 1995; Hoover Dempsey & Sandler, 1997) lo cual sugiere que este concepto puede analizarse de varias formas. Al respecto, Seginer (2006) diferencia entre el involucramiento basado en la escuela (schoolbased) y el basado en el hogar (home-based): en el primer tipo están las acciones de los padres que los comprometen con actividades en el contexto escolar, mientras que en el segundo grupo están las actividades desarrolladas en el hogar. En la adolescencia, se ha sugerido que el involucramiento de los padres en el hogar puede resultar más decisivo que el involucramiento en la escuela (Chowa, Masa, & Tucker, 2013) aunque la especificación del involucramiento pasa por diferentes tipos de acciones, creencias y metas (Kim, An, Chu, Kim, & Kim, 2018) con diversos tipos de resultados en los hijos (Kaplan Toren, 2013). Esto puede sugerir que el involucramiento no es un constructo simple y homogéneo. Así mismo, se cuestiona la influencia del involucramiento en el hogar (Nguon, 2012; Ortiz, 2013) sugiriéndose que no es tan decisivo como se ha propuesto, lo cual plantea el problema de aclarar el valor de las manifestaciones de involucramiento

****Involucramiento Parental Basado en el Hogar y Desempeño Académico en la Adolescencia Miguel Morales Castillo Eduardo Aguirre Dávila Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.**

Buen día

Según la secretaria de Salud Departamental, entre las formas de violencia reportadas en el año 2019, a la semana epidemiológica 25 se destaca el reporte 83 casos de violencia física, 223 casos de negligencia y abandono y 106 casos de abuso sexual en Niños y Niñas de 0 a 5 años

En Niños y Niñas de 6 a 11 años se reportaron 50 casos de violencia física, 359 casos de negligencia y abandono; y 73 casos de abuso sexual. (esta información se tomará igualmente para el curso de vida de la infancia)

<i>Naturaleza</i>	<i>Primera Infancia</i> <i>0 - 5 años</i>	<i>Infancia</i> <i>6 - 11 años</i>
--------------------------	--	---

Física	83	50
Psicológica	10	5
Negligencia y abandono	223	359
Abuso Sexual	106	73
Acoso sexual	12	2
Violación	5	2
Actos sexuales con uso de la fuerza	4	0
Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación forzada, mutilación)	5	1
Total General	448	492

Por otro lado, en la actualidad las Familias monoparentales, son muy frecuentes, lo que obliga que el padre o la madre que tengan bajo su cuidado a los hijos, deban enfrentarse a las diferentes situaciones que se presentan en la crianza de una niña o niño, lo que ha implicado transformaciones importantes en la cotidianidad, como la necesidad que mientras el progenitor busca el sustento el hogar, deba dejar a los Niños y Niñas solos o bajo el cuidado de diferentes cuidadores.

Respecto a la dinámica Familiar, se observan problemáticas en cuanto al mantenimiento de la autoridad, y al establecimiento de normas y límites claros. Así mismo la comunicación es escasa, al igual que el tiempo y la calidad de este compartido en Familia. En el caso de las Familias nucleares, cuando los dos progenitores trabajan, o en las Familias monoparentales cuando el que está a cargo labora, los hijos quedan a cargo de otros Familiares como abuelos, pero las normas no quedan claras, lo cual hace que los Niños y Niñas no tengan una figura de autoridad definida, lo cual suele desencadenar problemáticas comportamentales.

Si bien es cierto que se evidencia la falta de conocimientos y habilidades de los padres o adultos responsables en el cuidado de los niños y las niñas en cuanto a pautas de crianza y manejo de autoridad, estos no aprovechan las diferentes actividades que se impulsan desde diferentes programas institucionales como son Familias en acción de Prosperidad Social; modalidad FAMI, tradicional, Familias con bienestar del ICBF, escuela de padres sector educativo entre otros, ya que consideran estos temas poco relevantes para el desarrollo de sus hijos.

Desde el ICBF, a través de su proceso de primera Infancia se realiza un seguimiento a la formación que reciben los padres de Familia y/o acudientes de los Niños y Niñas usuarios de nuestros servicios en la Regional Santander. Se trabaja en temas del plan nacional de desarrollo sobre la mitigación de la violencia en las Familias colombianas, pautas de crianza, activación de ruta frente a vulneración y amenaza de los derechos, lactancia materna exclusiva, enfermedades transmitidas por alimentos, hábitos y estilos de vida saludables, plan de gestión de riesgo, hábitos y estilos de vida saludable y tránsito armónico.

A la fecha se registra cumplida la atención de formación a padres en el 87% de los usuarios atendidos en las modalidades de dicha institución.

Por parte del Programa Familias en Acción, de prosperidad social se realiza una entrega condicionada y periódica de una transferencia monetaria directa a las Familias en condición de pobreza y pobreza extrema y que en el caso de Familias con Niños y Niñas menores de 6 años busca Fomentar la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo de los Niños y Niñas de primera infancia y mejorar sus condiciones nutricionales, actualmente a través de este programa se llega a los 87 municipios del Departamento de Santander (81 municipios corresponden a la regional Santander y 6 a la regional del Magdalena Medio), se está entregando un incentivo como apoyo nutricional a aproximadamente a 26.452 Familias de Santander.

Comfenalco Santander en su objetivo de responsabilidad social y garante de derechos de la primera infancia, ofrece a la población menos favorecida, programas y proyectos que contribuyen a la formación y capacitación de padres de Familia o cuidadores, logrando el fortalecimiento de su labor como guías en el desarrollo integral de los niños. De esta manera, el Programa Leo y el Programa Jugando realizan periódicamente, encuentros educativos con padres de Familia o cuidadores en los hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. En estas actividades, se usa la literatura y el juego como herramienta formadora en pautas de crianza positiva, manejo de emociones y sentimientos, lenguaje y comunicación asertiva, entre otros.

Por lo anterior, es fundamental general factores protectores en la Familia, orientados a fomentar adecuadas pautas de crianza, estilos de crianza asertivos. Cuervo Martínez (2010) expresa que en la Familia se ha de considerar los cambios que se dan en la estructura y dinámica Familiar ya que estos alteran “las pautas de crianza (valores, normas, comunicación, solución de problemas y regulación emocional”.(Cuervo Martínez,2010, pp.116-118) y se deben regular para evitar genera inconsistencias y conflictos durante la infancia o para generar estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas que faciliten el desarrollo adecuado presente y futuro.

Si se logra fortalecer los entornos protectores se disminuirá el maltrato y la violencia en todas sus formas y de los cuales los Niños y Niñas son víctimas, situación que limita su normal desarrollo biopsicosocial.

Curso de vida	Retos Acumulados	Retos Emergentes
----------------------	-------------------------	-------------------------

Primera Infancia	Padres dejan el cuidado de los menores a terceras personas Familiares y amigos.	Presencia de migrantes venezolanos con Niños y Niñas de primera infancia en los diferentes municipios del Departamento
	Padres permisivos con sus hijos poca capacidad para corregir las conductas inadecuadas.	Falta recursos para atender la población del área rural que no cuenta con presupuesto para desplazarse al casco urbano del municipio y recibir asesoría y asistencia para la Familia.
	Familias disfuncionales con carencias para aplicar adecuadas pautas de crianza a sus hijos y con desconocimiento de los derechos de los NN	Identificación temprana en niños con conductas de riesgo o morbilidad en salud mental a través de aplicación de tamizaje y canalización en el marco de la resolución 3280 del 2018
	Carencia de vínculos afectivos entre los miembros de la Familia	
	Comunicación inadecuada - Carencia de habilidades para solucionar conflictos	
	Costumbres arraigadas que consideran el castigo como pauta de "normas"	
	Los padres en ocasiones no se involucran en la crianza de sus hijos, dejando esta tarea únicamente a las madres.	
	Violencia intra Familiar	
	Falta mayor conciencia de los padres de la responsabilidad que tienen frente al cuidado de sus hijos y de la importancia del vínculo afectivo en el desarrollo integral de los Niños y Niñas.	
	Implementación de un Programa para prevención de violencia en el Departamento	

Realización: Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud

Esta realización supone la materialización de lo dispuesto para el derecho a la salud, el derecho a la vida, la integridad personal, y la dignidad humana de Niñas y Niños, precisando condiciones y estados para que este derecho se disfrute con garantías, como parte del desarrollo integral de la Primera Infancia.

La Realización comprende acciones asociadas al acogimiento y pautas de crianza por parte de cuidadores, como acciones asociadas al adecuado crecimiento y desarrollo biológico, psíquico, social y cultural en la Primera infancia, incluyendo acciones de promoción de la salud, como la promoción de la maternidad y paternidad responsable, la estimulación temprana, la gestión de riesgos en salud y la atención prenatal y post natal de los servicios de salud, de forma diferencial y especializada si es requerida, contemplando los entornos Familiar, social, sanitario y educativo.

Según lo estipulado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, la salud es un derecho fundamental, a cargo del Estado, entonces es este el ente responsable de ofrecer este servicio de “manera gratuita y obligatoria”.

Es responsabilidad, de padres y cuidadores, de usarlo en pro del bienestar, cuidado y salud de los infantes a fin de tener el “nivel más alto posible de salud”, como se expresa en la realización del presente análisis.

Este proceso incluye acciones preventivas y correctivas desde la misma concepción del infante, tal y como lo establece el Ministerio de Salud y Protección Social del país.

El derecho del niño y de la niña a la salud comienza con el acto de brindar a la madre y a la pareja, el apoyo y la asesoría necesarias en la preparación para la gestación, el parto y la crianza, de tal forma que pueda establecerse una relación profunda entre la madre, el padre y el niño o niña, desde el primer instante. La gestante y su Familia le deben brindar al niño o niña por nacer, todos los cuidados y atenciones requeridas, asistiendo a los controles prenatales y acatando los tratamientos y recomendaciones dadas por el personal de salud, sobre cualquier otro interés de los padres.

Es tan importante la salud en la primera infancia que el mismo Ministerio la considera prioridad nacional debido a que la Atención a la Primera Infancia es definitiva para una vida saludable, y realiza una apuesta política y un compromiso social con el país, dada la importancia que esta etapa representa para la vida de todos los ciudadanos, en donde promover la salud es mucho más rentable que prevenir la enfermedad.

Según la Secretaria de Salud Departamental, el porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales en el año 2016 fue de 92,59 (Fuente SISPRO). El Departamento ha realizado actualización de los profesionales en los protocolos de la ruta materno perinatal y la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, involucrando a las comunidades en capacitaciones de derechos sexuales y reproductivos, asistencia técnica para la adherencia a los protocolos y rutas de la población materno perinatal y la realización de unidades de análisis que identifican barreras y permiten la formulación de planes de acción que mitiguen las consecuencias.

La tasa de mortalidad en menores de un año (por mil nacidos vivos) en el año 2016 fue de 12,93. Para el año 2013 este indicador estaba en 14,02 por cada 1000 NV como línea de base, (Fuente SISPRO). la cual estaba por debajo de la media Nacional, sin embargo el Departamento ha cumplido para los años 2015 y 2016 con la meta establecida de Reducir en 0,2. Estos resultados muestran el esfuerzo del Departamento en lograr el desarrollo y mejoramiento del nivel de vida y de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, tanto preventivos como de atención y principalmente con el fortalecimiento de las estrategias de calidad en la atención integral de Niños y Niñas (AIEPI, IAMII PAI, PNPIRA, Madre Canguro).

La tasa de mortalidad en menores de cinco años (Por mil nacidos vivos) en el año 2016 fue de 10,36 Para el año 2013 este indicador era de 11,17 por cada 1000 nacidos vivos como línea de base (Fuente SISPRO), la cual estaba por debajo de la media Nacional, sin embargo el Departamento ha cumplido para los años 2015, 2016 y 2017 con la meta establecida en el plan de Desarrollo de Reducir a 11,10. Este indicador mide la probabilidad de morir antes de los 5 años de vida , lo cual está asociado principalmente a

condiciones de bienestar de la población y la salud materna. Es la razón por la cual el Departamento ha venido realizando y liderando acciones dirigidas a impactar positivamente los determinantes sociales que afectan la salud materna y el fortalecimiento de las capacidades como factor minimizador de la problemática. Es por ello que ha buscado el fortalecimiento de estrategias como vivienda saludable, AIEPI Comunitario, IAMII, entre otros.

La Tasa de mortalidad por ERA en Niños y Niñas menores de 5 años en el año 2016 fue de 9,08 (Fuente SISPRO). Los resultados del Departamento de Santander evidencian un cumplimiento de lo planteado en el Plan Desarrollo de reducir a $10 * 100000$ menores de 5 años. En el Departamento la IRA es causa de defunción de menores de cinco años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud, razón por la cual se lideran acciones encaminadas al conocimiento de las medidas de prevención, adecuado cuidado en casa, conocimiento de los signos de alarma, acceso oportuno a los servicios de salud y atención con calidad mediante la implementación de estrategias establecidas como PAI, AIEPI, PNPIRA.

La tasa de mortalidad por EDA en Niños y Niñas menores de 5 años en el año 2016 fue de 2,42. (Fuente SISPRO). El Departamento ha cumplido con la meta establecida en el plan de desarrollo de reducir a $2 * 100000$ menores de 5 años, con acciones dirigidas principalmente al fortalecimiento de las capacidades comunitarias en salud, el cuidado inicial de la enfermedad diarreica en el menor debido a su alta prevalencia natural y su manejo intradomiciliario enmarcadas en estrategias como el AIEPI Comunitario, entre otros. Adicionalmente se lideran las acciones para la identificación de factores de riesgo individuales y ambientales que permita anticiparse y definir medidas en salud pública para la prevención y el control de las enfermedades prevalentes de la Primera infancia y la reorientación de la red de servicios.

La cobertura de vacunación con BCG en nacidos vivos en el año 2018 fue de 87,96%. (Fuente SISPRO). La fórmula utilizada para calcular la meta de la población por parte del Ministerio de Salud y Protección Social supera significativamente datos de los Registros de nacimientos por área y sexo, según Departamento y municipio de residencia de la madre publicados por el Dane para cada vigencia, lo cual ha hecho difícil el cumplimiento del objetivo. Sin embargo, al verificar los nacimientos en las IPS se puede constatar que todos los niños cuyos partos son institucionalizados reciben sus vacunas.

La cobertura de vacunación con pentavalente (DPT y Hepatitis) tres dosis en Niños y Niñas menores de un año. En el año 2018 fue de 88,25% (Fuente SISPRO). La fórmula utilizada para calcular la meta de la población por parte del Ministerio de Salud y Protección Social supera significativamente datos de los Registros de nacimientos por área y sexo, según Departamento y municipio de residencia de la madre publicados por el Dane para cada vigencia, lo cual ha hecho difícil el cumplimiento del objetivo. Sin embargo, es pertinente mencionar que todas las acciones y estrategias desarrolladas en el Programa Ampliado de inmunizaciones están dirigidas a disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacunas, siendo este en últimas, el objetivo que representa el impacto y efectividad de la vacunación en la población. Para el caso de Santander se

logró cumplir las metas con relación a las enfermedades prevenibles por vacunas, con la erradicación de la poliomielitis, con cero en número de casos reportados; se continuo consolidando la eliminación del sarampión, rubéola, el síndrome de rubeola congénita y el tétanos neonatal, pues si bien es cierto fueron reportados casos sospechosos de sarampión, rubéola y síndrome de rubeola congénita, una vez cumplidos los protocolos estos fueron descartados; se controló la incidencia de casos de tuberculosis meníngea, hepatitis A y B, neumococo, haemophilus influenzae tipo B, diarreas producidas por rotavirus, tosferina, parotiditis, influenza, fiebre amarilla y difteria, de estos dos últimos eventos no se presentaron casos.

Por parte del ICBF, desde la Regional Santander, se realiza un seguimiento a los usuarios de Primera Infancia, con el fin de obtener datos que permitan dar cuenta de cómo se está garantizando el derecho a la salud; se hace seguimiento a la afiliación a salud, el cumplimiento del esquema de vacunación, y el seguimiento a los controles de crecimiento y desarrollo. Algunos de los resultados más significativos son los siguientes:

- El 98,3% de los usuarios de Primera Infancia de la Regional Santander tienen el esquema de vacunación al día.
- El 98,2% de los usuarios de Primera Infancia de la Regional Santander están afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- El 98,3% de los usuarios de Primera Infancia de la Regional Santander tienen actualizado el carné de Crecimiento y Desarrollo.

La caja de compensación Familiar Comfenalco Santander a través de su IPS ofrece servicios de: vacunación, laboratorio clínico, consulta médica, psicológica y nutricional, programas de crecimiento y desarrollo, odontología, optometría, terapia ocupacional, de lenguaje y física, contribuyendo así en la promoción, prevención y atención de enfermedades de la primera infancia, y garantizar que los niños gocen del mejor estado de salud posible. Igualmente ofrece el Programa TEA para niños de la primera infancia que cuentan con el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, en grado leve o moderado. Aplicando terapias del Enfoque ABA, pretende la integración e inclusión de los beneficiarios y favorecer su independencia y participación en la sociedad.

Otro programa que impulsa Comfenalco, es el de Complementación Nutricional, que ofrece una ración diaria de alimentación balanceada, desparasitación y toma de datos antropométricos a los niños menores de 6 años. Igualmente, el Programa Leo contribuye a esta realización, con lectura de libros y uso de material pedagógico, en temas como hábitos de higiene, prácticas de autocuidado, rutinas y estilos de vida saludable.

CURSO DE VIDA	RETOS ACUMULADOS	RETOS EMERGENTES
<i>Primera infancia</i>	<p>Disminución del número de Niños y Niñas con esquemas de vacunación incompletos para la edad.</p> <p>Disminución de la mortalidad en Niños y Niñas menores de cinco años.</p> <p>Disminuir la mortalidad en Niños y Niñas menores de un año.</p> <p>Incrementar la proporción de niños, niñas y Adolescentes que reciben promoción del autocuidado de la salud bucal en el entorno escolar.</p> <p>Incrementar la proporción de niños, niñas y Adolescentes que reciben promoción del autocuidado de la salud visual en el entorno escolar.</p> <p>Incrementar la proporción de niños, niñas y Adolescentes que reciben promoción del autocuidado de la salud auditiva en el entorno escolar.</p>	<p>Control y contención de los brotes de enfermedades inmunoprevenibles causados por importación de casos debido fenómeno migratorio.</p> <p>Atención en salud y aseguramiento a Niños y Niñas menores de cinco años en condiciones irregulares de permanencia.</p> <p>Incrementar la proporción de niños niñas escolarizados beneficiarios de la estrategia “Soy generación más sonriente”.</p> <p>Incrementar el número de municipios que implementan la estrategia Soy generación más sonriente.</p> <p>Incrementar la proporción de niños niñas escolarizados beneficiarios de programas de salud visual en el entorno escolar.</p> <p>Incrementar la proporción de niños niñas escolarizados beneficiarios de programas de salud auditiva en el entorno escolar.</p>

Realización: Goza y mantiene un estado nutricional adecuado.

Esta realización se relaciona con el conjunto de acciones de política, intencionadas y efectivas, a través de las cuales se provee al niño y a la niña de nutrientes que son asimilados por su organismo. “El estado nutricional impacta la sobrevivencia y calidad de vida, por ello es uno de los mejores indicadores para evaluar el estado de salud de Niños y Niñas”. Para garantizar esta realización se requiere de acciones en torno a la nutrición, alimentación y formación de las Familias, en el marco de las particularidades culturales y étnicas que deben ser tenidas en cuenta de acuerdo con el enfoque diferencial. Esta realización se relaciona con el goce efectivo del derecho a la alimentación que trata el Artículo 23 de la Ley 1098 de 2006.

La nutrición es fundamental para gozar de salud de calidad, la cual redundará en resultados en los procesos de enseñanza aprendizaje porque como lo afirma la UNICEF:

La buena nutrición es vital para el crecimiento y el desarrollo de los niños. La alimentación de las mujeres embarazadas y los niños pequeños debe ser variada y nutritiva. Debe incluir nutrientes fundamentales, como proteínas y ácidos grasos esenciales, que ayudan al crecimiento y aportan energía; vitamina A para defender al organismo contra las

enfermedades; yodo para el sano desarrollo del cerebro infantil; y hierro para preservar las funciones mentales y físicas.

El reto es lograr volver esta realidad estos preceptos, de ahí, que, ante la imposibilidad de llegar directamente a los hogares a ofrecerles alimentación de calidad a los Niños y Niñas, se opta por ofrecerles loncheras y almuerzos saludables en los centros educativos, pero si los niños no están escolarizados no es fácil ubicarlos.

Pero el reto del Estado, más que ser asistencialista, es lograr disminuir las brechas económicas y brindar cada vez más oportunidades para que los padres tengan trabajos dignos que les permitan ofrecerles estas necesidades básicas a sus hijos.

La pobreza está asociada a limitaciones y precariedad en el acceso a servicios básicos, inseguridad alimentaria y nutricional, exposición y vulnerabilidad frente a riesgos sociales, discriminación y exclusión social, además de otras situaciones que afectan negativamente las condiciones físicas, psicológicas y sociales de los niños y las niñas, y pueden llegar a perjudicar gravemente su desarrollo.

Una de las posibles causas de que los niños nazcan con bajo peso al nacer es la inseguridad alimentaria en el hogar. Esta es definida como la falta de acceso físico, económico y cultural a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para satisfacer las necesidades energéticas diarias de las personas y llevar una vida sana. En el país, se encuentra que en Santander la proporción de la población en estas condiciones en 2015 es de casi uno de cada dos hogares (49%) lo cual es menor a lo reportado por Colombia (54,2%) y a lo encontrado para la región oriental como un todo (52%), esto según la encuesta ENSIN 2015.

Igualmente, y según la información suministrada por la ASIS, la presencia de eventos de bajo peso al nacer en Niños y Niñas nacidos a término que alcanzo el 2.58% en el año 2016, en su mayoría provenientes de los municipios de Bucaramanga , Floridablanca (22,1%), Barrancabermeja , Girón , Piedecuesta y Lebrija.

Los resultados de esta encuesta para la valoración del estado nutricional de la población menor de cinco años – 2014 evidencio que la desnutrición es un evento que está presente en el Departamento y se evidencia en las siguientes cifras:

- La prevalencia de desnutrición crónica - talla baja para la edad, la cual fue de 2.41% y el riesgo de talla baja para la edad de 11.96%, Las mayores prevalencias de desnutrición crónica, (4.08%) y de riesgo de talla baja para la edad se presentaron en la provincia de Vélez 15.31%.
- La prevalencia de desnutrición global - peso bajo para la edad en población menor de cinco años fue de 1.06%, y el riesgo de peso bajo para la edad de 7.62%, La mayor prevalencia de desnutrición global se presentó en la Provincia Comunera 2.74%, y la mayor prevalencia de riesgo de peso bajo para la edad 11.22 %, se presentó en la Provincia de Vélez

- La prevalencia de desnutrición aguda- peso bajo para la talla fue de 1.93% y el riesgo de peso bajo para la talla fue de 8.87%. La mayor prevalencia de desnutrición aguda – peso bajo para la talla se presentó en la Provincia de Vélez 3.06% y la mayor prevalencia de riesgo de peso bajo para la talla se presentó en la Provincia de Mares 10.96%.

La desnutrición afecta especialmente en Niños y Niñas menores de 5 años que residen en las provincias Comunera, Vélez y Yariguies. Los Niños y Niñas más afectados por BPN son los residentes en el área metropolitana, Lebrija y Barrancabermeja.

Igualmente. el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar regional Santander, cuenta con tres modalidades de atención en el Departamento de Santander, las cuales son:

MODALIDAD	SERVICIO	CUPOS	TOTAL, MODALIDAD	
Institucional	Hogar Infantil	3.796	10.217	16,89%
	Centro de desarrollo infantil Sin Arriendo	6.406		
	Desarrollo infantil en establecimiento de reclusión	15		
Familiar	Desarrollo infantil en medio Familiar	22.959	28.237	46,67%
	FAMI	5.278		
Comunitaria	Agrupado	2.364	22.050	36,44%
	Hogar Comunitario de Bienestar Integral	2.796		
	Hogar Comunitario de Bienestar	16.890		
Total		60.504		

Lo anterior evidencia que, si bien existe una oferta de servicios en todos los municipios del Departamento, solo un 53,33% de los usuarios atendidos están institucionalizados y los demás son atendidos en su entorno Familiar.

Además, la oferta no es suficiente para la demanda existente, debido a que el Departamento cuenta con aproximadamente 197.000 Niños y Niñas menores de cinco (5) años. De igual modo se debe tener en cuenta el proceso migratorio que se está presentando y la acogida de estos Niños y Niñas en los programas.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Regional Santander, en el año 2018, y con base en las cifras de Desnutrición Aguda presentadas en el Departamento, solicita ante la Dirección de Nutrición la Modalidad para la Prevención de Desnutrición, la cual fue aprobada en febrero de 2019 y se proyecta dar inicio en junio del presente año, para lo cual se necesita de la corresponsabilidad de todos los agentes especialmente del Sector Salud, el cual según la resolución 5406 de 2015 donde se define el Lineamiento técnico y normativo sobre clasificación, vigilancia y atención a la Desnutrición. Debe atender a los niños con Desnutrición Aguda a través de un tratamiento médico y una atención especializada. Por ello uno de los criterios de ingreso a la Modalidad para la Prevención de la Desnutrición es que los Niños y Niñas que presentan Desnutrición Aguda se encuentren recibiendo atención por parte del Sector Salud y se especifique claramente

por el profesional la cantidad de Formula Terapéutica Lista para el consumo que se está ofreciendo al niño o niña para lograr su recuperación nutricional.

1. Desnutrición Aguda 2018:

En los Programas de Primera Infancia del ICBF, durante la vigencia 2018, se evidenció:

ESTADO	PRIMER TRIMESTRE 54.460 usuarios		CUARTO TRIMESTRE 53.609 usuarios	
	Número	%	Número	%
<i>Desnutrición Aguda</i>	1280	2,35	477	0,89
<i>Riesgo DNT aguda</i>	4433	8,14	2686	5,01
<i>Peso adecuado para talla</i>	36.232	66,53	35.950	67,06

2. Lactancia Materna

ESTADO	PRIMER TRIMESTRE 54.460 usuarios		CUARTO TRIMESTRE 53.609 usuarios	
	Número	%	Número	%
<i>Lactancia Materna Exclusiva</i>	42.057	77	40.614	76
<i>No Lactancia Materna exclusiva</i>	12.403	23	12.995	24

3. Malnutrición por exceso

ESTADO	PRIMER TRIMESTRE 54.460 usuarios		CUARTO TRIMESTRE 53.609 usuarios	
	Número	%	Número	%
<i>Peso adecuado para talla</i>	36.232	66,53	35.950	67,06
<i>Riesgo de sobrepeso</i>	9.242	16,97	10.845	20,23
<i>Sobrepeso</i>	2.527	4,64	2.825	5,27
<i>Obesidad</i>	746	1,37	826	1,54

Los usuarios de Primera Infancia del ICBF Regional Santander reciben un seguimiento a su estado nutricional de manera trimestral o según la frecuencia establecida por el nutricionista cuando tienen algún tipo de malnutrición. A la fecha el 87,3% de los usuarios cuentan con seguimiento nutricional en los plazos establecidos.

Por parte de prosperidad social, a través de su Programa Familias en Acción, que consiste entrega condicionada y periódica de una transferencia monetaria directa a las Familias en condición de pobreza y pobreza extrema, en el caso de Familias con Niños y Niñas menores de 6 años se busca Fomentar la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo de los Niños y Niñas de primera infancia y mejorar sus condiciones nutricionales.

Es de señalar que actualmente a través del programa de Familias en Acción se llega a los 87 municipios del Departamento (81 municipios corresponden a la regional Santander y 6 a la regional del Magdalena Medio), se está entregando un incentivo como apoyo nutricional a aproximadamente a 26.452 Familias de Santander.

Curso de vida	Retos Acumulados	Retos Emergentes
Primera Infancia	Inseguridad nutricional, bajo peso al nacer, problemas nutricionales relacionados con Pobreza de las Familias especialmente del sector rural	Articulación interinstitucional con el sector salud
	Inasistencia a las citas de control y crecimiento	Atención a la población migrante
	Niños y Niñas con bajo peso al nacer: captación tardía de las gestantes y por esta razón no se han dado el total de controles prenatales, por tanto, él bebe y materna no están recibiendo los nutrientes necesarios.	
	Falta mayor compromiso de los padres y/o cuidadores de los NN en darles una adecuada alimentación	
	Deficiencia en los programas de educación en materia de lactancia materna exclusiva y complementaria	
	Mal nutrición	
	Desnutrición	
	No aprobación del Plan Departamental de Seguridad Alimentaria y Nutricional.	
	Aumentar el número de Niños y Niñas alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses Aumentar el número de Niños y Niñas con adecuado estado nutricional. Mantener en 0 el número de muertes infantiles por causas asociadas a la desnutrición en Niños y Niñas menores de 1 año.	

Realización: Crece en entornos que favorecen su desarrollo

La realización crece en entornos que favorecen su desarrollo hace referencia al transcurrir de la vida de los niños y las niñas en condiciones que favorece ese proceso de transformación complejo, sistémico, sostenible e incluyente que es el desarrollo integral. El lugar donde se da dicho crecimiento son los entornos entendidos como aquellos espacios de tipo físico, sociales y culturales en los cuales habitan y se desarrollan los niños y las niñas de primera infancia, en éstos se produce una intensa relación que se caracteriza por la continuidad y la interacción permanente con los miembros de su Familia. La formación de los distintos miembros de la Familia en el marco de una crianza positiva y un acompañamiento amoroso son acciones para promover esta realización en la vida del Niño o la Niña.

En el entorno hogar, que se comprende como un escenario de refugio, acogida y afecto, constituye un espacio de residencia permanente y es fundamental para el desarrollo y establecimiento de vínculos y relaciones sociales de base para la vida social, cultural y política de las personas y las Familias. Por lo tanto, pueden ser hogares Familiares o no Familiares. Las intervenciones colectivas en el entorno hogar se definen como el conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del hogar.

En el entorno educativo, Comprendido como un escenario de vida cotidiana donde la comunidad educativa desarrolla capacidades a través de procesos de enseñanza/aprendizaje contextualizados que permiten la construcción social y reproducción de la cultura, el pensamiento y la afectividad, los hábitos y estilos de vida; que le brindarán mejores formas de vivir y relacionarse consigo mismo, con los demás y con el ambiente. Las intervenciones colectivas en el entorno educativo se definen como el conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de la comunidad educativa.

El entorno comunitario se comprende como los espacios donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias; así como también, los espacios de relación, encuentro y desplazamiento, como son las infraestructuras, bienes y servicios dispuestos en el espacio público. Se compone de espacios abiertos, caracterizados por el libre acceso (plazas, parques, vías, entre otros), y de espacio histórico, cultural y/o sagrado (bibliotecas, ludotecas, casa de cultura, museos, teatros, templos, malocas, estadios, escenarios de participación entre otros). Las intervenciones colectivas en el entorno comunitario son el conjunto de procedimientos y actividades que buscan incidir en el bienestar y protección de la salud de sus comunidades y representarlas ante instancias nacionales y territoriales, reconociendo la dinámica social de las personas y los colectivos dispuestos en grupos de base, redes sociales y comunitarias, organizadas de manera autónoma y solidaria.

El entorno institucional se debe comprender como los espacios intramurales de las Instituciones garantes de los derechos (públicas y privadas) donde interactúan los integrantes del sistema de salud para garantizar la atención integral en salud a los usuarios

mediante intervenciones individuales y colectivas, teniendo en cuenta la disponibilidad de servicios habilitados, en el territorio y los atributos de calidad de la atención en salud. Las intervenciones colectivas en el entorno institucional se definen como el conjunto de procedimientos y actividades que buscan el bienestar y protección de la salud de los integrantes del entorno institucional.

Las atenciones en salud se realizan por medio de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud:

- ✓ Las intervenciones de salud individuales las reciben en el entorno institucional. El cual brinda atención en salud por pediatría, medicina general o Familiar, y enfermería
- ✓ Las intervenciones colectivas de salud de los niños y las niñas en la primera infancia se realizan en los entornos hogar, educativo comunitario e institucional.

En Santander, los entornos en los que se desarrollan los Niños y Niñas de la primera infancia han mejorado significativamente, ya que se encuentran parques infantiles en algunos municipios aptos para jugar y recrearse por parte de ellos, se han adecuado y dotado salas de lectura y se han podido realizar dotaciones a los hogares, centros de desarrollo infantil y la cualificación de agentes educativos gracias a la destinación de los recursos provenientes del Conpes 3887. En el entorno Educativo los Niños y Niñas no cuentan con aulas estratégicas dotadas de material Pedagógico apto y de calidad. En este sentido los Niños y Niñas necesitan de infraestructura adecuada y acondicionada a su edad para poder interactuar, crecer, vivir y desarrollarse integralmente y que puedan enriquecer los procesos de desarrollo y aprendizaje. En el entorno Familiar u hogar, hace falta involucrar y concientizar a los padres de Familia en el papel tan importante que juegan en este curso de vida de los Niños y Niñas de Santander, desarrollar acciones orientadas a conocer y apropiarse protocolos de prevención y vulneración de derechos de Niños y Niñas, enfatizar en la comunidad, el desarrollo de una sociedad más igualitaria y justa, que promuevan entornos inclusivos que se acojan y den respuesta a las necesidades de aprendizaje de los Niños y Niñas en diferentes contextos sociales y culturales.

Por parte del ICBF y con el fin de garantizar que los usuarios de los servicios de Primera Infancia que funcionan en la Regional Santander crezcan en entornos que favorezcan su desarrollo, se realiza un seguimiento al cumplimiento del manual técnico operativo, y en el aplicativo Cuéntame a la atención de materiales especializados en las Unidades de Servicio (UDS). El 78,2% de los beneficiarios de primera infancia cuentan con materiales especializados para su uso en las UDS.

La caja de compensación Familiar Comfenalco, ofrece entornos saludables, seguros y estimulantes a los Niños y Niñas de la primera infancia y sus Familias, mediante la adecuación, mantenimiento y saneamiento de piscinas, restaurantes, canchas, zonas verdes, parques, jardines infantiles, aulas de formación y demás espacios físicos. En cuanto a los espacios sociales y culturales, Comfenalco Santander promociona actividades de esparcimiento Familiar como funciones de cine, teatro, títeres, actividades deportivas y recreativas, intentando estrechar vínculos afectivos y ofrecer alternativas

culturales y recreativas para la Familia Santandereana. Igualmente opera dos Entidades Administradoras de Servicio, se trata del Jardín Infantil La Hormiguita (Floridablanca) y el Jardín Infantil Mi Pequeño Mundo (Málaga), quienes reciben recursos de Foniñez, para mejorar la canasta de los colaboradores y optimizar la atención prestada a los Niños y Niñas beneficiarios. Desde el Programa Leo, se usa la literatura para estimular procesos de aprendizaje significativo en los Niños y Niñas de la Primera Infancia. Cada uno de los textos elegidos, tiene una intencionalidad específica como principios y valores, hábitos y rutinas, normas de cortesía, reconocimiento y manejo de emociones, relaciones interpersonales, vínculos afectivos positivos y demás temas pertinentes para la edad mencionada.

Curso de vida	Retos Acumulados	Retos Emergentes
Primera Infancia	Falta de programas de atención para Niños y Niñas con necesidades educativas especiales. Si bien se ha dado la atención necesaria para esta población en temas de afiliación, atención en salud e inclusión en sector educativo, se requiere mayor visibilización y mejora en la calidad y preparación de quienes cuidan e intervienen en el proceso de desarrollo integral de los Niños y Niñas con discapacidad en los municipios del Departamento	Un alto porcentaje de los municipios de sexta categoría cuentan con pocos recursos, por lo tanto, se tiene que priorizar las necesidades y por tal razón la inversión no es equitativa para todos los programas de atención a la primera infancia con respecto a los espacios físicos.
	Baja cobertura neta Transición: Especialmente en el área rural de los municipios se observa en las Familias que retrasan el ingreso de los Niños y Niñas al grado transición	
	Necesidad de escenarios lúdicos recreativos y deportivos adaptados a los Niño y Niñas de primera infancia especialmente en el sector rural	
	Falta compromiso de parte de los padres para con sus hijos dedicándoles tiempo y brindándoles acompañamiento a realizar actividades en Familia.	
	De acuerdo con la población Sisbén existente en los municipios en primera infancia, no se atiende al total de población en programas de educación inicial.	
	Pocos padres se preocupan por el desarrollo y aprendizaje de su hijo en esta etapa.	
	Algunos padres se les dificulta dejar a sus hijos en las guarderías pues sienten el sufrimiento de la primera separación de padre a hijo	
	Padres dejan el cuidado de los menores a terceras personas Familiares y amigos, especialmente por motivos de trabajo	
	Falta de tiempo y compromiso de los padres o cuidadores para con su núcleo Familiar especialmente con los niños.	

Realización Construye su identidad en un marco de diversidad

El desarrollo de la identidad personal es un proceso dinámico que se implanta entre las múltiples actividades y relaciones de los Niños y las Niñas en las situaciones diarias que se producen en el hogar, en la comunidad y en las diferentes modalidades de atención.

La mejor manera de describir la identidad es como el resultado de procesos de construcción, Co-construcción y reconstrucción, llevados a cabo por el Niño y la Niña mediante las interacciones con sus padres, maestros, compañeros y las demás personas. Tanto la comunicación no verbal como el diálogo y, más tarde, los medios textuales y electrónicos, son recursos clave para la construcción del sentimiento que los niños tienen de quiénes son en relación con los demás. Así mismo “la identidad hace posible no solo singularizarse, sino también valorar la diversidad y considerarse parte de una Familia, una comunidad y una nación”

Por su parte, la configuración del sentimiento y la conciencia de sí mismo como persona libre y auto determinada resultan de la experiencia de la participación. De la relación que las niñas y niños puedan tener consigo mismos, con las demás personas de sus entornos y en múltiples contextos. La identidad hace posible no solo singularizarse, sino también valorar la diversidad y considerarse parte de una Familia, una comunidad y una nación.

En Santander la construcción de la identidad por parte de los Niños, Niñas y Adolescentes parte desde las Familias que son sus referentes y cuidadores, en algunas circunstancias y por las condiciones culturales del machismo hetero patriarcal que es cerrado a toda clase de manifestación diferencial de género que implique ir más allá de las figuras y roles de hombre o mujer, con roles de autoridad y sumisión muy marcados, basado en relaciones de fuerza y miedo a la diferencia donde el diálogo está limitado al permiso que haga el hombre líder del hogar sobre el tema, así como el papel pasivo que asume la mujer en generar un reconocimiento de su importancia y lugar al interior de la Familia, reproduciendo el modelo a través de la transmisión de éstos valores culturales, lo que dificulta la expresión tanto de emociones como de aspectos que puedan marcar diferencia ante el modelo, naturalizando los extremos que se vuelven los aspectos diferenciadores, siendo compartida esta visión tanto la cultura occidentalizada como los grupos étnicos que hay al interior del Departamento.

En la política de construcción de identidad de Niños y Niñas en el curso de vida de la Primera Infancia el ICBF, en cumplimiento de su misión institucional ha implementado la estrategia denominada modelo de enfoque diferencial de derechos estar contigo, que integra las áreas de etnias, discapacidad y género. Desde este enfoque se diseñan instrumentos, acciones transversales en todos los programas, modalidades de intervención tanto institucionales de Primera Infancia y Protección que posibilitan y permiten que se visibilicen los Niños, Niñas y Adolescentes y se puedan garantizar todos los derechos fundamentales, entre estos el de tener conciencia de sí mismo, identificarse como personas libres, autónomas con derechos y deberes.

Este reconocimiento e identidad les debe permitir a todos los Niños, Niñas del Departamento de Santander que independientemente de su diversidad, condiciones de género, etnias, discapacidad cuenten con una garantía plena de sus derechos, inclusión social, ejercicio de participación en la Familia, comunidad, entornos sociales, sociedad y nación. Igualmente, el ICBF en el marco de esta política de Primera Infancia de construcción de identidad asume el Modelo de Enfoque Diferencial de derechos sustentado en el marco normativo nacional e internacional de Derechos Humanos, así:

- ✓ Constitución Política de Colombia Artículos 1, 7, 13,10, 16, 28, 43, 44, 47, 50, 67, 63, 246, 286 y Transitorio 5, La garantía de tales principios traduciría el objetivo de implementación del enfoque diferencial.
- ✓ Ley 12 de 1991, (Convención de los Derechos del Niño).
- ✓ Ley 21 de 1991 (Convenio 169/89 –Convenio sobre pueblos indígenas y tribales).
- ✓ Ley 1346 en julio de 2009 (Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad).
- ✓ Sentencia T-025 de 2004 y los autos expedidos por la Corte Constitucional.

La política pública de infancia en identidad compromete a todas las entidades públicas-privadas, entes territoriales y demás organismos del Estado a:

- ✓ Identificar las inequidades, riesgos o vulnerabilidades de los Niños, Niñas y Adolescentes del Departamento que les imposibilita lograr identificarse como personas de derechos y acceder a gozar de estos. (Identidad como personas)
- ✓ Caracterizar adecuadamente a la niñez en tanto que son diversos, tienen diversidad que requiere tenerse en cuenta: ser niño indígena, ser niño con discapacidad, ser Niño y Niña.
- ✓ Desarrollo de actuaciones que permitan minimizar riesgos y ser agentes protectores en reconocimiento de los Niños y Niñas, su identidad y participación, como actores sociales importantes en su Familia, comunidad y sociedad.
- ✓ Visibilizar la actuación y oferta institucional compromiso de todos frente a la niñez reconociendo su identidad dentro del marco de la diversidad.
- ✓ Priorizar y articular esta oferta institucional en pro de la no repetencia de acciones;
- ✓ Generar nueva oferta en términos de cobertura y atención en respuesta a las necesidades concretas de los niños, niñas y Adolescentes.

Desde el enfoque diferencial étnico se valida el reconocimiento de Niños, Niñas y Familias y comunidades con características históricas, sociales y culturales comunes, que se conciben por ende como sujetos colectivos de derechos y a su vez como sujetos individuales de derechos. Los derechos colectivos de los grupos étnicos minoritarios en Colombia son fundamentales conforme lo establece la constitución política (1991), estos grupos son: indígenas, gitanos, afrocolombianos, negros, palenqueros, y raizales. El modelo de enfoque diferencial de derechos ICBF vinculará para todos sus efectos, a los cuatro grupos étnicos referidos en la carta magna, reconociendo factores socio culturales relacionados con su particularidad, singularidad e identidad.

Desde el enfoque de discapacidad, se adopta el siguiente marco legal y normativo:

- ✓ Ley 346 /2009 por medio del cual se aprueba la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada por la asamblea general de las naciones unidas el 13 de diciembre de 2006.
- ✓ Conpes 166/2013, política pública nacional de discapacidad e inclusión social:
- ✓ Ley estatutaria 1618 de 2013 por medio del cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno de los derechos de las personas con discapacidad.
- ✓ Conpes 109/2017 , política pública nacional de primera infancia.
- ✓ Auto 251/2018 seguimiento a la sentencia.
- ✓ Auto 006 de 2009 por medio del cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas víctimas de desplazamiento con discapacidad.

Desde el marco de referencia dentro de la identidad de la discapacidad como factor de identidad e inclusión social se deben tener en cuenta:

- ✓ Transformación de lo público,
- ✓ Garantía jurídica
- ✓ Participación de los niños, niñas en diferentes instancias.
- ✓ Desarrollo de su capacidad,
- ✓ Reconocimiento a la diversidad y particularidad según su categoría de discapacidad (resolución 583/2018).
- ✓ Entornos incluyentes,
- ✓ Accesibilidad: eliminación de barreras físicas, socioculturales.
- ✓ Articulación interinstitucional
- ✓ Cambio de actitud, identificación como personas con otras capacidades, no con discapacidad.

Desde el enfoque de género, se da relevancia a la no discriminación o vulneración de derechos, establecido en la constitución política de Colombia, artículo 13, igualmente toma en cuenta la ley antidiscriminación. ley 482/2011, que tiene en cuenta la necesidad de garantizar la protección de los derechos de los Niños y Niñas sin que se realice ninguna discriminación, (raza, genero, discapacidad, u otros).

asimismo, es necesario tener en cuenta los pronunciamientos de la corte constitucional en sentencias relacionadas con Familias del mismo sexo, adopciones en pareja del mismo sexo, intersexualidad y derecho de todos a la educación sin ningún tipo de exclusión.

Igualmente, la oferta del ICBF trabaja todo lo relacionado al fortalecimiento del diálogo intergeneracional y concordia entre géneros, buscando a través de la metodología del modelo solidario generar un espacio para el diálogo y discusión de los aspectos que han sido generativos (o de solución), así como de vulneración (o problemáticos), para poder crear entre agentes educativos y comunidad esos elementos que puedan proveer herramientas para la construcción de relaciones más horizontales en el hogar, donde la

escucha sea activa y se realicé entre los diferentes miembros, logrando sensibilizar sobre el tema, rescatando a la mujer como un miembro importante del hogar donde a través de su participación activa puede proponer e incidir en las acciones que ejerce sobre su pareja y sus hijos, empoderamiento que se logra a través del programa de Familias con Bienestar para la Paz y Territorios Étnicos con Bienestar a las mujeres que asisten, teniendo la limitación de la baja o nula participación de los jefes de hogar, entonces empoderamos a la mujer pero el espacio de diálogo y de retroalimentación de los contenidos entregados en los talleres, no se realiza, más cuando son temas que nuestras Familias no hablan por temor. En estas intervenciones se adoptan estrategias para la Inclusión social y superación de las inequidades en garantía de los derechos de los Niños y Niñas a través de los programas institucionales, operadores, oferta que cubre a grupos étnicos, niños y Niñas con discapacidad (Hogar Gestor), entre otros.

A través del Modelo de Enfoque Diferencial de Derechos (MEDD), el ICBF busca acercarse a la realidad social con modelos operativos flexibles y con la estandarización de los procesos que den cuenta de las características y necesidades específicas de ciertos grupos poblacionales que, adicionalmente, demandan mayor atención estatal por enfrentar situaciones y/o condiciones de discriminación y/o vulnerabilidad o riesgo, al igual que por ser sujetos de especial protección constitucional (Niños y Niñas, indígenas, gitanos, negros, afrocolombianos, raizales y palenqueros, personas con discapacidad, entre otros).

- Población con Discapacidad Atendida por el ICBF en las modalidades de Protección (Restablecimiento de Derechos), con corte a mayo de 2019.

MODALIDAD DE ATENCION	Cupos Contratados	Población Atendida
Externado Jornada Completa Discapacidad	36	35
Externado Media Jornada Discapacidad	50	43
Hogar Sustituto - Discapacidad	109	109
Internado Discapacidad Mental Cognitiva	188	184
Internado Discapacidad Mental Psicosocial	50	50
Hogar Gestor - Discapacidad	250	250
Hogar Gestor Auto 006/2009	55	55
TOTAL	738	726

Necesidades Identificadas, respecto a la inclusión social de los Niños, Niñas Y Adolescentes con Discapacidad y sus Familias.

- El Departamento de Santander no tiene una política pública aprobada para la inclusión social de las personas con Discapacidad.
- Falta de Oferta Institucional con inclusión social para personas con Discapacidad a nivel Departamental y Municipal.

- Activación del comité Departamental de Discapacidad.
- Barreras de Acceso a servicios de salud integral.
- Barreras de Acceso en la Inclusión Educativa.
- Falta de apoyo a proyectos productivos, o emprendimientos para Familias de NNA con Discapacidad.
- Limitada entrega de ayudas técnicas.
- Poca Visibilización de las Personas con Discapacidad en el Departamento y desinformación para acceder al RLCPD (Registro de Localización y Caracterización para personas con Discapacidad).
- Falta de espacios accesibles e inclusivos a nivel Departamental y Municipal.

No obstante, se requiere que se eliminen barreras de inclusión entre los agentes del Sistema Nacional de Bienestar Familiar sobre todo en las entidades pertinentes de áreas de educación, salud, recreación, deportes y cultura. Si no se superan así mismo barreras actitudinales, de contexto social y cultural y familiar y se trabajar en forma articulada en pro de logro de identidad de los Niños y Niñas en medio de su diversidad los resultados serán poco efectivos y representativos en el departamento de Santander.

Realización: Expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta.

Esta realización está vinculada a los derechos de participación y ciudadanía. En ella se reconoce que los Niños y Niñas están en capacidad de tomar decisiones sobre asuntos que los afectan, así como de expresar sus sentimientos de acuerdo con el momento o curso de vida por el que atraviesan. La participación y el ejercicio de la ciudadanía son derechos que facilitan la realización del conjunto de derechos de los Niños y Niñas en primera infancia. Constituye una de las orientaciones fundamentales de la política de atención integral a la primera infancia, que en el marco de la política de Cero a Siempre adelanta el país con el propósito de generar las condiciones y ámbitos que promueven el desarrollo integral. La participación es un proceso transversal a las políticas públicas tanto de primera infancia, infancia y adolescencia.

Los aspectos acá relacionados se refieren a la participación que deben tener los niños como parte de su proceso formativo y efectivamente, a nivel mundial, hay consciencia de este principio que va a permitir que gradualmente los niños se vayan formando en compartir decisiones que los afectan directa o indirectamente a él, a su Familia y a la comunidad en general donde se desenvuelve.

La participación infantil es un derecho y uno de los cuatro principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), junto a los de no discriminación; interés superior del niño y el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo. La CDN establece que los Estados deben garantizar que el niño esté en condiciones de formarse un juicio

propio, así como el derecho a expresar libremente su opinión sobre las situaciones que les afecten, teniéndose en cuenta las opiniones del niño en función de su edad y madurez (Art. 12 de la CDN).

Dentro del proceso de ajuste a la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia se realizaron ejercicios de participación significativa con niños de 0 a 5 años que permitieron conocer sus opiniones frente a su protección integral. Estos resultados se mostrarán más adelante en el capítulo de movilización social.

Se hace necesario fortalecer y aumentar los ejercicios de participación significativa con los niños y niñas de primera infancia que permitan seguir garantizando desde el departamento de Santander su derecho a la participación.

Desde el ICBF Regional Santander en todas sus Unidades de Servicio (UDS) se resalta la participación de los usuarios pues los considera como sujetos de derechos, los cuales generan un espacio enriquecedor en el desarrollo de las actividades cotidianas.

El 99,5% de los usuarios de Primera Infancia ejercen la ciudadanía, lo cual se ve reflejado mediante la obtención de su Registro Civil de Nacimiento.

Otra cosa es que en el proceso de formación integral y pautas de crianza que se da en el hogar, se lleve paulatinamente al niño y a la niña para que tome decisiones sobre los asuntos que le atañen, propia de su edad cronológica, pero no de “todas”, porque lo relacionado con autoridad, presupuesto Familiar, vivienda, salud, educación y trabajo, entre otros, son decisiones de los padres indelegables y propias de su labor como primeros educadores.

En ninguna medida lo anterior va en contra de que los niños, niñas y Adolescentes expresen de manera libre sentimientos, ideas y opiniones las cuales deben ser recibidas y mediante el diálogo, “con claro sentido pedagógico”, sean valoradas como viables o no viables con base en el análisis orientado de los padres. Y ahí se da un primer avance de cómo las ideas y opiniones deben ser evaluadas antes de ser implementadas.

Por lo anterior, se deben incentivar espacios de mayor participación y representación de los Niños y las Niñas para que vayan construyendo una opinión informada de los aspectos que los afectan y en la primera infancia una de las formas en que ellos lo pueden manifestar mejor es a través del arte, ya sean dibujos, música, canto, cuentos, etc.

Realización: Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.

Esta realización da cuenta de las acciones estratégicas, proactivas y corresponsables que implementan todos los actores y agentes sociales, para responder a la particularidad y

diversidad de los niños, niñas y Adolescentes, para ello, el estado, la Familia y la sociedad cuenta con atenciones especializadas para responder a situaciones específicas de riesgo o vulneración de los derechos. Cada territorio de acuerdo con sus características de contexto debe identificar las acciones particulares relacionadas con la detección, referenciación, acompañamiento, tratamiento, rehabilitación y restablecimiento que deban desarrollarse, para salvaguardar los derechos de las Familias gestantes y de los Niños, Niñas y Adolescentes.

La población del Departamento de Santander se caracteriza entre sus factores personales por provenir de estructuras Familiares monoparentales, con predominancia de jefatura Familiar femenina, quienes debido a las condiciones de vulneración de niños, niñas y Adolescentes se generan las medidas de protección desde ICBF, para el logro de la garantía de derechos de la población titular.

Con relación a la contextualización de los grupos Familiares y/o redes vinculares de apoyo, dichos grupos Familiares se caracterizan por ser provenientes de los estratos 1 y 2 de Bucaramanga y el área metropolitana, donde sus viviendas se encuentran ubicadas en las periferias del municipio, muchas de ellas ubicadas en sectores de invasión, lo anterior generado por condiciones de inestabilidad laboral, que llevan a los grupos Familiares a generar el sostenimiento de sus hogares a través de la economía informal. Otro factor que genera la vulnerabilidad en los grupos Familiares son aspectos relacionados con el desplazamiento de sus regiones de origen, el traslado de los Niños, Niñas y Adolescentes por condiciones especiales de salud, debido a que en sus regiones no cuentan con la cobertura acorde a los niveles de atención en salud que la población requiere. Sumado a lo anterior y teniendo en cuenta la creciente migración que se viene presentando de Familias venezolanas a Colombia, se ha evidenciado el ingreso a protección de Niños, Niñas y Adolescentes provenientes de Venezuela.

Un Observatorio de Familia, tal y como lo establece la Ley de Protección Integral a la Familia, permite “conocer la estructura, necesidades, factores de riesgos, dinámicas Familiares y calidad de vida, a fin de hacer el seguimiento a las políticas sociales encaminadas a su fortalecimiento y protección, así como al redireccionamiento de los recursos y acciones que mejoren su condición”. Así con este espacio para la generación de conocimiento sobre las dinámicas Familiares y sus condiciones socioeconómicas, se tendría elementos para evaluar el estado y dinámica de los entornos en donde se desenvuelven los Niños y Niñas para focalizar los recursos y actuar de manera más directa que permita erradicar, o al menos minimizar, las situaciones que generen riesgo o vulneración.

Además, un observatorio permite, no sólo, centralizar cifras sino generar espacios de comunicación intersectorial e interdisciplinario que permitan ver de una manera tanto holística, como particular, las situaciones que afectan el cumplimiento de los derechos de los niños. De tal forma que se pueda actuar con rapidez y prestancia ante los riesgos identificados.

Por parte del ICBF la atención a Niños y Niñas víctimas en programas de primera infancia ha sido de la siguiente manera:

En la vigencia 2019 se han atendido 3451 Niños y Niñas víctimas del conflicto armado en las diferentes modalidades de atención para la primera Infancia. A continuación, se discrimina la atención por centro zonal.

Nombre del Centro Zonal	Modalidad	Total
CZ ANTONIA SANTOS	CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	30
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	121
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	44
	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	4
	HCB INTEGRAL -COMUNITARIO INTEGRAL	176
	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	209
	HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	49
Total CZ ANTONIA SANTOS		633
CZ BUCARAMANGA SUR	CDI CON ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	3
	CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	184
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	80
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	58
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	4
	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	2
	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	202
	HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	98
Total CZ BUCARAMANGA SUR		631
CZ CARLOS LLERAS RESTREPO	CDI CON ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	87
	CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	195
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	64
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	4
	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	6
	HCB INTEGRAL -COMUNITARIO INTEGRAL	8
	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	225
	HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	115
Total CZ CARLOS LLERAS RESTREPO		704
CZ MALAGA	CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	3
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	8
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	14
	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	6

	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	22
	HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	16
Total CZ MALAGA		69
CZ SAN GIL	CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	1
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	27
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	5
	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	30
	HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	6
Total CZ SAN GIL		69
CZ SOCORRO	CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	4
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	41
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	16
	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	1
	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	11
Total CZ SOCORRO		73
CZ VELEZ	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	37
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	21
	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	8
	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	71
	HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	4
Total CZ VELEZ		141
CZ YARIQUIES	CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	213
	DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	276
	HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	5
	HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	49
	HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	494
	HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	94
Total CZ YARIQUIES		1131
TOTAL GENERAL		3451

Para finalizar es preciso resaltar que entre los procesos de atención se detecta que el 36.58% de los Niños, Niñas y Adolescente que ingresan al sistema de protección de ICBF por el motivo abuso sexual o tienen antecedentes de abuso sexual, Así mismo, se identifica como denominador común, el cutting, negligencia en el cuidado de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Dentro del grupo poblacional que ingresa al ICBF la mayor cantidad por niñas, adolescentes y adultos con discapacidad se encuentran entre los 0 a los 32 años de edad y con una menor representación de niños y se identifica que el género masculino está representado por el 49.48%, así mismo, el género femenino en un 50.52%; de los cuales

el 48.42% se encuentran en un rango de edad entre 11 y 25 años, el 30.97% en edad escolar entre los 6 y 10 años; 20.61% entre los 0 y 5 años de edad. Los progenitores de los niños, niñas y adolescentes pertenecen en su mayoría a familias de estrato 1 y 2, su actividad económica radica en economía informal (mototaxismo, vendedores ambulantes, oficios varios, cuidado niños, oficios varios), cabe resaltar que estos oficios son esporádicos lo cual limitan el ingreso de recursos fijos que garanticen las condiciones necesarias que ayuden a mejorar la calidad de vida

Dentro de las estadísticas según reporte del Sistema de Información Misional se reportaron 9.576 por presunta vulneración de derechos, reportados por las diferentes canales de atención, los cuales están priorizados de la siguiente manera:

1. Abandono:58
2. Abuso sexual/violencia sexual: 899
3. Desnutrición: 23
4. Maltrato físico:1788
5. Maltrato por negligencia: 2221

Análisis De Las Atenciones De Los Niños Y Niñas De Primera Infancia Beneficiarios De Los Programas Del ICBF- Ruta Integral De Atenciones. RIA

ANÁLISIS PRELIMINAR 9 ATENCIONES POR SERVICIO 31 DE MAYO DE 2019

Santander X



9 ATENCIONES PRELIMINAR POR SERVICIO - 31 DE MAYO DE 2019

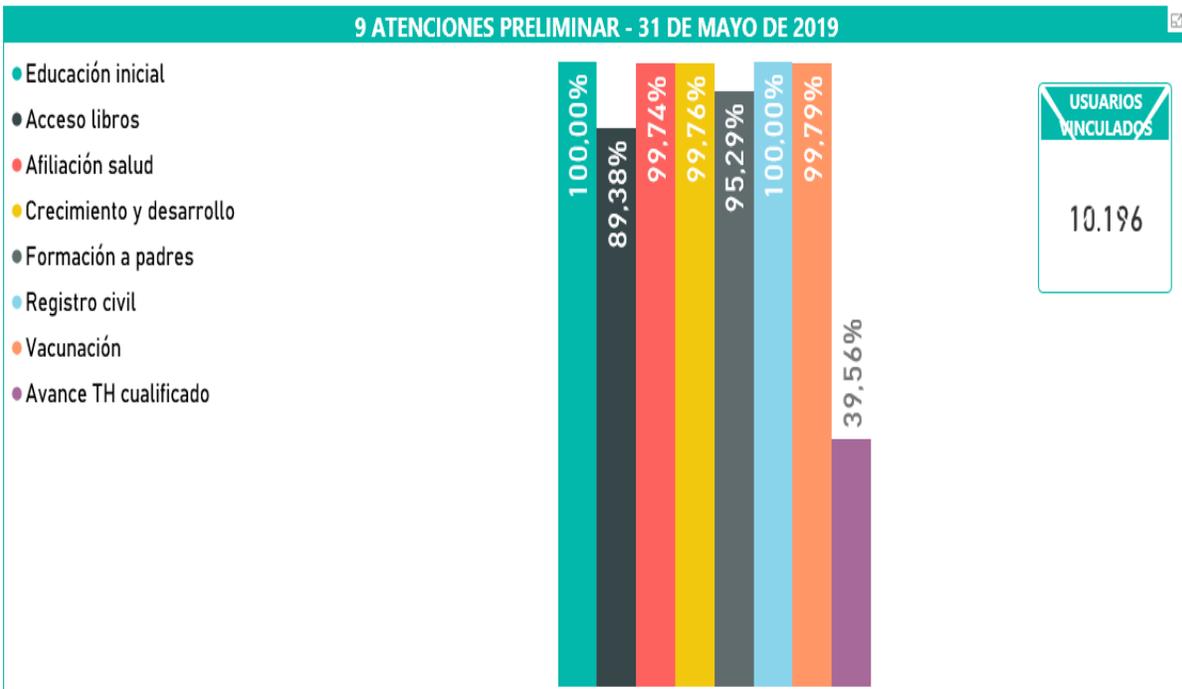
NombreServicio	Educación inicial	Acceso libros	Registro civil	Afiliación salud	Crecimiento y desarrollo	Formación padres	Vacunas	TH cualificación
ATENCIÓN A NIÑOS HASTA LOS 3 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN A MUJERES INTEGRAL	100,00%	0,00%	100,00%	92,86%	100,00%	7,14%	100,00%	100,00%
CDI CON ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	100,00%	90,07%	100,00%	99,90%	100,00%	100,00%	99,80%	38,05%
CDI SIN ARRIENDO - INSTITUCIONAL INTEGRAL	100,00%	89,18%	100,00%	99,65%	99,65%	97,36%	99,78%	47,20%
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR CON ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	100,00%	53,20%	100,00%	99,63%	99,90%	94,71%	99,90%	40,95%
DESARROLLO INFANTIL EN MEDIO FAMILIAR SIN ARRIENDO - FAMILIAR INTEGRAL	100,00%	53,16%	99,99%	99,58%	99,76%	79,19%	99,73%	57,41%
HCB INTEGRAL -COMUNITARIO INTEGRAL	100,00%	83,69%	100,00%	99,70%	99,92%	100,00%	99,92%	18,58%
HOGARES INFANTILES - INSTITUCIONAL INTEGRAL	100,00%	89,81%	100,00%	99,87%	99,87%	90,71%	99,82%	28,91%
HCB AGRUPADOS -INSTITUCIONAL TRADICIONAL	92,36%	61,69%	100,00%	99,38%	99,65%	78,13%	99,60%	55,37%
HCB TRADICIONAL- COMUNITARIO (T)	69,22%	66,25%	99,99%	99,32%	99,78%	69,21%	99,79%	61,27%
HCB FAMI-FAMILIAR TRADICIONAL	0,00%	67,92%	100,00%	99,01%	99,49%	19,60%	99,58%	47,55%
Total	82,85%	67,64%	99,99%	99,49%	99,75%	76,37%	99,76%	51,30%

ANÁLISIS PRELIMINAR 9 ATENCIONES POR MODALIDAD
31 DE MAYO DE 2019

Santander X

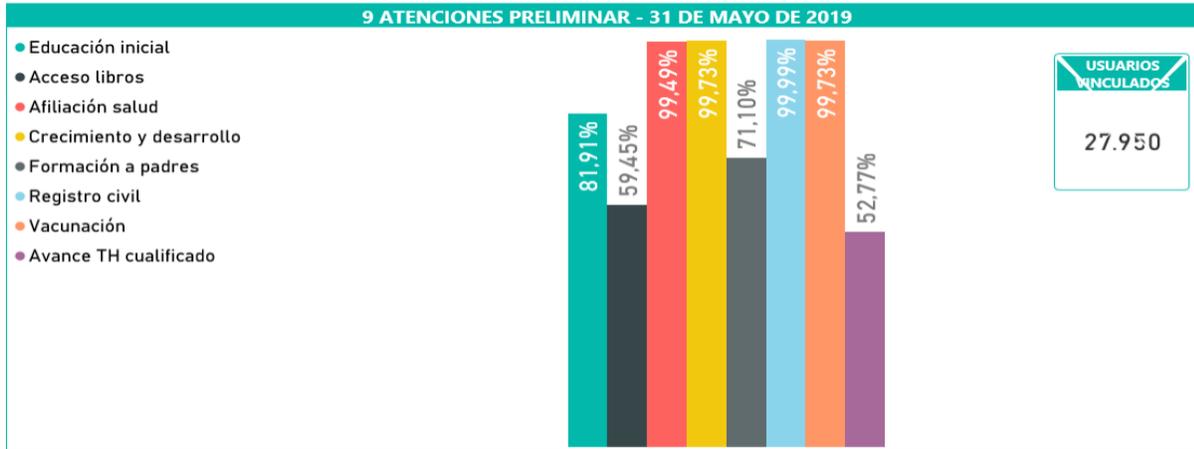


MODALIDAD



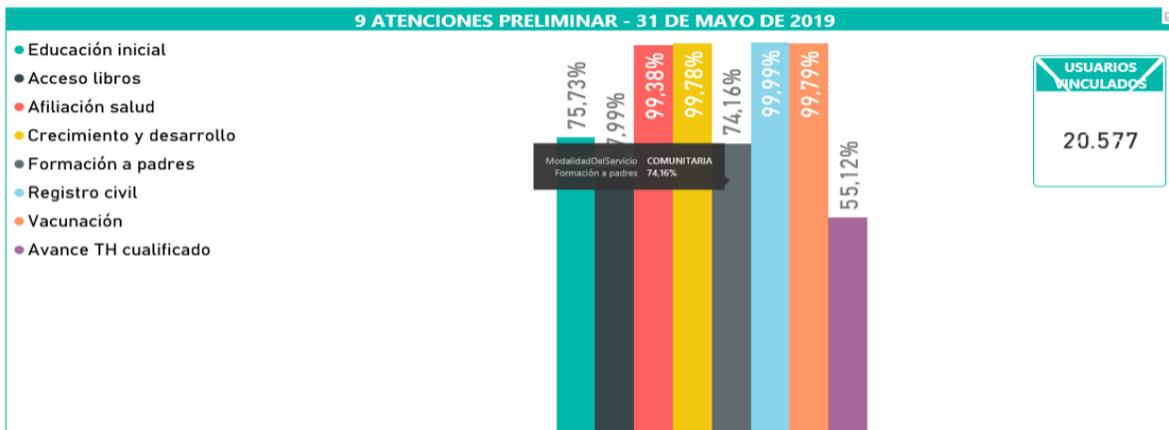
ANÁLISIS PRELIMINAR 9 ATENCIONES POR MODALIDAD
31 DE MAYO DE 2019

Santander



ANÁLISIS PRELIMINAR 9 ATENCIONES POR MODALIDAD
31 DE MAYO DE 2019

Santander



3.2.2. Cursos de Vida de la Infancia y la Adolescencia



3.2.2.1. Relación de Líneas Estratégicas y Sectores del Plan de desarrollo para estos Cursos de Vida.

- Línea estratégica: Siempre Buen Gobierno

Sectores:

Siempre Seguridad y Coexistencia
Siempre Gestión del Riesgo
Siempre Justicia

- Línea Estratégica: Competitividad, Emprendimiento y Empleo

Sectores:

Siempre Turismo
Siempre TIC
Siempre Agua Potable y Saneamiento Básico
Siempre Infraestructura y conectividad
Siempre Educación y Universidad
Siempre Ciencia, tecnología e Innovación

- Línea Estratégica: Equilibrio Social y Ambiental

Sectores:

Siempre Salud
Siempre Deporte y Recreación
Siempre Equilibrio Social
Siempre Educación Preescolar (inicial)
Siempre Arte, Historia, Cultura y Patrimonio
Siempre Mujeres y Equidad de Género
Siempre Paz y Derechos Humanos
Siempre Vivienda
Siempre Ambiental y Sostenible

Realización: Cada niño, niña y adolescente cuenta con una Familia que le acoge y acompaña en su desarrollo, junto con los pares, redes y organizaciones sociales y comunitarias

El ser humano, en su naturaleza social, requiere de los vínculos y relaciones para su configuración como sujeto. La Familia se concibe como el sistema o red primaria de vínculos constitutivos de las personas, que se va transformando a lo largo de la vida. Así, desde el nacimiento, la primera infancia y durante la infancia y la adolescencia, los vínculos afectivos de base aportan a la constitución de identidad y desarrollo de capacidades.

En este sentido, las Familias y las comunidades en los diferentes entornos asumen su rol de cuidado, de promotoras del desarrollo y reconocimiento de derechos de las niñas, niños y Adolescentes, en un marco amplio de pluralidad y diversidad.

Las Niñas, Niños y Adolescentes tienen Familias, padres, madres y cuidadores con los que interactúan democráticamente, desde el respeto, la tolerancia y la armonía, que los reconocen y apoyan en estos momentos vitales.

Según Minuchin S, Fishman citados por Medellín Fontes, Rivera Heredia, López Peñaloza, Kanán Cedeño, y Rodríguez-Orozco “La Familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura Familiar”, pero como las mismas autoras concluyen “El conocimiento del funcionamiento Familiar y las redes de apoyo social permite identificar recursos que faciliten el desarrollo de estrategias específicas para la implementación de intervenciones tanto clínicas como psicosociales en Familias con diferentes tipos de funcionamiento Familiar.”

Aquí, vuelve a tomar importancia el núcleo de la sociedad, que es la Familia, en su rol de acogida y compañía en el desarrollo de los niños, así como primer ente educador en valores y principios. Pero como las variables demográficas y socioeconómicas tienen gran impacto, entonces la crianza actual mantiene los roles tradicionales de cuidado, protección y educación de los más pequeños, particularmente en lo que se refiere a la enseñanza de las pautas de socialización propias de la cultura de la Familia. No obstante, se han especializado algunas de dichas funciones. La preocupación de las Familias por entregar un mejor futuro a sus Niños y Niñas ha hecho que éstas participen cada vez más de actividades escolares: que el hijo realice sus tareas, que estudie o ejercite su caligrafía, entre otras. A su vez, la búsqueda de una mayor cercanía con la escuela para conocer lo que se enseña y apoyar al hijo o hija en el hogar, o para conocer su comportamiento o para contribuir a mejorar las condiciones en las que se lleva a cabo la educación, son actividades que se han incorporado al rol ejercido por las Familias, viéndose enriquecidas así las pautas de crianza. Como se puede observar, la escuela es una de las principales redes de apoyo con que cuenta el niño, niña y adolescente, pero no la única.

Desde el ICBF, en los procesos que desarrolla la Dirección de Familias y Comunidades se trabajó en el año 2018 con 2760 Familias en el Programa Familias con Bienestar para la Paz durante 9 meses de los municipios de Girón, El Playón, Rionegro, San Vicente del Chucurí, Bucaramanga, Málaga, San Gil, Socorro, Floridablanca, Piedecuesta, Barbosa, Landázuri, Vélez, Sabana de Torres, Barrancabermeja, Cimitarra y Puerto Wilches, a través del desarrollo de cinco ejes temáticos:

- Concordia entre Géneros
- Sexualidad placentera, responsable y sana
- Cultivo digno de Nuevas Generaciones
- Hábitos Saludables en Familia
- Ciudadanía en Familia.

En este sentido, y en un análisis de contexto general, se realizó un trabajo con Familias que cuentan en su hogar con Adolescentes, estableciendo como prioridad mejorar el relacionamiento intergeneracional del cual en el proceso inicial de caracterización, se pudo contemplar dificultades para establecer diálogo, una fuerte incidencia de la violencia intrafamiliar ejercida de padres hacia hijos, relaciones de género de tensión y conflicto por la estructura hetero patriarcal, con unos roles muy marcados y diferenciados que dificulta la expresión de sentimientos, el compartir en pareja y Familia, distancia para realizar actividades en espacios comunes y cada vez con mayor recurrencia la dificultad para tener espacios para el compartir alimentos, así como sus limitadas capacidades económicas y de acceso a servicios de salud y educación, limita el desarrollo de sus potencialidades. Estas relaciones de poder, control y género, crea dificultades para establecer un sistema Familiar creativo, donde las relaciones con los amigos y el entorno adquieren un significado mayor al satisfacer esa necesidad no cubierta de compañía, diálogo y expresión de emociones, que utilizan grupos de poder ilegales locales para cooptar a jóvenes para actividades ilícitas como el consumo de drogas, lo que con el tiempo genera el espacio para pertenecer a grupos delincuenciales, prostitución, venta de drogas y armas, lo que dificulta las acciones de las instituciones de protección y la baja eficacia de los programas de promoción y prevención.

En la Modalidad Familias con Bienestar para la Paz, programa del ICBF, en el año 2018 se atendieron 1.574 Familias que tenían dentro de sus hogares niños, niñas y Adolescentes entre los 5 a los 17 años 11 meses, para un total de 2.545 Niños, Niñas y Adolescentes en este rango de edad, de un total de 2.760 Familias atendidas y 17 Familias que salieron a lo largo del desarrollo de la modalidad fueron atendidas un total de 2.777 Familias, de las cuales ninguna referencia sentir identidad étnica, ocupaban viviendas tipo casa (2.144 casos), apartamentos (553 casos), cuartos (50 casos), albergues (16 casos) e inquilinatos (11), no existiendo auto reconocimiento étnico en ningún caso, contando en el tema de salud con régimen subsidiado primordialmente (1.890 casos), cotizantes (842 Familias), régimen especial (30) y no afiliados (15), con ingresos mensuales de un salario mínimo (826), menos de un salario mínimo (823), no recibe salario (673), recibe más de un salario mínimo (230) y no aplica (225). La situación de 2338 que son Niños, Niñas y Adolescentes de las Familias que hicieron parte de la modalidad Familias con Bienestar

para la Paz, es que 2 de 2.336 se sienten identificados como población indígena, respecto al ámbito educativo 86 se encuentran asistiendo a establecimiento educativo, en el tema de salud se encuentran 1690 en régimen subsidiado, 609 cotizantes, 29 régimen especial y 10 no afiliados, guardan las mismas características respecto a vivienda e ingresos, y en el tema de discapacidad, se encontraron para la modalidad 15 Niños, Niñas y Adolescentes, de los cuales 1 está Registrado, 5 tienen discapacidad de movilidad, 4 con discapacidad visual, 2 con discapacidad auditiva, 1 discapacidad sistémica, 6 discapacidad cognitiva, 2 discapacidad mental psicosocial, 4 discapacidad voz y habla, en situación leve se encuentran 5 Niños, Niñas y Adolescentes, moderada o semindependiente 8 Niños, Niñas y Adolescentes y severo/dependiente 2 Niños, Niñas y Adolescentes.

Estos datos nos muestran Familias con falencias de identidad étnica por problemas de desarraigo territorial, con atención a salud a través del régimen subsidiado, con vivienda predominante casa, con ingresos iguales o menores a un salario mínimo, limitando el acceso a servicios básicos, actividades de tiempo libre y baja asistencia a establecimiento educativo, con atención a las discapacidades presentadas pero que se ven limitadas por la política del sector y la dificultad que tienen varios municipios en darle un lugar a ésta población y de la misma población, por estar registrada y asumir liderazgo para el desarrollo de políticas que les beneficie. Los Niños, Niñas y Adolescentes al ver los lazos de solidaridad que han tejido los adultos, hacen que su participación sea limitada y por imitación, tendiente a ser cargada de prevenciones y desconfianza hacia los otros, siendo éste el reto institucional público de articular oferta de servicios que provea condiciones mínimas de soporte de manutención básica, así como acciones tendientes a generar lazos de solidaridad en las comunidades y pares para esta población etaria.

Con un enfoque étnico, se desarrolló la modalidad Territorios Étnicos con Bienestar durante el año 2018, donde se trabajó con 325 Familias afrodescendientes de los municipios de Landázuri (Corregimiento La India), Rionegro, Barrancabermeja, Puerto Wilches y Girón, desarrollando la Estrategia Encuentros en Familia, así como los componentes de Producción de Alimentos para el Autoconsumo, Fortalecimiento Socio Organizativo y el Fortalecimiento Cultural, según usos y costumbres de este grupo étnico, ya que para población indígena no se avaló la propuesta y para los Gitano Rrom se excluyeron del proceso porque no cumplía con las expectativas que tenía la comunidad.

Con respecto a la oferta de enfoque diferencial de derechos, se pudo evidenciar a través de la operación de la oferta el desarrollo del modelo de enfoque diferencial en el componente étnico, se aprendió de las Familias que existe una mayor inclusión y participación de espacios Familiares y comunitarios que les permite un mayor reconocimiento dentro de su grupo social de referencia, lo que tiene la ventaja de generar desarrollo social de la persona y el grupo Familiar, lo que permite una mayor identificación con el grupo étnico de referencia, reconociendo dos tipos de espacios que son el adentro o imagen del cuidado y seguridad que provee su identidad cultural, territorio y gastronomía de unas condiciones amenazantes que son el afuera, que son las huellas del conflicto armado en su mente y muchas veces en sus propios cuerpos, haciéndolos sentir desprovistos de apoyo, que se agravan en algunos casos por las condiciones propias de

la ruralidad, sin un capital ni tierra para trabajar, lo que hace ser un proceso progresivo de no identificación étnico-cultural, que se pone a prueba cuando deciden quedarse a resistir con quienes han sufrido las condiciones de salida forzosa de sus territorios de origen para hacer un proyecto que los favorezca, o termina de quebrantarse cuando el hogar decide desplazarse a los centros urbanos a engrosar las zonas marginales.

En la vigencia 2018 en la Modalidad Territorios Étnicos con Bienestar se atendieron 327 Familias afrocolombianas y/o afrodescendientes en total, de las cuales 2 Familias fueron egresadas por encontrarse recibiendo atención en otras modalidades de la Dirección de Familias y Comunidades, para un total de 148 Familias que tenían dentro de sus hogares niños, niñas y Adolescentes entre los 5 a los 17 años 11 meses, de las cuales 290 tenían identidad étnica (88%) y 37 no la tienen (12%), ocupaban viviendas tipo casa (314 casos), inquilinatos (6 casos) apartamentos (5 casos), y otros (2), contando en el tema de salud con régimen subsidiado primordialmente (284 casos), cotizantes (33 Familias), y no afiliados (10), con ingresos mensuales de menos de un salario mínimo (200), un salario mínimo (62), no recibe salario (54), más de un salario mínimo (7) y no aplica (4). La situación de 207 que son niños, niñas y Adolescentes de las Familias que hicieron parte de la modalidad Territorios Étnicos con Bienestar, es que 158 (76%) se sienten identificados como población Afrocolombiana y/o Afrodescendiente y 49 no se sienten identificados (24%), respecto al ámbito educativo 8 se encuentran asistiendo a establecimiento educativo, en el tema de salud se encuentran 168 en régimen subsidiado, 34 cotizantes, y 5 no afiliados, frente al tema de ingresos varía porque se presentan 189 casos como No Aplica, 14 no perciben ingresos y 4 registran como no recibir ingresos, y finalmente en el tema de discapacidad, se encontraron para la modalidad 1 Niño, el cual se encuentra con discapacidad de movilidad, en situación moderada o semindependiente.

Podemos analizar una menor identidad étnica por parte de los Niños, Niñas y Adolescentes que hacen parte de éstas familias, los cuales al igual que sus padres, pueden ser por problemas de desarraigo territorial, con atención a salud a través del régimen subsidiado, con vivienda predominante casa, con ingresos menores a un salario mínimo (y desconocimiento por parte de los niños, niñas y adolescentes sobre éste tema), limitando el acceso a servicios básicos por ser principalmente zonas rurales donde se desarrolla la modalidad, muy escasas actividades de tiempo libre y muy baja (o casi nula) asistencia a establecimiento educativo, con atención a la discapacidad de movilidad presentada pero que se ven limitadas por la política del sector en el municipio de Landáuri donde se presenta esta situación, niño o niña que no se encuentra registrado. Los niños y adolescentes de las familias de territorios étnicos, presentan mayores problemáticas al ser población víctima del conflicto armado que están rehaciendo sus proyectos de vida, con un mayor índice de no sentirse identificados como grupo étnico que sus padres, con el sistema educativo y de salud muy limitados, con escasos espacios de uso de tiempo libre, en hogares que reciben ingresos mensuales menores a un salario mínimo, por lo cual las condiciones de red son las organizaciones comunitarias que no son muy fuertes, por tanto hay un gran trabajo por realizar por las instituciones públicas.

Igualmente es importante señalar que, a través del programa de Familias en Acción, en el año 2018, se llegó a los 87 municipios del Departamento (81 municipios corresponden a

la regional Santander y 6 a la regional del Magdalena Medio), se entregó un incentivo a Niños, Niñas y Adolescentes escolares que busca la asistencia y permanencia escolar en los 9 años de educación básica y 2 años de educación a aproximadamente a 136.000 niños, niñas y adolescentes

Curso de vida	Retos Acumulados	Retos Emergentes
Infancia - Adolescencia	Falta de dialogo, no existen normas ni reglas en el núcleo Familiar.	
	Mal uso de las tecnologías Niños, Niñas y Adolescentes por falta de control de los padres al regalar celulares de alta gama, en los que pueden tener acceso a información no apta para sus edades y falta de orientación para el buen uso de estos.	Falta de continuidad en los procesos o estrategias adelantadas por cambios de administración o cambios en la institucionalidad
	Poco compromiso por parte de los padres en la parte rural, ya que ellos ayudan a sus padres en el diario vivir.	
	Violencia intrafamiliar - Costumbres arraigadas que consideran el castigo como pauta de "normas"	
	Poco compromiso por parte de los padres en la parte rural, ya que ellos ayudan a sus padres en el diario vivir.	
	falta de compromiso por parte de los padres especialmente del sector rural	
	Todavía nos encontramos en un entorno donde el proceso de la crianza y acompañamiento se le está dejando solo a la figura de la madre y el padre no se está integrando mucho.	
	Padres dejan la educación de los menores a los profesores.	
	Presencia de Familias disfuncionales	

Realización: Cada niño, niña y adolescente disfruta del nivel más alto posible de salud, vive y asume modos, estilos y condiciones de vida saludables y cuenta con óptimas condiciones de alimentación y nutrición.

La salud es un derecho fundamental, su reconocimiento implica acciones de promoción del desarrollo, en una perspectiva de salud integral en interdependencia con otros derechos y en el marco de la acción intersectorial. El sistema de salud tiene la responsabilidad de generar condiciones de calidad, pertinencia y ajustes razonables en los servicios, acordes con el momento de vida, las características poblacionales y territoriales, así como con el reconocimiento de las Familias y comunidades como sujetos colectivos de derecho, como parte de procesos relacionales y de promoción del desarrollo integral de niñas, niños y Adolescentes.

Del mismo modo, cada Niña, Niño y Adolescente tiene derecho a la alimentación saludable y adecuada nutrición y a las condiciones de seguridad alimentaria de sus Familias y

comunidades. Igualmente, se promueve que vivan en un ambiente seguro y protegido que preserve su salud, desde el reconocimiento de la importancia de entornos saludables.

Los entornos deben promover estilos de vida saludables que permitan a las Niñas, Niños y Adolescentes reconocer la importancia del cuidado de sí mismos fortaleciendo sus capacidades para la prevención de riesgos asociados con la salud física, social y emocional.

La salud y la nutrición de las niñas, niños y Adolescentes deben garantizarse desde el comienzo y a lo largo de toda la vida con participación de sus Familias, respetando su contexto y cultura.

Lo ideal y la meta para lograr que nuestros niños, niñas y jóvenes sean saludables y sanos en general, y se ajusta a lo planteado en la Constitución Política Nacional y en los Derechos de los Niños, pero desafortunadamente las estadísticas nos muestran que estamos aún lejos de lograrlo, pero no por falta de lineamientos y políticas al respecto, sino de acciones concretas que respondan a la realidad de cada región. Por tal razón se hace necesario que las estadísticas y estudios que presenta el Observatorio de salud sean insumos fundamentales para las metas y planes de los gobiernos.

CURSO DE VIDA	RETOS ACUMULADOS	RETOS EMERGENTES
<i>Infancia y adolescencia.</i>	<p>Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los Adolescentes por encima de 14 años.</p> <p>Aumentar el número de niños, niñas y Adolescentes con adecuado estado nutricional.</p> <p>Incrementar la proporción de Niños, Niñas y Adolescentes que reciben promoción del autocuidado de la salud bucal en el entorno escolar.</p> <p>Incrementar la proporción de Niños, Niñas y Adolescentes que reciben promoción del autocuidado de la salud visual en el entorno escolar.</p> <p>Incrementar la proporción de Niños, Niñas y Adolescentes que reciben promoción del autocuidado de la salud auditiva en el entorno escolar.</p>	<p>Incrementar la proporción de niños niñas escolarizados beneficiarios de la estrategia “Soy generación más sonriente”.</p> <p>Incrementar el número de municipios que implementan la estrategia Soy generación más sonriente.</p> <p>Incrementar la proporción de Niños, Niñas y Adolescentes escolarizados beneficiarios de programas de salud visual en el entorno escolar.</p> <p>Incrementar la proporción de Niños, Niñas y Adolescentes escolarizados beneficiarios de programas de salud auditiva en el entorno escolar.</p>

Realización: Cada niño, niña y adolescente participa de procesos de educación y formación integral que desarrollan sus capacidades, potencian el descubrimiento de su vocación y el ejercicio de la ciudadanía.

Todas las Niñas, Niños y Adolescentes tienen derecho a la educación y a participar en procesos educativos y de formación integral pertinentes y de calidad, que permitan el reconocimiento y despliegue de sus capacidades orientadas al desarrollo.

Esto implica que las Familias, padres, madres, cuidadores e instituciones asuman la responsabilidad de promover y asegurar a todas las Niñas, Niños y Adolescentes las oportunidades y condiciones necesarias para que el acceso al sistema educativo ocurra a una edad adecuada, se garantice el derecho a una educación inclusiva y pertinente y permanezcan y transiten por los diferentes grados y niveles.

Se deben asegurar procesos formativos que potencien sus capacidades, aporten a la equidad, a la formación ciudadana y contribuyan a la materialización de proyectos de vida dignificantes, acordes con sus intereses, expectativas y características del contexto en el que habitan.

Todas las niñas, los niños y los Adolescentes reciben una educación inclusiva, integral y de calidad, que permite el desarrollo de competencias y capacidades para la realización de proyectos de vida individuales y colectivos, y el ejercicio de la ciudadanía.

El nivel educativo con menor cobertura es la educación media, la cual agrupa los últimos años escolares de los Adolescentes, donde se presenta mayor deserción escolar por parte de los estudiantes que al ser más mayores tienen incentivos para trabajar a cambio de seguir estudiando y terminar el bachillerato.

La deserción escolar sucede por diferentes causas entre las cuales están dificultades socioeconómicas del hogar, falta de motivación de los niños, Adolescentes y jóvenes, el no contar con un proyecto de vida o el considerar que sus condiciones actuales no van a cambiar y otras problemáticas actuales como el embarazo adolescente.

La deserción escolar afecta directamente las posibilidades de las personas de obtener mejores empleos e ingresos que se relacionan con su calidad de vida. Por esta razón es muy preocupante que sean generalmente los Niños, Niñas y Adolescentes que provienen de hogares con bajos recursos los que mayormente tienen que dejar sus estudios manteniendo así el ciclo de pobreza.

Definitivamente hay que trabajar con acciones a corto y largo plazo, las primeras son las que organizan y ejecutan acorde con un plan operativo y presupuesto anual a ejecutar, pero la segunda centrada en generar un cambio de cultura a nivel social, que involucra a todos los actores que de una u otra forma tiene que ver con la formación de Niños, Niñas y Adolescentes. Sin embargo, un cambio de cultura requiere de esfuerzos conjuntos de todas las fuerzas vivas del Departamento que permitan visualizar lo que se quiere para

que todos aporten en esa meta común, porque como pasa en las organizaciones "Por más que se intenten promover nuevos valores y conductas a través de trípticos, la realidad demuestra que las vivencias, historias y opiniones de las personas que trabajan en la empresa son las que verdaderamente marcan la diferencia", y al extrapolar esta situación en la sociedad además de buenas intenciones se requieren de indicadores de gestión y seguimiento de los mismos para ver si los resultados esperados se están logrando.

Además, no podemos dejar solo en las escuelas los procesos de formación y educación integral, lo que debemos es aliarnos con ellas para lograr que todos los Niños, Niñas y Adolescentes que estén escolarizados, no deserten y allí puedan recibir una serie de prácticas y experiencias significativas que "desarrollan sus capacidades, potencien el descubrimiento de su vocación y el ejercicio de la ciudadanía"

Curso de vida	Retos Acumulados	Retos Emergentes
Adolescencia	En el área rural los jóvenes abandonan sus estudios al iniciar la secundaria.	Presencia de migrantes venezolanos con niños y Adolescentes en los diferentes municipios del Departamento
	Deserción escolar, los Adolescentes no tienen un proyecto de vida clara, embarazos en Adolescentes	Falta recursos para atender la población del área rural que no cuenta con presupuesto para desplazarse al municipio y recibir asesoría y asistencia para la Familia.
	Cobertura escolar bruta para educación media: En consecuencia, de la repitencia, ingreso tardío al sistema educativo, entre otras causas se ha evidenciado que los Adolescentes según su edad no asisten al grado escolar promedio. Este fenómeno se relaciona igualmente con la deserción escolar.	
Infancia	Casos de deserción escolar en Básica primaria: la deserción escolar en el municipio ha representado una problemática en la que los Niños, Niñas y Adolescentes y las familias en general no han asumido el valor real de la educación y debido a distancia o falta de voluntad de los menores, deciden abandonar o permitir la deserción de los Niños, Niñas y Adolescentes.	
Infancia - Adolescencia	Bullying o Acoso escolar	
	Falta en el área rural mayores oportunidades artísticas, de lectura y recreación en la infancia y adolescencia.	
	- En el área rural muchas veredas no cuentan con programas de post primaria lo que obstaculiza la continuidad en el sistema educativo de niños, niñas y Adolescentes, pues muchos de ellos y ellas no cuentan	

	con los recursos económicos para retomar sus estudios en el área urbana.	
	Falta de interés en los niños y Adolescentes por reconocer y potenciar sus capacidades y destrezas.	

Para lograrlo es deber imperante cualificar cada vez más a los profesores para que como formadores integrales de sus educandos, se motiven por su responsabilidad social y sean conscientes de la importancia de su labor en la transformación de la sociedad, de manera pacífica y sistemática, se debe seguir trabajando de una forma más articulada con la oferta del SENA que es incluyente, es una institución de formación para el trabajo, direccionado al ser integral en los aspectos de formación, valores, el ser y el hacer que busca direccionar a los aprendices a un proyecto de vida desde el punto de vista de la inclusión laboral o la puesta en marcha de su negocio contando con las competencias que le permitan adaptarse a las necesidades del mercado

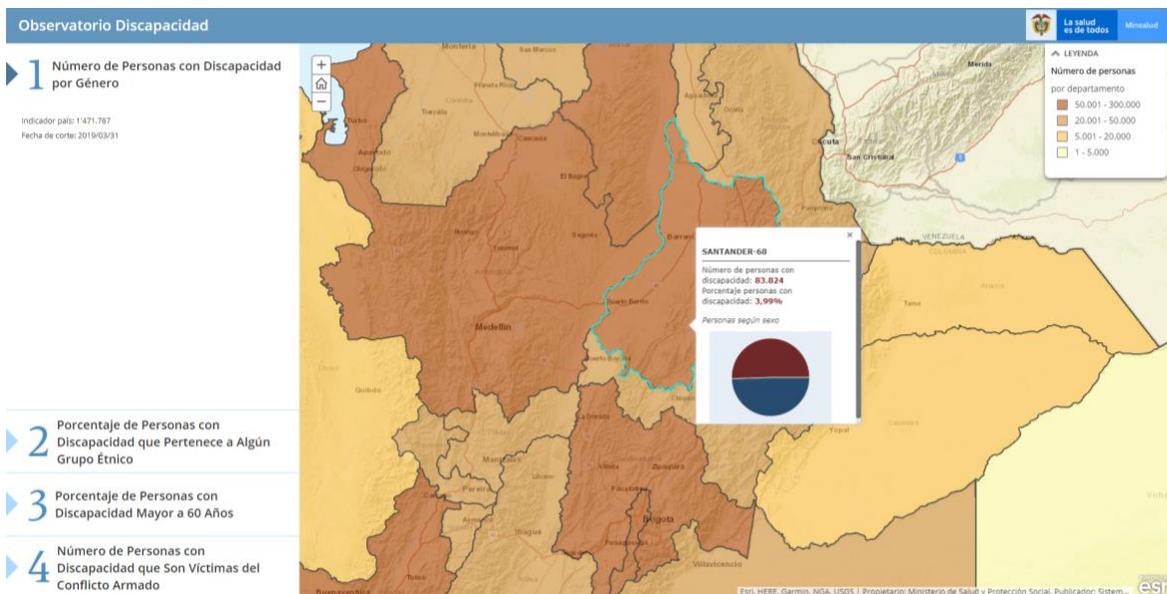
Para realizar planes de cualificación docente, sería interesante realizar una investigación del conocimiento y uso que ellos tiene en temas como competencias ciudadanas, valores sociales, metodologías de aprendizaje, gestión del conocimiento, uso de las TIC, entre otros, para identificar las brechas de capacitación y así poder realizar planes que respondan más a las necesidades identificadas.

Realización: Cada niño, niña y adolescente Construye su identidad desde el respeto y valoración de la diversidad.

Cada Niño, Niña y Adolescente es un sujeto único, singular y relacionar que construye su identidad a partir de sus características individuales de género, etnia, edad y lugar donde ha transcurrido su vida, inmerso en un contexto social, histórico y cultural que lo condicionan.

Los procesos de construcción identitaria individual y colectiva de las niñas, niños y Adolescentes, de acuerdo con su pertinencia étnica, se expresan de maneras diversas atendiendo a condiciones y cosmovisiones de las poblaciones y los territorios. La igualdad, la tolerancia y el respeto hacia las diferencias son fundamentos de una sociedad inclusiva que reconoce y fomenta la autoestima, la autenticidad y lo propio.

Las Niñas, Niños y Adolescentes cuentan con adultos, Familias y comunidades que los respetan, favorecen la construcción de su propia identidad, comprenden sus necesidades y actúan de acuerdo con esa comprensión, fomentando la tolerancia y la no discriminación.

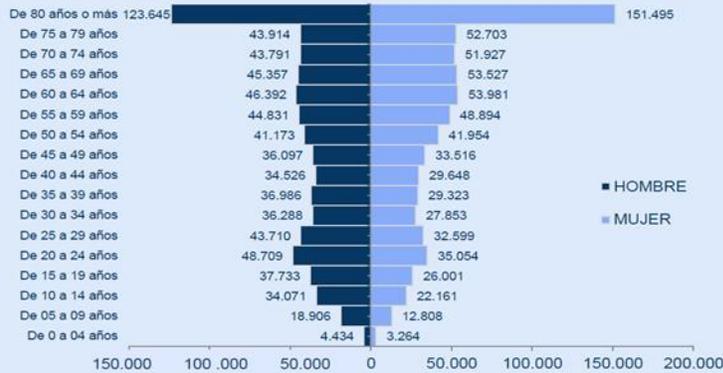


MUNICIPIO	NUMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
PUERTO WILCHES	898
SABANA DE TORRES	1038
RIONEGRO	935
BARRANCABERMEJA	10387
LEBRIJA	369
EL PLAYON	1426
SURATA	37
MATANZA	262
CALIFORNIA	178
BUCARAMANGA	24379
GIRON	3353
SIMACOTA	768
BETULIA	199
PUERTO PARRA	162
CONCEPCION	236
PIEDRECUESTA	2968
VETAS	38
CARCASÍ	316
FLORIDABLANCA	7973
TONA	494
MALAGA	645

CHARTA	222
SANTA BARBARA	87
SAN ANDRES	966
SAN VICENTE DE CHUCURI	1530
GUACA	565
SAN JOSE DE MIRANDA	228
CERRITO	380
ENCISO	278
MACARAVITA	124
SAN MIGUEL	209
JESUS MARIA	321
CAPITANEJO	545
CHIPATA	185
CEPITA	67
LA PAZ	241
ARATOCA	551
SANTA HELENA DEL OPON	379
LOS SANTOS	234
EL GUACAMAYO	177
ZAPATOCA	403
GUADALUPE	803
ONZAGA	438
CIMITARRA	659
SAN JOAQUIN	222
BOLIVAR	439
MOGOTES	338
LA BELLEZA	481
VALLE DE SAN JOSE	464
FLORIAN	272
OCAMONTE	195
ALBANIA	671
MOLAGAVITA	566
PUENTE NACIONAL	297
SUCRE	428
CURITI	251
GUAVATA	289
SAN GIL	1882
BARBOSA	317
CABRERA	90
GAMBITA	453
HATO	279

SUAITA	467
GALAN	363
CONTRATACION	565
GUAPOTA	100
BARICHARA	173
OIBA	631
CONFINES	254
CHARALA	568
VILLANUEVA	219
PINCHOTE	313
ENCINO	170
JORDAN	60
COROMORO	286
AGUADA	111
SOCORRO	1302
VELEZ	196
PALMAS DEL SOCORRO	201
EL PEÑON	139
PÁRAMO	217
LANDÁZURI	585
CHIMA	339
SAN BENITO	164
GUEPSA	551
PALMAR	199
EL CARMEN DE CHUCURÍ	1066
TOTAL	83826

Estructura piramidal de la población con discapacidad. RLCPD



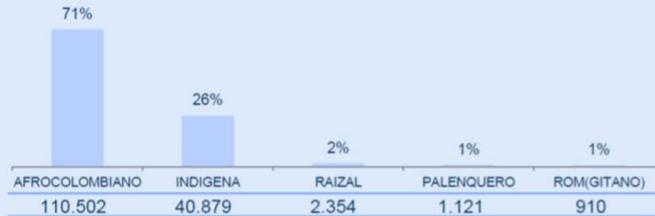
Por grupos de edad, **843.584** (59%) de las personas con discapacidad registradas en el RLCPD es mayor a 50 años de edad, mientras que **159.378** (11%) es menor de 19 años.

Por sexo, **720.563** (50,5%) de las personas en el RLCPD son hombres. Nótese que el número de hombres es mayor que las mujeres hasta los 49 años de edad.

En Colombia de cada 100 personas mayores de 80 años, 33 están en el Registro de Discapacidad. (Proyección DANE 2018 personas mayores a 80 años = 731.569)

Fuentes: DANE y MSPS: SISPRO, RLCPD, 2002 - 2018

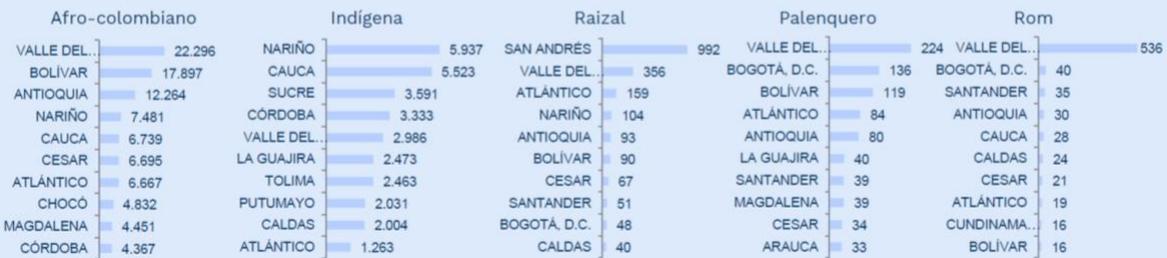
Personas con discapacidad según pertenencia étnica. RLCPD



155.766 (11%) personas con discapacidad refirieron pertenecer a un grupo étnico.

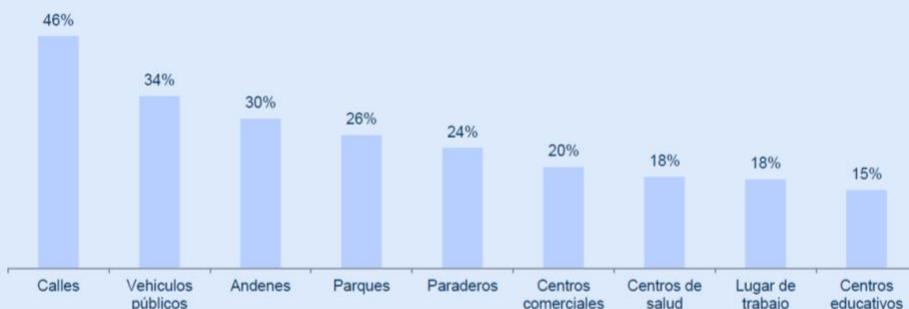
De ellas, **110.502** (71%) son afrocolombianos y **40.879** (26%) Indígenas.

En el Valle del Cauca reside el mayor número de Afrocolombianos, Palenqueros y Rom con discapacidad



Fuentes: MSPS: SISPRO, RLCPD, 2002 - 2018

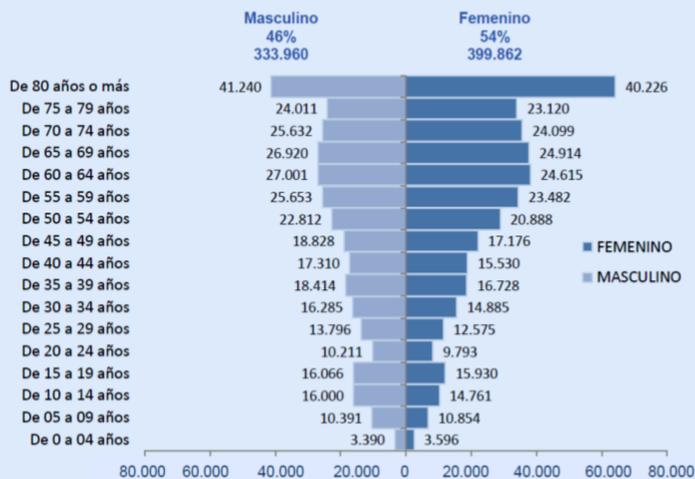
Lugares donde las personas con discapacidad encuentran barreras para su movilidad y actividades diarias. RLCPD



Las calles son el lugar donde más personas con discapacidad refirieron encontrar barreras, seguido de los vehículos públicos, andenes y parques.

Fuentes: MSPS: SISPRO, RLCPD, 2002 - 2018

Estructura piramidal de las personas con discapacidad atendidas en el sector salud en el año 2018.



En el año 2018, **740.462** (51%) de las personas con discapacidad en el RLCPD, recibieron al menos una atención en salud, de ellas, **399.862** (54%) fueron mujeres y **333.960** (46%) hombres.

415.230 (56%) eran mayores a 55 años de edad

Fuentes: MSPS: SISPRO, RLCPD, Diciembre 2018

Realización: Cada niño, niña y adolescente goza y cultiva sus intereses en torno a las artes, la cultura, el deporte, el juego y la creatividad.

El juego, lo lúdico, la expresión artística, la actividad física y el disfrute del tiempo son intrínsecos en el desarrollo de las niñas, niños y Adolescentes. Esto implica un reto para Familias, madres, padres, cuidadores, instituciones y comunidades en la generación de espacios y actividades culturales, artísticas, deportivas y recreativas en los diferentes entornos en los que se espera reconocimiento, comprensión, respeto y construcción positiva de valores, creencias, lenguajes y reglas del contexto cultural.

Las niñas, niños y Adolescentes se expresan a través de las artes, las letras, el juego y actividades recreativas, culturales y deportivas, accediendo a entornos seguros y protegidos en los que se fomentan actividades acordes a su edad, que permiten sus expresiones y el desarrollo de su potencial artístico y creativo aportando a la producción artística y cultural.

Este concepto es muy claro y pertinente ya que permite vislumbrar que un Niño y Niña que se rodee de ambientes de sano esparcimiento son seres que van a ser más felices igualmente mejores ciudadanos y sobre esa base se puede construir una mejor sociedad encaminada a que las nuevas generaciones tengan mejores oportunidades de vida acompañados de procesos constructivos desde el ser con resultados en el hacer.

Desde el Sena se forma aprendices integrales con el objetivo de darle a la sociedad personas con valores, con competencias y habilidades y destrezas, durante su formación desarrollan actividades de aprendizaje, prácticas, lúdicas y recreativas, que permitan afianzar en sus conocimientos de la formación acompañada del desarrollo de su potencial antiartístico y deportivo. Efectivamente como parte de esa formación integral de los Adolescentes, las actividades lúdicas, artísticas y culturales coadyuvan a ver su entorno y realizar acciones de aprendizaje desde otras visiones en donde entran en juego sus vivencias, sentimientos, relaciones con el otro y competencias físicas, entre otras.

Es fundamental educar a los padres y maestros para que ellos valoren y generen espacios para compartir experiencias culturales, artísticas, deportivas y recreativas en las que los Adolescentes en algunos casos sean los actores principales y en otros casos sean quienes vivencien y sean sensibles ante espectáculos artísticos.

Es importante mencionar dentro de este análisis que el Gobierno Departamental no cuenta con una caracterización del número de escenarios y espacios en todas sus dimensiones a los que pueden acceder los niños, niñas y adolescentes para garantizar esta realización.

Realización: Cada niño, niña y adolescente participa y expresa libremente sentimientos, ideas y opiniones y decide sobre todos los asuntos que le atañen.

El ejercicio de la libre expresión como derecho de las Niñas, Niños y Adolescentes, a través de diferentes lenguajes para exponer sus sentimientos, ideas, creencias y opiniones, debe garantizarse en los entornos en los que transitan y se desarrollan. Las Familias, padres, madres, cuidadores, instituciones y comunidades tienen la capacidad de fomentar su participación y escucha en la vida cotidiana y con incidencia en la toma de decisiones.

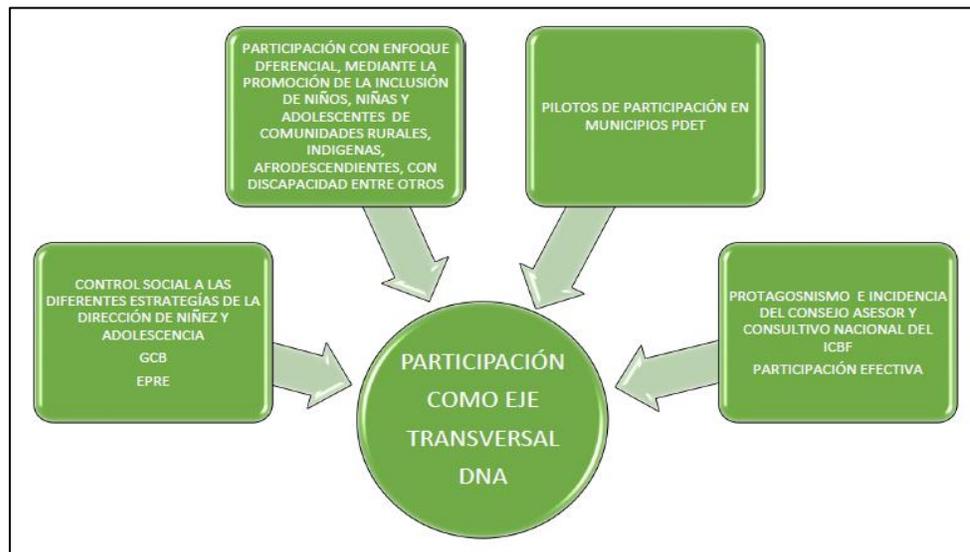
El derecho a la participación es intrínseco al ejercicio de todos los derechos en el curso de vida; por ende, ellos y ellas son protagonistas de las políticas de desarrollo territorial. En esta perspectiva, la constitución de la ciudadanía es un logro de la participación de las niñas, niños y Adolescentes en los procesos de transformación social.

Las Niñas, Niños y Adolescentes son reconocidos como protagonistas y agentes de transformación social.

Dentro del proceso de ajuste a la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia se realizaron ejercicios de participación significativa con niños y niñas de 6 a 11 años y adolescentes de 12 a 17 años que permitieron conocer sus opiniones frente a su protección integral. Estos resultados se mostrarán más adelante en el capítulo de movilización social.

Igualmente el ICBF, desde su proceso de Niñez y Adolescencia, se hace efectiva la participación de Niños, Niñas y Adolescentes que son beneficiarios del programa y las distintas estrategias de la Dirección de Niñez y Adolescencia permitiendo que los Niños y Niñas se expresen por sí mismos, tener éxito en escucharlos y estar dispuestos a tomar en cuenta sus

propuestas involucrando una precondición, estar convencidos que los Niños, Niñas y Adolescentes saben, que son plenamente conscientes de lo que quieren y particularmente de lo que necesitan, y que son capaces de formular propuestas. Con



esta actitud de ayuda, curiosidad e interés sobre los Niños y Niñas, es posible llevar a cabo una positiva experiencia de la participación.

El programa generaciones con bienestar en sus modalidades de atención tradicional Rural y Étnica cuenta 2475 cupos en 25 Municipios del Departamento, dentro de este programa se realizan los ejercicios de control social que es una forma de participación ciudadana mediante la cual las comunidades se organizan para realizar veeduría y seguimiento a las acciones y proyectos que son llevados a cabo por el Estado con dineros públicos (es decir recursos que pertenecen a todos y todas por igual), para dar solución a las diferentes problemáticas que se manifiestan en los territorios. El control social implica una ciudadanía formada e informada, para que pueda incidir de manera efectiva en la verificación, de que los recursos públicos que se destinan para la realización de los proyectos que les benefician se gasten de manera apropiada. Por otro lado, el control social significa que las acciones que realiza el Estado para la garantía de los derechos de la población sean observadas para su correcto cumplimiento. La salud, la educación, los derechos sexuales y reproductivos, un medio ambiente sano, entre otros; son derechos sobre los que se debe hacer control social; y las niñas, niños y Adolescentes al ser sujetos de derechos, deben ser protagonistas e incidir de manera directa en su realización y denunciar su incumplimiento cuando sea necesario

Resultados Más Significativos:

- Articulación de las Niñas, los Niños y los Adolescentes en las Mesas de Participación de Niños, Niñas y Adolescentes del Departamento.
- Empoderamiento de las Niñas, Niños, Adolescentes y sus Familias, mediante la identificación de problemáticas y el diseño de propuestas de solución a las amenazas de vulneración de sus derechos, que se identifiquen.
- Apropiación por parte de los Niños, Niñas los Adolescentes, sus Familias, cuidadores y comunidades del proceso de ajuste de la Política Pública Departamental.
- Fortalecimiento de los vínculos comunitarios e institucionales para la promoción de los derechos de los Niños, las Niñas y los Adolescentes y la prevención de posibles vulneraciones.
- Mejorar la prestación del servicio por parte de los operadores del servicio gracias al apoyo del comité de control social

El expresar libremente sentimientos, ideas y opiniones es la primera fase para lograr mañana una participación ciudadana responsable, de ahí que sea necesario como parte de este proceso que los niños, niñas y jóvenes “se les permita relacionarse con el mundo, tomar decisiones de manera independiente y hacerse cargo de más y mayores responsabilidades a medida que sean más capaces de hacerlo”, es decir, a medida de sus capacidades.

Realización: Cada niño, niña y adolescente realiza prácticas de autoprotección y crece en entornos protectores donde se actúa de manera oportuna y efectiva para la exigibilidad de la garantía de derechos, la prevención frente a situaciones de riesgo o vulneración de estos y su restablecimiento.

Todas las Niñas, niños y Adolescentes deben vivir en entornos seguros y protectores; por tanto, los entornos donde transcurren sus vidas deben garantizar las condiciones materiales y sociales para el ejercicio pleno de los derechos y la reducción de los riesgos y amenazas a la integridad física y psicológica de los sujetos. Esto implica promover el desarrollo de capacidades para prevenir, evitar y también actuar de manera adecuada ante las situaciones de riesgo o amenaza contra su dignidad y desarrollo integral, o contra otro. Es fundamental el involucramiento parental, relaciones de cooperación y solidaridad comunitaria, apoyadas por políticas públicas coherentes con este propósito de desarrollo integral de las niñas, niños y Adolescentes.

Las Niñas, Niños, Adolescentes y sus Familias transitan y se desarrollan en entornos configurados por escenarios de relación confiables, seguros y protectores que los reconocen, donde se promueve el desarrollo integral y se previenen los riesgos y amenazas que pueden generar vulneraciones de derechos.

La Familia es la institución primaria donde se cumple el primer rol de socialización, así como es el primer espacio de protección y cuidado donde se establecen relaciones significativas de afecto que promueven el desarrollo integral de los Niños, Niñas y Adolescentes. Ella es el primer entorno para formar a los Niños, Niñas y Adolescentes para enseñarles acerca de la autoprotección ante todo tipo de riesgos para su salud que atente su desarrollo, igualmente la vivienda se convierte en un escenario donde ocurren los mayores tipos de violencias (sexual o no sexual).

No se puede desconocer que a pesar de los esfuerzos significativos se encuentran las siguientes cifras que dan cuenta de la afectación a los derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes que inciden en su desarrollo en condiciones seguras y entornos protectores, las cifras a nivel nacional sobre vulneración de derechos en los niños, niñas y Adolescentes van en aumento cada día, dejando ver una realidad desesperanzadora sobre la protección de este entorno Familiar en los Niños, Niñas y Adolescentes, es por esto por lo que se debe reconocer la importancia de fortalecer acciones preventivas a través de programas y servicios que brinden las diferentes entidades donde dentro de su misión institucional se enfoca en la atención de esta población.

Dentro de las estadísticas del sistema de información misional del ICBF Regional Santander se reportaron 9576 registros de presunta situación de vulneración de derechos reportados por los diferentes canales de atención, de los cuales 5315 corresponde a las edades entre 6 y 18 años que abarcan diferentes vulneraciones entre las cuales se destaca maltrato físico con 1090 reportes, abandono, violencias sexuales en varias modalidades 1115, negligencia 1325 reportes, entre otras, todas estas situaciones han sido sujetas de verificación de derechos para determinar en algunos casos la necesidad de apertura un proceso administrativo de restablecimiento de derechos.

Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas del Conflicto Armado

Según la Información suministrada por el ICBF, la Dinámica en el Departamento es la siguiente:

A través de la estrategia de Unidades Móviles de Acompañamiento Psicosocial a los Niños, Niñas y Adolescentes y sus Familias, víctimas del conflicto se han podido atender la siguiente población:

Año 2018: 3078 Niños, Niñas y Adolescentes y 1397 Familias

Municipios de atención:

Barrancabermeja, Bucaramanga, Cimitarra, Girón, Piedecuesta, Puerto Wilches, Rionegro, Sabana de Torres y San Gil.

Año 2019: 1369 Niños, Niñas y Adolescentes y 700 Familias

Municipios de atención:

Barrancabermeja, Charalá, Girón, Málaga, Piedecuesta, Rionegro, Sabana de Torres.

Principales Problemáticas Detectadas:

- Niños desvinculados a escolaridad,
- negligencia en la prestación de servicio de salud, en especial en procesos de prevención.
- Poca oferta institucional para Niños, Niñas y Adolescentes con discapacidad, mal nutrición (bajo Rionegro);
- consumo spa y baja oferta para la desintoxicación de los adolescentes, baja adherencia al tratamiento al inicio de la ruta.
- riesgos asociados a violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual.
- se han detectado casos de Niños, Niñas y Adolescentes sin documento acorde a la edad. Estas problemáticas cuentan con remisiones a entidades del SNARIV, siendo baja su capacidad de respuesta.

Principales Dificultades:

- Articulación de los agentes del SNARIV y del SNBF a nivel Departamental y municipal.

Prevención del Reclutamiento de Niños, Niñas y Adolescentes por parte de GAI, GAOML

De acuerdo con las estadísticas aportadas por el Sistema de Información del Programa de atención especializado para el restablecimiento de derechos a Niños, Niñas y

Adolescentes víctimas de reclutamiento ilícito que se desvinculan de los grupos armados organizados al margen de la ley; se han atendido 208 Niños, Niñas y Adolescentes de Santander en el periodo comprendido entre el año 2000 y el año 2018; presentándose en este último año (2018) tres casos.

A nivel Nacional, el Departamento de Santander ocupa el puesto No 18 en cuanto a Reclutamiento y Utilización de Niños, Niñas y Adolescentes; de acuerdo con datos de la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales.

Dentro de los municipios del Departamento de Santander, identificados por la Comisión Intersectorial de Prevención del Reclutamiento y Utilización de Niños, Niñas y Adolescentes; de la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y Asuntos Internacionales en materia de reclutamiento y utilización de niños, niñas y Adolescentes; se encuentran:

Riesgo Superior Alto: Barrancabermeja.

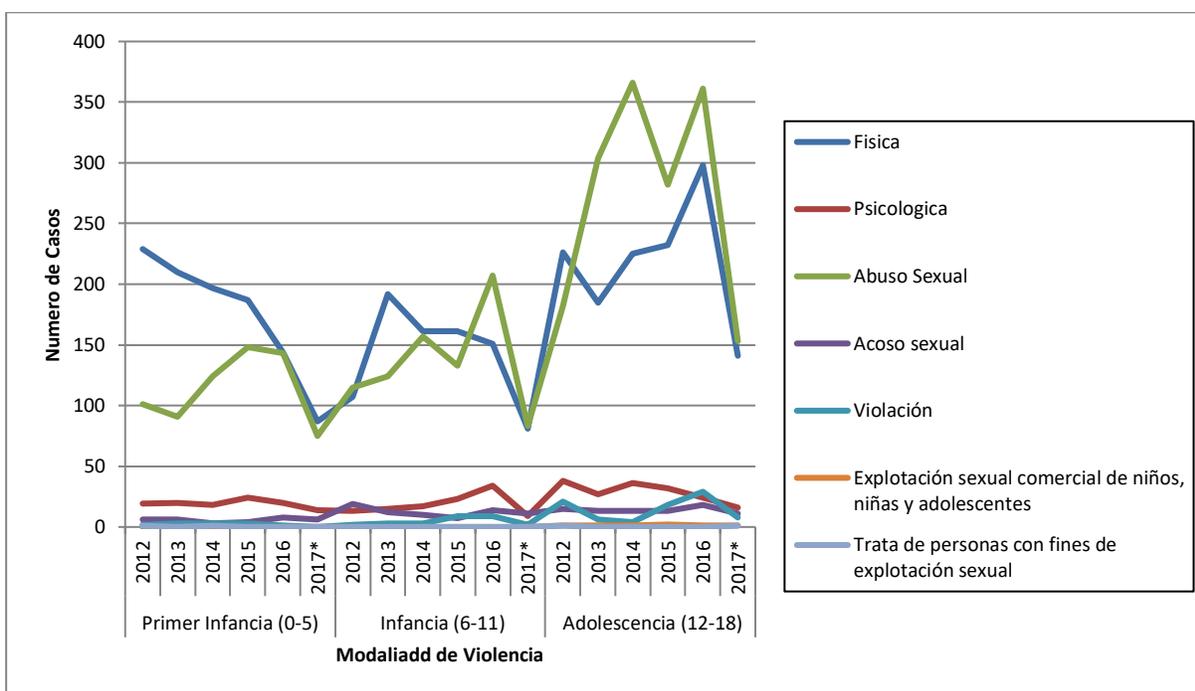
Riesgo Superior Medio: Bucaramanga, Bolívar, El Carmen de Chucurí, El Playón, Rionegro, Santa Helena del Opón, Sucre y Vélez.

Riesgo Superior Bajo: Cimitarra, Piedecuesta, San Vicente de Chucurí.

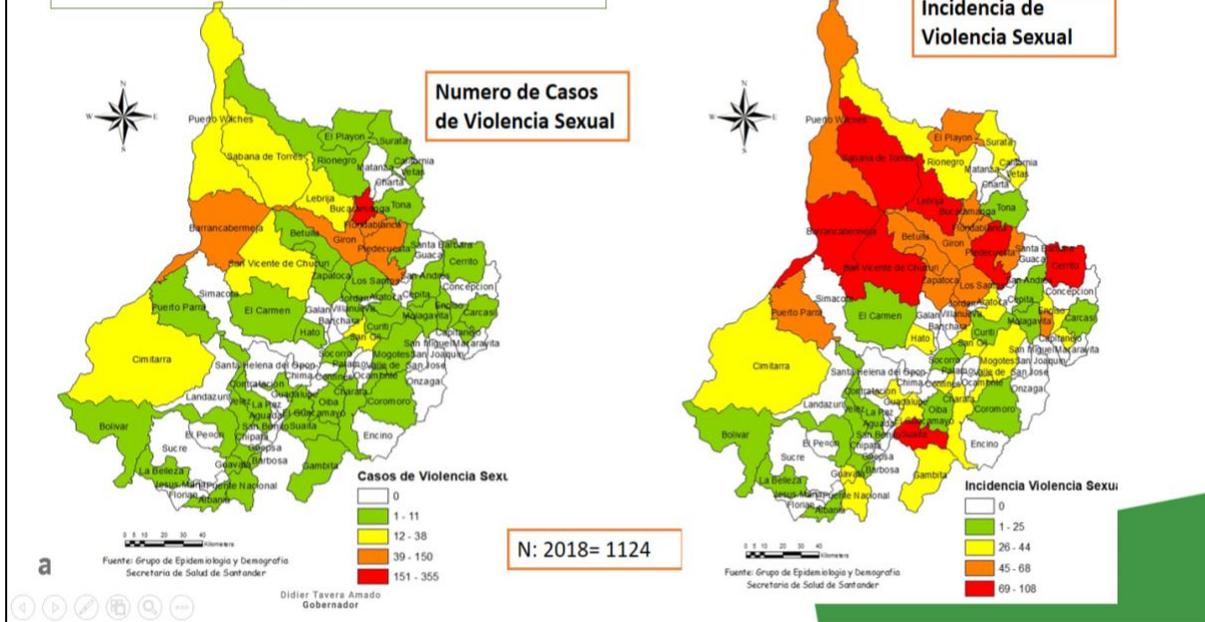
Riesgo Medio: Albania, Cerrito, El Peñón, Florián, Güepsa, Landázuri, Mogotes, Puerto Parra y Puerto Wilches.

Violencia Sexual en el Departamento de Santander

VIOLENCIA EN MENORES DE 18 AÑOS 2012-2017*																		
Ciclo Vital/ Año	Primer Infancia (0-5)						Infancia (6-11)						Adolescencia (12-18)					
Modalidad de Violencia	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Física	229	210	197	187	144	87	107	192	161	161	151	81	226	185	225	232	298	141
Psicologica	19	20	18	24	20	14	13	15	17	23	34	9	38	27	36	32	24	16
Abuso Sexual	101	91	124	148	143	75	115	124	157	133	207	83	182	304	366	282	361	153
Acoso sexual	6	6	3	4	8	6	19	12	10	7	14	11	15	13	13	13	18	11
Violación	2	3	3	3	1	0	2	3	3	9	9	2	21	6	4	18	29	8
Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	1
Trata de personas con fines de explotación sexual	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1



Casos e Incidencia de violencia Sexual, año 2018



Violencia Sexual, por provincias, Santander; año 2018 - 2019.

Provincias	Abuso Sexual	Acoso sexual	Violación	Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes	Trata de personas con fines de explotación sexual	Actos sexuales con uso de la fuerza	Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación forzada, mutilación)
METROPOLITANA	635	45	7	72	2	8	2
YARIGUIES	196	14	3	22	0	3	1
GUANENTA	30	2	0	0	0	0	0
VELEZ	29	1	0	5	0	1	0
COMUNERA	22	1	0	2	0	0	0
GARCIA ROVIRA	11	1	3	4	0	0	0
SOTO NORTE	2	0	0	0	0	0	0
Total general	925	64	13	105	2	12	3

¡vamos adelante!



GOBIERNO DE SANTANDER

Secretaría de Salud

Didier Tavera Amado
Gobernador

Fuente: **SIVIGILA 2018**

Curso de vida casos notificados por Violencia Sexual, Santander; año 2018

Curso de Vida	Abuso Sexual	Acoso sexual	Violación	Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes	Trata de personas con fines de explotación sexual	Actos sexuales con uso de la fuerza	Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación forzada, mutilación)	Total	%
Primera Infancia	170	5	1	2	0	0	2	180	16%
Infancia	249	25	14	1	0	3	3	295	26%
Adolescencia	389	21	44	0	1	5	6	466	41%
Juventud	86	11	31	0	1	4	2	135	12%
Adultez	44	3	15	0	0	2	0	64	6%
Vejez	6	0	2	0	0	0	0	8	1%
Total general	944	65	107	3	2	14	13	1124	100%
%	82,2%	5,7%	9,3%	0,3%	0,2%	1,2%	1,1%	100,0%	

¡vamos adelante!



Secretaría de Salud

Didier Tavera Amado
Gobernador

Violencia Sexual por genero, Santander; años 2018

Genero	Abuso Sexual	Acoso sexual	Violación	Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes	Trata de personas con fines de explotación sexual	Actos sexuales con uso de la fuerza	Otros actos sexuales (desnudez, esterilización/planificación forzada, mutilación)	Total	%
Femenino	792	55	95	3	2	13	11	971	86%
Masculino	133	9	10				1	153	14%
Total general	925	64	105	3	2	13	12	1124	100%
%	82%	6%	9%	0%	0%	1%	1%	100%	

¡vamos adelante!



Secretaría de Salud

Didier Tavera Amado
Gobernador

Fuente: SIVIGILA 2018

**Casos notificados por Violencia Sexual,
Santander; año 2019**

Municipio	Modalidad de Violencia Sexual		Total general
	Abuso Sexual	Violación	
Bucaramanga	14	0	14
Floridablanca	6	1	7
Barrancabermeja	5	1	6
Piedecuesta	4	2	6
Girón	3	1	4
Charala	0	1	1
El Carmen de chucuri	1	0	1
Florián	1	0	1
Mogotes	1	0	1
Ocamonte	1	0	1
Puerto parra	1	0	1
Rionegro	1	0	1
Sabana de torres	1	0	1
San gil	1	0	1
Total general	40	6	46

**Curso de vida de casos notificados por
Violencia Sexual, Santander; año 2019**

Curso de vida	Abuso Sexual		Violación		Total general
	F	M	F	M	
Primera Infancia	4	3	0	1	8
Infancia	4	4	0	0	8
Adolescencia	14	2	1	0	17
Juventud	4		1	0	5
Adulthood	2	2	3	0	7
Vejez	1	0	0	0	1
Total general	29	11	5	1	46

¡vamos adelante!



Secretaría de Salud

Didier Tavera Amado
Gobernador

Trata de niños, niñas y adolescentes

En el año 2017, la Gobernación de Santander realizó un diagnóstico para determinar la dinámica del delito de trata de personas, desde el enfoque de factores de riesgo. En dicho documento, se obtuvieron los siguientes datos:

La Fiscalía General de la Nación, entre los años 2010 y 2016, de acuerdo con el Sistema Penal Oral Acusatorio – SPOA- tiene registradas 57 noticias criminales por el delito de trata de personas en el departamento de Santander. El porcentaje de denuncias aumentó entre 2012 y 2013, pasando de 9 a 11 casos, para volver a disminuir en años siguientes. Con respecto al sexo de las víctimas, el 56% son mujeres, 23% son hombres y 21% de los casos registrados no reporta sexo. En cuanto a las demás variables solicitadas, tales como la edad y el lugar de captación, no fueron entregados ya que el SPOA no emite dicha información.

Por su parte, la Policía del Departamento de Santander manifestó no contar con ningún caso registrado por el delito de Trata de Personas. Mientras que, la Policía Metropolitana de Bucaramanga reportó 15 casos en el periodo de 2010 a 2016, registrados en el Sistema de Información Estadístico - SIEDCO. El 80% de las víctimas registradas fueron mujeres y el 20% fueron hombres, es decir, cuatro veces más casos.

En cuanto al lugar de procedencia de la víctima, el 73% de los casos tienen como lugar de origen el municipio de Bucaramanga, seguido de Floridablanca, Girón y Los Santos con 13% y 7% respectivamente. Otro de los datos reportados por la Policía Metropolitana fue la edad de las víctimas. El 60% se ubica en el rango de edad entre los 14 y 17 años. Le sigue el 27% de casos entre los 20 y 29 años y, finalmente, el 13% representado por personas entre los 30 y 39 años. La Policía también reportó la ocupación de las víctimas, las cuales, en su mayoría eran estudiantes (53%), seguido de vendedores – comerciantes (27%), amas de casa (7%), auxiliares contables (7%) y trabajadoras sexuales (7%).

Los casos mejor documentados son los reportados por el Ministerio del Interior a través del Centro Operativo Anti-Trata – COAT- y el Comité Departamental de Lucha contra la trata de Personas. En total, entre 2010 y 2017 registraron 15 casos, de los cuales el 60% se presentaron en los años 2015 y 2016. La ciudad de Bucaramanga se ubica como principal ciudad de origen, con el 71% de los casos, seguido de Girón, San Gil y Piedecuesta. Ahora bien, Bucaramanga también se constituye como ciudad de destino, ya que dos de los casos de trata interna tuvieron como lugar de explotación esta ciudad.

De acuerdo con la información suministrada, se pudo determinar que el 92% de las víctimas son mujeres y el 8% son hombres. Este patrón se repite en los datos de la Fiscalía General de la Nación y de la Policía Metropolitana de Bucaramanga. En cuanto a la edad, el rango donde mayor número de víctimas se reporta es entre los 19 y 24 años (42%), seguido de entre los 25 y 29 años (33%). Así mismo, no se encontraron casos con menores de 18 años.

Por su parte, el 67% de las víctimas había cursado la secundaria completa y 17% tenía estudios tecnológicos, 8% no establece su nivel educativo e igual porcentaje contaba con estudios técnicos. Si bien el nivel educativo no es bajo, se observa que la mayoría no supera la educación básica, situación que es frecuente en el departamento, dado el bajo nivel educativo registrado.

Otra variable observada es el estrato en el cual vivían las víctimas al momento de ser captadas. El 58% se encontraban en estrato 2, 17% en estrato 1, igual porcentaje habitaban el estrato 3 y solo un caso se ubicó en el estrato 5. En cuanto a la ocupación que desempeñaban, el 33% trabajaban de manera independiente, 25% eran estudiantes y 17% se encontraban desempleadas.

Al indagar sobre las personas a cargo, el 58% de las víctimas tenían como dependientes a hijos menores de 18 años (71%) o, a padres e hijos (29%), convirtiéndolas en cabezas de familia, siendo la única fuente de ingresos en el hogar.

En lo referente a los medios de captación, el 33% de los casos fue a través de redes sociales, especialmente Facebook, otro 33% fue a través de amigos quienes eran los captadores o facilitaron el contacto con estos, 17% fue mediante anuncios clasificados (medio radial y medio impreso) y otro 17% no especifica. En ningún caso se identificó el uso de la fuerza, por el contrario, prevalecen relaciones de confianza con sus captadores. Lo anterior facilitó también la decisión de aceptar las propuestas realizadas, ya que se partía de la base de conocer previamente a quienes les hacían las propuestas. A su vez, en el 92% de los casos se ofrecieron oportunidades laborales, mientras que en el 8% restante se hicieron ofertas afectivas.

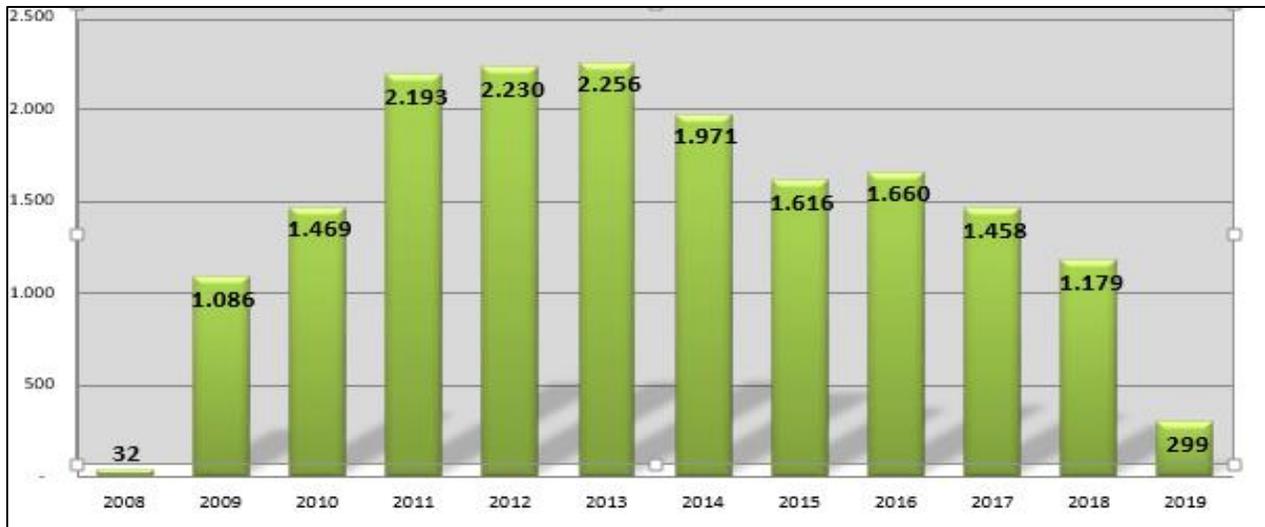
Las finalidades de explotación en los casos del departamento conservan la tendencia mundial, siendo la explotación sexual la más frecuente (73%) seguida del matrimonio servil (13%) y los trabajos o servicios forzados (7%).

De los 15 casos registrados por el Ministerio del Interior y por el Comité Departamental de Lucha contra la trata de personas, el 60% fueron trata transnacional y el 40% restante trata interna. En cuanto a los países de destino se identifican Panamá, España, Arabia Saudita, China, Chile, México, Haití y Brasil. En cuanto a ciudades del país se registra Bogotá, Barrancabermeja y Bucaramanga. Cabe señalar que, en dos de los casos, la captación y explotación se dio al interior del Área Metropolitana de Bucaramanga.

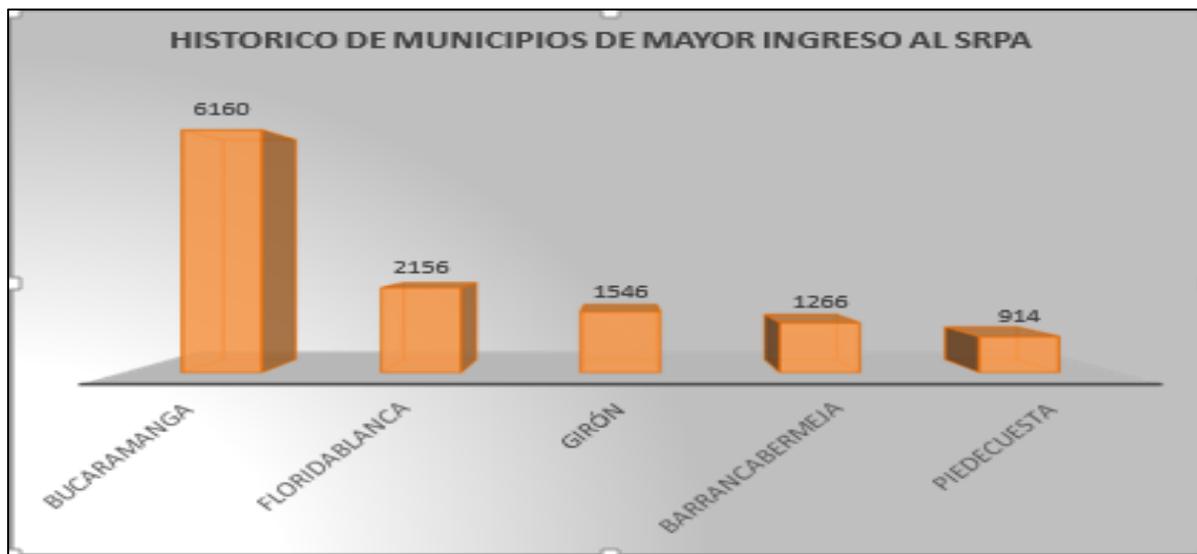
Sistema de Responsabilidad Penal Para Adolescentes- SRPA

El departamento de Santander no ha sido ajeno a la problemática nacional de un alto número de adolescentes infractores de la ley penal, sin embargo y gracias a la articulación institucional y la activación del comité departamental se han podido identificar las posibles causas y establecer actividades organizadas en su respectivo plan de acción.

El número de ingresos de adolescentes al SRPA ha venido disminuyendo tal y como se puede evidenciar en la siguiente gráfica:



En relación con el año 2019, de los 299 ingresos que se han presentado a la fecha, el 36.79% de ellos han sido sancionados, igualmente se observa que los municipios del área metropolitana de Bucaramanga y el municipio de Barrancabermeja son los que más presentan esta problemática a nivel del departamento.



Desde el año 2008 hasta la fecha, los delitos con mayor ocurrencia nivel del departamento han sido los siguientes:

- Tráfico, fabricación o porte de estupefacientes: 32%
- Hurto: 29%
- Hurto calificado: 8%
- Lesiones personales: 7%

- Fabricación, tráfico, porte o tenencia de armas de fuego, accesorios, partes o municiones:5%
- Violencia intrafamiliar: 3%
- Actos sexuales con menor de 14 años: 2%
- Violencia Contra Servidor Público: 3%
- Homicidio: 2%
- Daño en bien ajeno: 2%

Un total de 17449 delitos.

Desde el análisis por sexo y género de los adolescentes que han ingresado al sistema de responsabilidad penal SRPA podemos identificar lo siguiente:

- El 90% de los delitos son cometidos por hombres y el 10% por mujeres.
- La mayor concurrencia de los delitos se sigue presentando en las edades de 15 a 17 años. El 40% de ellos están entre la edad de los 17 años.

Frente a las actuaciones ante la fiscalía general de la nación y los jueces de garantías, en relación con el año 2019, con corte al mes de marzo se puede evidenciar lo siguiente:

Reintegro al hogar sin proceso judicial:	211 casos.
Reintegro al hogar con proceso judicial:	60 casos.
Centro de internamiento preventivo:	28 casos.

El porcentaje de reiteración del delito por parte de los adolescentes del departamento es de 26,76 para el año 2019, el cual ha ido disminuyendo en comparación con otros años, de los 299 ingresos que van en lo corrido del año, 80 han tenido reiteración.

Realización: Cada niño, niña y adolescente Construye su sexualidad de manera libre, autónoma y responsable.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos concierne a todas las personas, desde la autonomía y libertad de toda coerción con perspectiva de género, sin estigma y discriminación. La sexualidad es una condición humana, se construye desde el reconocimiento de sí mismo, de la capacidad del disfrute y el respeto por los demás.

Para las niñas, niños y Adolescentes en su proceso de desarrollo, estos derechos se enmarcan en el reconocimiento y respeto de su integridad y en las condiciones particulares de ese momento de vida.

Las niñas, niños y Adolescentes construyen una sexualidad que les permite expresar su ser y establecer relaciones respetuosas y equitativas.

Por parte de la secretaria departamental de salud y en relación con el plan decenal de salud se establecieron los siguientes componentes:

- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género.
- Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva SSR desde un enfoque de derechos.

Dicho plan estableció las siguientes estrategias:

- Políticas públicas sectoriales, transectoriales y con participación comunitaria que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, desde los enfoques de género y diferencial; afectando positivamente los determinantes sociales relacionados con las violencias de género y violencias sexuales, la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH-Sida, la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y la garantía de la salud materna.
- Coordinación, transectorial y comunitaria a los procesos que permitan garantizar los derechos relacionados con la sexualidad, en el marco del ejercicio de la ciudadanía; así como para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el diseño e implementación de estrategias de movilización social a nivel de instituciones públicas, privadas y comunitarias, dirigidas al ejercicio del derecho a la libre elección de la maternidad y a una maternidad segura con enfoque diferencial.
- Información, educación y comunicación; fortalecimiento de redes y movilización social para el ejercicio de una sexualidad placentera, libre y autónoma, sin estigmas ni discriminación por motivos de edad, discapacidad, pertenencia étnica, sexo, orientación sexual, identidad de género o ser víctima de violencias, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; así como para el acceso y uso de servicios de salud con enfoque de derechos, promoviendo la movilización social para la superación de barreras de acceso a los servicios de anticoncepción, control prenatal, prevención del aborto inseguro, atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, parto y puerperio.

- Fomento de espacios y mecanismos de participación y movilización social: incluye la disposición de información, educación y comunicación para la promoción de la equidad de género en los diferentes ámbitos y espacios de la vida cotidiana (laborales, educativos, institucionales, comunitarios), con enfoque de derechos, de género y diferencial, mediante la construcción de nuevas masculinidades y feminidades; fomenta la transformación de creencias, imaginarios y normatividades culturales que legitiman las violencias de género y limitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos con equidad e igualdad de género.
- Fortalecimiento institucional para el cumplimiento de la normatividad internacional y nacional para la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos: involucra acciones para la apropiación del marco normativo para el respeto, la protección y garantía de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de toda la población; así como la generación y desarrollo de mecanismos sectoriales y transectoriales para garantizar el acceso a la justicia real y efectiva para el restablecimiento de los derechos a quienes les han sido vulnerados sus derechos sexuales y reproductivos, luchando contra la impunidad y posicionando estas violaciones como un intolerable social e institucional. Desarrollo e implementación de medidas ágiles, oportunas y especializadas de protección para garantizar una vida libre de violencias y discriminación.
- Empoderamiento de los grupos, organizaciones y redes en el ejercicio y exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, así como en su participación social y política en los diferentes espacios de toma de decisión, para ejercer la veeduría y control sobre las políticas públicas y los recursos públicos que garanticen el ejercicio de dichos derechos.
- Fortalecimiento del compromiso social de los medios de comunicación para la promoción del respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad entre hombres y mujeres, la equidad de género, a través de un lenguaje incluyente, no sexista, que cuestione las creencias y estereotipos que legitiman la discriminación, el estigma, las violencias de género y las violencias sexuales.
- Consolidación de la política de educación sexual, que involucre a toda la comunidad educativa (niñas, niños, Adolescentes, jóvenes, padres, madres, cuidadores, profesorado y demás personas que se relacionan con las instituciones educativas), que incluya la expansión de cobertura y calidad del Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, articulado con los servicios de salud amigables para Adolescentes y jóvenes, para el ejercicio de derechos en torno al desarrollo de una sexualidad en condiciones de igualdad, libertad y autonomía, sin

ninguna discriminación y libre de violencias. Fomento de políticas, planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la educación, la recreación y la cultura, y al trabajo digno con igualdad de oportunidades y entornos equitativos que permitan la autonomía económica y condiciones de vida digna, especialmente para las mujeres, jóvenes, población Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual e Intersexual LGBTI, población rural y víctimas del conflicto armado.

No es un secreto que la población más vulnerable es el ejercicio de la sexualidad son los niños, niñas y adolescentes, por los hechos relacionados con abuso sexual el 61% de ellos en la primera infancia, trata con fines de explotación sexual, actos sexuales, uso de violencia y otras formas de violencias sexuales en contra de ellos

Igualmente, los niños, niñas y adolescentes pueden construir su sexualidad de manera libre, autónoma y responsable, atendiendo las características de las Familias y entornos inmediatos como por ejemplo en el colegio donde la labor del docente es fundamental en la orientación y ejercicio de la sexualidad. Se considera que cada niño que ha sufrido algún tipo de abuso sexual no tuvo la oportunidad de ejercer libremente su sexualidad.

Para construir una sexualidad de manera libre, responsable y autónoma por parte de los niños, niñas y adolescentes es fundamental la formación de los padres, especialmente para la orientación y aplicación de conceptos, creencias que pueden afectar la comunicación en este tema, si los padres no tienen claros estos conceptos pueden confundir a los sus hijos que crecerán tratando de buscar respuesta por otros medios, especialmente el digital.

Es necesario tener en cuenta las características físicas y mentales propias de los cursos de vida en los que se encuentran los niños, niñas y adolescentes para fortalecer desde la escuela y la Familia los espacios de dialogo respecto y autónomo hacia la construcción de su sexualidad. La educación sexual debe ser entendida como un derecho de niños, niñas y adolescentes ya que la sexualidad es educable y hace parte del potencial hermano al desarrollo en esta etapa logrando así una educación integral; se puede fortalecer si se brindan herramientas conceptuales y actividades comunicativas y valorativas que permitan a ellos la toma de decisiones con relación a su sexualidad.

Dejando a un lado el credo religioso y afinidad política, es importante que, los niños, niñas y Adolescentes partan de la base que todos como seres humanos, somos iguales, independiente de que la cultura, la raza y la misma educación nos diferencia en cuanto a la percepción que tenemos de algunas prácticas, conceptos y situaciones diarias.

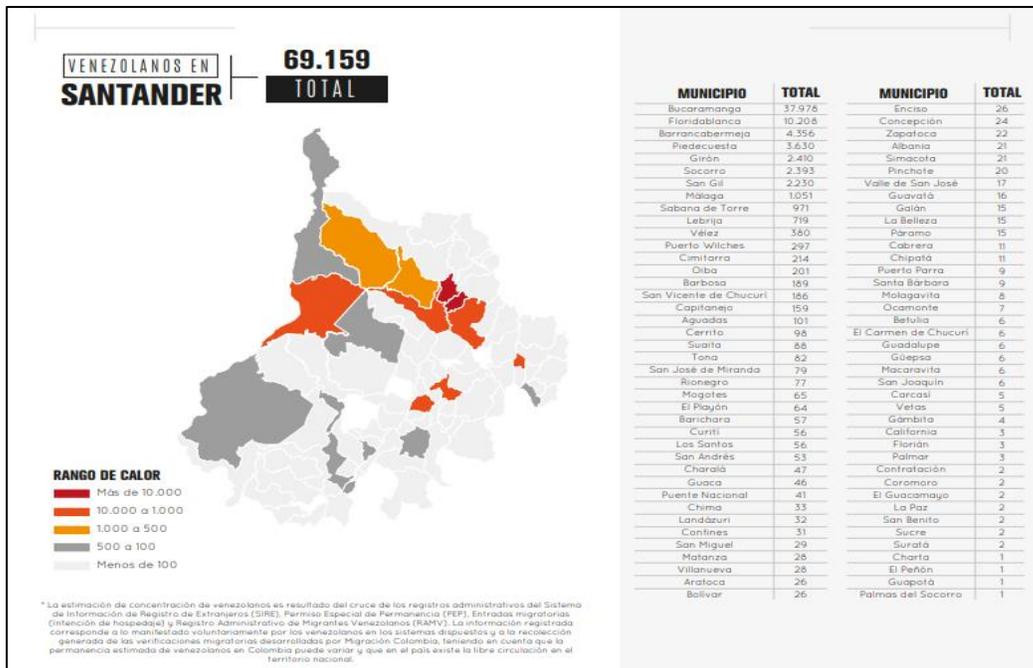
De ahí que, al ser iguales, todos tenemos derecho a ser tratados como personas y no a ser discriminadas ni a discriminar. El reto es incluir este aspecto en la formación integral en la casa y en el sector educativo, para que, mediante experiencias, películas, cuentos, lecturas, etc. se analicen la importancia de valores fundamentales como son la comprensión, solidaridad, tolerancia, amistad, paz, fraternidad y respeto, entre otros.

El PESCC es fundamental para la orientación y aplicación de conceptos que lleven a los niños, niñas y adolescentes al desarrollo de su sexualidad y comprensión

Igualmente desde la modalidad de Unidades de Apoyo a Fortalecimiento Familiar – UNAF –, del ICBF, en el módulo de sexualidad placentera, responsable y sana, se habla a las Familias de la necesidad de comprender y realizar por parte de los Adolescentes, jóvenes y adultos en situación de discapacidad, sobre los derechos sexuales y reproductivos, generando una barrera los mitos e imaginarios de las Familias beneficiarias sobre el tema, aprendiendo de ellas que en los últimos años han sido más tolerantes sobre el tema, buscando orientación sobre los métodos anticonceptivos y por medio de programas de protección, las defensorías a través de sus equipos han apoyado el ejercicio de este derecho, pero por la limitación de cupos no se ha llegado a toda la población, quedando el reto de seguir capacitando a las Familias en el tema.

Población Migrante





Primera Infancia

En la Regional Santander durante la vigencia 2019 en las modalidades de primera infancia se han atendido 2410 Niños y Niñas venezolanos, en las modalidades de atención modalidad Familiar (Desarrollo infantil en medio Familiar y FAMI), modalidad institucional (HI, CDI, Desarrollo infantil en establecimiento de reclusión) y modalidad comunitaria (HCB y HCB agrupado), las cuales se encuentran distribuidas en los diferentes municipios de jurisdicción de los centros zonales Antonia Santos, Bucaramanga Sur, Carlos Lleras Restrepo, Málaga, San Gil, Socorro, Vélez y Yariguies.

Niñez y Adolescencia

Durante el año 2019, se ha brindado atención a 100 niños, niñas y Adolescentes Venezolanos, en la modalidad generaciones con Bienestar, en los municipios de Tona, Floridablanca, Piedecuesta, Girón, Lebrija, Playón, Suratá, Vélez y Carcasí, la cual tiene como objetivo promover la protección integral y proyectos de vida, a partir del empoderamiento como sujetos de derechos y del fortalecimiento de la corresponsabilidad de la Familia, la sociedad y el Estado, propiciando la consolidación de entornos protectores.

Familia

En la actual vigencia en la etapa de atención Familiar, se van a atender 31 Familias Venezolanas a través de la modalidad Familias con Bienestar para la paz, en los municipios de Capitanejo, Cimitarra, El Playón, Málaga, Puerto Wilches, San Andrés, San Vicente de Chucurí, Socorro, Suaita y Vélez, la cual tiene como objeto general Potenciar

capacidades individuales y colectivas con Familias en situación de vulnerabilidad, a través de una intervención psicosocial que conlleva acciones de aprendizaje – educación, de facilitación y de gestión de redes, para fomentar el desarrollo Familiar y la convivencia armónica.

Restablecimiento De Derechos

Durante la vigencia 2019, se ha brindado atención a 153 niños, niñas y Adolescentes venezolanos, a través de las defensorías y comisarías de Familia, en las modalidades de Restablecimiento de Derechos como hogares de paso, hogares sustitutos e internados, distribuidos en los municipios Vélez, Socorro, San Gil, Málaga, Barrancabermeja, Bucaramanga y su área metropolitana.

Así mismo, en el marco de los operativos del Grupo Especial de Migración GEM, del cual el ICBF como entidad encargada de velar por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, niñez, adolescencia y el bienestar de las Familias, a través del Equipo Móvil de Protección Integral EMPI, se han atendido 278 niños, niñas y Adolescentes migrantes venezolanos a través de orientación y acompañamiento psicosocial.

Sistema de Responsabilidad Penal Para Adolescentes

Durante la vigencia 2019, se ha brindado atención a 2 Adolescentes venezolanos, en las modalidades de Responsabilidad Penal para Adolescentes en la modalidad Libertad Asistida/Vigilada en los municipios de Bucaramanga y su área metropolitana.

3.3 Identificación De Problemáticas

<i>Momento del curso de vida</i>	<i>Situaciones problemáticas identificadas</i>	<i>¿Cuál es la población específica a la que afecta la situación problemática?</i>	<i>¿Dónde se ubica o localiza la situación problemática?</i>	<i>Síntesis del problema identificado</i>
PRIMERA INFANCIA	Abuso sexual	0-5 años	urbana-Rural	Se identifica que el número de niños y niñas vulnerados por este flagelo aumentado de manera considerable afectando especialmente a este grupo poblacional, una de los factores de riesgo identificados dentro del entorno familiar se encuentra la permisividad de la figura materna o cuidador directo quien muchas veces a pesar de conocer esta situación encubre al presunto agresor y permite que la situación ocurra dentro del medio familiar sin poner en conocimiento de las autoridades, los agresores en su mayoría son personas cercanas al niño que tienen algún tipo de relación, confianza y fácil acceso a los mismos. Se ha visto que a pesar de existir campañas de prevención los resultados de estas han sido ineficaces para lograrla protección de estos niños, teniendo que evaluar estas acciones. Por otra parte, la revictimización en los procesos de denuncia, la demora en los procesos penales como la impunidad genera desmotivación en las familias frente al interponer las denuncias por estos hechos.
	Mal Nutrición	0-5 años	urbana-Rural	Actualmente ya se no se puede solo mencionar la desnutrición como aspecto relevante si no una mal nutrición en general que afecta a los niños y niñas, puesto que también se están presentando sobrepeso en los mismos debido a la inseguridad alimentaria (disponibilidad, acceso, consumo, utilización biológica e inocuidad) que se presentan en los núcleos familiares, que incrementan los malos hábitos alimenticios y no dan importancia a los estilos de vida saludable. De igual manera aspectos como la falta de controles prenatales y atención en salud incrementan el riesgo de presentar dificultades a nivel nutricional y por consecuencia afecta el desarrollo integral y normal de los niños en sus procesos de crecimiento y de aprendizaje.

	Falta de acceso a programas de atención a los niños y niñas en situación de discapacidad.	0-5 años	urbana-Rural	Se evidencia que uno de los factores que incrementa la vulnerabilidad en esta población es la falta de oferta de servicios que atiendan las necesidades especiales que tienen y de esta manera no se logra procesos de inclusión ni de atención de acuerdo con el enfoque diferencial. Aspectos como la falta de caracterización de la población no permite tener una claridad sobre el número de niños y niñas en esta situación así como el tipo de discapacidad presente para enfocar de esta manera políticas públicas, programas y proyectos que permita su atención, aún existen numerosas barreras físicas y sociales , temor de la población en general por desconocimiento y un déficit en la atención en salud que vulneran aún más los derechos de esta población, quienes son de especial protección.
	Maltrato físico, psicológico y negligencia	0-5 años	urbana-Rural	En esta situación aspectos aceptados a nivel familiar de prácticas culturales donde se perpetua el maltrato como la única manera de corregir y de implementar pautas de crianza ha generado que la violencia en el medio familiar sea permitida y normalizada afectando la integridad de los niños y niñas quienes crecen en estos entornos sin la protección y el cuidado que requieren. Variables como el nivel socio económico, discriminación al género femenino, dinámicas familiares donde el rol de cuidado ha sido delegado a terceros por la necesidad que los padres salgan a trabajar, así como aspectos relacionados con el consumo de SPA, falencias en el ejercicio parental, entre otros han llevado a que los niños sean maltratados afectando su integridad personal.
	La falta de articulación entre los diferentes sectores que desarrollan programas de atención a la infancia	0-5 años	urbana-Rural	Hace que en ocasiones se duplican esfuerzos, se sigan líneas divergentes que no tendrían por qué serlo, o se desconozca lo que se hace en cada sector. La necesidad de una línea común de trabajo, en la que se aúnen los esfuerzos de todos aquellos que tienen que ver con la formación de los niños de estas edades iniciales, es una manera también de darle la importancia que la misma tiene.
	trabajo Infantil	0-5 años	urbana-Rural	La situación socioeconómica de algunas familias lleva a que los niños y niñas realicen actividad laboral como modo de sustento vulnerando derechos en esta población y exponiéndolos a situaciones de riesgo como ejercicio de mendicidad, explotación sexual, y trabajo en condiciones inseguras y sin garantías.
	Falta de atención de NN de primera infancia por parte de los padres o personas responsables de su cuidado		General	Actualmente dentro de las familias es posible encontrar problemas de desintegración familiar, adicciones, hijos no deseados, u otras situaciones como las madres solteras, padres que laboran (ambos), etc. Que no permiten que los padres presten la atención necesaria a sus hijos o dejan de mostrar interés o la preocupación por procurar el bien hacia los diversos factores que rodean a sus hijos

	<p>Presencia de eventos de bajo peso al nacer en niños y niñas nacidos a término. El porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer en el año 2016 fue de 2,58</p>	<p>Niños y niñas recién nacidos.</p>	<p>Los municipios de Bucaramanga, Floridablanca, Barrancabermeja, Girón, Piedecuesta y Lebrija (Fuente ASIS).</p>	<p>Bajo peso al nacer en niños y niñas a término.</p>
	<p>En la encuesta para la valoración del estado nutricional de la población menor de cinco años – 2014 evidencio que la desnutrición es un evento que está presente en el departamento: La prevalencia de desnutrición crónica - talla baja para la edad, la cual fue de 2.41% y el riesgo de talla baja para la edad de 11.96%, La prevalencia de desnutrición global - peso bajo para la edad en población menor de cinco años fue de 1.06%, y el riesgo de peso bajo para la edad de 7.62%, La prevalencia de desnutrición aguda- peso bajo para la talla fue de 1.93% y el riesgo de peso bajo para la talla fue de 8.87%.</p>	<p>Niños y niñas menores de cinco años.</p>	<p>Las mayores prevalencias de desnutrición crónica, (4.08%) y de riesgo de talla baja para la edad se presentaron en la provincia de Vélez 15.31%. La mayor prevalencia de desnutrición global se presentó en la Provincia Comunera 2.74%, y la mayor prevalencia de riesgo de peso bajo para la edad 11.22 %, se presentó en la Provincia de Vélez. La mayor prevalencia de desnutrición aguda – peso bajo para la talla se presentó en la Provincia de Vélez 3.06% y la mayor prevalencia de riesgo de peso bajo para la talla se presentó en la Provincia de Mares 10.96%.</p>	<p>Prevalencia de desnutrición en niños y niñas menores de cinco años.</p>

	<p>Incumplimiento de los lineamientos de administración y gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones y generando Riesgo de brotes o epidemias por eventos prevenibles por vacunas, pues la cobertura departamental con Triple Viral para el año 2014 fue del 94.3% y la meta mínima exigida por el Ministerio es del 95% (Fuente: Minsalud 2014);</p>	<p>Niños y niñas</p>	<p>Los Municipios con incumplimiento de la meta fueron 76: Cimitarra, Landázuri, Puerto Parra, Confines, Contratación, Chima, El Guacamayo, Galán, Guadalupe, Guapotá, Hato, Palmar, Palmas, del Socorro, Simacota, Socorro, Suaita, Capitanejo, Carcasí, Cerrito, Concepción, Enciso, Guaca, Macaravita, Málaga, Molagavita, San Andres, San Jose de Miranda, San Miguel, Aratoca, Barichara, Cabrera, Cepita, Coromoro, Charalá, encino, Jordan, Mogotes, Ocamonte, Onzaga, Páramo, Pinchote, San Gil, San Joaquín, Villanueva, Betulia, El Carmen, Puerto Wilches, san Vicente de Chucuri, Zapatoca, California, Charta, El Playón, Lebrija, Los Santos, Matanza, Rionegro, santa Barbara, Surata, Tona, Vetas, Aguada, Albania, Barbosa, Bolivar, Chipatá, El</p>	<p>Incumplimiento de los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones.</p>
--	--	----------------------	---	--

			Peñón, Florián, Guavatá ,Jesus Maria, La Belleza, La Paz, Puente Nacional ,San Benito, Santa Helena del Opón, sucre y Vélez; con consecuencias económicas por los costos de tratamientos, rehabilitación y secuelas de las enfermedades y disminución en la asignación de los recursos para las entidades territoriales y social debido a los casos de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas.	
	Mendicidad	Niños y Niñas Migrantes de origen venezolano	Vía Nacional Bucaramanga - Barbosa	En la vía nacional que comunica a Bucaramanga hasta Barbosa, se pueden observar a los migrantes de origen venezolano que se hacen a lado y lado de la vía en compañía de sus hijos, pidiendo limosnas.

<i>Momento del curso de vida</i>	<i>Situaciones problemáticas identificadas</i>	<i>¿Cuál es la población específica a la que afecta la situación problemática?</i>	<i>¿Dónde se ubica o localiza la situación problemática?</i>	<i>Síntesis del problema identificado</i>
INFANCIA	Abuso sexual	6-11 años	Rural-urbana	El abuso sexual continúa siendo una de las problemáticas que más afectación trae en los niños, y especialmente cuando el entorno protector que debe ser la familia falla en el ejercicio de este rol de cuidado y de seguridad. Las agresores en su mayoría tienen un fácil acceso a este medio familiar y por ser personas cercanas se ganan la confianza de los niños y muchas veces la familia a pesar de conocer los hechos no denuncia por temor y presiones familiares, donde el juego de poderes y de lealtad hacia estas figuras de autoridad terminan por ocultar los hechos generando en los niños un estado de desprotección total, ambivalencia frente al rol protector y afectación en su salud física y mental, desarrollando en ellos todo tipo de trastornos, y llevándolos a situaciones de riesgo e inicio de consumo, prostitución e intentos de suicidio. De igual manera en esta etapa producto del inicio temprano de una sexualidad distorsionada los niños repiten con sus pares conductas sexuales inadecuadas, afectando el ejercicio de una sexualidad sana y convirtiéndose en factores de riesgo para otros pares con los cuales comparte su entorno o inclusive se convierten en factor de riesgo al ser niños de fácil acceso por los adultos. Por otra parte, la revictimización en los procesos de denuncia, la demora en los procesos penales como la impunidad genera desmotivación en las familias frente al interponer las denuncias frente a los hechos.
	Inadecuado aprovechamiento del tiempo libre	6- 11 años	Rural-urbana	Escasos programas que promuevan el adecuado aprovechamiento del tiempo libre, la prevención de vulneraciones, la exploración y potenciación de habilidades e intereses. Los NN están mucho tiempo sin el acompañamiento de un adulto.
	Deserción Escolar	6-11 años	Rural-urbana	Las situaciones de desplazamiento o migración de las familias de un sitio a otro en ocasiones generan este tipo de deserción, llegando a nuevos territorios donde deben establecerse y organizarse nuevamente, por otra parte especialmente en el área rural las distancias entre las vivienda y las escuelas o rutas de difícil acceso a los establecimientos educativos afectan que los niños continúen en su proceso escolar, así como en ocasiones la participación de los niños en actividades laborales bien sea porque cultamente es aceptado y por apoyo en la economía familiar contribuyen a que este fenómeno de deserción escolar se de en el territorio de Santander.

	Acoso escolar	6-11 años	Rural-urbana	El acoso escolar es una situación que ha tenido gran impacto en los procesos de convivencia con los diferentes actores dentro el sistema educativo, déficit en valores, en formación ciudadana, manejo inadecuado de los conflictos, baja tolerancia, desconocimiento del marco normativo que regula el tema de convivencia escolar, desconocimiento de la atención al enfoque diferencial han permitido que situaciones de agresión se den dentro de este entorno y no se active la ruta establecida dentro de la ley que permite disminuir el impacto de estas situaciones, así como se identifica la importancia de trabajar desde lo preventivo para que los colegios sean espacio de paz, de sana convivencia y sean entornos seguros y no espacios que propicien la vulneración de derechos.
	Maltrato físico, psicológico y negligencia	6-11 años	urbana-Rural	En esta situación aspectos aceptados a nivel familiar de prácticas culturales donde se perpetua el maltrato como la única manera de corregir y de implementar pautas de crianza ha generado que la violencia en el medio familiar sea permitida y normalizada afectando la integridad de los niños y niñas quienes crecen en estos entornos sin la protección y el cuidado que requieren. Variables como el nivel socio económico, discriminación al género femenino, dinámicas familiares donde el rol de cuidado ha sido delegado a terceros por la necesidad que los padres salgan a trabajar, así como aspectos relacionados con el consumo de SPA, falencias en el ejercicio parental, entre otros han llevado a que los niños sean maltratados afectando su integridad personal.
	trabajo Infantil	6-11 años	urbana-Rural	La situación socioeconómica de algunas familias lleva a que los niños y niñas realicen actividad laboral como modo de sustento vulnerando derechos en esta población y exponiéndolos a situaciones de riesgo como ejercicio de mendicidad, explotación sexual, y trabajo en condiciones inseguras y sin garantías, así como deserción escolar. Por otra parte, dentro de esta categoría también se tiene en cuenta la parentalización de los niños quienes empiezan a ejercer roles de sus padres en el cuidado de sus hermanos generando situaciones de riesgo en este entorno.
	violencia en contextos digitales	6-11 años	urbana	Con el avance tecnológico también se han venido presentando nuevas situaciones que requieren especial atención al convertirse en factores de riesgo en la vulneración de derechos de los niños. La falta de control de parte de los padres, el desconocimiento del uso y los riesgos que tiene las redes sociales, el uso inadecuado de las tecnologías, el no contar con una estricta supervisión a los niños, así como el desconocimiento de la normatividad frente a la regulación del uso de las redes y la tecnología son factores que asociados a las carencias afectivas y el distanciamiento con sus padres actúan como factor de riesgo para ser víctimas de violencia en estos contextos digitales.

	Ideación Suicida	6-11 años	urbana-rural	Cada vez son más los niños y las niñas que manifiestan este tipo de ideas frente a diversas situaciones que se presentan en su edad y no cuentan con un manejo adecuado en su repertorio emocional para enfrentar estas situaciones, lo que desemboca en riesgo para el suicidio, las carencias afectivas, influencia de pares, retos en contextos digitales, enfermedad mental, depresión, disfunción familiar, presión social, dificultades en contexto escolar, así como la falta de identificación de parte de los padres o personas cercanas a los niños de signos y síntomas de alerta, se convierten en los aspectos que cobran un alto valor como factores de riesgo para esta problemática se presente además el no contar con una respuesta oportuna y positiva de parte del sector salud tanto en lo preventivo como en la intervención incrementa mucho más esta dificultad.
	utilización de los niños y niñas en grupos delincuenciales, grupos de microtráfico	6-11 años	urbano-rural	Los niños y niñas son reclutados por estos grupos e instrumentalizados muchas veces aprovechando la vulnerabilidad del contexto social y económico donde crecen y ofreciéndole un mejor futuro, ante lo cual ellos por su inmadurez en la toma de decisiones terminan ingresando a estos grupos delictivos , permaneciendo en ocasiones bajo una presión y amenazas, o ilusionados de tener un mejor proyecto de vida, la falta de oportunidades labores y académicas, déficit en proyecto de vida así como situación de pobreza se convierten en factores que predisponen la participación en estos grupos. Por otra parte, los adultos se aprovechan puesto que conocen que el sistema de responsabilidad penal funciona diferente al de adultos.
	Mendicidad	Niños y Niñas Migrantes de origen venezolano	Vía Nacional Bucaramanga - Barbosa	En la vía nacional que comunica a Bucaramanga hasta Barbosa, se pueden observar a los migrantes de origen venezolano que se hacen a lado y lado de la vía en compañía de sus hijos, pidiendo limosnas.

<i>Momento del curso de vida</i>	<i>Situaciones problemáticas identificadas</i>	<i>¿Cuál es la población específica a la que afecta la situación problemática?</i>	<i>¿Dónde se ubica o localiza la situación problemática?</i>	<i>Síntesis del problema identificado</i>
ADOLESCENCIA	explotación sexual y comercial	12-17 años	urbana	<p>Los adolescentes ingresan a este tipo de situación en mucha ocasiones por la influencia que tienen los medios de comunicación sobre los estereotipos que establecen y en el afán de buscar una aceptación social consideran este tipo de ejercicio como una manera de obtener dinero para poder conseguir bienes materiales, cirugías, en otros casos los mismos pares son los que involucran a los adolescentes en redes de tráfico para buscar tener una mejor calidad de vida, provienen muchas veces de familias sin control parental, y donde los adolescentes tienen una baja percepción de riesgo, así como son altamente influenciados.</p> <p>Al existir problemas para la consecución de fuentes de recursos y la familia volverse expulsora por condiciones económicas pero también psico-sociales como la violencia intrafamiliar y la dificultad para proveer las condiciones mínimas de existencia, así como no satisfacer el nivel de consumo establecido por los medios de comunicación y el medio social, los jóvenes comienzan a ver la sexualidad como instrumental para conseguir recursos y posibilidad de realizar vida independiente, en otras ocasiones, por la explotación de sus propios padres o las promesas de los adultos de mantenerlos, cayendo en redes de proxenetas, por lo tanto los motivos de ingreso por engaño, amenaza y presión</p>
	aumento del consumo de sustancias legales	12-17 años	urbana-rural	En esta edad aumenta en consumo de sustancias legales, como alcohol y cigarrillo debido a las practicas socialmente aceptadas, siendo esto visto como norma y permitido incluso por le entorno familiar, así como el fácil acceso que hay estas sustancias y la influencia de pares.
	Participación en pandillas	12-17 años	urbana	La influencia de los medios de comunicación que en ocasiones le hace apología a la violencia, normaliza la violencia como un medio para obtener riqueza, y lograr un posicionamiento dentro de su grupo social, lo que hace que socio-culturalmente sea aceptable el pertenecer a este tipo de grupos, lideran territorios, y manejan un poder económico y territorial por otra parte el déficit en oportunidades labores, proyecto de vida y la influencia de pares como la falta de valores familiares predisponen aún más a la participación de estos grupos.
	jóvenes en conflicto con la ley	12-17 años	urbana	La familias disfuncionales, donde no existe claridad en normas y valores, así como no existen vinculaciones afectivas fuertes con sus figuras primarias, generan que los adolescentes incursionen en este tipo de conductas delictivas, el deseo de lograr un posicionamiento a nivel económico, sumado al déficit en proyecto de vida y en mucha ocasiones la instrumentalización por parte de los adultos hacia los adolescentes ya que consideran que el sistema de responsabilidad penal de los adolescentes no es punitivo frente a sus conductas incrementa la probabilidad de esta situación en los jóvenes.

	Abandono Afectivo	12-17 años	urbana	Las dinámicas familiares actuales han venido cambiando, teniendo que ocupar los padres o cuidadores de los adolescentes mucho tiempo en actividad laboral, dedicando poco tiempo al cuidado de sus hijos, delegándose este a terceros, cada vez los jóvenes manifiestan sentirse solos ocupando su tiempo en otras actividades, en redes sociales y siendo factor de riesgo para trastornos emocionales.
	Trastornos alimentarios	12-17 años	urbana	Teniendo en cuenta que en esta edad la imagen corporal es uno de los aspectos muy importantes la presión de los medios de comunicación y los problemas emocionales, así como dificultad en las relaciones familiares influyen en que se presenten este tipo de situaciones en este grupo poblacional.
	Violencia Intrafamiliar	12-17 años	Urbana - Rural	Se identifica violencia principalmente hacia la mujer, los niños, niñas y adolescentes, ya que la presión por contar con empleo y buenos ingresos, cuando no se alcanza la expectativa, genera conflicto al proveedor y las situaciones de estrés las termina resolviendo a través de la violencia verbal, psicológica, física y en algunas ocasiones también sexual
	Violencia de Género	12-17 años	Urbana - Rural	Se identifica la violencia ejercida en su mayoría del hombre hacia la mujer, la cual se basa en conductas de superioridad y control, manipulación psicológica, presión económica, estigma social, maltrato verbal y físico, así como también acoso y abuso sexual, ejercida en ámbitos privados y por tanto la dificultad para prevenirla, soportándose en la cultura heteropatriarcal y machista.
	Identidad Cultural Étnica Deteriorada	12-17 años	Urbana - Rural	Las familias han venido perdiendo su identidad cultural étnica por procesos de desplazamiento forzado, pérdida de confianza en procesos comunitarios y falta de oportunidades laborales en los territorios, lo que se configura en un proceso de sobrevivencia que el adulto asume como resistencia y por el cambio de territorio y costumbres, lo traduce en un sentimiento de pérdida que lo pasa a su sentido cultural, que sumado al desprecio por otras razas y culturas, hace que se pierda ese sentido de identidad a la raza y sus costumbres, lo que los jóvenes, lo vuelven en reacción contra de lo que son y por presión de grupo, asumen lo étnico como desprestigio y minusvalía por ser poblaciones minoritarias
	consumo de SPA	6-11 años	Rural-urbana	En el departamento se ha evidenciado aumento del consumo de sustancias psicoactivas incluyendo las legales como el alcohol y el cigarrillo y las ilegales como cocaína marihuana, cripi etc. El inicio de consumo a más temprana edad (13 años). Los adolescentes tengan acceso a todo tipo de sustancias que afectan su sano crecimiento, esto en muchas ocasiones debido al déficit en el control parental, los padres no están al tanto de lo que sus hijos hacen, que actividades desarrollan en su tiempo libre, con que pares se relacionan, de igual manera se evidencia un déficit en el proyecto de vida. Además, cada vez las redes de microtráfico buscan atraer a esta población generando que desde edades muy tempranas los niños generen adicciones y problemas con el abuso de sustancias, por otra parte la falta de respuesta del sector salud ante esta situación ocasiona que no se tenga planes de atención que intervengan a tiempo las situaciones.

	Alta deserción escolar en educación media escolar	Población del sector rural	General	La deserción escolar en la educación media es mayor en la población rural, lo que se debe por las condiciones de pobreza de la población, la falta de una educación más pertinente a las realidades sociales, el embarazo en adolescentes, la pérdida del año escolar, la falta de transporte y alimentación y la dinámica familiar
	Embarazo en la adolescencia	12-17 años	urbana -rural	<p>Los adolescentes a pesar de estar recibiendo información sobre derechos sexuales y reproductivos, asumen conductas de riesgo y déficit en la toma de decisiones que en ocasiones trae como consecuencias embarazos en esta edad, en ocasiones la falta de control parental, el déficit en proyecto de vida, las carencias afectivas, baja autoestima entre otros contribuyen a que vean en ocasiones estos embarazos como una salida de su entorno familiar, pero esto trae consigo una situación de pobreza y pérdida de oportunidades o dificultad en la consecución de logros en su proyecto de vida que se postergan para dedicarse la cuidado y la crianza de sus hijos.</p> <p>El embarazo en la adolescencia es un fenómeno multi causal en el que influyen varios determinantes sociales que van desde los más individuales como el inicio de relaciones sexuales, la percepción del riesgo o la falta de acceso a información clara y científica sobre sexualidad, pasando por la violencia intrafamiliar, los conocimientos sobre salud sexual y anticonceptivos, o el establecimiento de relaciones inequitativas o dominantes, hasta factores estructurales como la pobreza, los estereotipos culturales sobre el género y la violencia. En este sentido el embarazo adolescente no responde, por lo general, a decisiones de las mujeres, sino al desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos además de la ausencia de oportunidades para el desarrollo de una vida con proyectos y a las presiones sociales, culturales y económicas de los contextos en que viven las y los adolescentes.</p> <p>Se puede decir que en Colombia y en la mayoría de los países de América Latina, las altas tasas de fecundidad en adolescentes se suelen asociar con variables relacionadas con la educación, la pobreza y el acceso a otros servicios sociales básicos. La problemática se agudiza por otros factores como la deserción escolar, violencia intrafamiliar y relaciones de desigualdad e inequidad de género. Hay ausencia de demanda inducida hacia los programas de Salud sexual y reproductiva (SSR), limitada oferta de instituciones especializadas en servicios de SSR para jóvenes y poca resolución de la red de baja complejidad a nivel local.</p> <p>El embarazo en adolescentes se ha presentado desde tiempo atrás, pero tiende a aumentar, en el grupo de adolescentes entre 10 a 14 años. Aún persisten barreras de acceso a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, hay negación social de la sexualidad de los jóvenes, hay presión de los grupos de pares y de los medios de comunicación, que hace que los jóvenes inicien vida sexual activa, a edades muy tempranas. Existe desarticulación entre el Sector Salud y el Sector Educativo, en las acciones de educación sexual. Hay carencia de redes sociales y familiares, lo que hace que muchos adolescentes y jóvenes estén solos enfrentando esta etapa de su vida, sin apoyo social ni familiar. Sumado a lo anterior, los y las</p>

				adolescentes, copian patrones familiares y culturales, en los que se ve con normalidad los embarazos a edades tempranas. Otro agravante es el abuso sexual, problemática muy arraigada en la cultura santandereana. Por último, las relaciones sexuales, bajo el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, son un agravante, por la pérdida de la percepción del riesgo. Tiene implicaciones graves en las dimensiones poblacional, social y económica.
--	--	--	--	---

Definición de Principales Problematicas

Árbol de Problemas

<i>Momento del curso de vida</i>	RAICES		TRONCO	RAMAS	
	<i>Causas indirectas</i>	<i>Causas directas</i>	<i>Problema identificado</i>	<i>Consecuencias/efectos directas</i>	<i>Consecuencias/efectos indirectas</i>
PRIMERA INFANCIA	Delegar el cuidado de los niños y niñas a terceras personas. Dinámicas familiares cambiantes donde los padres deben ejercer actividad laboral durante el día fuera del hogar dejando a los niños expuestos a diversos riesgos. Ineficacia de los programas de prevención. falta de acciones y articulación de las entidades para realizar programas preventivos.	Permisividad de los padres cuando conocen las situaciones de abuso sexual. Situaciones de negligencia y desprotección de los padres. Falta de educación en los niños de la auto protección y cuidado.	Abuso sexual	Afectación en la salud mental de los niños. Afectación en su sano desarrollo, rendimiento escolar. Desconfianza en el establecimiento de relaciones a nivel de pares y figuras significativas.	Influencia en las dinámicas familiares generando conflictos.

	<p>Situación económica frente al acceso, disponibilidad y consumo de los alimentos. La influencia de los medios de comunicación en los estilos de vida. Falta de apoyo del gobierno a la agroindustria y apoyo a los pequeños productores. Vías insuficientes para la comercialización de los productos.</p>	<p>Falta educación nutricional No existen controles desde la gestación así como en el nacimiento. Patrones culturales frente a la alimentación y el concepto de niño "sano". Cambios en costumbres y hábitos, más consumo de comida de calle, menos comidas en el hogar, sedentarismo. Inseguridad alimentaria. Falta de articulación del sector salud, cuentan con equipos insuficientes y en malas condiciones. No aplican los lineamientos definidos, para el caso de la malnutrición por déficit no se cuenta con la atención adecuada ni con el tratamiento estipulado. No cumplen con los tiempos definidos para realizar controles de Crecimiento y Desarrollo. Los profesionales que realizan los controles no tienen el perfil para establecer un diagnóstico nutricional.</p>	<p>Mal Nutrición</p>	<p>Afectación en el sano desarrollo, aprendizaje, crecimiento.</p>	<p>Presencia de problemas de salud y emocional. Adultos enfermos con baja productividad, sociedad con mayores problemas sociales.</p>
	<p>ineficiencia de atención del sistema general de seguridad social.</p>	<p>Escasa oferta de programas para atención a la población en situación de discapacidad. Barreras de acceso ineficiencia del sector salud en cuanto a la satisfacción de las necesidades de esta población.</p>	<p>Falta de acceso a programas de atención a los niños y niñas en situación de discapacidad.</p>	<p>Deterioro en la calidad de vida aumento de tasas de mortalidad segregación de la población</p>	<p>Desgaste al cuidador principal.</p>

	Iniciación temprana en el rol paterno. Prácticas culturales que legitiman el maltrato. Factores de vulnerabilidad en las familias asociados con factores socioeconómicos	Ausencia de pautas adecuadas de crianza y reparación de faltas. Familias monoparentales. Ausencia de corresponsabilidad por parte de los padres en la crianza de los hijos. Delegación de los roles paternos a familia extensa	Maltrato físico, psicológico y negligencia	Afectación emocional en los niños. Desmotivación y deserción escolar. Aislamiento y poca interacción con sus pares lo que afecta su desarrollo psicosocial.	Ausencia de vínculo primario. Se desfigura la familia como entorno protector de los niños y niñas.
	Control inadecuado a las instituciones que prestan servicios a la Primera Infancia.	Desconocimiento de la importancia que tiene la Primera Infancia, por parte de las personas que hacen parte de diversas instituciones.	La falta de articulación entre los diferentes sectores que desarrollan programas de atención a la infancia	Afectación en nivel educativo y de salud de la Primera Infancia.	Reprocesos e información diversa que no permite la objetividad en las intervenciones.
	Pobreza social Hogar disfuncional Poca oferta en temas educativos	Dinámica económica de la familia Aspectos socioculturales, creencias	Trabajo Infantil	Ejercicio de mendicidad, explotación sexual y trabajo en condiciones inseguras y sin garantías. Vulneración de derechos en general. Afectación a nivel psicosocial y emocional, inseguridad, y pérdida de creencias en sus potencialidades.	Ambigüedad entre la importancia del estudio y el trabajo. Afectación en la microeconomía familiar. Estancamiento en su proyecto de vida, afectación en salud por enfermedades y fallecimientos debido al trabajo en condiciones inseguras.
	Embarazos no deseados	Familias disfuncionales	Falta de atención de Niños y Niñas de primera infancia por parte de los padres o personas responsables de su cuidado	Violencia intrafamiliar	Daño biofísicosocial
	Falta de información y difícil acceso a una buena educación sexual,	Embarazos no deseados especialmente en adolescentes		Carencias de vínculos afectivos	Repercusiones en el desarrollo emocional, psicológico y evolutivo de los NN
	Vacíos afectivos de los padres	Carencias de vínculos afectivos		Padres dejan el cuidado de los menores a terceras personas familiares y amigos.	Niños y niñas crecen y se crían en contextos de alta vulnerabilidad

	Abandono / separación de los padres	Desintegración familiar		Los padres en ocasiones no se involucran en la crianza de sus hijos, dejándola bajo la responsabilidad de abuelos o terceras personas	NN van creciendo en un ambiente de desapego
	Imaginario de los padres de cómo deben educar a sus hijos, con base en su vida personal	Padres permisivos			
	sociedad que se caracteriza por ser adulto centrista	Falta mayor conciencia de los padres de la responsabilidad que tienen frente al cuidado de sus hijos			
		Largas jornadas de trabajo por parte de los padres			
	Poco compromiso territorial para armonizar las acciones de los diferentes sectores y para la implementación de acciones de fortalecimiento de los procesos de atención en salud de la infancia.	Debilidad institucional en las entidades territoriales del orden municipal para el monitoreo, seguimiento, evaluación y mejora continua de los procesos de atención en salud de la infancia	Altos índices de morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y prevalentes evitables en el Departamento de Santander	Aumento de la morbilidad y mortalidad en menores de cinco años.	Aumento de los costos sociales y económicos para el país.
	Situación financiera de las instituciones públicas y procesos de descentralización asociadas a la falta de gestión por resultados de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter público y a la deficiente gestión de los recursos, que llevan a la alta rotación de personal.	Insuficiencia de las capacidades del personal de la institución prestadora de servicios de salud y EAPB de acuerdo con su perfil y rol dentro del proceso de atención.		Incumplimiento de los lineamientos de administración y gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones.	Disminución de la esperanza de vida
				Riesgo de brotes o epidemias por eventos prevenibles por vacunas.	Incumplimiento de los indicadores de infancia relacionados con calidad en la atención.
		Migración venezolana	Mendicidad	Niños y Niñas Vulnerables y en Riesgo	

<i>Momento del curso de vida</i>	<i>Raíces</i>		<i>Tronco</i>	<i>Ramas</i>	
	<i>Causas indirectas</i>	<i>Causas directas</i>	<i>Problema identificado</i>	<i>Consecuencias directas</i>	<i>Consecuencias indirectas</i>
INFANCIA	Desconocimiento de la ruta de atención frente a presuntos casos de abuso sexual. Justicia punitiva y normatividad laxa en proceso de judicialización. Inoperancia del SNBF frente al conocimiento e intervención inmediata de los casos.	Sistemas familiares y contextos sociales de riesgo. Negligencia de los padres en el cuidado de los niños. Condiciones de hacinamientos que propician conductas sexualizadas de los niños. Influencia de los medios de comunicación.	Abuso sexual	Afectación a nivel emocional, conductual, comportamental y social. Incremento de comportamientos hipersexualizados. Replica de comportamientos violentos con contenido sexual hacia los pares. Desintegración de las familias secundario a culpabilización.	Ideación Suicida. Interrupción curso de vida. Dificultades para identificarse con el género y expresar asertivamente su sexualidad.
	Déficit en manejo del tiempo libre , relaciones pares negativos	Dinámicas familiares disfuncionales, falta de involucramiento parental, modelos de familia donde el consumo es normalizado. Aumento en la oferta de sustancias y acceso a las mismas.	Consumo de SPA	Problemas en salud Mental , deserción escolar,	Inicio de conductas delictivas
	Falta de acompañamiento parental.	Situación de migración y desplazamientos de las familias. Falta de oferta educativa, distancia de los establecimientos educativos a las viviendas especialmente en lo Rural. Participación de los niños en actividades de trabajo. Problema de aprendizaje, rendimiento académico.	Deserción Escolar	Entorpecimiento en su proyecto de vida. Analfabetismo.	Déficit en desarrollo en general, habilidades sociales y aprendizaje.

	Relaciones pares negativos, falta de acompañamiento de los padres.	Déficit en valores, en formación ciudadana, manejo inadecuado de los conflictos, baja tolerancia, desconocimiento del marco normativo que regula el tema de convivencia escolar, desconocimiento de la atención al enfoque diferencial han permitido que situaciones de agresión se den dentro de este entorno	Acoso escolar	Afectación en la salud física y mental, deserción escolar, problemas de autoestima	afectación al entorno en general
	Patrones culturales altamente violentos. Familias disfuncionales. Desconocimiento de las nuevas masculinidades. Factores de riesgo asociados a las bajas condiciones económicas de las familias. Sobrecarga y stress laboral de los padres.	Inadecuadas pautas de crianza. Desconocimiento de pautas para la reparación de faltas. Ausencia de límites. Repitencia de patrones de crianza generacionales.	Maltrato físico, psicológico y negligencia	Afectación emocional. Desmotivación escolar. Baja autoestima. Bajo rendimiento escolar. Ideación suicida. Escasa interacción con pares. Pérdida de intereses de vinculación de pares. Evasión del hogar.	Consumo de SPA. Relación con pares negativos. Trabajo infantil.
	Pobreza social hogar disfuncional Poca oferta en temas educativos difícil acceso a las instituciones educativas Rural	Dinámica económica de la familia Aspectos socioculturales, creencias	Trabajo Infantil	Ejercicio de mendicidad, explotación sexual, y trabajo en condiciones inseguras y sin garantías, deserción escolar. Vulneración de derechos en general. Afectación a nivel psicosocial y emocional, inseguridad, pérdida de creencias en sus potencialidades.	Ambigüedad entre la importancia del estudio y el trabajo. Afectación en la microeconomía familiar. Estancamiento en su proyecto de vida, afectación en salud por enfermedades, fallecimientos debido al trabajo en condiciones inseguras.
	Falta de control parental asociados a las carencias afectivas y el distanciamiento con sus padres	Desconocimiento del uso y los riesgos que tiene las redes sociales, el uso inadecuado de las tecnologías. Desconocimiento de la normatividad frente a la regulación del uso de las redes y la tecnología.	Violencia en contextos digitales	Afectación emocional y en las relaciones sociales, situaciones de vulneración en general.	Realización de conductas que pueden estar tipificadas como delitos informáticos

	Presiones del contexto social, cultural o familiar.	Depresión, dificultades en su expresión emocional. Abandono afectivo por parte de sus figuras representativas. Influencias de medios tecnológicos y de pares. Situaciones estresantes, déficit en la identificación de características que puedan ser factor de riesgo.	Ideación Suicida	Fallecimiento, afectación en salud mental, afectación en las dinámicas familiares.	Debilidad del sistema de salud en realizar una acción de mayor efectividad en prevención y atención a este problema.
	Deserción escolar falta de oferta en cupos dificultades económicas para acceder a la educación.(transporte, útiles). Dificultades escolares (falta de adaptación del estudiante al proceso pedagógico). Ausencia de límites y pautas de crianza. Contextos sociocultural de alta vulnerabilidad consumo, microtráfico pandillismos. dificultad de los padres en cuanto a la orientación frente al curso de vida de sus hijos. déficit en proyecto de vida	Los grupos armados captan los niños y niñas a través de aspectos relacionados con el poder, estatus, y posibilidad de acceder a una mejor calidad de vida. Ausencia del estado cuando no existe reconocimiento de las bandas organizadas.	Utilización de los niños y niñas en grupos delincuenciales y grupos de microtráfico	Desintegración familiar exclusión social y familiar. Afectación en su comportamiento (comportamientos violentos) afectación en su curso de vida expectativas de vida corta ingreso al SRPA	No existen ofrecimiento de programas de articulación efectiva entre entidades para que los niños y niñas se reincorporen a la vida en comunidad luego de pertenecer a estos grupos.
		Migración Venezolana	Mendicidad	Niños y Niñas Vulnerables y en Riesgo	

Momento del curso de vida	Causas indirectas	Causas directas	Problema identificado	Consecuencias directas	Consecuencias indirectas
ADOLESCENCIA	Déficit en proyecto de vida	Influencias de medio de comunicación, falta de control parental, estereotipos o creencias sobre el dinero y la belleza, maltrato. Captación de las redes de tráfico a través de medios tecnológicos.	Explotación sexual y Comercial	Afectación en salud física, mental, embarazos no deseados. Desfiguración del curso de vida , deserción escolar., sentimientos de minusvalía y resentimiento social.	Fortalecimiento de redes de explotación sexual y comercial; Tendencia a la normalización y aceptación de la explotación sexual.
	Falta de acompañamiento parental estereotipos culturales sobre género y violencia. Situación socioeconómica de las familias,	Familias disfuncionales, déficit en proyecto de vida, presión social. Falta de información sobre sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, insuficiente información y acceso a métodos anticonceptivos, dinámicas familiares conflictivos, uniones tempranas.	Embarazo en Adolescencia	pérdida de oportunidades o dificultad en la consecución de logros en su proyecto de vida que se postergan para dedicarse al cuidado y la crianza de sus hijos. Violencia intrafamiliar. Riesgo en la vida de la mujer y su hijo, Deserción escolar, embarazos no deseados, uniones tempranas por presión social.	Pobreza, falta de controles en salud
	Negación social de la sexualidad de los jóvenes, presión de los grupos de pares y de los medios de comunicación, lo cual hace que los jóvenes inicien vida sexual activa, a edades muy tempranas.	Insuficiente educación sexual y barreras de acceso a los servicios de salud para adolescentes y jóvenes.		Altos costos en el sistema de salud.	Altos costos para el sistema de salud. Impacto negativo por los indicadores de salud pública, de eventos que están afectando a la población en edad reproductiva.
	Desarticulación entre el Sector Salud y el Sector Educativo, en las acciones de educación sexual.	Poca percepción del riesgo en el ejercicio de la sexualidad, el abuso sexual y las relaciones sexuales, bajo efectos de drogas y alcohol.		Morbilidad y mortalidad de la población, por eventos relacionados con la salud sexual y reproductiva.	Años de vida perdidos, fallecimiento de personas muy jóvenes, por eventos adversos en la salud sexual y reproductiva.

	Debilidad en redes sociales y familiares y presencia de factores culturales que impiden buscar ayuda.	Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como los derechos en el sistema general de seguridad social en salud.		Desintegración de estructuras familiares y sociales, por el fallecimiento de los padres por causa del sida, hepatitis B y por mortalidad materna, dejando niños huérfanos.	Los adolescentes que se embarazan tempranamente se ven forzados a entrar a cadenas productivas de riesgo, muchas de ellas ilegales, como el micro tráfico de drogas, explotación sexual comercial, ingreso a grupos al margen de la Ley, entre otras.
	Insuficiente atención de salud integral y de calidad en las EAPB e IPS.	Inicio temprano de relaciones sexuales y relaciones sexuales no protegidas.		El fallecimiento de un miembro de la familia que era el sustento de esta deja ese núcleo familiar, en condiciones de vulnerabilidad económica.	
	aumento de la oferta de productos, falta de regulación en la misma.	Normalización de las sustancias legales, relación con pares e influencia de esta, falta de control parental. Fácil acceso a este tipo de sustancias.	Consumo de sustancias Legales	problemas en la salud física y mental, afectación en su proceso de desarrollo. Embarazos no deseados	agresividad , violencia intrafamiliar
	falta de acompañamiento parental	La influencia de los medios de comunicación, normaliza la violencia como un medio para obtener riqueza, y lograr un posicionamiento dentro de su grupo social, lo que hace que socio-culturalmente sea aceptable el pertenecer a este tipo de grupos, lideran territorios, y manejan un poder económico y territorial por otra parte el déficit en oportunidades labores, proyecto de vida y la influencia de pares como la falta de valores	Participación en pandillas	Ingreso al SRPA, fallecimientos prematuros., Participación en actos delictivos., pérdida de valores.	Barreras institucionales para inclusión laboral , educativa de adolescentes que han estado en SRPA., Afectación a familias que han sido agredidas sin tratamiento ni seguimiento.

		familiares predisponen aún más a la participación de estos grupos.			
	Sistema educativo con poca cobertura y calidad para atender población vulnerable.	Familias disfuncionales, falta de valores en el hogar, déficit en estilos parentales y pautas de crianza. Falta de oportunidades labores, económicas, educativas, déficit en proyecto de vida. Instrumentalización por parte de los adultos,	Jóvenes en conflicto con la ley	ingreso al SRPA, fallecimientos prematuros, consumo de spa y afectación en su curso de vida.	Baja o escasa oferta institucional para incluir jóvenes en áreas laboral y formación educativa formal o informal.
	Economía familiar, responsabilidad de educación /formación de hijos en cabeza de uno de los padres.	dinámicas familiares cambiantes donde los dos padres deben ejercer actividades fuera del hogar. Déficit en control parental	Abandono Afectivo	Depresión, suicidio, trastornos emocionales, relaciones con pares negativos., afectación de salud física y mental., adicción a spa, alcohol, no acatamiento a normas y sumisión de responsabilidades., tendencia a apegos en pares u otros para fortalecer autoestima.	Riesgo para involucrarse en redes manejadas por adultos (trata de blancas, explotación sexual, microtráfico, entre otros).
	Situación laboral delegando el cuidado , crianza y pautas alimentarias a terceros.	La presión de los medios de comunicación y los problemas emocionales, así como dificultad en las relaciones familiares, hábitos alimenticios inadecuados en familia y/o pares.	Trastornos alimentarios	Dificultades en salud mental, trastornos emocionales, problemas en la salud física, sentimientos de culpa en padres por no haber establecido normas-hábitos	Inexistencia de regulación de expendio de alimentos procesados, alto en azúcares. Divulgación en medios de comidas light.

				alimentarios adecuados para desarrollo de sus hijos.	
	Relaciones de poder extremas, sentimiento de minusvalía e inferioridad, prejuicios muy marcados	Abuso y maltrato físico, psicológico, verbal y sexual, contextos económicos de pobreza, estigma relacionado a ingresos y nivel educativo, percepción como perdedor(a), dinámica dominador-dominado, relaciones y expresiones de contacto físico fuerte y violento	Violencia Intrafamiliar	Naturalización de la violencia, relaciones de fuerza y maltrato, dificultad en la generación de vínculos y expresiones de afecto, falta de proyecto de vida familiar y trabajo en equipo, ambiente de conflicto permanente	Dificultad para relacionarse con los pares, uso de lenguaje vulgar e intimidante, postura corporal amenazante y en alerta constante
	Relaciones de poder verticales y naturalizadas del hombre hacia la mujer, refuerzo de la cultura y valores del patriarcado (subordinación, discriminación, competencia, culpa, victimización, entre otros)	Estigma, maltrato y abuso hacia la mujer, barreras de acceso a derechos como la educación y empleo a la mujer, falta de aplicación de la política de equidad, formalidad de las rutas de atención hacia la mujer	Violencia de Género	Desconocimiento de las rutas de atención hacia la mujer, sentimiento de inferioridad hacia el hombre, feminicidios, altas tasas de violencia hacia la mujer, inoperancia de ley de equidad, facilidad para llegar a redes de explotación sexual	Dificultades para relacionarse entre mujeres, problemas para ejercer su libertad y autonomía sexual

	La diversidad cultural no permite percibir el aporte de cada grupo étnico hacia el sentido de ser colombiano, fragmentación actual del sentido de cultura	Pérdida del sentido y valor de la identidad cultural étnica, Estigma respecto a identidad cultural étnica, Sentimiento de inferioridad por temas raciales, Discriminación negativa por pertenencia étnica, Pérdida de confianza en procesos comunitarios, Desplazamiento y violencia por conflicto armado, Condiciones de pobreza multidimensional en la población étnica	Identidad Cultural Étnica Deteriorada	Dificultades para auto reconocerse como parte de una cultura étnica, cultura reactiva a la identidad étnica racial, prejuicios respecto a su cultura nativa, baja invitación a población adolescente en espacios de construcción de política étnica, sentimientos de rechazo hacia la condición racial	Baja participación en asociaciones y/o agremiaciones de tipo étnico, espacios difusos de participación y decisiones para la población, baja participación de población en la construcción de política pública
	situación de pobreza o pobreza extrema	Deserción por necesidad de ingreso económico familiar	Alta deserción escolar en educación media escolar	Desigualdad social y económica	Aumento de índices de pobreza
	Los adolescentes se incorporan a actividades laborales y económicas			Baja inserción laboral	Trabajo mal pago
	Migración de los padres en búsqueda de oportunidades laborales				Baja productividad
	Costo del transporte	Dificulta de desplazamiento a las instituciones educativas		Aumento de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas	Sentimientos de frustración y baja autoestima
	Disponibilidad de transporte				
	Vinculación al mercado laboral para sostenimiento de los hijos	Embarazos en adolescentes			
	Métodos de enseñanza aburridos y no acordes con la realidad del territorio	Insuficiente estímulo o motivación para seguir estudiando			
	No se cuenta con un proyecto de vida claro				
	Perdida del año escolar				
Manejo inadecuado de las emociones.	Poca comunicación asertiva al interior de las familias.	Altos índices de eventos en salud	Homicidios y delincuencia.	Hogares disfuncionales	

	Estigma social frente a la consulta de salud mental.	Diagnóstico tardío de trastornos mentales por parte de los profesionales del equipo de salud.	mental y convivencia social en el departamento de Santander.	Aumento de los costos de promoción, prevención y tratamiento de este tipo de enfermedades	Baja autoestima y ansiedad
	Predisposiciones genéticas.	Inefectividad en los programas de prevención de consumo sustancias psicoactivas.		Disminución de la capacidad laboral y productiva.	Desempleo e Incapacidades permanentes

4. EJERCICIO DE PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

Dentro de los ejercicios de movilización y participación social que se realizaron en los meses de enero y febrero frente la construcción del Plan de desarrollo y que se denominaron Siempre Santander se generó un espacio para garantizar el derecho a la participación de los niños, niñas y adolescentes.

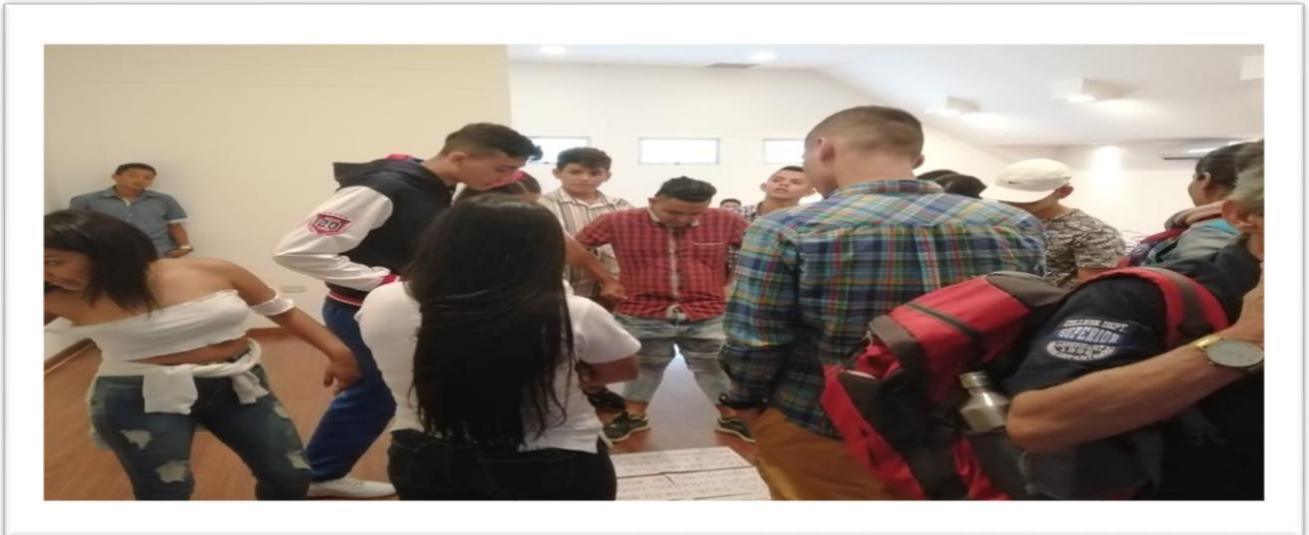
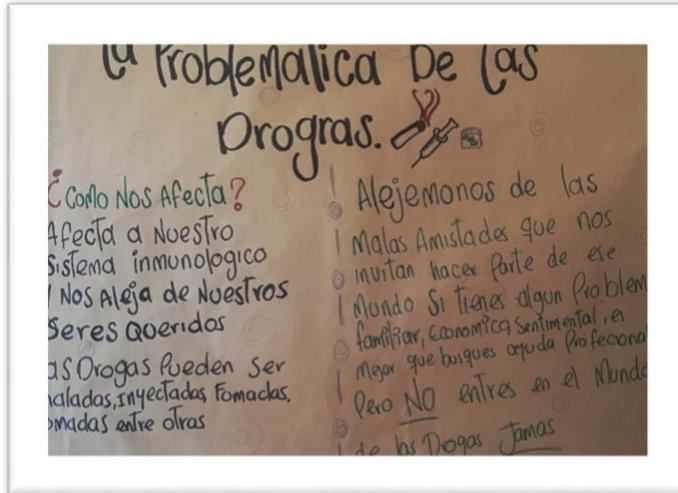
Para ello se estableció que la Primera Mesa (mesa 01) de dichos talleres sería para el diálogo y generación de propuestas de la primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar.



Igualmente, dentro de la construcción de este diagnóstico se tendrá en cuenta, ejercicios que desde la secretaria de desarrollo se han desarrollado con grupos étnicos dentro del proceso de ajuste de la política Pública de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento familiar.

A continuación se presenta las principales problemáticas identificadas por cada provincia y las soluciones elaboradas por los niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores.

Provincia Metropolitana



Problemáticas Identificadas:

- Robos, Inseguridad
- Mi Mamá Sale A Trabajar Y Yo Me Quedo Solo
- Sin Padres Que Me Cuiden
- Drogadicción, Consumo De Drogas
- Bulling Por Ser Gorda O Gordo
- Sexting
- Consumo De Alcohol
- Ausencia De Padres Para Sentir Afecto

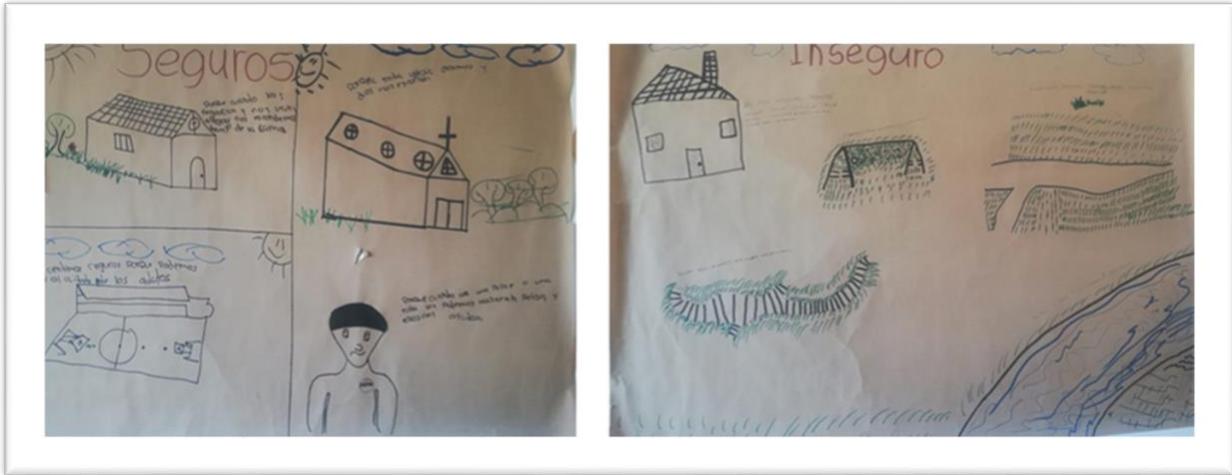
Provincia de Vélez



Problematicas Identificadas

- Falta de atención de los padres
- Consumo de alcohol y drogas
- Suicidio
- Falta de amor y comprensión por parte de la familia

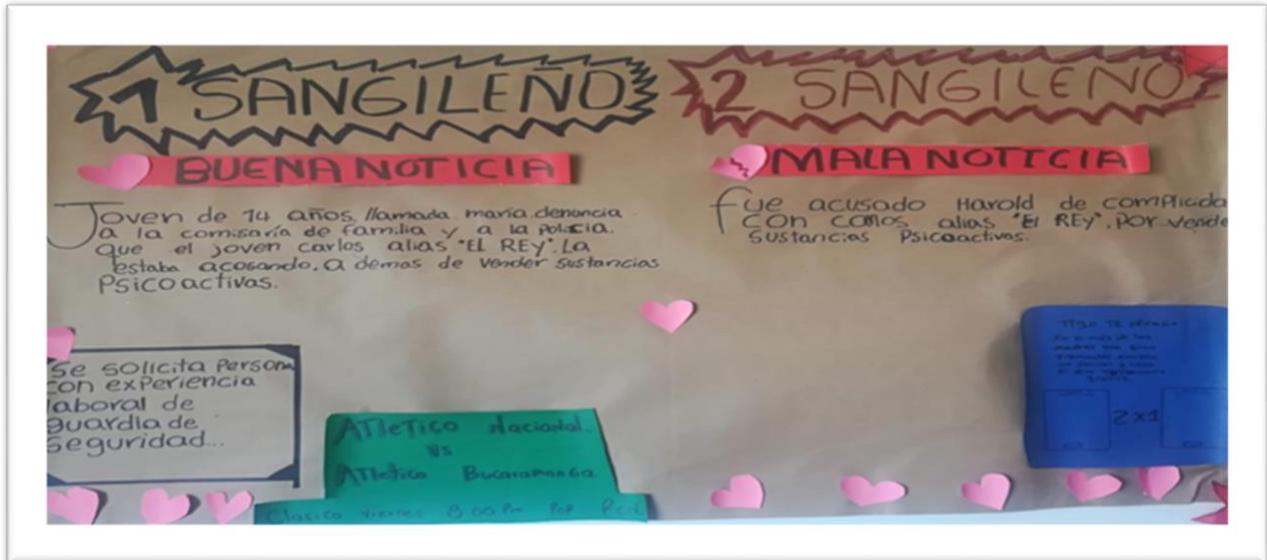
Provincia Comunera



Problematicas Identificadas

- Pandillismo y Microtrafico
- Prostitucion
- Violaciones
- Bulling
- Drogadiccion
- Robos
- Maltrato Infantil

Provincia Guanentina



Problematicas Identificadas

- Consumo de Sustancias Psicoactivas, especilamente alcohol en los adolescentes
- Microtrafico en colegios
- Violencia Fisica y Psicologica
- Violencia Intrafamiliar
- Menores delincuentes

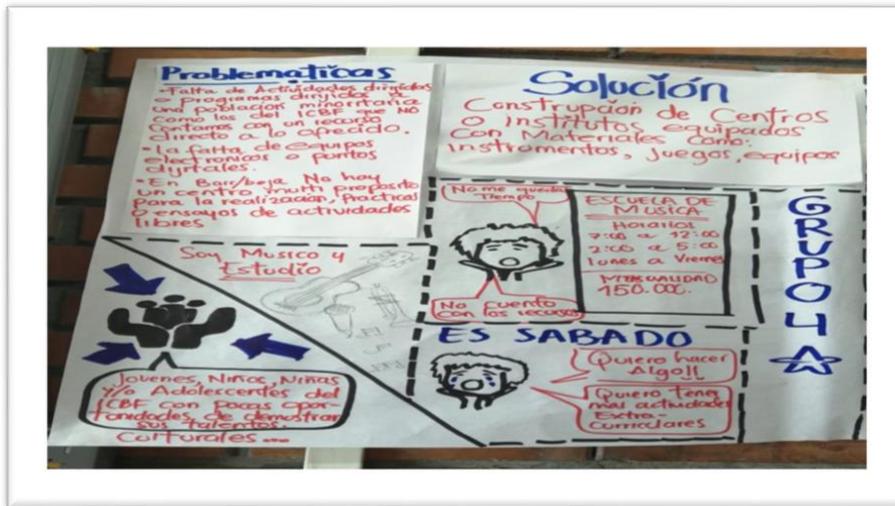
Provincia de Garcia Rovira



Problemáticas Identificadas

- Embarazos a Temprana Edad
- Drogadicción
- Maltrato Físico Y psicológico
- Falta de Atención Adecuada a los Niños y niñas
- Falta de Lugares adecuados para la recreación

Provincia de Yariguies



Problemáticas Identificadas

- Falta de espacios seguros para la recreación
- Violación
- Prostitución
- Violencia en contra de los niños
- Hurto
- Consumo de Droga
- Falta de oferta cultural y Deportiva

Provincia de Soto Norte



Problemáticas identificadas

- Infraestructura Educativa Deficiente
- Falta de Espacios deportivos y recreativos
- Consumo de chirrinchi
- Violencia en los Hogares

4.1 Propuestas Construidas por los Niños, Niñas y Adolescentes

- Realizar integraciones familiares donde se reúna y comparta toda la familia.
- Seguridad en los establecimientos públicos, ya que se prestan para el expendio y consumo de drogas.
- Abrir más espacios de comprensión a nivel cultural y deportivo, incentivando la buena cultura juvenil y apoyando por medio de esta práctica, los dones y talentos que posee cada uno, “Todo esto como una oportunidad de Vida”.
- Lugares de esparcimiento para personas que estén en esta situación y para los que no están consumiendo encuentren un distractor diferente.
- Que haya más acompañamiento de las autoridades locales.
- Que nosotros mismos capacitemos a los demás adolescentes y jóvenes y que sirvamos de gran apoyo en estas capacitaciones a nuestros padres. “que seamos un formador de formadores” ayudarlos a conocer estos temas.
- Que se pueda controlar por medio de capacitaciones dictadas por los jóvenes y que estén orientadas a: métodos anticonceptivos, orientación familiar, redes sociales e influencias.
- Embarazos no deseados: Que se pueda controlar por medio de capacitaciones dictadas por jóvenes.
- Métodos anticonceptivos.
- Orientación familiar.
- Redes sociales.
- Drogadicción e inseguridad: Realizar integraciones familiares, donde se reúna y comparta toda la familia.
- Controlar los establecimientos públicos por parte de las autoridades y las redes de vecinos, ya que se prestan para el expendio y consumo de drogas.
- Construir más Lugares de esparcimiento para personas que están en esa situación de drogadicción y consumo para que encuentren un distractor diferente y sean apoyados en sus habilidades.
- Que haya más acompañamiento de las autoridades locales.

- Abrir más espacios de comprensión a nivel cultural y deportivo, incentivando la buena cultura juvenil y apoyando por medio de esta los dones y talentos que posee cada uno y toda esta como una forma y oportunidad de vida.

4.2 Ejercicios de Movilización con Grupos Étnicos

4.2.1 Comunidad U'wa- Municipios de Cerrito y concepción



Principales problemáticas que tiene su comunidad en cuanto al bienestar de los niños y niñas, así como de las familias y la comunidad?

La principal problemática ubicada es respecto al tema de Salud, falta de Hospital y entrega de medicamentos a la población. Otras problemáticas en este sentido están ligadas a las enfermedades causadas por el desarrollo de los avances tecnológicos de la sociedad occidental.

Respecto a la Educación, los colegios no cuentan con un enfoque étnico, sin alimentación que les provea el sustento corporal. La comunidad ha sido olvidada de manera histórica y sólo hasta hace tres años, es que se han vuelto a trabajar en esta área.

Respecto a la Alimentación se cuentan con los problemas de producción, adecuación de tierras y cultivo en las que ofrezcan mejores condiciones por falta de recursos que permita reactiva la producción agrícola en sus comunidades.

Realizar un diagnóstico de necesidades de lo que está pasando en cada una de las comunidades para que los programas y proyectos sean coherentes y tengan el sentido de solucionar sus problemáticas.

Todos los grupos étnicos y la cultura occidental tenemos necesidades y problemas de relacionamiento de manera interna, así como el deterioro de la naturaleza que se encuentra contaminada (aire y agua), teniendo el Gobierno que responder ante las necesidades y resolver los conflictos a favor de las comunidades y las empresas, según los convenios internacionales sobre el tema.

Las instituciones públicas deben autorizar acompañamiento a territorios para que puedan socializarse los programas y proyectos que pueden ser beneficiarios, concertando previamente con las comunidades, garantizando recursos no sólo para los delegados públicos, sino para las comunidades de la zona, tanto para el compartir (comité – almuerzos y refrigerios-), transporte y pernoctada, ya que es un derecho que todos los miembros de las comunidades conozcan la información de todas las instituciones, ya que esta situación divide en muchos casos a cada una de las poblaciones porque piensan que están arreglando lejos de ellas y no las tienen en cuenta.

Concebir la Gestión como el vínculo del Gobierno (Nacional, Departamental y Municipal), para fortalecer las comunidades a través de programas y proyectos que brinden soluciones, que sean pensadas, analizadas y estructuradas en diagnósticos que realmente correspondan a sus realidades.

Propuestas generales desde la comunidad

Salud:

Hospital que esté dentro de las comunidades como puede ser en Aguablanca, fortalecer el Centro de Salud de Samoré, éstos deben contar con medicamentos, personal de salud y fomentar a las brigadas de salud móviles.

Estimular los Centros de Atención Comunitaria (CAC), con la finalidad de contar con procedimientos y medicamentos de Medicina Tradicional y Medicina Occidental, para una estructuración de servicios pertinentes y adecuados.

No se atacan las enfermedades de fondo, sino que se quedan en procedimientos para mejorar temporalmente al paciente y se requiere inversión para casos como Lesmaniasis, Tuberculosis, mordeduras de culebra, etc.

Cumplir con los lineamientos que ya existen y que llegue la información a todos y poder exigir derechos.

Es fundamental poder desde Santander hacer cumplir los compromisos que se han establecido con el Alto Gobierno para el desarrollo de programas, fortalecer el SISPI y el

cumplimiento de contar con procedimientos que tenga en cuenta su cultura tradicional y establecer recursos para su mantenimiento, articulando los niveles (nacional, departamental y municipal).

Educación:

Estimular los proyectos de Educación Comunitaria que contemple la cultura propia de la comunidad U´wa, teniendo como avances el trabajo con las Secretarías pero la única que se ha articulado es la del Departamento de Boyacá, por tanto se requiere de la articulación de Santander, Norte de Santander y Arauca, así como trabajar sobre los lineamientos de respeto a su cultura y autonomía. El proyecto comunitario se debe fortalecer para la Comunidad U´wa como Nación, articulando los Departamentos que hacen parte, legitimando la mesa y ejecutando acciones concretar para darle sentido a la misma.

En el corto plazo respecto a Santander, se requiere la legalización de la Mesa y Realizar las Reuniones de trabajo, garantizando la legalidad de la mesa e iniciativas para desarrollar la educación propia al corto, mediano y largo plazo.

Invertir en infraestructura, dotación y personal docente capacitados para garantizar el derecho con calidad a la educación por parte de las comunidades U´wa, recuperar sus saberes ancestrales y evitar ser permeada con la cultura occidental, para lograr educación primaria y bachillerato que estimule el acceso a este derecho y por tanto se fortalezca su cultura a través de éstos espacios.

La construcción de un gran colegio en la Comunidad de Agua blanca, para construirlo como parte de su Autonomía en el nivel de bachillerato y poder garantizar su permanencia, así como infraestructura en el lugar, teniendo como prospectiva el desarrollo de proyectos que pueda absorber esa mano de obra, con la finalidad que una vez estudien puedan contar con trabajo dentro de su comunidad y no buscar afuera lo que puedan encontrar a su interior, estimulando su estadia y no la migración de la cual sufren actualmente.

Para complementar la anterior propuesta, se pueda una vez exista la infraestructura básica en éstos niveles pueda pensarse en niveles superiores o universitarios, en las áreas de salud (enfermería y medicina), sociales (sociología, antropología, trabajo social, psicología), así como administración pública.

Se debe articular de manera eficaz un Sistema de Educación U´wa –Propio y Autónomo, que cuente con un idioma propio –también español e Inglés-, con Metodologías propias y que estimulen su investigación y aplicación, con un componente fuerte en el tema ambiental para el respeto y cuidado de la madre tierra.

Alimentación:

Se debe estimular los cultivos propios (hortigo, bagala, ocuvo entre otros), ya que se han ido perdiendo y disminuyendo su producción natural.

El estímulo de proyectos que permitan la generación de especies menores como aves de corral, gallinas ponedoras y de engorde, así como fincas para producir carne y lácteos que permita mejorar el consumo de alimentos de mayor proteína, así como la producción de granos que sean auto sostenibles y que sus cultivos puedan cubrir las necesidades de la población.

Cultivos en la parte baja de la comunidad para aprovechar las tierras productivas y la capacitación en cultura propia y retomar sus saberes tradicionales. A la par de estas labores productivas y de saberes ancestrales, fortalecer el liderazgo femenino y que los hombres asuman su rol dentro del hogar.

Hacer un diagnóstico en las comunidades para saber su vocación productiva a través de estudios de suelos y allí desarrollar los proyectos, estableciendo también el impacto del uso de la tierra y otros lugares para una vez cumpla con su función productiva puedan hacer usos de otros espacios, para recuperarlos posteriormente y poder garantizar un equilibrio ambiental.

4.2.2. Comunidad Afro descendiente - Municipio Puerto Parra



El ejercicio de participación significativa y dialogo con la comunidad Afro del municipio de Puerto Parra, arrojó los siguientes resultados en cuanto a problemáticas identificadas:

- Ausencia de valores éticos y morales – Familias Disfuncionales.
- Falta de conocimiento y oportunidades.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Embarazo en adolescentes.
- Violencia intrafamiliar.
- En cuanto a Seguridad se plantea:
 - Falta más acompañamiento por parte de la fuerza pública con la adolescencia para controlar el consumo sustancias alucinógenas.
 - Orientar a los padres para que desde la niñez den una buena formación a sus hijos.
- En cuanto a Alimentación se plantea:
 - Abrir los comedores comunitarios y mantener la igualdad en los comedores de los planteles educativos.
 - Falta de oportunidades laborales para los adultos con el fin de garantizar una buena alimentación y una vivienda digna a sus hijos, mejorar los comedores comunitarios.
- En cuanto a salud:
 - Se solicita apoyo del estado para dotar al municipio de puerto parra con personal idóneo y capacitado para la atención a la niñez.
 - No existe personal idóneo para la atención en salud de los niños, niñas y adolescentes en el municipio.
- En Educación:
 - Se propone cambiar de la estrategia educativa.
 - No hay respeto por los estudiantes en los planteles educativos ni por el cuerpo de profesores.
- Inclusión Social:
 - La falta de apoyo a la niñez y adolescentes para el desarrollo de los diferentes talentos que hay en el municipio, con programas de formación.
 - No se tiene en cuenta el talento de los niños, niñas y adolescentes.

Partiendo de la identificación de estas problemáticas, se plantean una serie de propuestas de solución, dadas por esta misma población:

- Escuela para padres en valores éticos y morales, dirigidos por personas idóneas y con capacidad de enseñar con el ejemplo y conocimiento, buscando espacios idóneos.
- Que los entes gubernamentales hagan llegar las ofertas para estudios superiores con buen tiempo, para que nuestros adolescentes y jóvenes puedan acceder con todas las garantías y que oferten carreras semi presenciales.
- Que las autoridades competentes tomen acciones reales y firmes contra los expendedores de drogas, y que se cree un centro de prevención y rehabilitación de sustancias psicoactivas.

- Crear conciencia en padres y adolescentes de la responsabilidad de tener relaciones sexuales a una edad adecuada y de las consecuencias que conlleva el tener un embarazo a temprana edad, a través de talleres de prevención de embarazo, uso de métodos de planificación y la abstinencia en la adolescencia.
- Crear Hogares de Paso donde las personas maltratadas puedan estar seguros mientras dura el proceso.
- Realizar talleres de autoestima donde la mujer aprenda a valorarse y ser independiente.

4.2.3 Comunidad Zénu - Municipio de Barrancabermeja



Problemáticas presentadas:

- Violencia
- Mal Nutrición
- Amenazas
- Falta de servicios Públicos
- Falta de Vivienda

Soluciones Presentadas:

- Crear un programa especial de alimentación para nuestros niños debido a que las familias no cuentan con un trabajo digno, para proveer los alimentos necesarios a los niños, como consecuencia de una alimentación saludable.
- En educación este proceso educativo de nuestros hijos debe estar enfocado en un programa de fortalecimiento de nuestra cultura, para no perder nuestros orígenes y costumbres.
- En vivienda la seguridad de todo niño empieza en el hogar y por lo tanto en esta comunidad no tenemos una vivienda digna y pedimos a la gobernación nos adjudiquen los terrenos en los cuales estamos viviendo y así garantizar un futuro digno a nuestros hijos.
- Nosotros como comunidad carecemos de un parque para recrearnos.