

# **Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y la Adolescencia de Bogotá. D.C.**

COMITÉ DISTRITAL DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA – CODIA

AÑO 2017



## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>12</b>
<b>CONTEXTO GENERAL DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN BOGOTÁ, D.C. ....</b>	<b>12</b>
1.1 Aspectos Sociodemográficos .....	12
1.2. Información Sobre Hogares .....	16
1.3. Aspectos Socioeconómicos.....	19
1.4. Cobertura de agua. Cobertura de Saneamiento básico. Cobertura con agua potable.....	22
<b>CAPÍTULO 2 .....</b>	<b>24</b>
<b>ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE BOGOTÁ- D.C.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. CATEGORÍA DE DERECHOS: EXISTENCIA.....</b>	<b>24</b>
2.1.1. Número de Nacidos Vivos con 4 controles prenatales o más.....	24
2.1.2. Porcentaje de atención institucional del parto .....	28
2.1.3. Nacimientos en mujeres menores de 15 años.....	29
2.1.4. Nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años.....	31
2.1.5. Prevalencia de Bajo peso al Nacer .....	39
2.1.6. Transmisión materna infantil de VIH .....	42
2.1.7. Porcentaje de mujeres con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación .....	45
2.1.8. Incidencia de Sífilis Congénita.....	48
2.1.9. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.....	51
2.1.10. Afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS.....	59
2.1.11. Porcentaje de menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo realizado por una enfermera. ....	62
2.1.12. Mediana de duración de Lactancia Materna exclusiva en menores de 6 meses.....	64
2.1.13. Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en niñas y niños menores de 5 años.....	68
2.1.14 Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años.....	71
2.1.15. Prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 17 años.....	73
2.1.16. Coberturas de vacunación en población sujeta del programa de 0 a 5 años de edad. ....	76
2.1.17. Cobertura de vacunación a niñas y niños menores de un año y población de un año.....	78
2.1.18 Cobertura de Vacunación con BCG en nacidos vivos.....	78
2.1.19. Cobertura de vacunación contra Polio en menores de 1 año.....	79
2.1.20 Cobertura de vacunación con pentavalente, tercera dosis en menor de un año.....	79
2.1.21. Cobertura de Vacunación con triple viral en niños y niñas de un año de edad.....	80
2.1.22 Cobertura de vacunación con refuerzo de triple viral en niños y niñas de 5 años. de 5 años. ....	80
2.1.23. Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes. ....	82
2.1.24. Porcentaje de Hospitalización en menores de 5 años por EDA .....	85
2.1.25. Porcentaje de Hospitalización en menores de 5 años por IRA .....	86
2.1.26. Número de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años. ....	88
2.1.27. Número de Niños, niñas y adolescentes lesionados por pólvora .....	91

2.1.28. Tasa de Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos .....	95
2.1.29. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años por 1.000 Nacidos Vivos. ....	97
2.1.30. Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas menores de 5 años. ....	101
2.1.31. Tasa de Mortalidad por Neumonía en niños, niñas menores de 5 años. ....	103
2.1.32. Tasa de Mortalidad por EDA en niños, niñas menores de 5 años.....	107
<b>2.2 CATEGORÍA DE DERECHOS: DESARROLLO.....</b>	<b>110</b>
Atención a la primera infancia .....	111
Niños y Niñas con atención integral a la primera infancia .....	111
Educación inicial.....	118
2.2.1. Niños y niñas (3-5 años) matriculados en pre jardín, jardín y transición.....	118
2.2.2. Cobertura escolar neta en Preescolar.....	120
2.2.3. Cobertura escolar bruta en preescolar. ....	122
2.2.4. Número atenciones a niños y niñas en el programa de atención integral a la primera infancia. SDCRD .....	124
2.2.5. Niños y niñas atendidos en primera infancia en CDI - Medio Familiar- Hogar Infantil- Hogar Empresarial .....	124
2.2.6. Número de niñas y niños en Hogares Comunitarios de Bienestar, HCB Familiares, FAMI, Grupal y en establecimientos de reclusión y otras formas de atención. ....	127
Niños, niñas y adolescentes matriculados en los colegios oficiales y no oficiales de Bogotá .....	129
2.2.7. Cobertura escolar neta para educación básica primaria. ....	135
2.2.8. Cobertura escolar bruta para educación básica primaria. ....	135
2.2.9. Cobertura escolar neta para educación básica secundaria. ....	137
2.2.10. Cobertura escolar bruta para educación básica secundaria .....	138
2.2.11. Cobertura escolar neta para educación media .....	140
2.2.12. Cobertura escolar bruta para educación media .....	140
2.2.13. Número de Niños, Niñas y Adolescentes matriculados en los colegios oficiales y no oficiales de Bogotá.....	142
2.2.14. Tasa de deserción escolar inter-anual .....	147
2.2.15. Tasa de analfabetismo de 15 a 24 años .....	148
2.2.16. Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 5° .....	149
2.2.17. Niveles de desempeño en las pruebas SABER 9 grado .....	151
2.2.18. Puntaje promedio de las pruebas SABER grado 11° .....	153
2.2.19. Número de estudiantes con discapacidad matriculados .....	159
2.2.21. Número de estudiantes que son beneficiados con el programa de rutas escolares .....	166
2.2.22. Número de estudiantes que son beneficiados con el programa de Alimentación escolar .....	167
2.2.23. Número de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años, que recibieron orientación en educación sexual y reproductiva .....	169
2.2.24. Número de atenciones a niños, niñas y adolescentes en el marco del programa jornada única y tiempo escolar .....	170
2.3.25. Número de niños, niñas y adolescentes que participan en acciones de educación ambiental en el marco de la Política Pública Distrital de Educación Ambiental. ....	176
<b>2.3. CATEGORÍA DE DERECHOS: CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN .....</b>	<b>179</b>
2.3.1. Porcentaje de consejos de política social (departamental y municipal) en los que participan niños, niñas y adolescentes. ....	179
2.3.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que participaron en elecciones de gobierno escolar .....	184
2.3.3. Número de estudiantes que ejercen el puesto de personería en las Instituciones Educativas del Distrito .....	185

<b>2.4. CATEGORIA DE DERECHOS: PROTECCIÓN.....</b>	<b>185</b>
MALTRATO Y VIOLENCIA SEXUAL.....	186
2.4.1. Número de niños, niñas y adolescentes, (primera infancia, Infancia y adolescencia) víctimas de violencia intrafamiliar.....	186
2.4.2. Número de casos denunciados por maltrato en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años	190
2.4.3. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF en proceso administrativo de restablecimiento de derechos – PARD identificados como víctimas de violencia sexual.....	193
2.4.4. Número de exámenes médico legales por presunto delito sexual en primera infancia, infancia y adolescencia.....	194
2.4.5. Número de casos reportados de Presunto Delito Sexual.....	196
OTRAS VIOLENCIAS.....	206
2.4.6. Número de niños, niñas y adolescentes (primera infancia, infancia y adolescencia) víctimas de violencia interpersonal.....	206
2.4.7. Número de casos de accidentes (fatales) en primera infancia, infancia, adolescencia.....	208
2.4.8. Número de niños, niñas y adolescentes (primera infancia, infancia, adolescentes) víctimas de Suicidio.....	208
2.4.9. Número de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de hostigamiento escolar.....	211
2.4.10. Número de casos de Violencia de niños, niñas y adolescentes registrados por IED.....	211
2.4.11. Número de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años declarados en situaciones de adoptabilidad.....	217
CONTEXTO CONFLICTO ARMADO.....	226
2.4.12. Número de estudiantes víctimas del conflicto armado, matriculados.....	226
TRABAJO INFANTIL.....	233
2.4.13. Índice de Trabajo Infantil Secretaría Distrital de Planeación.....	233
2.4.14. Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no.....	235
2.4.15. Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que trabajan más de 15 horas en oficio del hogar.....	237
2.4.16. Número de estudiantes en trabajo infantil.....	238
HABITABILIDAD EN CALLE.....	249
2.4.17. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF con proceso administrativo de restablecimiento de Derechos -PARD, identificados en situación de calle.....	249
Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA.....	253
2.4.18. Número de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA.	256
2.4.19. Adolescentes entre 14 y 17 años privados de libertad procesados conforme a la Ley.....	259
2.4.20. Reincidencia del delito en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes.....	259
2.4.21. Familias con niños, niñas y adolescentes Reasentadas.....	267
2.4.22. Número de personas atendidas por incidentes, emergencias y desastres con respuesta integral y coordinada del 48SDGR-CC.....	268
2.4.23. Formación en seguridad vial a niños, niñas y adolescentes.....	271
2.4.24. Revisión de vehículos que prestan servicio de transporte especial escolar.....	272
2.5. INDICADORES FINANCIEROS.....	274

**CAPITULO 3. APUESTAS DEL PLAN DE DESARROLLO “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS” . 276**

Implementación de la Ruta Integral de Atenciones. Secretaría Distrital de Integración Social Infancia RIA desde la gestación hasta la adolescencia.....	276
Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia.....	278
Ruta Integral de Atenciones para la Infancia y la Adolescencia.....	284



<b><i>CAPITULO 4. INSTANCIAS DE ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA PÚBLICA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA – BOGOTÁ 2011-2021. ....</i></b>	<b><i>286</i></b>
Avances Plan de Acción del Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia – CODIA. ....	286
Avances Plan de Acción COLIA:.....	290
Mesas Temáticas.....	298

## LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Población de Bogotá por Localidad - 2017.....	12
Gráfica 2 Pirámides poblacionales de Bogotá – Teusaquillo y Ciudad Bolívar .....	15
Gráfica 3 Porcentaje de Hogares por Sexo del Jefe del Hogar .....	17
Gráfica 4 Distribución porcentual de menores de cinco años por sitio o persona con quien permanecen la mayor parte del tiempo entre semana (2013 – 2014) Bogotá .....	18
Gráfica 5 Hogares con Jefatura Femenina sin cónyuge y sin cónyuge con menores de 18 años .....	19
Gráfica 6 Pobreza Monetaria en Bogotá.....	20
Gráfica 7 Porcentaje de Hogares por tenencia de la Vivienda ECV .....	21
Gráfica 8 Distribución porcentual de hogares por opinión del jefe o del cónyuge respecto a si se le considera pobre. ....	22
Gráfica 9 Cobertura de Acueducto y Alcantarillado sanitario de Bogotá 2017 .....	23
Gráfica 10 Número de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Bogotá D.C. años 2013-2017. ....	24
Gráfica 11 Porcentaje de atención institucional del parto, Bogotá D.C. Años 2013-2017.....	28
Gráfica 12 Nacimientos en mujeres menores de 15 años en Bogotá 2013-2017. ....	29
Gráfica 13 Nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años en Bogotá 2013-2017. ....	31
Gráfica 14 Tendencia del Bajo Peso al Nacer. Bogotá D.C., serie 2013-2017. ....	39
Gráfica 15 Número de casos y Tasa de transmisión materno infantil de VIH x 1. 000 nacidos vivos, 2013- 2017. Bogotá D.C. ....	43
Gráfica 16 Incidencia de Sífilis congénita. Años 2013-2017. Bogotá D.C .....	49
Gráfica 17 Razón de mortalidad materna. Bogotá D.C. Años 2013-2017 en Bogotá D.C.....	52
Gráfica 18 Población infancia y la adolescencia afiliada al Régimen subsidiado, Bogotá D.C. 2013 - 2017 .....	60
Gráfica 19 Población por grupo etario afiliada al Régimen subsidiado Bogotá D.C. 2013 – 2017 .....	61
Gráfica 20 Porcentaje de menores de 10 años con consulta primera vez de Crecimiento y Desarrollo .....	62
Gráfica 21 Tendencia de la mediana de duración en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017 .....	65
Gráfica 22. Prevalencia de retraso en talla o desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013 – 2017. ....	69
Gráfica 23 Tendencia de la desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017 .....	71
Gráfica 24 Tendencia del Exceso de Peso en escolares y adolescentes de 5 a 17 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017 .....	73
Gráfica 25 . Cobertura de Vacunación PAI 2013 – 2017 para niños y niñas de 0-5 años de edad. ....	76
Gráfica 26 Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes, 2013-2017 .....	83
Gráfica 27 Porcentaje de hospitalización para EDA, 2013-2017 .....	85
Gráfica 28 Porcentaje de hospitalización para IRA, 2013-2017.....	86
Gráfica 29 Número de casos cáncer infantil 2015-2017 .....	88
Gráfica 30 Casos de menores lesionados por pólvora de pirotecnia Bogotá D. C. Años 2013 – 2017. ..	92
Gráfica 31 Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá D.C. Años 2013-2017 .....	95
Gráfica 32 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años. Bogotá D.C. Años 2013-2017 .....	98
Gráfica 33 Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas menores de 5 Años. 2016-2017 .....	102
Gráfica 34 Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años. ....	104
Gráfica 35 Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Bogotá, D.C años 2013-2017 .....	107
Gráfica 36 Matrícula Total Preescolar Oficial – No oficial. 2013 - 2017 .....	119
Gráfica 37 Tasa de Cobertura Neta .....	121
Gráfica 38 Tasa de Cobertura Bruta 2013 - 2017.....	122
Gráfica 39 Matrícula Total Básica Primaria 2013 – 2017 .....	130
Gráfica 40 Matrícula Total Básica Secundaria 2013 - 2017.....	131

Gráfica 41. Matrícula Total Media Vocacional 2013 - 2017 .....	133
Gráfica 42 Tasa de Cobertura Neta Básica Primaria. 2013 – 2017 .....	135
Gráfica 43 Tasa de Cobertura Bruta Básica Primaria: 2013 - 2017 .....	136
Gráfica 44 Tasa de Cobertura Neta 2013 - 2017 .....	138
Gráfica 45 Tasa Bruta de Cobertura Básica Secundaria. 2013 - 2017 .....	139
Gráfica 46 Tasa de Cobertura Neta Media Vocacional. 2013 – 2017 .....	140
Gráfica 47 Tasa Bruta de Cobertura Media Vocacional. 2013-2017 .....	141
Gráfica 48 Total Matrícula 2013 – 2017 .....	142
Gráfica 49 Matrícula Total Oficial y No oficial 2013 - 2017 .....	144
Gráfica 50 Participación Oficial y No oficial sobre el total de la matrícula. 2013 - 2017 .....	144
Gráfica 51 Puntaje Promedio de los resultados de las Pruebas SABER Grado 5, Según área de Conocimiento en Colegios Distritales 2013-2017 .....	150
Gráfica 52 Puntaje promedio de los resultados de las Pruebas SABER en grado 9 Colegios Distritales 2013-2017. ....	152
Gráfica 53 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11. Área Lenguaje. 2013-2017 .....	153
Gráfica 54 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11. Área Matemática. 2013-2017 .....	156
Gráfica 55 Puntaje Promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado. ICFES SABER 11 Área Inglés, 2013-2017 .....	157
Gráfica 56 Porcentaje de matrícula en Jornada Única 2015-2017 .....	174
Gráfica 57 Participación de niños, niñas y adolescentes 2013 a 2017.....	177
Gráfica 58 Participación de niñas, niños y adolescentes distribuidos por Localidad .....	181
Gráfica 59 Estrategia Cartas para la Participación, distribuida por servicios Participación 2017 .....	182
Gráfica 60 Temáticas de Consulta 2017 .....	182
Gráfica 61 Niños y Adolescentes participando en el programa UAECOB .....	184
Gráfica 62 . Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF .....	187
Gráfica 63 Número de Valoraciones por Presunto Delito de Maltrato Infantil .....	192
Gráfica 64 Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Maltrato Infantil .....	192
Gráfica 65 Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual .....	194
Gráfica 66 Niños, niñas y adolescentes en situación de adoptabilidad en firme, SIN características especiales .....	217
Gráfica 67 Niños, niñas y adolescentes en situación de adoptabilidad en firme, CON características especiales .....	218
Gráfica 68 Número Ingresos de NNA a Proceso Administrativo De Restablecimiento De Derechos- PARD 2013 - 2017 .....	219
Gráfica 69 Porcentaje de Ingresos de niños, niñas y adolescentes por autoridad competente 2017 ..	220
Gráfica 70 Promedio Casos por Autoridad Competente 2017 .....	220
Gráfica 71 Cobertura Mensual Centros Proteger año 2017 .....	221
Gráfica 72 Número de Ingresos por Mes a Centros Proteger año 2017 .....	222
Gráfica 73 Ingresos a Centros Proteger de Niños Niñas y Adolescente por motivo de ingreso 2017 ..	223
Gráfica 74 Número de egresos de Centros Proteger Caracterizados por Causal .....	223
Gráfica 75 Número de Egresos por Mes Caracterizados por Causal Centros Proteger 2017 .....	224
Gráfica 76 Restablecimiento de derechos con reintegro a medio familiar. Centros Proteger 2017 ....	225
Gráfica 77 Número de NNA entre 5 y 17 años, que participan en actividad remunerada o no y desvinculación de NNA del trabajo infantil atendidos por salud. Bogotá D.C. Años 2013-2017 .....	235
Gráfica 78 Número de Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, que trabajan más de 15 horas en oficios del hogar. Años 2013-2017.....	237
Gráfica 79 Acciones realizadas desde la Secretaría de Educación del Distrito. ....	238
Gráfica 80 . Resultados de la Encuesta.....	239

Gráfica 81 . Número de niñas, niños y adolescentes identificados y atendidos por los Centros Amar por localidad hasta diciembre del 2017. ....	243
Gráfica 82 Numero de niñas, niños y adolescentes identificados y atendidos por la Estrategia Móvil para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil por localidad hasta 31 de diciembre del 2017. ....	244
Gráfica 83 Distribución por sexo y momento del ciclo vital de la población atendida por la SDIS .....	244
Gráfica 84 Niñas, niños y adolescentes por rango etario atendidos por los Centros Amar .....	245
Gráfica 85 Niñas, niños y adolescentes por rango etario atendidos por la Estrategia Móvil para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil. ....	246
Gráfica 86 Niños, niñas y adolescentes en PARD por situación de vida en calle .....	249
Gráfica 87 Histórico de Ingresos de Adolescentes Infractores al SRPA .....	257
Gráfica 88 Número de casos de adolescentes infractores, por sexo y año .....	257
Gráfica 89 Número de casos de adolescentes infractores, por edad y año .....	258
Gráfica 90 Adolescentes Con Medidas Privativas de la Libertad .....	259
Gráfica 91 Reincidencia del Delito SRPA.....	260
Gráfica 92 Familias con niños, niñas y adolescentes reasentadas .....	268
Gráfica 93 Familias Beneficiadas con Ayuda Humanitaria de Carácter Pecuniario - AHCP-2017 .....	269
Gráfica 94 Familias Beneficiadas con Ayuda Humanitaria en Especie - AHE 2017 .....	270
Gráfica 95 Número de Vehículos revisados - programa "RUTA PILA" .....	273
Gráfica 96 Presupuesto de Inversión Social 2015 a 2017. ....	274

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Total de Población de Bogotá de 0 a 19 años .....	13
Tabla 2 Índice de Envejecimiento de Bogotá 2017 .....	14
Tabla 3 Calidad del agua en Bogotá. ....	23
Tabla 4 Número de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Bogotá D.C. años 2013-2017 Distribución por Localidades .....	25
Tabla 5. Nacidos vivos de mujeres de 10-14 años, según localidad de residencia. Bogotá, D:C 2013-2017 .....	30
Tabla 6 Nacidos vivos de mujeres de 15-19 años, según localidad de residencia. Bogotá, D.C 2013-2017 .....	32
Tabla 7 Temas abordados en intervenciones de Línea 106 .....	37
Tabla 8 Bajo peso al nacer según localidades. Años 2013 - 2017 .....	41
Tabla 9 Porcentaje de mujeres con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación 2013-2017, según localidad. ....	46
Tabla 10 Proporción de incidencia de Sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos según localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.012 a 2017 .....	50
Tabla 11 Razón de mortalidad materna. Bogotá D.C. Años 2013-2017 en Bogotá D.C Distribución por localidad .....	53
Tabla 12 Cobertura Componente AMARTE- Estrategia Sintonizarte.....	56
Tabla 13 Distribución por localidad de grupos prioritarios de gestantes y lactantes Implementados en el año 2017- Espacio Educativo .....	58
Tabla 14. Porcentaje de menores de 10 años con consulta primera vez de Crecimiento y Desarrollo, según localidad .....	63
Tabla 15 Tendencia de la mediana de duración en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017 Distribución por Localidad.....	66
Tabla 16 Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en niñas y niños menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013 – 2017, según localidad.....	70
Tabla 17 Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017, según localidad.....	72

Tabla 18 Prevalencia de Exceso de Peso en escolares y adolescentes de 5 a 17 años captados por el SISVA, según el indicador IMC, por localidad de residencia. Bogotá D.C., serie 2013-2017 .....	74
Tabla 19 Cinco primeras causas de morbilidad en niños, Niñas y adolescentes por localidad. 2013-2017 .....	84
Tabla 20 Número de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años, según localidad .....	90
Tabla 21 Número de Casos de menores lesionados por pólvora de pirotecnia Bogotá D. C. Años 2013 – 2017. Distribuidos por localidad. ....	93
Tabla 22 Tasa de Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos. Bogotá D.C. Años 2013-2017. Distribución por Localidad .....	96
Tabla 23 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años. Bogotá D.C. Años 2013-2017. Distribución por Localidad .....	99
Tabla 24 Tasa de Mortalidad por Neumonía en niños, niñas menores de 5 años, según localidad. ....	105
Tabla 25 Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Bogotá, D.C años 2013-2017, según localidad .....	109
Tabla 26 Jardines Infantiles y Casas de Pensamiento Intercultural Distribuidas por Localidad .....	113
Tabla 27 Total Matrícula Preescolar por localidad 2013 - 2017. ....	120
Tabla 28 Tasa de Cobertura Bruta por Localidad Preescolar 2013 - 2017 .....	123
Tabla 29 Atenciones Primera Infancia 2012 – 2017 .....	124
Tabla 30 Total Matrícula Básica Primaria por localidad 2013 - 2017 .....	130
Tabla 31 Total Matrícula Básica Secundaria por localidad 2013 - 2017 .....	132
Tabla 32 Total Matrícula Media Vocacional por localidad 2013 - 2017 .....	134
Tabla 33 Tasa Cobertura Bruta por Localidad Básica Primaria 2013 – 2017 .....	137
Tabla 34 Tasa Bruta de Cobertura por Localidad Básica Secundaria 2013 - 2017 .....	139
Tabla 35 Tasa de Cobertura Bruta por Localidad Media Vocacional 2013 - 2017 .....	141
Tabla 36 Total matrícula por localidad. 2013 - 2017 .....	143
Tabla 37 Matrícula en el Sector Oficial y Sector No Oficial según localidad 2013 - 2017 .....	146
Tabla 38 Tasa de deserción escolar por nivel educativo (preescolar, primaria, secundaria y media)..	147
Tabla 39 Tasa de deserción escolar inter-anual .....	147
Tabla 40 Tasa de deserción por localidad 2014-2016 .....	148
Tabla 41 Tasa de analfabetismo en Bogotá 2013-2017 .....	148
Tabla 42 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas SABER 5 por localidad y área de conocimiento, 2013-201 .....	151
Tabla 43. Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas SABER 9 por localidad y área del conocimiento. 2013-2017 .....	152
Tabla 44 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11 por localidad. Área Lenguaje 2013-2017 .....	154
Tabla 45 Porcentaje de los colegios oficiales clasificados en las categorías "A+" y "A" por rendimiento en las pruebas de Estado SABER 11. 2014 – 2017 .....	155
Tabla 46 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11 por localidad. Área Matemáticas 2013-2017 .....	156
Tabla 47 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11 por localidad. Área Inglés 2013-2017 .....	158
Tabla 48 Número de estudiantes que se reconocen como pertenecientes a grupos étnicos matriculados Instituciones Educativas Distritales. ....	163
Tabla 49 Casas De Pensamiento Intercultural .....	165
Tabla 50 Movilidad Escolar – Secretaría de Educación del Distrito 2013-2017 .....	167
Tabla 51 Estudiantes beneficiados -componente movilidad escolar (pico más alto corte 30 de diciembre -2017) .....	167
Tabla 52 Número de estudiantes Beneficiados PAE 2013-2017 .....	168
Tabla 53 Total Atenciones Realizadas Jornada Única 2012 - 2017 .....	171

Tabla 54 Procesos de formación.....	183
Tabla 55 Número de niños y niñas beneficiados en los Procesos de formación .....	183
Tabla 56 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF Según circunstancia del hecho.....	188
Tabla 57 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF .....	189
Tabla 58. Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF por Grupo Etario .....	189
Tabla 59 Niños, niñas y adolescentes atendidos en Casa Refugio Ley 1257 de 2008, durante el año 2017. ....	190
Tabla 60 Consolidado de presuntos casos de maltrato de niñas, niños y adolescentes reportados en el Sistema de Alertas, 2017.....	191
Tabla 61 Número de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes .....	195
Tabla 62 Número de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes .....	195
Tabla 63 Numero de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes .....	195
Tabla 64 Número de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes .....	196
Tabla 65 Consolidado de presuntos casos violencia sexual reportados en el Sistema de Alertas, 2017 .....	197
Tabla 66 Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de ESCNNA atendidos 2017 .....	199
Tabla 67 Clasificación Étnica Víctimas de ESCNNA 2017 .....	200
Tabla 68 Niños, Niñas y Adolescentes en Riesgo de ESCNNA Atendidos en 2017 .....	201
Tabla 69 Clasificación Étnica Niños, Niñas y Adolescentes en Riesgo de ESCNNA 2017 .....	202
Tabla 70. NNA atendidos en Riesgo de ser Víctimas de ESCNNA. ....	202
Tabla 71 Casos de trata de personas identificados por finalidad en niños, niñas y adolescentes en los últimos dos años .....	204
Tabla 72 Sensibilizaciones y/o formaciones realizadas en prevención de Trata de Personas, a estudiantes entre 7 y 17 años. ....	204
Tabla 73 Población Víctima de VIP-2017 .....	207
Tabla 74 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIP 2017.....	207
Tabla 75 Número de Niños, niñas y adolescentes lesionados fatales en Accidentes de Tránsito Fatales 2017 .....	208
Tabla 76 Número de Niños, Niñas y Adolescentes lesionados fatales en Accidentes de Tránsito Fatales 2017 .....	208
Tabla 77 Número de Niños, niñas y adolescentes Muerte Violenta suicidio, 2017 .....	209
Tabla 78 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Muerte Violenta suicidio, Distribución por Localidad 2017 .....	209
Tabla 79. Número de Niños, niñas y adolescentes Muerte Violenta suicidio, 2017 .....	210
Tabla 80 Consolidado de presuntos casos de suicidio consumado reportados en el Sistema de Alertas, Distribución por Localidad 2017.....	210
Tabla 81 Consolidado de presuntos casos de hostigamiento escolar reportados en el Sistema de Alertas, Distribución por Localidad 2017.....	211
Tabla 82 Consolidado de presuntos casos de abuso y violencia reportados en el Sistema de Alertas, Distribución por Localidad 2017.....	212
Tabla 83 Número de Niños, Niñas y Adolescentes con acciones de Prevención frente a riesgo en entornos digitales, maltrato y violencia intrafamiliar y sexual .....	215
Tabla 84 Matrícula oficial víctimas del conflicto Bogotá D.C. 2012 – 2015 .....	227
Tabla 85 Matrícula víctimas del conflicto Bogotá D.C. 2016 - 2017.....	227
Tabla 86 Distribución por grupo etario.....	228
Tabla 87 Distribución por sexo .....	228
Tabla 88 Pertenencia étnica .....	229
Tabla 89 Atención integral a niños y niñas – Casa de Memoria y Lúdica .....	231
Tabla 90 Atención de Niños, niñas y adolescentes de Papalotl de Sueños. ....	232
Tabla 91 Niños, niñas y adolescentes en Casa Violeta Ley 1448 de 2011 durante el año 2017. ....	233

Tabla 92. Tasa de Trabajo Infantil Ampliado en Bogotá.....	235
Tabla 93 Total niñas, niños y adolescentes en riesgo o situación de trabajo infantil atendidos hasta 31 de diciembre del 2017.....	240
Tabla 94 Niños, Niñas y Adolescentes habitantes de calle atendidos 2017 .....	252
Tabla 95 . Niños, Niñas y Adolescentes en riesgo de habitar calle atendidos 2017 .....	253
Tabla 96. Número de adolescentes y jóvenes atendidos en los Centros Forjar 2017 .....	262
Tabla 97 Número de Remisiones por modalidad efectuadas por parte de las Defensorías de Familia y Juzgados de Conocimiento SRPA 2017 .....	262
Tabla 98 Ingreso de adolescentes y jóvenes a los Centros Forjar – Periodo enero - diciembre 2017..	262
Tabla 99 Número de Niños, Niñas y Adolescentes atendidos a través de estrategias de prevención de la vinculación o prevención en la reincidencia al SRPA en el 2017 .....	266
Tabla 100 Número de Niños, Niñas y Adolescentes por grupo étnico atendidos a través de estrategias de prevención de la vinculación o prevención en la reincidencia al SRPA en el 2017 .....	267
Tabla 101 Viviendas adquiridas 2017 .....	268
Tabla 102 Número de personas atendidos por el IDIGER. ....	269
Tabla 103 Personas atendidas en formación de seguridad vial.....	271
Tabla 104 Número de niños, niñas y adolescentes con procesos de formación e informados en temas de seguridad vial. Distribución por Localidad 2017 .....	272
Tabla 105 Resultado de los operativos del Programa Ruta Pila 2017 .....	273
Tabla 106 Inversión Social por Sector o Entidad 2013 - 2017 .....	275

## INTRODUCCIÓN

La Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011-2021 (Decreto 520 de 2011) en Bogotá tiene como objetivo general que *“Todos los niños y todas las niñas, desde la primera infancia hasta la adolescencia en Bogotá desarrollan sus potencialidades, capacidades y oportunidades en ejercicio de sus derechos”*.

Con el fin de materializar la política en la ciudad se dispone con el Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia – CODIA, en el cual participan las entidades e instituciones del orden distrital y nacional, así como organizaciones y representantes de la sociedad civil; con el fin de realizar la articulación para el seguimiento y análisis de los avances de ciudad en implementación de la política pública y su incidencia en la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes de Bogotá.

Así pues, una de las condiciones necesarias para avanzar en el proceso de implementación de la política, lo constituye la posibilidad de contar con un sistema de información que permita hacer el monitoreo y seguimiento a todos y cada uno de los aspectos que el distrito ha definido como indicativos del estado de realización de derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Por lo anterior, el Concejo de Bogotá sancionó el Acuerdo 238 de 2006 a través del cual se “Ordena a la Administración Distrital la creación y estructuración del Sistema de Monitoreo que dé cuenta del estado del ejercicio de los derechos de los niños, las niñas, los y las adolescentes de la ciudad”, el Acuerdo fue reglamentado mediante el Decreto 031 de 2007 el cual pone en cabeza de la Secretaría Distrital de Integración social la administración del sistema.

Desde la administración del sistema, se definió una estructura básica de indicadores atendiendo a las categorías de derechos planteada por la Estrategia Hechos y Derechos, que responde a cuatro grandes categorías, a decir: Existencia, Desarrollo, Participación y Ciudadanía y Protección.

A partir de la normatividad mencionada, durante los dos últimos años y en el marco del CODIA se ha venido realizando una revisión y ajuste a la estructura de la batería inicial de indicadores, en aras de ampliarla con otros que den cuenta de las acciones que la ciudad realiza para aportar a la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes.

El presente informe define una estructura en cuatro capítulos así: Un primer capítulo que presenta el contexto general de las condiciones demográficas de niños, niñas y adolescentes en el Distrito Capital; el segundo capítulo aborda los indicadores que dan cuenta del estado de realización de derechos a partir de las categorías de derechos de existencia, desarrollo, participación y protección, así como los indicadores financieros; en el tercer capítulo se plantean las apuestas del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” desde la Ruta Integral de Atenciones- RIA; y finalmente se abordan las instancias de análisis y seguimiento a la Política Pública de Infancia en el Distrito y en lo Local como escenario de articulación de acciones.

## CAPÍTULO 1 CONTEXTO GENERAL DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN BOGOTÁ, D.C.

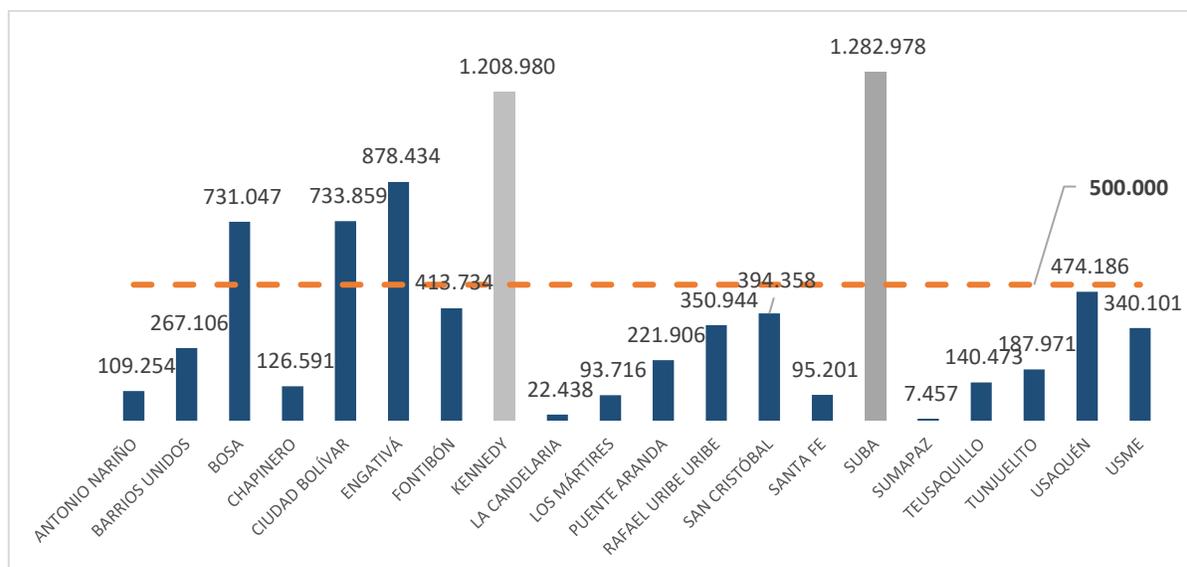
La Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011-2021 busca lograr que todas las niñas y los niños desde la primera infancia hasta la adolescencia en Bogotá, desarrollen sus potencialidades, capacidades y oportunidades en ejercicio pleno de sus derechos. En este primer capítulo se abordarán las características demográficas de la infancia y la adolescencia e información de los hogares.

### 1.1 Aspectos Sociodemográficos

Según proyecciones de población realizadas por la Secretaría Distrital de Planeación en convenio con el DANE, para el 2017 en Bogotá existen 8.080.734 habitantes, de los cuales 2.186.268 son Niños, Niñas y Adolescentes siendo 1.119.885 Hombres y 1.066.383 Mujeres; y se distribuyen en las siguientes edades: niños y niñas entre 0 y 5 años: 728.316, entre 6 y 13 años: 840.752 y entre 13 y 17 años: 617.200.

La Población general de Bogotá se concentra en las localidades de Kennedy y Suba, ambas localidades superan el millón de habitantes. Bosa, Ciudad Bolívar y Engativá superan los 500 mil habitantes, las otras 15 localidades están por debajo de esta cifra; por otra parte es evidente que las localidades de La Candelaria, Los Mártires y Sumapaz no superan los 100 mil habitantes.

*Gráfica 2 Población de Bogotá por Localidad - 2017*



Fuente: Proyecciones de población de la Secretaria Distrital de Planeación; cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección de Infancia Secretaria de Integración Social.

Es de esperarse de la localidad de Sumapaz siendo totalmente rural presenta dinámicas poblacionales particulares respecto al resto de la ciudad.

*Tabla 1 Total de Población de Bogotá de 0 a 19 años*

Localidad	Hombres	Mujeres
Suba	177118	166663
Kennedy	173289	163777
Ciudad Bolívar	122687	118907
Bosa	117768	113255
Engativá	112262	105021
San Cristóbal	59933	57341
Usme	57537	55043
Usaquén	54407	51914
Fontibón	53141	50218
Rafael Uribe	51116	48912
Barrios Unidos	27138	25137
Tunjuelito	26320	24649
Puente Aranda	24631	23078
Antonio Nariño	14356	13438
Teusaquillo	13674	13025
Santa Fe	12577	12130
Chapinero	12421	11834
Los Mártires	10731	10025
La Candelaria	2329	2269
Sumapaz	911	853

Fuente: Proyecciones de población de la Secretaría Distrital de Planeación; cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección de Infancia Secretaría de Integración Social.

La proyección poblacional por localidades de Bogotá tiene como máximo nivel de desagregación, edades quinquenales, por lo que no es posible tener un dato más preciso de la población entre 0 y 17 años, sin embargo los esfuerzos realizados por ambas entidades logran esta proyección que da un panorama de la concentración de los niños, niñas y adolescentes entre 0 y 19 años de edad, manteniendo un orden similar al de la población total proyectada: Suba, Kennedy y Ciudad Bolívar son las localidades con mayor población en primera infancia, infancia y adolescencia. Mientras que las localidades de Sumapaz, La Candelaria y Los Mártires mantienen los niveles más bajos de población en estos grupos de edad.

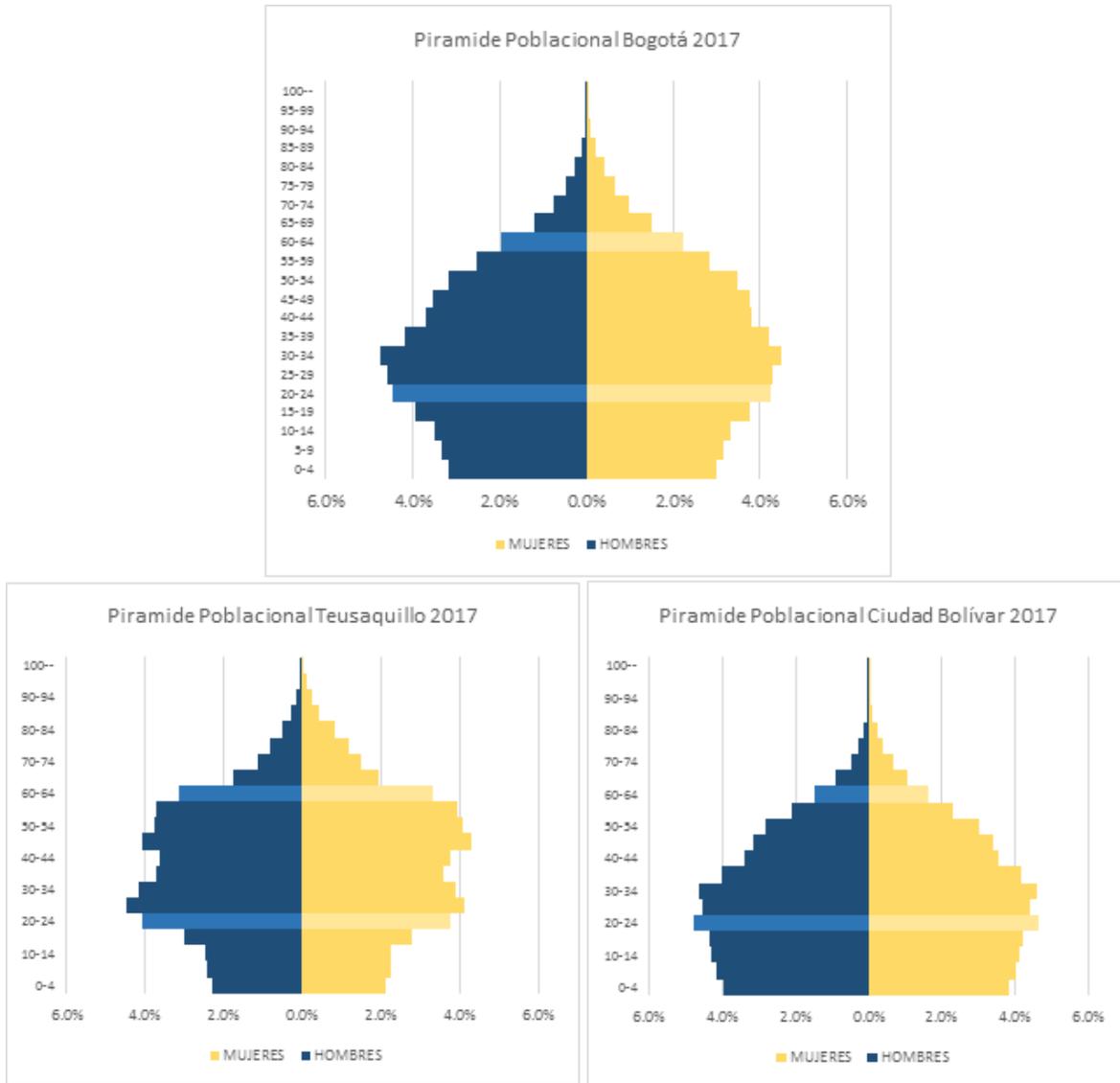
Tabla 2 Índice de Envejecimiento de Bogotá 2017

Localidad	Índice de Envejecimiento
Teusaquillo	85.3%
Sumapaz	82.1%
Barrios Unidos	79.3%
Chapinero	76.4%
La Candelaria	76.2%
Usaquén	59.1%
Los Mártires	59.0%
Puente Aranda	54.8%
Antonio Nariño	52.5%
Engativá	47.5%
Santa fe	47.4%
Tunjuelito	37.5%
Fontibón	37.1%
Bogotá	34.7%
Suba	34.0%
Rafael Uribe Uribe	33.2%
San Cristóbal	29.9%
Kennedy	28.7%
Bosa	18.8%
Usme	18.1%
Ciudad Bolívar	18.1%

Fuente: Secretaria de Distrital de Planeación, cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaria Distrital de Integración Social.

Según el índice de envejecimiento plateado por la CELADE, se resaltan las localidades cuyo índice es menor, es decir se concentran la población infantil, porcentaje calculado de personas mayores a 65 años por cada 100 niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, así: San Cristóbal con un 29.9%, Kennedy con 28.7%, Bosa 18.8%, Usme 18.1% y Ciudad Bolívar 18.1%. Esto significa que en estas localidades la población es más joven que en las demás, su estructura poblacional es contraria a localidades como La Candelaria, Chapinero, Barrios Unidos, y Teusaquillo donde la población mayor a 65 años está próxima a superar la de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años.

Gráfica 1 Pirámides poblacionales de Bogotá – Teusaquillo y Ciudad Bolívar



Fuente: Secretaría de Distrital de Planeación, cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social

Bogotá al igual que el resto del país no tiene una estructura de población homogénea. Es decir, las localidades en Bogotá presentan diversidad en el comportamiento de sus poblacionales, ninguna localidad es igual a otra, aunque conservan algunas similitudes en su etapa de transición demográfica. Así, diferencias presentadas entre Teusaquillo y Ciudad Bolívar, donde esta última se compone por más niños, niñas y adolescentes menores de 15 años contrario a Teusaquillo, evidencian la heterogeneidad de dinámicas poblacionales presentada en Bogotá en cada una de sus 20 localidades.

Ciudad Bolívar tiene una base de población mayor, como lo presenta la gráfica anterior, al notar como la población de los primeros grupos quinquenales de edad: 0 a 4 años, 5 a 9 años y 10 a 15 años, llegan a un 4% del total de la población de la localidad; mientras que una localidad como Teusaquillo apenas llega a un 2%. Lo anterior, se traduce en bajas tasas de natalidad en esta última localidad mencionada, acompañada de poca migración de personas que tengan niños, niñas y adolescentes.

En ese mismo sentido, se entiende porque la población de NNA está disminuyendo en el tiempo, y es que en un sentido demográfico, las tasas de natalidad disminuyen, aunque en ritmos diferentes en todas las localidades.

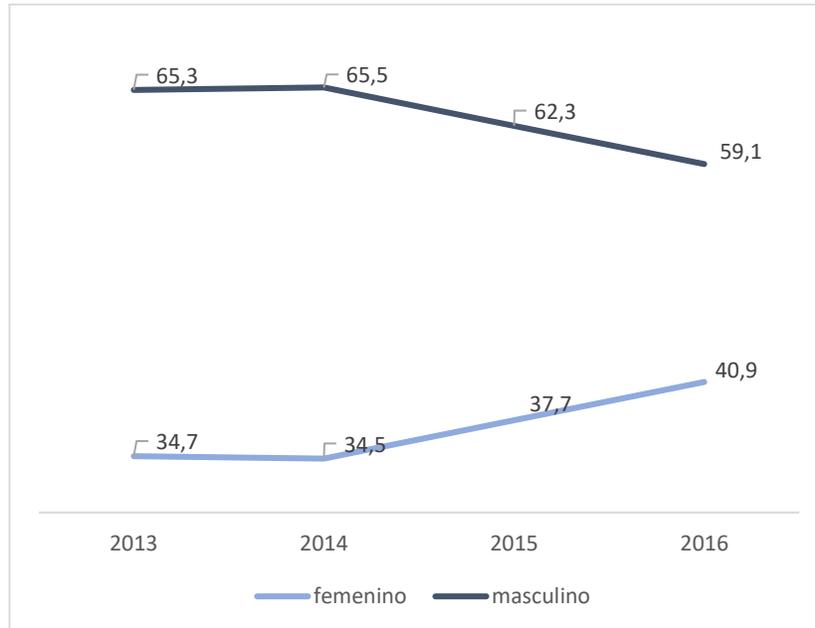
## **1.2. Información Sobre Hogares**

La información que se encuentra los dos siguientes apartados da a conocer algunos aspectos en términos de calidad de vida, la cual es una información que proviene de la encuesta que lleva su nombre Encuesta de Calidad de Vida - ECV y es capturada por el DANE, para dar cuenta de condiciones de vida del país y algunas de sus regiones. Para el año 2017 la encuesta no logró tener el nivel de representatividad para algunas de sus preguntas que si obtuvo en años anteriores a nivel regional, motivo por el cual el presente informe solo muestra pobreza monetaria; sin embargo, estos datos sigue siendo valiosos puesto que sus variaciones no son drásticas en periodos interanuales.

La importancia de mencionar algunos resultados de la ECV de hogares, da una perspectiva para conocer en manos de quien está quedando el cuidado de los niños, niñas y adolescentes en la casa, centro educativo, etc. Además, mostrar condiciones frente a su manutención y composición familiar.

### Tamaño de los hogares para hablar por sexo del jefe

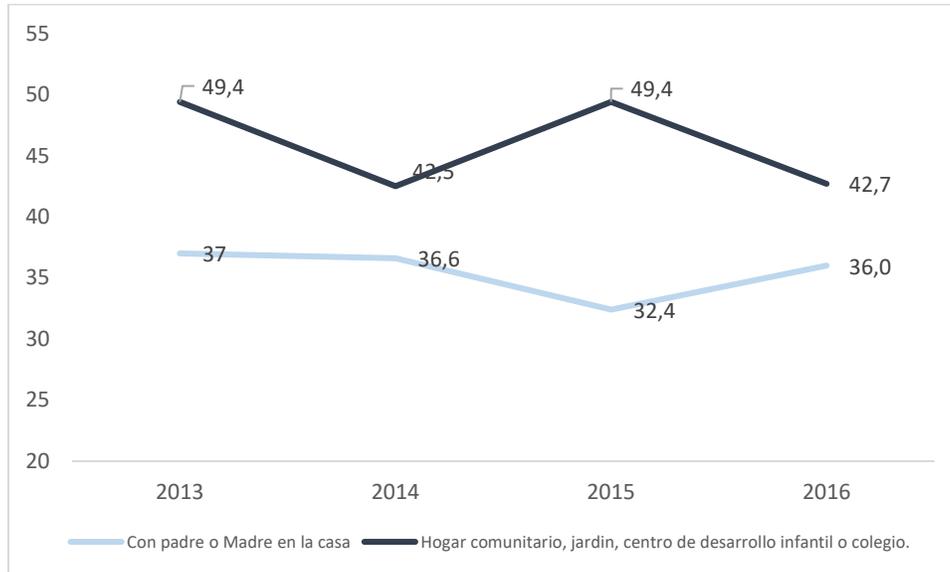
Gráfica 2 Porcentaje de Hogares por Sexo del Jefe del Hogar



Fuente: Encuesta de calidad de vida - DANE, cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social.

La jefatura del hogar ha sido liderada por el sexo masculino, sin embargo en el distrito capital la brecha entre ambos sexos se ha venido cerrando. En el 2016 el 59.1% el jefe de hogar es masculino, mientras que el 40.9% es femenina. La cifra no tiene cambios significativos para el 2017 pero se puede intuir que la brecha continuará la misma tendencia, dada la participación cada vez mayor de la mujer en el mercado laboral.

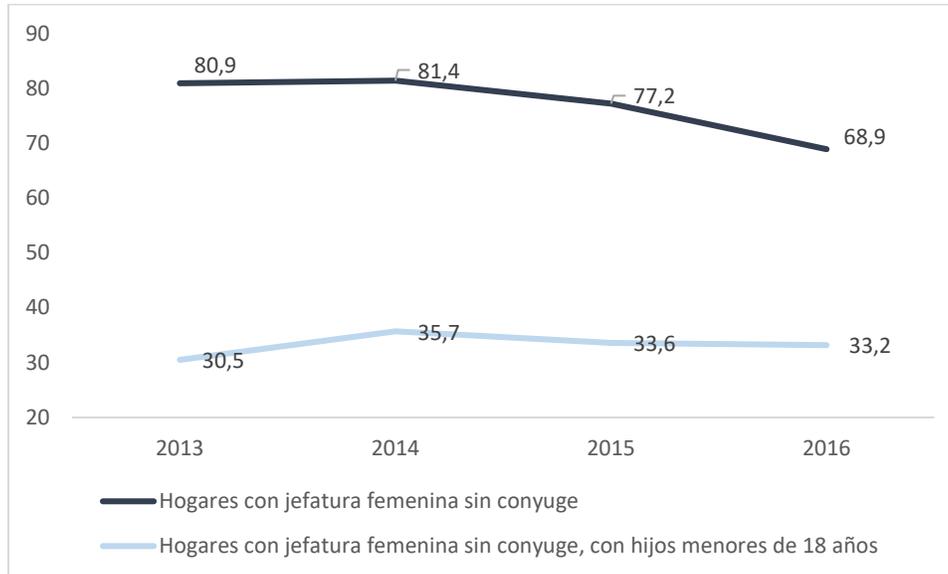
*Gráfica 3 Distribución porcentual de menores de cinco años por sitio o persona con quien permanecen la mayor parte del tiempo entre semana (2013 – 2014) Bogotá*



Fuente: Encuesta de calidad de vida - DANE, cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social.

La ECV tiene otras categorías para la medición de esta variable, sin embargo aquí se muestran las dos con mayor relevancia porcentual, y que están relacionadas con el cuidado de los menores de 5 años del Distrito. La compañía y cuidado de los niños y niñas está en su mayoría en los Hogares Comunitarios, Jardines o Centros de desarrollo infantil o colegio, y en segundo lugar, los niños y niñas están siendo cuidados en sus casas por alguno de sus padres.

Gráfica 4 Hogares con Jefatura Femenina sin cónyuge y sin cónyuge con menores de 18 años



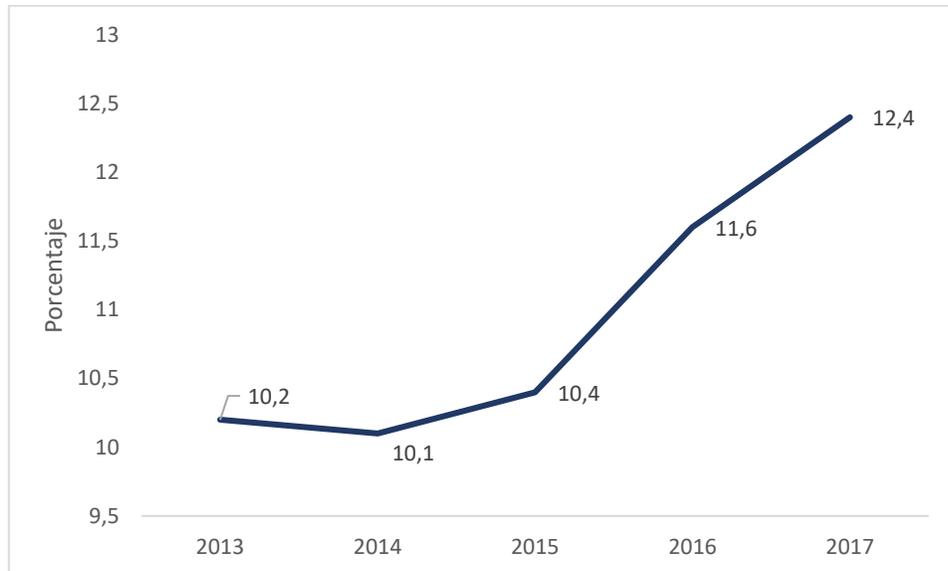
Fuente: Encuesta de calidad de vida - DANE, cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social.

El porcentaje de Hogares con jefatura Femenina ha venido en aumento como se puede ver en la gráfica anterior, a su vez el porcentaje de jefa del hogar con hijos menores de 18 años se ha mantenido constante entre el 30.5% y el 33.2% para el 2013 y 2016 respectivamente. Por otro lado, está la disminución entre el 2015 y 2016 en el porcentaje de hogares con jefatura femenina sin cónyuge.

### 1.3. Aspectos Socioeconómicos

Como parte de la medición de la calidad de vida es importante conocer la situación socioeconómica de Bogotá, la cual en términos generales está por encima del resto del país; sin embargo, se debe mantener los esfuerzos para superarse a sí misma, más cuando siendo ciudad capital es receptora de población de otros lugares del país, lo cual se convierte en una constante que demanda mayores esfuerzos para toda la administración distrital.

Gráfica 5 Pobreza Monetaria en Bogotá

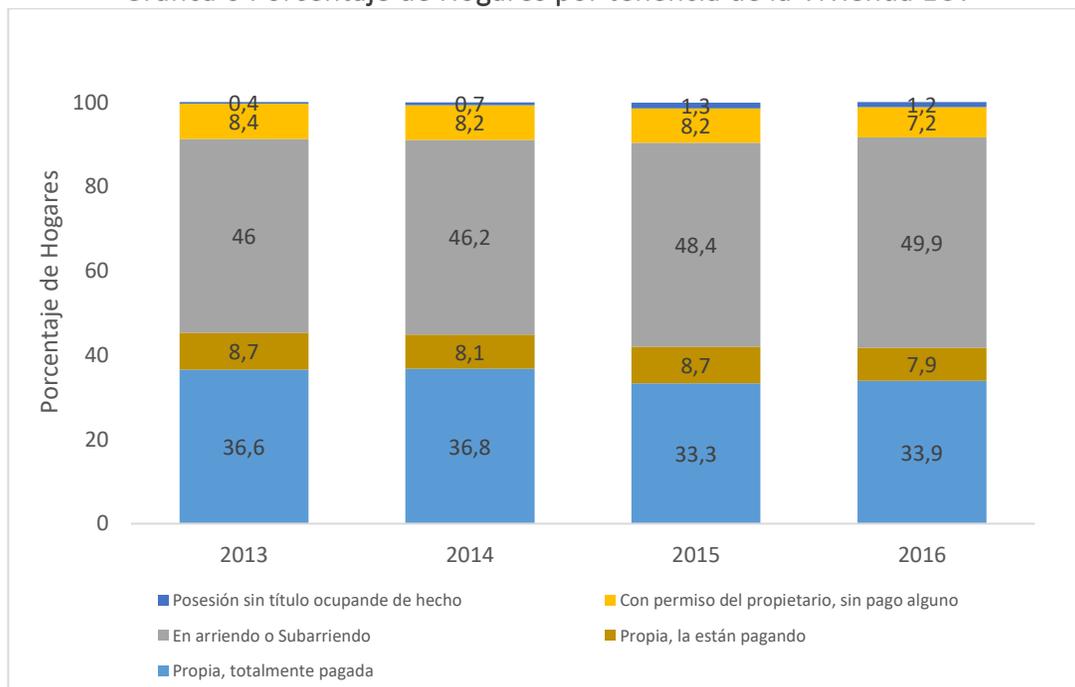


Fuente: DANE, cálculos con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2017. Cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social.

La línea de pobreza indica que un hogar es considerado pobre cuando este no alcanza a cubrir su canasta básica de bienes alimentarios y no alimentarios, para Bogotá el porcentaje es de 12.4% en el 2017, esta cifra es menor respecto al porcentaje de hogares en pobreza monetaria a nivel nacional siendo del 26.9%. A nivel Bogotá este indicador, ha tenido leves aumentos entre los periodos del 2014 hasta el 2017.

Sin embargo, este indicador se mantiene por debajo respecto a la cifra nacional, puede deberse a condiciones de Bogotá que atraen población vulnerable, tales como empleo, oferta institucional, entre otras. Factor migratorio que puede influir en el aumento de población monetariamente pobre.

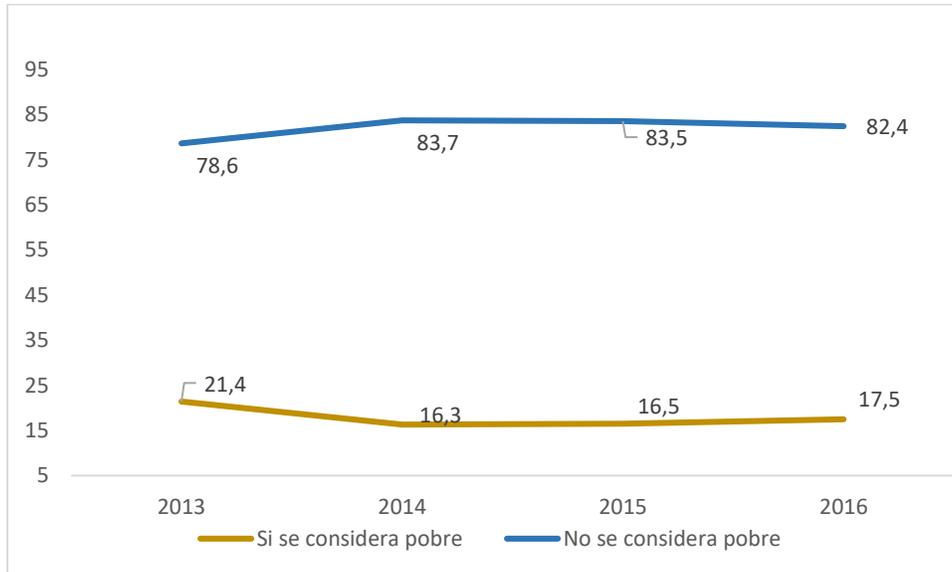
Gráfica 6 Porcentaje de Hogares por tenencia de la Vivienda ECV



Fuente: Encuesta de calidad de vida - DANE, cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social.

La ECV para cada uno de los periodos muestra como los mayores porcentajes por tenencia de vivienda están en arriendo o subarriendo con porcentajes que oscilan entre el 46% y el 49.9% en los periodos observados. Para el 2017 esta cifra no tendría grandes variaciones significativas, al igual que la categoría Propia, Totalmente pagada, que es la segunda de mayor porcentaje, la cual oscila entre 36.6% y 33.9% para los mismos periodos.

Gráfica 7 Distribución porcentual de hogares por opinión del jefe o del cónyuge respecto a si se le considera pobre.



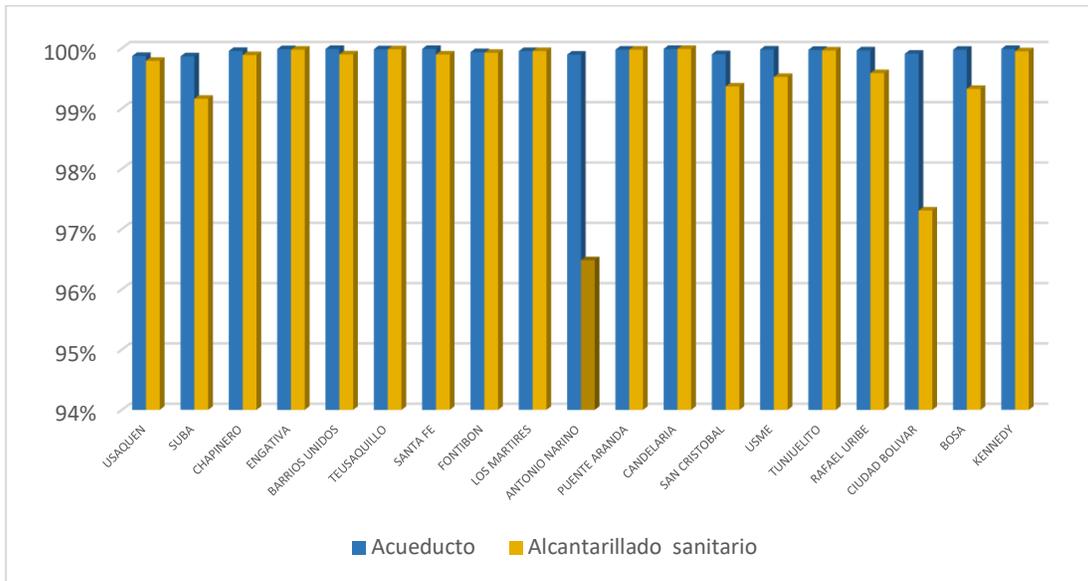
Fuente: Encuesta de calidad de vida - DANE, cálculos realizados por el equipo PPIA - Subdirección para la Infancia de la Secretaría Distrital de Integración Social.

El 82.4% de los jefes de hogares en el distrito NO se consideran pobres, sin importar el sexo del jefe del hogar y esta es una tendencia creciente desde el 2013, es decir que en el 2017 la cifra puede mantener esta tendencia dado que no hay grandes cambios demográficos que alteren esta tendencia, para esta medición, es importante tener claridad que obedece a una percepción subjetiva **reconocerse** como pobre o no.

#### 1.4. Cobertura de agua. Cobertura de Saneamiento básico. Cobertura con agua potable

El agua potable es un servicio vital que se traduce en condiciones favorables para la disminución de indicadores de morbilidad y mortalidad infantil.

*Gráfica 8 Cobertura de Acueducto y Alcantarillado sanitario de Bogotá 2017*



Fuente: Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá.

La empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá proporciona en todas las localidades más del 99% del acueducto, algo muy similar con el alcantarillado sanitario, excepto las localidades de Antonio Nariño y Ciudad Bolívar que su cobertura es 96.48% y 97.31% respectivamente.

*Tabla 3 Calidad del agua en Bogotá.*

2017	Resultado
Índice de Riesgo de calidad del agua (IRCA) en Bogotá	0.62%
Continuidad del servicio de acueducto en Bogotá	99.44%

Fuente: Dirección de Apoyo Técnico - EAB

Desde el año 2007 la calidad del agua se mide en términos del índice de Riesgo de Calidad del Agua (IRCA) el cual no debe ser mayor a 5%. La EAB registra un IRCA inferior a 1%. Es decir, agua totalmente apta para el consumo humano, según los rangos de categoría del dicho índice establecidos en el decreto 1575 de 2007, Artículo 12.

## CAPÍTULO 2

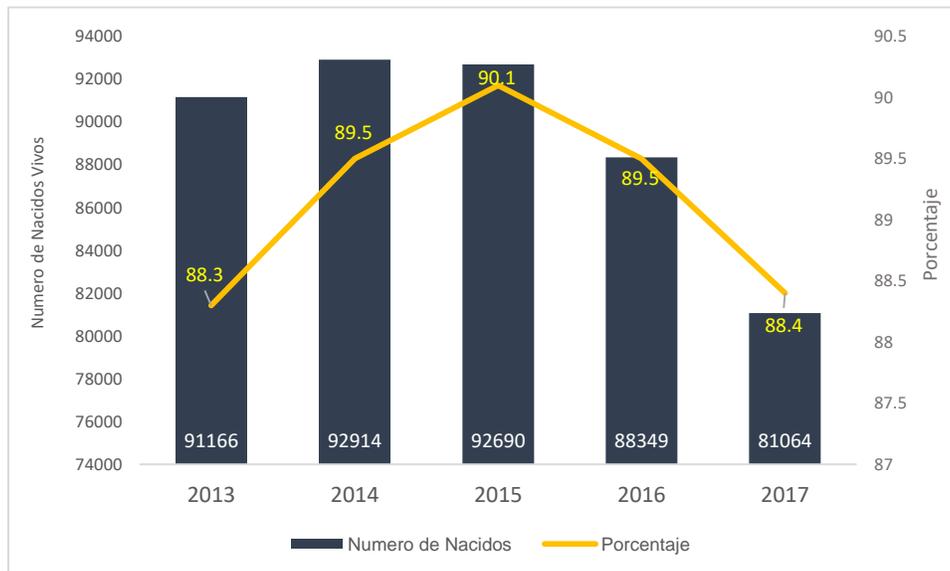
### ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DE BOGOTÁ- D.C.

#### 2.1. CATEGORÍA DE DERECHOS: EXISTENCIA

##### 2.1.1. Número de Nacidos Vivos con 4 controles prenatales o más.

El indicador refleja el número de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales referidos al momento del nacimiento, siendo este indicador uno de los factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil.

*Gráfica 9 Número de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Bogotá D.C. años 2013-2017*



Fuente 2013-2015: Certificado de Nacidos Vivos. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)  
Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Análisis Demográfica. -Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

#### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Según la guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del Ministerio de salud, una mujer en su primer embarazo con un desarrollo normal debería contar con un programa de diez citas

de control prenatal y para una mujer en un segundo o más embarazos, debería contar con un programa de siete citas<sup>1</sup>.

En tal sentido, este indicador considera tener al menos 4 controles o más, lo cual implica que la gestante al menos tendría 4 contactos con una institución de salud, que le permita evaluar el estado de salud del binomio madre hijo, y por ende poder hacer monitoreo e intervenciones de manera oportuna en caso de requerirse, esperando que entre más controles tenga la gestante se disminuya el riesgo de eventos desafortunados en la madre e hijo.

En consonancia, aunque el comportamiento de este indicador para el periodo de análisis ha oscilado entre el 88 y 90% a nivel distrital, aún hay un porcentaje restante de gestantes que requieren de la atención, la cual se obtendrá a través de la implementación de acciones articuladas de promoción, prevención y atención entre la SDS, las asegurados, las IPS y las demás instancias del Distrito.

*Tabla 4 Número de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales, Bogotá D.C. años 2013-2017  
Distribución por Localidades*

<b>Localidad</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Enero a diciembre de 2017</b>
Kennedy	13029	13051	13385	12583	11792
Suba	13265	13686	13606	12284	11561
Bosa	8873	8817	9336	8977	8190
Ciudad Bolívar	8752	9237	9106	8527	8006
Engativá	8888	9439	8814	8241	7468
Usaquén	5526	5592	5952	5800	5409
Usme	4705	4564	4730	4774	4451
San Cristóbal	5024	5368	5231	4964	4407
Rafael UU	4986	4821	4705	4724	4008
Fontibón	4074	4119	4025	3975	3506
Puente Aranda	2818	2918	2853	2648	2229
Tunjuelito	2578	2421	2415	2321	2121
Chapinero	1852	1860	1841	1950	1872
Barrios Unidos	1579	1506	1475	1460	1356
Santa fe	1349	1361	1272	1133	1291
Teusaquillo	1286	1425	1244	1183	1110
Antonio Nariño	1179	1143	1073	1126	947
Mártires	992	1066	980	919	837
Candelaria	327	359	296	230	252
Sumapaz	40	25	30	33	26

Fuente 2013-2015: Certificado de Nacidos Vivos. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

<sup>1</sup> Tomado de Boletín de nacidos Vivos, Grupo de ACCVSYE-Secretaría Distrital de Salud.

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUA-F-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. - Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

De manera detallada a nivel local, en general el comportamiento del indicador se ha mantenido estable oscilando entre el 71.4% y 97.6% en los últimos años, siendo la localidad de Santa Fe la que ha presentado el indicador más bajo en el año 2013 (79.9%) junto con Sumapaz en el 2014 (71.4%). En contraste, el 1.91% de las mujeres en el periodo de tiempo 2013 – 2017 no tuvieron acceso a ningún tipo de consulta prenatal (CPN).

A pesar de lo anterior se evidencia la necesidad de fortalecer estrategias y garantizar la asistencia de las gestantes a los controles prenatales en todo el distrito capital, así como un trabajo articulado con las aseguradoras las IPS y las demás instancias del distrito.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

Desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas<sup>2</sup> en adelante PIC, bajo la Estrategia de Salud Urbana, se han implementado acciones integradas en los diferentes Espacios de Vida Cotidiana: Espacio vivienda<sup>3</sup>, Espacio Público<sup>4</sup>, Espacio Trabajo<sup>5</sup> y Espacio Educativo<sup>6</sup>, y Procesos Transversales<sup>7</sup>, es así como en desarrollo de las actividades establecidas por el Plan Territorial de Salud, se continua con la implementación de estrategias para la protección de la mujer gestante y del recién nacido a través de los espacios de vida cotidiana vivienda y educativo.

En este sentido, todas las acciones de información, educación y comunicación se encuentran orientadas a incidir en el fortalecimiento de hábitos de vida saludable, cuidado, autocuidado y cuidado mutuo, que redundan en el bienestar de recién nacidos e infantes, así como en la apropiación de conceptos sobre promoción y mantenimiento de la salud, fomento de la lactancia materna, ampliación de periodos intergenésicos, entre otros, que

---

<sup>2</sup> Plan formulado por la Subsecretaría de Salud Pública, que tiene como propósito “incidir en los riesgos colectivos e individuales generados por las condiciones de vida de la población, en el contexto urbano y rural, para prevenir y controlar la enfermedad y contribuir al mantenimiento de la salud”. Los lineamientos para la formulación de este plan se basan en la adaptación de estrategias de alto impacto que se implementan a través de los diferentes espacios de vida y procesos transversales con el fin de contribuir a modificar estilos, modos y condiciones de vida.

<sup>3</sup> Comprende un conjunto de acciones a realizar por los gestores de riesgo en salud dirigidas a una población específica, con individuos identificables y caracterizables, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud de la persona. También incluye una acción colectiva que busca desarrollar procesos de cuidado en la familia como red primaria, desde un enfoque diferencial, a partir del reconocimiento de los patrones culturales, sociales y ambientales que hacen parte del entorno y el contexto familiar y del hogar comunitario de bienestar.

<sup>4</sup> Comprende la identificación, caracterización y análisis de puntos críticos en salud pública en los escenarios para la movilidad, la recreación y los entornos de establecimientos de consumo de alcohol y alimentos en Bogotá así como la implementación de respuestas en dichos escenarios para las diversas poblaciones en el espacio público, potenciando factores protectores en la promoción de estilos saludables en la comunidad, la salud mental, sexualidad y derechos reproductivos y la prevención de condiciones crónicas, (alimentación no saludable, consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo y contaminación ambiental).

<sup>5</sup> Corresponde al desarrollo de procesos que contribuyen a la desvinculación de niños y adolescentes del trabajo a través de la identificación, caracterización, canalización, y acompañamientos a familias y acudientes, que favorezcan el desarrollo integral a través de las habilidades para la vida, y el fortalecimiento del soporte familiar y social. Con este producto se pretende identificar la efectividad de la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil en niños, niñas y adolescentes previamente intervenidos.

<sup>6</sup> Fomenta la salud y el bienestar en niños, niñas, adolescentes y jóvenes favoreciendo prácticas cotidianas, entornos y estilos de vida saludables en el espacio educativo, a través de la implementación de Sintonizarte como acción integrada de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo individual y colectivo

<sup>7</sup> Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, Gobernanza y Vigilancia en Salud Pública.

permitan a la mujer lactante un ejercicio pleno de los derechos en salud para ella, su hijo y familia.

Por lo anterior, durante el año 2017 se realizaron acciones como las siguientes:

#### *Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública*

- Fueron realizadas 627 seguimientos a IPS que implementaron plan de acción para el fortalecimiento o desarrollo de estrategias en promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos dirigidos a mujeres en edad fértil, gestantes y lactantes.

#### *Espacio Educativo*

- Se adelantaron procesos de sensibilización a 54 grupos prioritarios en gestantes y lactantes (n=303), con énfasis en identificación de signos y síntomas de alarma, adherencia al control prenatal, realizados por las Subredes Integrada de Servicios de Salud (SISS).

#### *Espacio Público*

- En este espacio de vida cotidiana, desde la Acción integradora denominada “Comunidades promotoras y protectoras de la salud”, fueron promovidas iniciativas comunitarias en 115 grupos, colectivos, redes y organizaciones comunitarias, que de acuerdo a un proceso previo de lectura de contexto, concertaron con los equipos técnicos que implementan el Plan de Intervenciones Colectivas, trabajar en temas relacionados con la protección de la gestación y de los recién nacidos, a través de la elaboración, implementación y evaluación conjunta de 122 planes de acción estratégicos. Esta acción se desarrolla en, con y para comunidades con personas diversas en sus capacidades, culturalidad e identidad, para el fortalecimiento en conocimientos y habilidades como promotores de prácticas de cuidado (autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado).

#### *Espacio Vivienda*

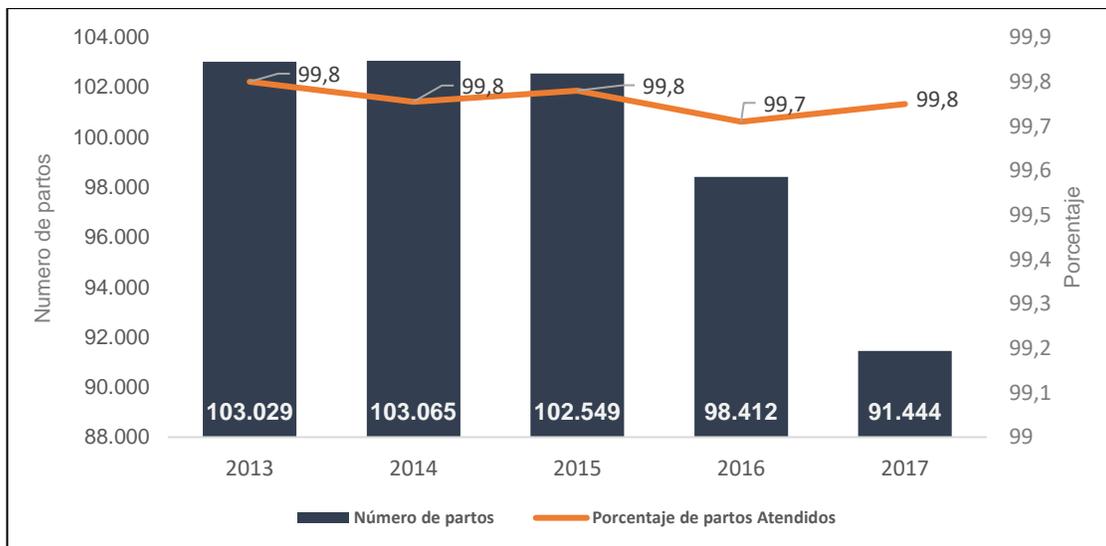
- Se realizó canalizaciones de 124 gestantes para atención por servicios de salud y tratamiento médico nutricional a Secretaria Distrital de Integración Social para apoyo nutricional, fueron canalizadas 42 gestantes, se realizaron 304 seguimientos a mujeres de bajo peso gestacional en las cuales se puede evidenciar recuperación de la condición nutricional.
- Se identificaron 142 gestantes con signos y síntomas de alarma, 318 gestantes sin adherencia al control prenatal, las cuales fueron canalizadas efectivamente 202 a los servicios de salud.
- Identificación de 2.997 gestantes a las cuales se les realizaron acciones de información, educación y comunicación para la salud en temas relacionados con: consumo adecuado de micronutrientes, consecuencias del bajo peso, signos de alarma en la gestante, hábitos saludables para la mujer gestante, importancia de asistencia a controles prenatales, lactancia materna, hábitos saludables y cuidados

de recién nacido y de la familia a través de la estrategia AIEPI y acciones educativas para la prevención de alteraciones de la salud física y mental.

### 2.1.2. Porcentaje de atención institucional del parto

El indicador refleja el porcentaje de partos atendidos en una institución de salud, el comportamiento del mismo en la ciudad se ha mantenido por encima del 99% en los últimos años, dado principalmente por la oferta de servicios de instituciones de salud ofrecidos en el Distrito Capital.

Gráfica 10 Porcentaje de atención institucional del parto, Bogotá D.C. Años 2013-2017



Fuente 2013-2015: Certificado de Nacidos Vivos. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)  
Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis demográfica. Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

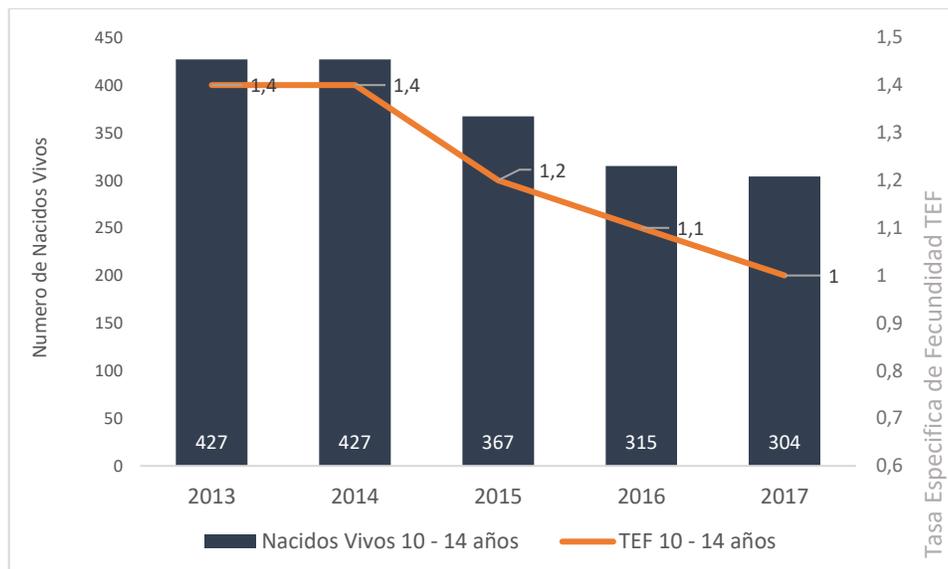
## Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Tener un alto porcentaje de parto institucionalizado permite contar con atención por profesional médico, así como brindar medidas necesarias para atención del binomio madre-hijo. Para el Distrito Capital el indicador se ha mantenido sobre el 99%, situación que es homogénea en todas las localidades. El ideal sería estar sobre el 100%, sin embargo, aún se presentan partos extra institucionales, los cuales pueden estar asociados a condiciones sociales y culturales, tales como: la cosmovisión de las poblaciones étnicas respecto al nacimiento de sus hijos, embarazos no deseados, atención de partos mediante mujeres parteras dentro del domicilio de las madres y sus familias.

### 2.1.3. Nacimientos en mujeres menores de 15 años.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida de las personas, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social e incluye la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. Los embarazos en adolescentes convocan la complejidad de los determinantes estructurales, definidos desde lo económico, lo social y cultural.

Gráfica 11 Nacimientos en mujeres menores de 15 años en Bogotá 2013-2017.



Fuente: 2013-2016: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Año 2016 preliminar. Fuente 2017: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de estadísticas vitales SDS. Datos preliminares

Para el monitoreo de este indicador se realiza el seguimiento al número de nacidos vivos de mujeres en el grupo de edad de 10-14 años, con residencia Bogotá. Con relación a este indicador, durante los últimos cinco años en el Distrito Capital, se evidencia una tendencia hacia el descenso pasando en el 2013 de 427 nacimientos a 304 en el año 2017, mostrando así una reducción de 28,8% comparando los dos periodos.

La reducción de este indicador a nivel distrital puede estar asociada a la intensificación de las acciones de demanda inducida<sup>8</sup> para lograr acceso y adherencia a los métodos de planificación, según los criterios de elegibilidad de la Organización de la OMS de 2015.

Así mismo, las jornadas de promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos que se realizan en las localidades a través de las acciones del Plan de Intervenciones colectivas que se implementan en los 4 espacios de vida cotidiana (vivienda, educativo, laboral y público); en el marco del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana.

A continuación, se presentan los datos de los nacimientos en mujeres de este grupo de edad, desagregados por localidad de residencia.

*Tabla 5. Nacidos vivos de mujeres de 10-14 años, según localidad de residencia. Bogotá, D:C 2013-2017*

LOCALIDAD	2013	2014	2015	2016	2017
Ciudad Bolívar	85	86	56	55	50
Bosa	43	48	49	40	49
Usme	28	31	28	34	33
Kennedy	43	57	54	33	32
Suba	62	45	29	27	24
Rafael Uribe	32	22	23	22	24
San Cristóbal	28	28	30	23	21
Usaquén	10	23	17	21	15
Engativá	18	15	17	19	13
Tunjuelito	9	11	10	11	8
Fontibón	16	9	9	6	8
Teusaquillo	2	2	1	3	7
Chapinero	4	3	2	2	5
Mártires	11	20	20	2	5
Santa fe	13	4	7	6	4
Candelaria	7	2	3	0	3
Puente Aranda	4	6	4	4	2
Antonio Nariño	6	3	4	4	1
Barrios unidos	3	0	3	0	0
Sumapaz	1	1	0	1	0
Sin dato de localidad	2	1	1	2	0
TOTAL	427	417	367	315	304

Fuente: 2013-2016: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Año 2016 preliminar. Fuente 2017: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de estadísticas vitales SDS. Datos preliminares

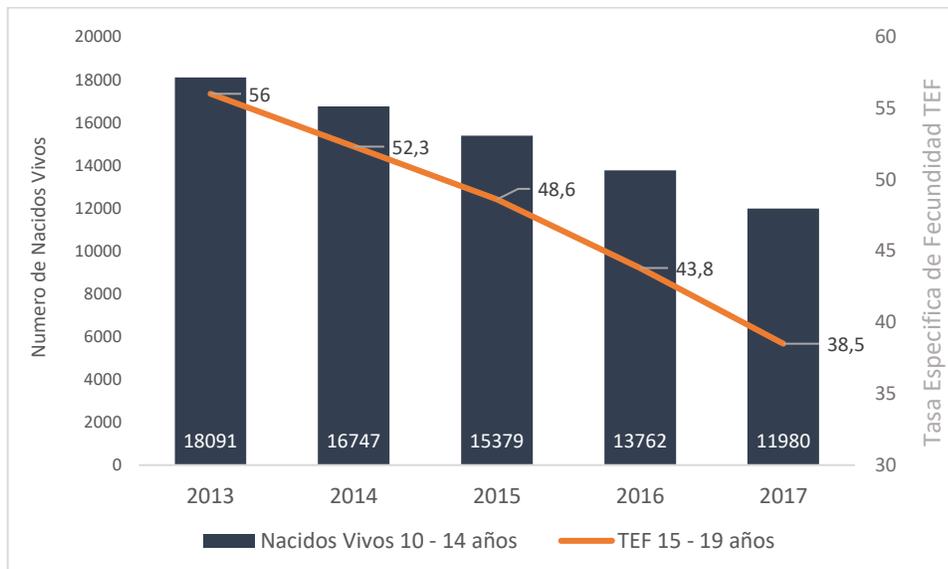
Es importante mencionar que el 80% de los nacimientos en este grupo de edad se concentran en 8 localidades del Distrito, encontrando que las cinco que presentan el mayor número de casos son: Ciudad Bolívar, Bosa, Usme, Kennedy y Suba. Esta situación está directamente relacionada a las condiciones de vulnerabilidad social, económica y cultural de las niñas y adolescentes, que actúan como determinantes sociales de la ocurrencia del evento y que se evidencia en estas localidades por ser su lugar de residencia.

<sup>8</sup> Este concepto hace referencia a la búsqueda de las mujeres en este grupo de edad que no se encuentran planificando, por parte de las aseguradoras y de la Instituciones prestadoras de servicio de baja complejidad, con el fin de ofertar los métodos de planificación con el fin de prevenir los embarazos no planeados.

A pesar de lo anterior, durante el periodo de análisis, se resalta que las localidades de Suba y Ciudad Bolívar presentaron la mayor reducción en el número de nacimientos en este grupo de edad, específicamente Suba pasó en el 2013 de tener 62 casos a 24 en el año 2017, lo que representa una reducción de 62% y Ciudad Bolívar pasó en el 2013 de tener 85 casos a 50 en el año 2017, lo que representa una reducción de 41,1%. De otra parte, las localidades con el menor número de nacimientos en este grupo de edad son Barrios Unidos, Teusaquillo, Sumapaz y Chapinero.

#### 2.1.4. Nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años.

Gráfica 12 Nacimientos en mujeres entre 15 y 19 años en Bogotá 2013-2017.



Fuente 2013-2016: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE - Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Año 2016 preliminar.

Fuente 2017: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de estadísticas vitales SDS. Datos preliminares.

Al igual que el anterior indicador, para el monitoreo de este indicador se realiza el seguimiento al número de nacidos vivos de mujeres en el grupo de edad de 15-19 años, con residencia en Bogotá, que durante los últimos cinco años evidencia una tendencia hacia el descenso pasando en el 2013 de 18.091 nacimientos a 11.980 en el año 2017, mostrando una reducción de 34% comparando los dos periodos.

La tendencia de reducción de este indicador durante el periodo de análisis se asocia directamente con las estrategias y acciones (que se señalaron en el indicador anterior) en el marco del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, que busca la afectación positiva de los determinantes sociales, como factores protectores en la prevención del embarazo a temprana edad.

A continuación, se presentan los datos de los nacimientos en mujeres de este grupo de edad, desagregados por localidad de residencia.

*Tabla 6 Nacidos vivos de mujeres de 15-19 años, según localidad de residencia. Bogotá, D.C 2013-2017*

LOCALIDAD	2013	2014	2015	2016	2017
Ciudad Bolívar	2554	2566	2298	2046	1804
Kennedy	2540	2333	2137	1902	1706
Bosa	2227	1904	1925	1809	1526
Suba	2011	1849	1705	1436	1314
Usme	1426	1292	1244	1176	984
San Cristóbal	1421	1382	1219	1079	931
Rafael Uribe Uribe	1213	1120	1032	865	808
Engativá	1243	1136	1011	854	717
Usaquén	591	550	546	480	455
Tunjuelito	558	490	441	394	344
Fontibón	540	515	430	407	331
Santafé	355	266	269	247	236
Puente Aranda	426	387	304	264	209
Mártires	199	228	196	143	152
Barrios Unidos	196	175	134	111	115
Antonio Nariño	232	211	153	164	97
Chapinero	167	136	113	115	88
Teusaquillo	103	78	61	70	64
Candelaria	64	69	54	43	36
Sumapaz	13	9	4	6	8
Sin dato de localidad	12	51	103	151	55
<b>Total</b>	<b>18091</b>	<b>16747</b>	<b>15379</b>	<b>13762</b>	<b>11980</b>

Fuente 2013-2016: Certificado de nacido vivo Bases de datos nacimientos DANE -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Año 2016 preliminar.

Fuente 2017: Aplicativo -RUAF-ND -Sistema de estadísticas vitales SDS. Datos preliminares

Es importante señalar que el 80% de los nacimientos del grupo de 15-19 años se concentran en 8 localidades del Distrito, encontrando que las cinco que presentan el mayor número de casos son: Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, Suba y Usme. Este comportamiento se asocia directamente a las condiciones de pobreza e inequidad social de la población adolescente que habita estas localidades.

A pesar de lo anterior, durante el periodo de análisis el comportamiento y la tendencia de este indicador es hacia el descenso, identificando que las mayores reducciones se presentaron en las localidades de: Suba, pasando en el 2013 de tener 2.011 nacimientos a 1.314 en el año 2017, lo que representa una reducción de 34,6%, en Kennedy se presenta una reducción de 32,8% con 2.540 nacimientos en 2013 pasando a 1.706 en el 2017; y en Ciudad Bolívar la reducción fue de 29,3% pasando en el 2013 de 2.554 nacimientos a 1.804 en el año 2017. De otra parte, las localidades con el menor número de casos son Teusaquillo, Sumapaz y Candelaria.

## **Condiciones que determinan el comportamiento de nacimientos en niñas y adolescente de 10 a 19 años.**

A partir del análisis epidemiológico del comportamiento del evento durante el periodo 2013 a 2017, se concluye que la tendencia de reducción del número de nacimientos en las niñas y adolescentes que residen en Bogotá, guarda relación con la tendencia general de disminución en el número de nacimientos de las mujeres en edad fértil, asociado a la mayor planificación de los embarazos a través del uso de métodos anticonceptivos y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que pueden posponer la decisión o no, de concebir. Si bien es cierta la tendencia hacia la disminución de los nacimientos en las mujeres en edad fértil, para el distrito capital se evidencia una mayor disminución de los nacimientos en mujeres de 10 a 19 años.

Este comportamiento, se asocia a la implementación del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, a través de construcción de espacios de concertación, articulación y engranaje de acciones, planes y proyectos desarrollados por diferentes sectores de la administración desde su competencia, liderado por la Secretaria Distrital de Integración Social, en el que la SDS efectúa acompañamiento y asistencia técnica a las Instituciones Prestadoras de Servicios y a la comunidad; así como, la ampliación de la oferta y demanda para lograr adherencia a métodos de regulación de la fecundidad, seguimiento y canalización de adolescentes y jóvenes a programas de salud sexual y reproductiva, entre otros.

Por último, el seguimiento a los nacimientos en niñas y adolescentes, aporta al análisis del fenómeno de embarazo a temprana edad y de manera simultánea orienta la formulación de acciones que se traducen en afectación positiva de determinantes en relación con a la Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, establecida como una dimensión prioritaria en el Plan Decenal de Salud Pública, buscando un enfoque de atención integral a las generaciones jóvenes de la ciudad.

## **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

En el marco del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana para Bogotá, que lidera la Secretaria Distrital de Integración Social-SDIS, la SDS participa dentro del escenario intersectorial, aportando desde su competencia acciones que permitan transformar imaginarios, creencias, prácticas y realidades frente al cuerpo como territorio en el que se vive, se manifiesta y se ejerce la sexualidad a lo largo de la vida.

Desde la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, bajo la Estrategia de Salud Urbana, se han implementado acciones integradas en los diferentes Espacios de Vida y Procesos Transversales:

### *Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública:*

- Acciones de formación a "agentes" del Distrito en derechos sexuales, derechos reproductivos y prevención de la maternidad y la paternidad temprana, se lleva a cabo evento de sensibilización y socialización del Programa Distrital de Prevención

y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana, a 150 profesionales de los equipos operativos que implementan acciones integradoras en los Espacios de Vida (Espacio Educación, Espacio Vivienda, Espacio Público, Espacio Trabajo), Proceso Transversales (Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública de Interés en Salud Pública, Vigilancia en Salud Pública, Gobernanza) y referentes de Gestión del Riesgo Individual de las Subredes.

- Se realizaron 816 asistencias técnicas a 317 IPS (Públicas y Privadas) que requieren procesos de fortalecimiento de estrategias relacionadas con el suministro de métodos de regulación de la fecundidad, seguimiento a mujeres en edad fértil, anticoncepción post evento obstétrico y estrategias encaminadas a la reducción de maternidad y paternidad temprana, procesos de fortalecimiento o desarrollo de una estrategia que permita la asesoría, el suministro de métodos de regulación de la fecundidad y seguimiento periódico a mujeres en edad fértil.
- Habilitar y hacer seguimiento a IPS (Públicas y Privadas) en Servicios Integrales de Salud para Adolescentes y Jóvenes-SISAJ, basados en el modelo de servicios amigables desarrollados en el marco del modelo de atención integral en el Distrito Capital.
- Armonización de la Ruta Integral de Atención-RIA en salud para la prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana.
- Diseño, implementación y seguimiento a la "Plataforma Virtual" de atención y remisión en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes para la resolución de dudas relacionadas con Sexualidad, Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Salud Reproductiva, denominada [www.sexperto.co](http://www.sexperto.co) y dirigida a adolescentes y jóvenes.
- Se han realizado 174.273 sesiones; 153.216 usuarios y 535.270 visitas de página.
- Socialización de piezas comunicativas diseñadas por la SDIS para el programa distrital, la plataforma de Sexperto y las enviadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el tema de conmemoración de la Semana Andina.

#### *Espacio Educativo:*

- Desarrollo del componente "AMARTE"<sup>9</sup>, abordando 1904 instituciones educativas que priorizaron el tema de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Se desarrollan en este espacio 1.898 grupos conversacionales, con la participación de 30.134 estudiantes, que conocen y promueven los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, se orientan acciones hacia la reducción del embarazo no planeado y el conocimiento de la Sentencia C-355- 2006.
- Se realizaron 964 asesorías con la participación de 2394 docentes, interviniendo 75 grupos prioritarios con orientación en salud y 54 grupos prioritarios para gestantes y lactantes.

---

<sup>9</sup> Estrategias orientada hacia el desarrollo de círculos conversacionales reflexivos y críticos alrededor de la construcción y resignificación de la sexualidad en sus funciones reproductiva / procreativa, erótica, relacional / comunicacional, los abordajes del tema con Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes y la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos como medio para la construcción de ciudadanía y la convivencia pacífica. (las personas intervenidas desde este componente, está dirigido a niños, niñas y adolescentes, quienes participan en diferentes actividades contempladas dentro de esta estrategia).

- Se desarrollaron 424 iniciativas de comunicación relacionadas con derechos y deberes en salud, autoestima, derechos sexuales y reproductivos, abuso y violencia sexual, construcción de relaciones de convivencia pacífica, estigma y discriminación, reconocimiento de derechos sexuales, mitos e inquietudes frente a su ejercicio en adolescentes y jóvenes, planificación familiar, control prenatal, cuidados del recién nacido, importancia de la lactancia materna, hábitos que promueven el autocuidado, prevención de la maternidad y paternidad temprana.
- Definición de una estrategia lúdica y pedagógica de promoción de los derechos sexuales en los programas sectoriales que atiendan a los jóvenes y adolescentes articulados con la estrategia de transformación cultural con el fin de articular acciones en los escenarios de Ferias de Sexualidad programadas para la Semana Andina de Prevención de Embarazo en la Adolescencia, en el marco del Programa de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana.
- A través de la implementación de acciones lúdicas pedagógicas, se participó en las actividades coordinadas por la Secretaría Distrital de Integración Social en particular "Sexperto en vivo" y "Sin Vergüenza".

#### *Espacio Vivienda:*

- Se implementaron acciones en 12.348 familias con 6.488 adolescentes de 10 a 19 años en las cuales se realizan acciones orientadas a la prevención del embarazo a temprana edad, regulación de la fecundidad, fortalecimiento del proyecto de vida y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Se realizó seguimiento a 1.225 gestantes adolescentes con alto riesgo de embarazo subsiguiente. Se identificaron 45 adolescentes desescolarizados a quienes se les activó la ruta Intersectorial con Secretaría de Educación Distrital.
- Se canalizaron 265 jóvenes hacia la Ruta de Protección Específica y Detección Temprana en alteraciones del joven, 89 canalizaciones a Ruta de Protección Específica y Detección Temprana, en atención en Planificación Familiar, 6 activaciones para la Ruta de embarazo o con sospecha de embarazo con causal Sentencia C-355 de 2006, 50 activaciones para la Ruta de Mujer en edad fértil sin método de regulación de la fecundidad.

#### *Espacio Público:*

- En el Espacio Público fueron fortalecidas 137 organizaciones comunitarias interesadas en generar iniciativas relacionados con la promoción, apropiación y ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el fortalecimiento de los Servicios Integrales de Salud para Adolescentes y Jóvenes-SISAJ, surgen 145 planes estratégicos que se encuentran en implementación, se evaluaron 59 grupos con iniciativas comunitarias.
- Se realizaron 3 Jornadas Distritales de promoción de la salud en el Espacio Público con desarrollo de temas relacionados con embarazo no planeado.

#### *Vigilancia en salud Pública:*

- Se adelantan procesos de articulación de los sistemas de alertas y reporte de casos de maternidad y paternidad adolescente para mejorar el reporte distrital y mejorar

los sistemas de información y seguimiento de casos priorizados en el marco del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana de "Bogotá Mejor Para Todos".

- En articulación con el Proceso Transversal de Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se lideró el desarrollo de 10 mesas de trabajo sectorial, conformado para realizar el seguimiento al Plan de Acción Sectorial y cumplimiento de compromisos de salud en el espacio intersectorial del Programa Distrital de Prevención y Atención de la Maternidad y Paternidad Temprana.
- Se elabora semestralmente un documento de análisis epidemiológico sobre el comportamiento de los nacimientos en mujeres adolescentes y jóvenes. Como acciones complementarias, se realizaron 147 Investigaciones epidemiológicas de campo-IEC a gestantes adolescentes y 72 grupos focales, donde a partir del monitoreo de los nacidos vivos en mujeres menores de 24 años, se establece como criterios de priorización para el desarrollo de estas acciones, los casos de gestantes menores de 14 años y los embarazos subsiguientes en adolescentes, y seguimiento por los equipos locales del Espacio Vivienda en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas PIC.
- Implementar y difundir la campaña de comunicaciones distrital para la prevención de la maternidad y la paternidad temprana.
- Durante la vigencia se han logrado espacios de participación y retroalimentación por parte de la estrategia de intervención para seguimiento y monitoreo de la maternidad y paternidad temprana, en actividades que se desarrollan a nivel Distrital tales como; Primer encuentro juvenil y cultural de jóvenes, Semana Andina, ferias de salud, pagina web Sexperto.
- Adicionalmente se desarrollaron actividades programadas por plan de acción; grupos focales con adolescentes y jóvenes, gestantes, padres de familia y docentes e identificando casos trazadores y embarazos subsiguientes y aplicando el formato de investigación epidemiológica de campo maternidad y paternidad temprana.

*Intervenciones realizadas desde la Línea 106 asociadas al disfrute de los derechos sexuales y los derechos reproductivos:*

- El abordaje que realiza la línea 106 se da desde la salud mental positiva, que contempla al ser humano de forma integral, incluyendo su potencialidad para promover cambios en sí mismo, entendiendo el papel del profesional en salud mental como un facilitador de reflexiones que favorecen el bienestar emocional, mental y social de cada individuo, y por tanto, el disfrute de su sexualidad, tanto placentera, como responsable, sana y segura.
- Así mismo, la línea 106 contempla en sus intervenciones, la escucha activa como la estrategia que le permite reaccionar a la necesidad de niños, niñas adolescentes, y jóvenes, enfocando sus intervenciones hacia la promoción de la salud o a la prevención de factores de riesgo, de acuerdo con un rápido análisis del tema que motiva la conversación. De ahí que se adelantan intervenciones de promoción de la salud tales como: expresividad afectiva, proyecto de vida, crecimiento y desarrollo, y habilidades para la vida (cognitivas, sociales y emocionales) comprendiendo que su adecuado desarrollo posibilita en mayor probabilidad un ejercicio más responsable con el ejercicio de la sexualidad. (Ver Tabla)

Tabla 7 Temas abordados en intervenciones de Línea 106

<b>ACCIONES DE PROMOCIÓN</b>	<b>Total</b>
Habilidades para la vida cognitivas	60
Habilidades para la vida sociales	59
Habilidades para la vida emocionales	295
Expresividad afectiva	1387
Proyecto de vida	105
Crecimiento y desarrollo	7
<b>TOTAL</b>	<b>1913</b>

<b>ACCIONES DE PREVENCIÓN</b>	
<b>Manejo de factores de riesgo</b>	
Anticoncepción	89
Embarazo	86
ITS-VIH	29
Soledad	414
Manejo seguro de redes sociales	41
Ausencia de amigos-amigas	13
<b>TOTAL</b>	<b>672</b>
<b>Construcción de identidad</b>	
Inquietudes sobre sexualidad (masturbación, entre otros)	101
Identidad sexual	8
Orientación sexual	52
Autoimagen, autoconcepto y autoestima	176
<b>TOTAL</b>	<b>337</b>
<b>Aspectos relacionales de la sexualidad</b>	
Noviazgo	236
Relaciones con amigos-amigas	211
Relaciones con otros adultos	12
Relaciones con los profesores	31
Relaciones entre hermanos	54
Relaciones entre padres e hijos - hijos y padres	772
<b>TOTAL</b>	<b>1.316</b>
<b>Situaciones de violencia asociadas a la sexualidad</b>	
Violencia física	753
Violencia informática	161
Violencia por intimidación escolar	127
Violencia sexual	455

ACCIONES DE PREVENCIÓN	
ESCNNA	23
<b>TOTAL</b>	<b>1.519</b>

Fuente: Base de datos Línea 106.

Además de las acciones realizadas en cada uno de los espacios, la SDS desarrolla las siguientes estrategias:

- La atención integral de la maternidad y paternidad temprana se encuentra inmersa dentro del mismo marco de acción de la estrategia Distrital Sectorial denominada “Embarazados Todos Por la Vida”, como una apuesta Distrital, liderada por la Alcaldía de Bogotá y la Cámara de Comercio, en la cual los distintos actores del sistema de salud se comprometen a mejorar la atención materno perinatal a través de acciones concretas de alto impacto, en el marco del “Pacto por la atención segura de madres y niños menores de 1 año”, oficializado en el mes de octubre de 2017. En este proceso se busca la intensificación de acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, y atención oportuna y de calidad dirigidas a las mujeres gestantes, madres, niños y niñas de manera articulada en cooperación con las IPS y las EAPB.

El proceso incluye la realización de acciones para el fortalecimiento de estrategias efectivas en la identificación temprana de factores de riesgo, inducción a la demanda, monitoreo y vigilancia epidemiológica, notificación inmediata y seguimiento caso a caso en el marco de la actual organización por redes de los servicios de salud del Distrito bajo el enfoque de la gestión del riesgo. Todo esto acompañado por una campaña de comunicaciones que pretende sensibilizar a la población capitalina sobre la importancia de proteger, acompañar y apoyar a las mujeres y familias gestantes, en su cuidado, para la vivencia de una maternidad y paternidad feliz

- De manera simultánea, se continua con la implementación del Plan de Intervenciones Colectivas en el cual se realizan las acciones integradoras de caracterización socio ambiental e identificación de riesgos individuales y colectivos, en los diferentes espacios de vida cotidiana (Vivienda, Educación, Trabajo y Espacio Público), así como Procesos Transversales de Vigilancia en Salud Pública, Gobernanza y Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública de Interés en Salud Pública ya mencionadas, para la gestión individual y colectiva del riesgo en salud, canalización de riesgos prioritarios en las mujeres gestantes a los servicios de salud para la activación de Rutas Integrales de Atención en Salud, así como Rutas Intersectoriales, para incidir de manera positiva sobre las determinantes sociales de la salud materno perinatal.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Integración Social**

La labor de la Secretaria Distrital de integración Social ha sido la de accionar frente a la prevención de la paternidad y maternidad temprana, cualificando a los profesionales de los servicios de primera infancia, infancia y adolescencia.

En el 2017 se cualificó a 38 profesionales de los servicios y estrategias de prevención de trabajo infantil y Estrategia de participación, en temas de derechos sexuales y derechos reproductivos dando herramienta para trabajar con niños y niñas entre los 6 y 14 años, quienes a su vez incluyeron la temática en los proyectos pedagógicos de dichas estrategias y en 17 Consejos Locales de Participación Infantil.

También se cualificaron a 1292 profesionales de los servicios de primera infancia en la implementación de la guía de autocuidado, que permitió replicarla en 14.665 niños y niñas de los Jardines Infantiles del Distrito.

Por su parte la Secretaria Distrital de Integración Social, diseñó una metodología de prevención de embarazo subsiguiente, con la cual cualificó 150 profesionales del servicio Creciendo en Familia quienes replicaron la cualificación a 2.048 gestantes y madres menores de 24 años del mismo servicio como una estrategia para disminuir los nacimientos subsiguientes en adolescentes y jóvenes.

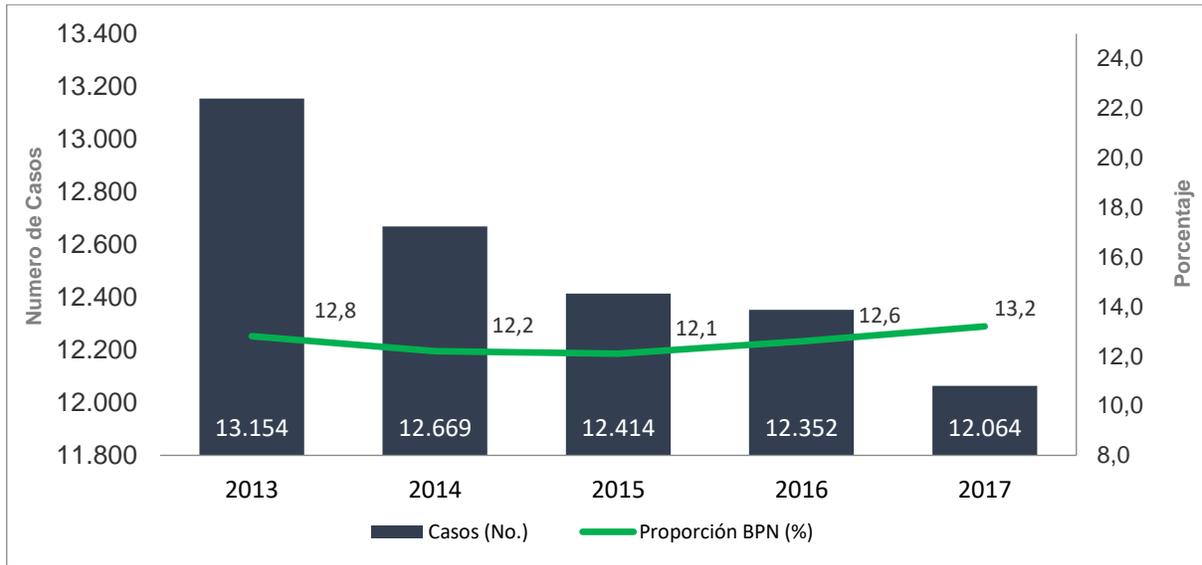
### **2.1.5. Prevalencia de Bajo peso al Nacer**

El Indicador proporción de bajo peso al nacer corresponde al número de recién nacidos con peso inferior a 2.500 gramos, expresado como porcentaje del número total de nacidos vivos en el periodo.

La proporción de bajo peso al nacer en Bogotá presenta una tendencia estacionaria en el periodo 2013-2015, afectando a cerca del 12% de recién nacidos, con incremento gradual, pasando del 12,8 en 2013 al 13,2 en 2017. Gráfica 5.

Es importante anotar que el indicador puede estar afectado por la reducción en el número de nacimientos en el periodo (2013: 102.426 NV; 2014: 103.471; 2015: 102.225 NV; 2016: 98.112 NV y 2017: 91.672). Es necesario fortalecer las acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, la calidad del control prenatal para la prevención y detección oportuna de complicaciones durante la gestación, la vigilancia de la adecuada ganancia de peso y la suplementación con micronutrientes que favorecen el adecuado crecimiento intrauterino y la prevención de las complicaciones durante la gestación que pueden afectar el aporte de calorías y nutrientes en la vida fetal.

*Gráfica 13 Tendencia del Bajo Peso al Nacer. Bogotá D.C., serie 2013-2017.*



Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2018

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Este comportamiento se explica en la dificultad para afectar intersectorialmente los determinantes estructurales relacionados con condiciones socioeconómicas y ambientales desfavorables e inseguridad alimentaria de las familias gestantes, pobre adherencia al control prenatal para la detección y tratamiento oportunos de las patologías durante la gestación que pueden incidir en el bajo peso al nacer: trastornos hipertensivos, infecciones, carencias nutricionales y pobre ganancia de peso.

Desagregado por localidad de residencia, el bajo peso al nacer, en general permanece estacionario en el periodo. En 2017, las localidades con mayores prevalencias son: Sumapaz (16,9%), San Cristóbal (14,7%), Chapinero (14,6%), La Candelaria (14,5%) y Santafé (14,4%). En este sentido, debido a que los factores de riesgo para el bajo peso al nacer están más relacionados con las complicaciones médicas durante la gestación, es difícil establecer una relación directa con las características socioeconómicas y ambientales de la localidad de residencia; sin embargo, es importante el fortalecimiento de acciones intersectoriales integrales en las localidades con mayor proporción de BPN. Tabla 5.

Tabla 8 Bajo peso al nacer según localidades. Años 2013 - 2017

Localidad de Residencia	2013	2014	2015	2016	2017
Sumapaz	9,1	21,4	11,8	0,0	16,7
San Cristóbal	12,7	13,0	13,5	12,6	14,7
Chapinero	13,0	11,3	12,6	12,4	14,6
La Candelaria	14,1	12,5	14,8	14,7	14,5
Santafé	15,4	14,3	10,8	10,6	14,4
Los Mártires	13,8	12,5	12,2	12,3	14,3
Ciudad Bolívar	14,0	12,9	12,5	13,0	13,9
Barrios Unidos	12,3	11,4	11,5	12,8	13,8
Kennedy	13,2	11,8	11,6	12,6	13,3
Suba	12,7	12,8	12,1	12,4	13,3
Usme	13,5	13,5	14,1	14,4	13,1
Rafael Uribe	12,4	11,9	12,1	12,6	13,1
Engativá	12,2	12,0	12,1	12,1	12,7
Bosa	12,0	11,1	11,6	11,8	12,6
Fontibón	11,8	11,1	11,1	12,7	12,6
Usaquén	12,6	12,2	11,6	12,5	12,3
Tunjuelito	12,8	12,4	12,1	12,7	12,2
Puente Aranda	12,3	11,1	11,8	12,5	12,2
Teusaquillo	14,5	12,4	12,5	13,7	10,7
Antonio Nariño	13,0	13,5	12,2	13,2	10,1
Bogotá	12,8	12,2	12,1	12,6	13,2

Fuente: Bases de datos RUAF-DANE- Sistema de Estadísticas Vitales- SVSP-SDS.

El comportamiento del indicador puede estar relacionado con debilidades en el abordaje integral para controlar los factores de riesgo que afectan el adecuado crecimiento y desarrollo fetal:

- La baja adherencia al control prenatal para la detección oportuna y tratamiento oportuno de las complicaciones durante la gestación
- Cobertura de las acciones de P y D dirigidas a mujeres en edad fértil en pro de la maternidad segura.
- Acciones intersectoriales para el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y ambientales desfavorables que afectan la seguridad alimentaria y nutricional de las familias gestantes.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

A través de los espacios de vida cotidiana y los componentes de gobernanza y programas de acciones de interés en salud pública se desarrollaron las siguientes acciones:

- 711 mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional con seguimiento y canalizadas a servicios sociales.
- 12.071 familias con orientación en la estrategia AIEPI comunitario, temas de vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, prevención accidentes a cuidadores de menores de 5 años.
- Desde el SISVAN se continua en el fortalecimiento de la vigilancia al bajo peso al nacer, mortalidad por o asociada a desnutrición y se implementa la vigilancia del evento desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años. Salud.

### **2.1.6. Transmisión materna infantil de VIH**

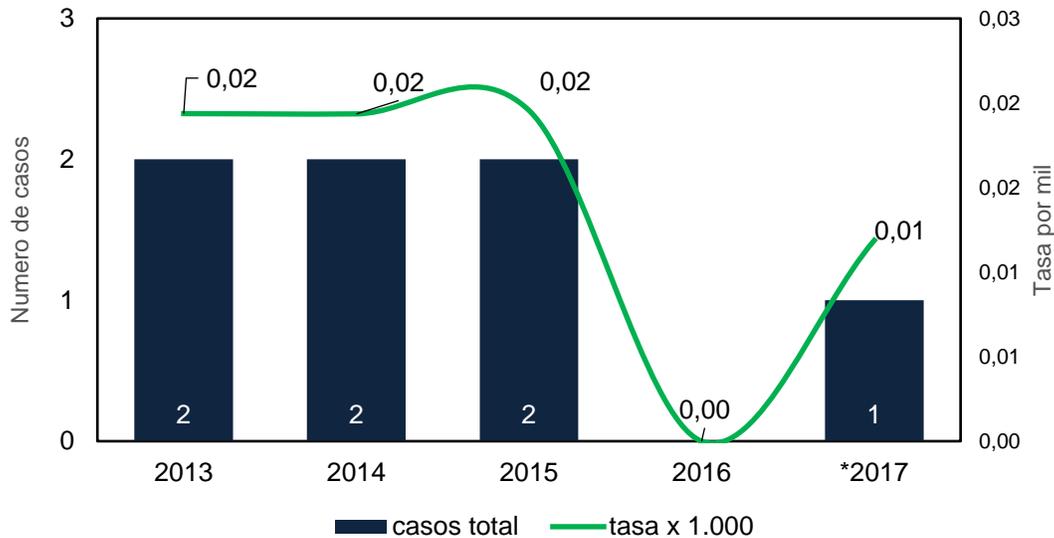
Este indicador representa el número de menores de 2 años que tienen diagnóstico de VIH sobre el total de nacidos vivos de la ciudad por cada 1000 nacidos vivos. Una transmisión maternoinfantil de VIH es el resultado de una serie de factores que influyen en el seguimiento de las mujeres que viven con VIH y las gestantes que se diagnostican durante este periodo; lo anterior se relaciona con factores del contexto social, familiar y de respuesta en la atención integral relacionada con el acceso oportuno al control prenatal, diagnóstico, acceso a tratamiento y seguimiento de la mujer en estado de gestación y el menor.

La transmisión maternoinfantil es un indicador que se ha venido trabajando desde el año 2010, donde los Estados Miembros de la OPS han asumido el compromiso de impulsar la eliminación de la transmisión maternoinfantil de la infección por el VIH y la Sífilis en la región; en este sentido se establecieron metas para el 2015, ante las cuales se renovaron los compromisos en el año 2016 mediante la aprobación del plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud OPS. Organización Mundial de la Salud, oficina regional para las Américas. ETMI Plus Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la Sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Julio de 2017

Gráfica 14 Número de casos y Tasa de transmisión materno infantil de VIH x 1.000 nacidos vivos, 2013- 2017. Bogotá D.C.



Fuente. SIVIGILA<sup>11</sup>Secretaría Distrital de Salud-Año 2013-\*2017 Datos preliminares  
Fuente 2015- 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS.  
Datos Preliminares 2017: Ajustado 15-01-2018 (Corte 12-01-2018)

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Durante los años 2013 – 2015 el número de casos de Transmisión materno infantil de VIH ha mantenido un comportamiento similar; de estos casos se ha realizado unidad de análisis al 100%, las cuales han permitido identificar aspectos importantes durante la atención que han afectado el seguimiento desde la gestación. Sin embargo, es importante aclarar que, de los 10 casos notificados para este periodo de tiempo, uno de los casos que corresponde al año 2014, a pesar de contar con atención integral, durante la gestación, el parto y el pos parto se dio la Transmisión Materno infantil-TMI de VIH.

Para el año 2017, se notificó un caso de TMI de VIH (dato preliminar) al cual se le realizó unidad de análisis evidenciando que durante la gestación, parto y posparto se garantizó la atención integral con pruebas a la gestante negativas y se concluyó que la TMI se dio por lactancia materna.

El comportamiento de este indicador se considera un logro importante para la ciudad, en relación con el número de partos que se atienden en las diferentes unidades prestadoras de servicios de salud, la identificación de los aspectos como la atención integral, la garantía de tamizaje oportuno, tratamiento y seguimiento de las gestantes ha permitido mantener en 2 casos o menos el indicador de la ciudad; como objetivo del Distrito está, mantener la

<sup>11</sup> Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

meta propuesta en aras de alcanzar la certificación en el Distrito Capital de la eliminación de TMI de VIH.

En el año 2013 se presentaron 2 casos: 1 en Kennedy y 1 en Tunjuelito; en 2014 se presentaron 2 casos: en Rafael Uribe y en San Cristóbal; en 2015, 2 casos en Engativá y Puente Aranda; en 2016 no se presentaron casos y en 2017 hubo 1 caso en Usme.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

Las acciones desarrolladas para VIH se trabajan de manera transversal en los diferentes espacios con el fin de hacer un abordaje integral de Infecciones de Transmisión Sexual-ITS, de tal forma que los objetivos principales en las estrategias de los espacios de vida cotidiana están encaminadas a la gestión del riesgo.

#### *Espacio Vivienda:*

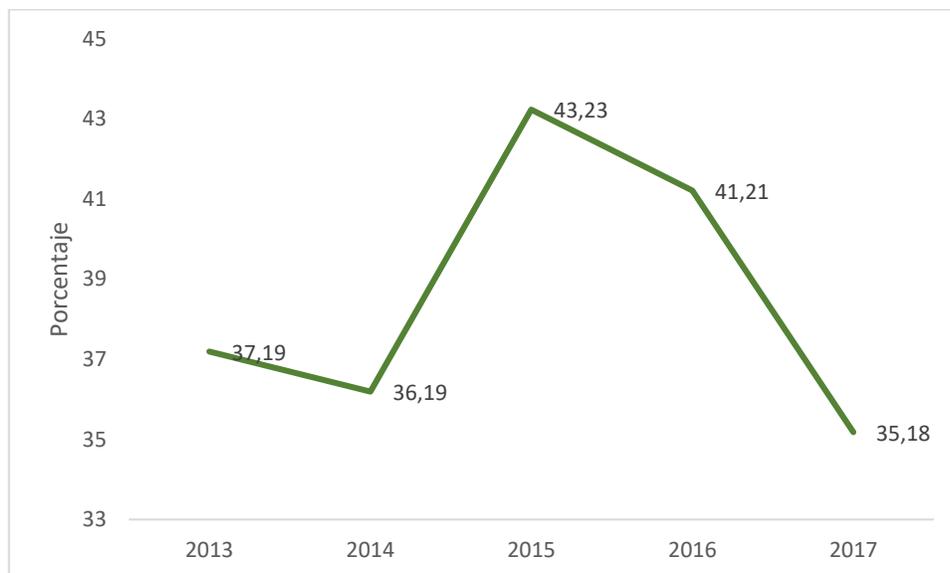
- Se ha realizado fortalecimiento técnico a los equipos, relacionados con la identificación, seguimiento y canalización de casos de gestantes con diagnóstico VIH.
- Implementación de acciones en familias, en las cuales se identificaron gestantes, y en se han realizado acciones orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos y acceso a tamizaje en ITS en el control prenatal.
- Se desarrollaron jornadas Distritales como parte de la conmemoración de Día Internacional contra la homofobia, 2° Semana Andina de la Prevención de Embarazos en Adolescentes con una jornada como incentivo a prácticas de cuidado y el abordaje integral de la sexualidad.
- Se cuenta con 450 profesionales formados (cursos de Asesoría en Prueba Voluntaria- APV y Guías de Práctica Clínica- GPC en VIH), por localidad.
- Asistencias técnicas realizadas en Salud Sexual y Reproductiva-SSR en IPS, pruebas rápidas de VIH realizadas por localidad.
- Se han entregado más de 600.000 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad.
- Se han realizado pruebas rápidas de VIH, a través de la estrategia “Ponte a prueba” inmersa en las diferentes acciones del PSPIC.
- En Información, Educación y Comunicación- IEC se realizaron: 32 procesos de diseño y divulgación de información a nivel subred para las jornadas, campañas y actividades comunicativas en sexualidad responsable, 116 actividades en redes sociales, 3 en medios de comunicación y 31 piezas comunicativas. A nivel de la subred se realizaron 155 procesos de fortalecimiento de capacidades para las intervenciones del PSPIC con 4.294 participaciones del talento humano que opera en las localidades de la subred, distribuidas así: 467 del espacio educativo, 1475 de vivienda, 836 de público, 570 de trabajo, 950 de procesos transversales.
- Se realizaron en el espacio público grupos con iniciativas comunitarias para promocionar los derechos sexuales y reproductivos con la participación de mujeres, y hombres; 140 iniciativas de grupos corresponden a organizaciones comunitarias y 58 iniciativas de grupos, corresponden a redes comunitarias.

- Se abordaron 433 instituciones educativas con el componente AMARTE donde se realizaron 1602 grupos conversacionales, con 25.995 estudiantes y 905 asesorías a docentes en la estrategia AMARTE.
- Asistencias técnicas a Unidades Primarias Generadoras de Datos-UPGD críticas en el fortalecimiento de la implementación del protocolo, definición operativa de caso, algoritmo de diagnóstico para VIH, importancia del seguimiento del evento para la toma de decisiones acorde al comportamiento, ajustes de bases de datos, comportamiento del evento protocolos, notificación, revisión de ajustes y seguimiento a la notificación.

### 2.1.7. Porcentaje de mujeres con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación

Este indicador está relacionado con el número de mujeres en gestación con diagnóstico de sífilis que acceden al tratamiento antes de la semana 17 de gestación sobre el total de mujeres con este diagnóstico, es fuente de seguimiento al acceso oportuno al tratamiento de las mujeres que se diagnostican durante las primeras semanas. El indicador se formula desde los protocolos nacionales del Instituto Nacional de Salud-INS.

Gráfica 6. Porcentaje de mujeres con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación 2013-2017



Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2013-\*2017 Datos preliminares

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

El porcentaje de tratamiento en este periodo da cuenta del número de mujeres que se diagnostican en los primeros trimestres de gestación, lo anterior se relaciona con factores del contexto social, cultural, familiar y la respuesta en la atención integral relacionada con

el acceso oportuno al tratamiento de la gestante a partir del diagnóstico. Para los últimos 5 años el comportamiento es similar, sin embargo, es importante tener en cuenta que este varía de acuerdo con el momento del ingreso al control prenatal, el determinar si la mujer ya estaba infectada, o se infecta durante el periodo de gestación. La Secretaria Distrital de Salud, ha venido intensificando las acciones relacionadas con el diagnóstico oportuno, garantía del tratamiento a las gestantes y su pareja.

*Tabla 9 Porcentaje de mujeres con sífilis gestacional con inicio de tratamiento antes de la semana 17 de gestación 2013-2017, según localidad.*

Localidad de Residencia	2013	2014	2015	2016	2017
Antonio Nariño	25,0%	20,0%	45,5%	83,3%	66,7%
Barrios Unidos	66,7%	0,0%	40,0%	28,6%	33,3%
Bosa	50,0%	45,1%	42,2%	26,8%	23,1%
Chapinero	42,9%	50,0%	66,7%	33,3%	20,0%
Ciudad Bolívar	37,3%	33,0%	40,3%	46,9%	41,3%
Engativá	33,3%	66,7%	50,0%	53,3%	40,9%
Fontibón	53,8%	33,3%	66,7%	53,3%	50,0%
Kennedy	35,8%	41,8%	46,4%	42,9%	35,7%
La Candelaria	0,0%	40,0%	30,0%	9,1%	0,0%
Mártires	16,0%	14,3%	33,3%	34,6%	19,0%
Puente Aranda	25,0%	37,5%	33,3%	35,0%	36,4%
Rafael Uribe Uribe	36,1%	33,3%	40,0%	35,9%	39,4%
San Cristóbal	39,0%	30,8%	21,8%	42,2%	39,2%
Santa Fe	18,2%	17,4%	33,3%	25,0%	20,0%
Suba	45,7%	41,8%	54,5%	38,1%	38,5%
Teusaquillo	50,0%	0,0%	33,3%	100,0%	50,0%
Tunjuelito	35,3%	41,2%	37,5%	66,7%	23,8%
Usaquén	33,3%	61,1%	54,2%	47,4%	47,1%
Usme	35,9%	16,7%	54,5%	35,0%	36,7%
<b>Total general</b>	<b>36,7%</b>	<b>36,4%</b>	<b>43,1%</b>	<b>41,2%</b>	<b>34,6%</b>

Fuente. SIVIGILA Secretaria Distrital de Salud-Año 2013-\*2017 Datos preliminares

El indicador de inicio de tratamiento para sífilis gestacional antes de la semana 17 respecto a los últimos años tiene un comportamiento similar, para el año 2017 solo el 34,2 % de las gestantes recibieron tratamiento antes de esta semana; las localidades que presentan menor porcentaje para el tratamiento antes de semana gestacional 17 son: Candelaria, Mártires y Santa Fe lo cual puede relacionarse con el comportamiento de la incidencia de sífilis congénita en estas localidades, dadas las condiciones de vulnerabilidad como altas inequidades de género, falta de acceso a la educación e identificación temprana de la gestación.

Teniendo en cuenta que el inicio temprano de tratamiento para la sífilis gestacional disminuye la probabilidad de que se presenten nuevos casos de sífilis congénita; y que se deben continuar fortaleciendo las estrategias de los programas para el inicio temprano a control prenatal, la SDS desde la estrategia “Embarazados todos por la vida” ha venido fortaleciendo con las IPS y EAPB la implementación de estrategias para el seguimiento de

las gestantes, la demanda inducida al control prenatal y la implementación de pruebas rápidas dentro de la consulta del control.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

Dentro de las acciones desarrolladas en el año 2017 para aportar en el avance de la meta se encuentran:

#### *Programas y acciones de interés en salud pública:*

- Se realizaron a la fecha 823 asistencias técnicas en SSR en 346 IPS, estas se enfocaron a los eventos de interés es salud pública priorizados en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos reproductivos, se realizó formación de 450 profesionales (cursos de APV y GPC) en Sífilis.
- 51 Instituciones intervenidas con identificación del riesgo individual y activación de ruta (centros de atención transitoria y unidades de protección integral habitante de calle, casa de refugio LGBT, centros carcelarios, sistema penal y adolescente) en las cuales se abordan 2029 individuos en acciones de prevención de ITS con énfasis en Sífilis, VIH y Hepatitis.
- Se han realizado pruebas rápidas de sífilis, a través de la estrategia” Ponte a Prueba” inmersa en las diferentes acciones del PSPIC.
- Acompañamiento a las subredes para el abordaje de manera conjunta del seguimiento a los eventos relacionados con salud materna e infantil con el objetivo de mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno a las gestantes diagnosticadas con sífilis y sus parejas, aportando a disminución del riesgo de tener casos de sífilis congénita.
- Se abordaron 1.400 instituciones educativas con el componente AMARTE donde se realizaron 1.898 grupos conversacionales con 30.058 estudiantes y 997 asesorías a docentes.

#### *Espacio vivienda:*

- Con el espacio vivienda se ha realizado el fortalecimiento técnico a los equipos de institucional de las 4 subredes, para los seguimientos de gestantes con la identificación, seguimiento y canalización de casos diagnosticados.
- Se abordaron 613 intervenciones epidemiológicas de campo en gestantes, de las cuales un 70 % fueron intervenidas por el espacio vivienda. Con el fin de garantizar los seguimientos para el tratamiento oportuno y canalización a la(s) parejas con diagnóstico de sífilis.
- Se han entregado 600.000 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad.
- Implementación de acciones en familias donde se han realizado acciones orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos.

#### *Vigilancia en salud Pública:*

- Se realizó seguimiento a 215 unidades de análisis institucionales de Sífilis congénita en 78 UPGD. 721 intervenciones Epidemiológicas de Campo IEC realizadas de acuerdo a la notificación de eventos: Sífilis gestacional y Sífilis congénita, 179 asistencias técnicas a UPGD críticas en el fortalecimiento de proceso de notificación, ajustes de caso y protocolo en la notificación del evento. Las principales demoras identificadas están relacionadas con la demanda inducida, captación temprana, seguimiento y tratamiento a las parejas; de igual manera se encuentran hallazgos relacionadas con la adherencia a guías de manejo y atención integral.
- Espacios de articulación desde vigilancia en salud pública con otros espacios para el seguimiento a los casos reportados del evento por subred.
- Propuesta de convenio OPS y SDS para el fortalecimiento de la estrategia de eliminación de la transmisión de VIH, Sífilis congénita y Hepatitis B., para ser ejecutado en el año 2018

### **2.1.8. Incidencia de Sífilis Congénita**

Es importante tener en cuenta que la medición de la incidencia está dada por el número de casos de sífilis congénita para el periodo sobre el total de nacidos vivos de la ciudad por cada 1000 nacidos vivos. Este indicador es el resultado de una serie de factores que influyen en el seguimiento de las mujeres que viven con VIH y las gestantes que se diagnostican durante este periodo; lo anterior se relaciona con factores del contexto social, familiar y de respuesta en la atención integral relacionada con el acceso oportuno al control prenatal, diagnóstico, acceso a tratamiento y seguimiento de la mujer en estado de gestación y el menor.

Este indicador al igual que el de VIH en menores de 2 años, hace parte de la estrategia de eliminación de TMI por el VIH y la Sífilis en la región; en este sentido y teniendo en cuenta el comportamiento del indicador, la ciudad le apuesta al plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021<sup>12</sup>.

Es necesario aclarar que los datos de los años 2015, 2016 y 2017 no son comparables con los años anteriores debido a que hubo un cambio en la definición de caso para este evento.

---

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud OPS. Organización Mundial de la Salud, oficina regional para las Américas. ETMI Plus Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la Sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Julio de 2017

Gráfica 15 Incidencia de Sífilis congénita. Años 2013-2017. Bogotá D.C



Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud-Año 2013-\*2017 Datos preliminares

Fuente 2015- 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares 2017: Ajustado 15-01-2018 (Corte 12-01-2018)

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

La incidencia de Sífilis congénita por 1.000 Nacidos Vivos para el año 2017 es de 1,6 por 1.000 NV (datos preliminares). El comportamiento del indicador para este año presenta un aumento el cual coincide con el comportamiento del país; esto puede estar relacionado con mayor adherencia a la notificación de casos.

En el Distrito Capital para el año 2016 Bogotá tiene una incidencia de Sífilis congénita de 1,3 por 1000NV. Es importante tener en cuenta que el año 2015 fue de implementación de las nuevas guías y protocolos, evidenciando en el 2016 mayor adherencia a los algoritmos diagnósticos, por lo que se podría explicar el 0,1 de diferencia entre estos dos años teniendo en cuenta que para 2015 la incidencia fue de 1,2 por 1.000NV.

Para el cumplimiento de la meta se han intensificado acciones relacionadas con el diagnóstico oportuno con prueba rápida e inicio inmediato de tratamiento, estudio y tratamiento de contactos, asistencia técnica y capacitación en el marco del Modelo Integral de salud a IPS del componente primario y complementario con énfasis en guías y en el plan de eliminación, búsqueda activa de casos de ITS en laboratorios para generación de alertas tempranas.

Además de acciones de seguimiento con: investigaciones epidemiológicas de campo, fortalecimiento de capacidades técnicas a IPS y EAPB priorizadas, se realizan procesos de canalización y apoyo social gestantes, además de acciones de promoción y prevención desde los espacios de vida cotidiana.

*Tabla 10 Proporción de incidencia de Sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos según localidad de residencia, Bogotá D.C. 2.012 a 2017*

Localidad Residencia	2013	2014	2015	2016	2017
Santafé	9,3	5,2	1,0	4,4	7,8
Los Mártires	9,9	3,9	10,2	11,1	7,8
La candelaria	0,0	1,9	0,9	19,8	6,9
Tunjuelito	3,4	2,9	0,4	1,5	2,5
Usme	2,9	4,1	2,6	2,2	1,9
Antonio Nariño	3,8	3,9	1,6	0,0	1,9
Ciudad Bolívar	3,5	4,2	1,3	1,5	1,9
Engativá	1,3	1,3	0,4	1,0	1,7
San Cristóbal	2,8	2,9	2,2	2,1	1,5
Kennedy	0,9	1,4	1,9	1,0	1,5
Rafael Uribe Uribe	3,3	2,4	1,4	1,9	1,5
Suba	1,6	1,6	5,8	0,4	1,4
Bosa	1,0	0,7	0,7	1,5	1,1
Puente Aranda	1,0	0,3	3,0	1,1	0,8
Barrios Unidos	0,6	2,5	0,0	0,0	0,7
Chapinero	0,5	2,1	0,0	0,5	0,5
Fontibón	1,8	0,2	0,1	0,7	0,5
Usaquén	1,5	1,3	1,6	0,3	0,2
Teusaquillo	0,8	0,0	0,9	0,0	0,0
Sumapaz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Bogotá</b>	<b>2,1</b>	<b>2,0</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,6</b>

Fuente. SIVIGILA Secretaría Distrital de Salud-Año 2013-\*2017 Datos preliminares

Fuente 2015- 2016: Certificado de Nacido Vivo- Bases de datos SDS- DANE y RUAF -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Datos Preliminares 2017: Ajustado 15-01-2018 (Corte 12-01-2018)

De acuerdo con los datos presentados durante el periodo de análisis, las localidades con mayor incidencia de este evento, son: Mártires, Santafé, Candelaria; lo cual puede estar relacionado de manera importante con las condiciones de vulnerabilidad de la población como niveles educativos bajos, altas inequidades de género y barreras geográficas para el acceso a salud. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que se debe fortalecer el seguimiento a las parejas, dado que estos casos también están relacionados con reinfección por no tratamiento oportuno o esquemas incompletos que hacen que al momento del parto la infección este activa.

## **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

### *Espacio vivienda*

- Se ha realizado fortalecimiento técnico con los equipos de institucional de las 4 subredes, relacionados con la identificación, seguimiento y canalización de casos de gestantes con diagnóstico de Sífilis.
- Implementación de acciones en familias donde se han realizado acciones orientadas a la promoción de derechos sexuales y reproductivos.
- Se abordaron 613 intervenciones epidemiológicas de campo en gestantes, de las cuales un 70 % fueron intervenidas por el espacio vivienda. Con el fin de garantizar

los seguimientos para el tratamiento oportuno y canalización a la(s) parejas con diagnóstico de sífilis.

#### *Programas y Acciones de interés en salud pública*

- Se realizaron a la fecha 823 asistencias técnicas en SSR en 346 IPS, estas se enfocaron a los eventos de interés es salud publica priorizados en la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos reproductivos, se realizó formación de 450 profesionales formadas (cursos de APV y guías de Práctica Clínica GPC en Sífilis
- Se han entregado 600.000 unidades de condones masculinos en espacios de sensibilización de prevención de ITS desarrollados en la Ciudad. (fuente consolidado almacén SDS).
- 51 instituciones intervenidas con identificación del riesgo individual y activación de ruta (centros de atención transitoria y unidades de protección integral habitante de calle, casa de refugio LGBT, centros carcelarios, sistema penal y adolescente) en las cuales se abordan 2029 individuos en acciones de prevención de ITS con énfasis en Sífilis, VIH y Hepatitis.
- Se han realizado pruebas rápidas de sífilis, a través de la estrategia “Ponte a Prueba” inmersa en las diferentes acciones del PSPIC.
- Acompañamiento a las subredes para el abordaje de manera conjunta del seguimiento a los eventos relacionados con salud materna e infantil con el objetivo de mejorar el diagnóstico y tratamiento oportuno a las gestantes diagnosticadas con sífilis y sus parejas, aportando a disminución del riesgo de tener casos de sífilis congénita.
- Se abordaron 1.400 instituciones educativas con el componente AMARTE donde se realizaron 1.898 grupos conversacionales con 30.058 estudiantes y 997 asesorías a docentes.

#### *Vigilancia en salud Pública*

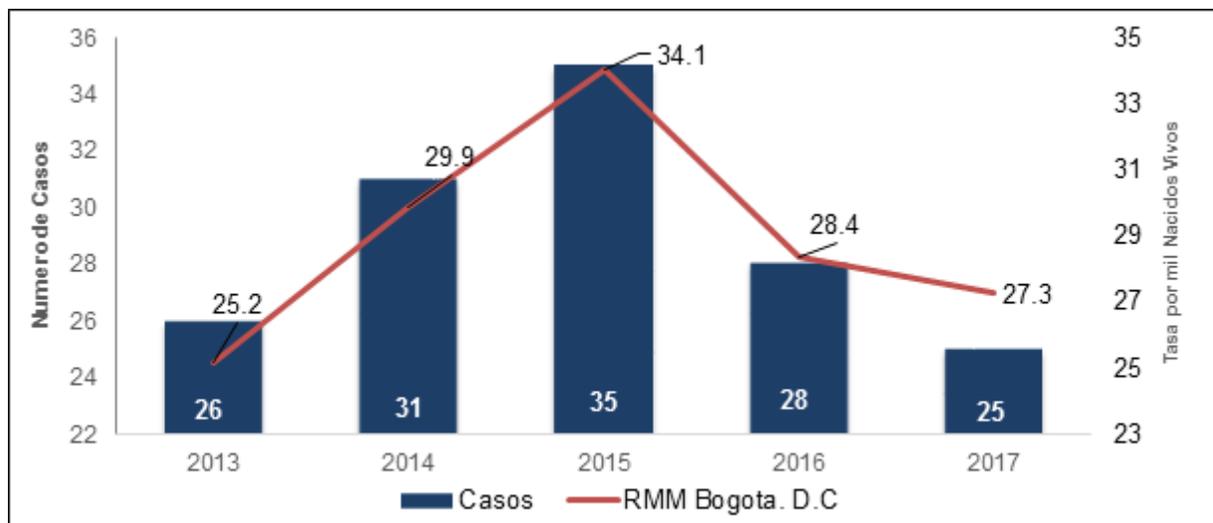
- Se realizó seguimiento a 215 unidades de análisis institucionales de Sífilis congénita en 78 UPGD.
- 721 IEC realizadas de acuerdo con la notificación de eventos: Sífilis gestacional y Sífilis congénita.
- 179 asistencias técnicas a UPGD críticas en el fortalecimiento de proceso de notificación, ajustes de caso y protocolo en la notificación del evento. Las principales demoras identificadas están relacionadas con la demanda inducida, captación temprana, seguimiento y tratamiento a las parejas; de igual manera se encuentran hallazgos relacionadas con la adherencia a guías de manejo y atención integral.
- Espacios de articulación desde vigilancia en salud pública con otros espacios para el seguimiento a los casos reportados del evento por subred.
- Firma del convenio OPS –SDS para el fortalecimiento de la estrategia de eliminación de la transmisión madre e hijo VIH, sífilis congénita y hepatitis B para ser ejecutado durante el 2018.

#### **2.1.9. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos**

Esta razón expresa el riesgo de morir de una mujer en embarazo, parto o puerperio por cada 100.000 nacidos vivos. Una muerte materna es el resultado final de una serie de determinantes que influyen en una mujer de manera directa durante su etapa reproductiva. Dichos factores se relacionan con el contexto político, cultural, social, familiar, económico, ambiental y de respuesta estatal [entre los que se destacan condicionantes relacionados con el ingreso, el nivel educativo, el acceso y la calidad en los servicios de salud, y la normatividad vigente] que son inherentes a su estado de salud.

La tendencia de este indicador para el periodo analizado, presenta un comportamiento muy similar con excepción en el año 2015, en donde se evidencia un pico para el evento (RMM de 34,1 por 100.000 NV) al igual que el número de casos (n=35).

Gráfica 16 Razón de mortalidad materna. Bogotá D.C. Años 2013-2017 en Bogotá D.C



Fuente 2013-2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. -preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

A nivel distrital el comportamiento del evento para el año 2017 en relación al primer año analizado 2013, se presenta un aumento del 8.9% para la RMM; sin embargo, ocurre un caso menos para el año 2017. Lo anterior, se debe en primer lugar a la reducción en el número de nacimientos distritales, como denominador para su cálculo y en segundo lugar se observa una evolución de las causas de defunciones maternas de muestras obstétricas directas hacia muertes maternas producto de complicaciones en mujeres con patologías crónicas de base, tales como cardiopatías, cáncer y otros tumores y lupus.

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

A nivel Distrital el régimen de afiliación al sistema de salud al que pertenecían los casos de muerte materna se encuentra principalmente en el régimen contributivo con un promedio de participación del 55% para los 5 años analizados, seguido del régimen subsidiado con

el 26%. Sin embargo, la razón de mortalidad materna más alta se presenta entre los regímenes excepción y pobre no asegurada.

Comparando la casuística de la mortalidad materna de los años 2013 a 2017, se presenta una reducción en relación a las causas obstétricas directas<sup>13</sup>, encontrando para el primer año un 69%; para el 2014 el 51,6%; 2015 el 57%; año 2016 53,6% y para el año 2017 presenta la participación más baja con el 48%. Sin embargo, aún no se establece la causa básica de muerte por parte del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el 24% (n=4). Las causas relacionadas corresponden a las tres principales a nivel mundial, como son los trastornos hipertensivos, hemorragias y sepsis; a partir del año 2016 se suman además las muertes por trombo embolismo pulmonar como causas directas.

Las muertes indirectas<sup>14</sup> representaron para el 2013 el 23%, año 2014 el 45%, 2015 el 37%, 2016 el 43% y año 2017 el 28%; se establecen causas asociadas a patologías pre existentes como tumores, VIH, cardiopatías y hemorragias intracerebrales.

*Tabla 11 Razón de mortalidad materna. Bogotá D.C. Años 2013-2017 en Bogotá D.C Distribución por localidad*

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Candelaria	0	0	0	0	346.0
Barrios Unidos	58.8	61.2	63.6	64.3	69.2
Ciudad Bolívar	29.8	28.4	38.8	30.6	63.4
Bosa	9.9	50.6	19.2	29.8	53.2
Suba	13.6	33.7	47.2	21.8	30.4
Fontibón	45.7	22.8	0	23.8	26.7
Engativá	0	29.8	21.3	22.7	24.7
Kennedy	32.8	26.6	20	28.3	22.5
Antonio Nariño	149.1	0	83.7	0	0
Chapinero	0	0	0	0	0
Mártires	0	0	0	91.5	0
Puente Aranda	32.5	31.4	32.4	0	0
Rafael UU	17.3	0	37.2	55.8	0
San Cristóbal	32.6	15.9	16.6	0	0
Santa fe	59.2	0	64.9	146.2	0
Sumapaz	0	0	0	0	0
Teusaquillo	73.7	67.2	0	0	0
Tunjuelito	34.2	35.9	73.8	38.2	0
Usaquén	0	33.1	47.1	32.1	0
Usme	35.9	0	73.1	36.2	0
<b>TOTAL</b>	<b>25,2</b>	<b>29,9</b>	<b>34,1</b>	<b>28,4</b>	<b>27,3</b>

Fuente 2013-2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. -preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

<sup>13</sup> Son las que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

<sup>14</sup> Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.

En relación a la localidad de residencia de los casos de muerte materna para el Distrito Capital, el año 2017 presenta reducción en el número de casos versus el año 2013 en 10 localidades: Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Kennedy, Fontibón, Teusaquillo, Antonio Nariño, Puente Aranda y Rafael Uribe.

Por otro lado, las 5 localidades que muestran aumento para este último año: Bosa (Año 2013 n=1 caso – 2017 n=5 casos), Engativá (Año 2013 n=0 casos a 2017 n=2 casos), Suba (Año 2013 n=2 casos a 2017 n=4 casos), y Ciudad Bolívar (Año 2013 n=3 casos a 2017 n=6 casos). Este comportamiento, puede estar asociado a que en dichas localidades se encuentra la población con mayor vulnerabilidad social en relación a la población en situación de desplazamiento y baja escolaridad.

La localidad de Candelaria presenta según base oficial 1 caso de muerte materna para el cierre del año 2017, notificación realizada por el Instituto nacional de medicina de legal, sin embargo, posterior a la realización de la investigación epidemiológica de campo y la unidad de análisis del caso, se establece que la localidad de residencia es San Cristóbal se solicitó entonces enmienda estadística, la cual no ha sido visualizada a la fecha de realización del presente informe.

Para el periodo analizado las localidades de Antonio Nariño para el año 2013 y Santa Fe año 2016 presentan un comportamiento negativo, asociado directamente por el bajo número de nacidos vivos, como denominador (Antonio Nariño ocupa el 17 puesto y Santa Fe 15 puesto en la participación del total de nacimientos Distritales para el año correspondiente).

Para el año 2017 las localidades con los datos más altos en la RMM son en su orden: Barrios Unidos, con una baja participación en los nacimientos (puesto 15), y Ciudad Bolívar quien presenta el mayor número de casos de defunción materna.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

Las acciones encaminadas a la protección de la salud materna incluyen aspectos relacionados con la salud neonatal e infantil. Por lo tanto, la Secretaria Distrital de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PSPIC, bajo la Estrategia de Salud Urbana, en implementación de las acciones integradas en los diferentes espacios de vida y procesos transversales, desarrolla procesos que protegen al binomio madre-hijo.

En este sentido se están desarrollando acciones de información, educación y comunicación para la salud orientadas a incidir en la reducción de la mortalidad materno-perinatal, fortalecer los conocimientos y ejercicio de los derechos en salud, adoptar comportamientos de cuidado y cuidado mutuo de la salud que van desde la asistencia a consultas pre-concepcionales, control prenatal, identificación de signos de alarma, consulta nutricional, cuidados del embarazo, lactancia, puerperio y recién nacido, consulta de promoción y prevención en salud bucal, entre otras.

Por lo anterior, durante el año 2017 la SDS realizó las siguientes acciones:

#### *Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública:*

- Se realizó seguimiento a la atención por parte del sector salud (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud –en adelante EAPBs-IPS respectivamente) de 128 mujeres con bajo peso gestacional, 41 mujeres con bajo peso gestacional recuperaron el estado nutricional, 11 mujeres de bajo peso gestacional que fueron remitidas a otros sectores (Secretarías de Educación, Integración Social, ICBF, otros).
- Se llevan a cabo 818 asistencias técnicas en 346 IPS (públicas y privadas) que según hallazgos de lista de chequeo integral, requirieron procesos de fortalecimiento o desarrollo de estrategias en promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.
- De la misma manera, en el proceso transversal de gestión de programas y acciones de interés en salud pública, fueron realizadas 648 asistencias técnicas a 314 IPS con aplicación de lista de chequeo integral que según hallazgos requieren de procesos de fortalecimiento o desarrollo de estrategias en promoción de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos dirigidos a mujeres en edad fértil, gestantes y lactantes.

#### *Gobernanza*

- Según información del módulo Sistema Integral de Referencia y Contrareferencia, en adelante SIRC, se ha identificado y gestionado en los diferentes espacios de vida cotidiana la activación de la ruta “Mujeres Gestantes o en Puerperio”, para 80 mujeres con bajo peso gestacional, 17 mujeres de bajo peso gestacional con canalización a Secretaria Distrital de Integración Social para su vinculación a programas de apoyo alimentario a través de Ruta Intersectorial.

#### *Vigilancia en Salud Pública*

- Se realizaron 36 Investigaciones Epidemiológicas de Campo (IEC) del evento mortalidad materna en las Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) Sosiego, Gaitana, Rincón, Tibabuyes, Bavaria, Tintal Norte, El Porvenir, Bosa Occidental, Doce De Octubre, Comuneros Lucero, San Francisco, Tesoro, Jerusalén, Verbenal Rincón, Tintal Sur, Los Alcázares, Font ibón, Kennedy Central, Bosa Central, Tibabuyes, Prado veraniego.
- Participación en 37 unidades de análisis de mortalidad materna y en 129 unidades de análisis de morbilidad materna extrema; participación en los diferentes espacios desarrollados 652 (asistencias técnicas, Comité de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria-COVECOM, mesas de trabajo, articulaciones) con 2.206 (actores).

#### *Espacio Educativo*

- Desarrollo de acciones para ejercer el derecho a la privacidad sexual y a la seguridad del cuerpo sexual comportamiento de las personas para garantizar el

ejercicio del derecho a la expresión sexual emocional y al placer sexual, Derecho a la equidad sexual y a la libre asociación sexual.

- Acciones en las instituciones educativas que permitieron brindar una educación sexual comprensiva e información basada en el conocimiento científico alrededor del tema de sexualidad; construcción de relaciones de convivencia pacífica y armónica; respeto por la diferencia y la diversidad; promoción de salud sexual y reproductiva; planificación, autocuidado, amor propio, prevención de embarazos no deseados entre otros.
- Se intervinieron 53 grupos prioritarios con orientación en salud a 303 gestantes con énfasis en identificación de signos y síntomas de alarma, adherencia al control prenatal.
- Se abordaron 471 Instituciones Educativas Distritales-IED nuevas, 1.491 IED que implementaron el componente AMARTE<sup>15</sup>, donde se realizaron 1.963 sesiones de grupo conversacional con el componente AMARTE a 14.779 estudiantes en donde se abordaron temas relacionados con: Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos con contenidos y rutas de respuesta requeridas; líneas de apoyo como: Líneas: 106<sup>16</sup>, Psicoactiva<sup>17</sup>, Purpura<sup>18</sup>; página web de la SDS Imaginarios y percepciones de adolescentes y jóvenes frente al significado de la paternidad y maternidad temprana, ejercicio del derecho a la libertad, expresión, autonomía e integridad sexual, incluyendo Sentencia C- 355 de 2006<sup>19</sup> de la Corte Constitucional. (Ver tabla cobertura componente AMARTE).

*Tabla 12 Cobertura Componente AMARTE- Estrategia Sintonizarte20*

SUBRED	Localidad	Estudiantes	Directivos y docentes
NORTE	Usaquén	891	268
	Chapinero	223	41
	Engativá	2221	232
	Suba	2290	209
	Barrios unidos	616	68
CENTRO ORIENTE	San Cristóbal	813	367
	Rafael Uribe Uribe	1135	207
	Mártires	322	70
	Candelaria	146	66
	Santa Fé	404	113
	Antonio Nariño	105	9
SUR	Usme	381	17
	Tunjuelito	631	121
	Ciudad bolívar	639	67
SUROCCIDENTE	Kennedy	815	73
	Puente Aranda	861	60

<sup>15</sup> Consta de dos ejes: Eje. Gestión para el mejoramiento de entornos escolares y Eje. Promoción de vida saludable, en las que se desarrollan las siguientes actividades: 1. Articulación con el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía, 2. Grupos conversacionales con estudiantes y 3. Socialización de la iniciativa comunicacional.

<sup>16</sup> <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Linea106-Inicio.aspx>

<sup>17</sup> [http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Linea\\_psicoactiva.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Linea_psicoactiva.aspx)

<sup>18</sup> [http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Linea\\_Purpura.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Linea_Purpura.aspx)

<sup>19</sup> Sobre la liberalización del aborto en Colombia.

<sup>20</sup> La acción integrada del Espacio Educativo "SINTONIZARTE", está definida como un conjunto de acciones pedagógicas que favorecen la promoción de conocimientos, actitudes y prácticas saludables a través de metodologías conversacionales reflexivas, lúdicas, y comunicativas.

SUBRED	Localidad	Estudiantes	Directivos y docentes
	Bosa	1427	179
	Fontibón	533	130
<b>TOTAL</b>		<b>14779</b>	<b>2394</b>

Fuente: Base de Datos Sesiones Colectivas Preliminar con corte a 31 de noviembre de 2017

### *Espacio Público*

- En 115 grupos, colectivos, redes y organizaciones comunitarias, de acuerdo a la lectura de contexto, fueron concertados acuerdos e iniciativas de trabajo relacionados con la protección de la gestación y de los recién nacidos, 122 planes de acción estratégicos en implementación, 38 evaluados a partir de grupos focales.
- Desde este espacio se promueven iniciativas desde la acción integrada “Comunidades promotoras y protectoras de la salud” en grupo de competencias ciudadanas en derechos sexuales y reproductivos que desarrolla acciones colectivas en, con y para comunidades con personas diversas en sus capacidades, culturalidad e identidad, que sean promotores de prácticas de cuidado (autocuidado, cuidado mutuo y socio cuidado) que buscan la promoción y la protección durante la gestación y del recién nacido, con énfasis en identificación de signos y síntomas de alarma, adherencia al control prenatal y al control del recién nacido.

### *Espacio Vivienda*

- Desde este espacio, se caracterizaron 16.159 familias con 1.121 gestantes de bajo peso remitidas por Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional- SISVAN de las cuales se intervinieron 605, realizando acciones de: Información educación y comunicación frente a salud de la gestante y su recién nacido en temas relacionados entre otros con: consumo adecuado de micronutrientes, consecuencias del bajo peso, prevención de la morbilidad materna, signos y síntomas de alarma en la gestación, lactancia materna, educación en los cuidados del recién nacido en el hogar, fortalecimiento de hábitos saludables y cuidados de recién nacido y de la familia a través de la estrategia Atención Integral de Enfermedades Prevalente de la Infancia-AIEPI, orientación en métodos anticonceptivos modernos para garantizar ampliación de periodos intergenésicos.
- Se realizaron 124 canalizaciones de gestantes para atención por servicios de salud y tratamiento médico nutricional a Secretaria Distrital de Integración Social para apoyo nutricional; fueron canalizadas 42 gestantes con bajo peso gestacional y se realizaron 304 seguimientos a gestantes con bajo peso en las cuales se logró recuperación de la condición nutricional.
- Se identificaron 142 gestantes con signos y síntomas de alarma, 318 gestantes sin adherencia al control prenatal, de las cuales fueron canalizadas efectivamente 202 a los servicios de salud.
- Identificación de 2.997 gestantes a las cuales se les realizaron acciones de información, educación y comunicación para la salud en temas relacionados con: consumo adecuado de micronutrientes, consecuencias del bajo peso, signos de alarma en la gestante, hábitos saludables para la mujer gestante, importancia de asistencia a controles prenatales, lactancia materna, hábitos saludables y cuidados

de recién nacido y de la familia a través de la estrategia AIEPI y acciones educativas para la prevención de alteraciones de la salud física y mental.

- De la misma manera, se adelantaron procesos de sensibilización a 54 grupos prioritarios en gestantes y lactantes (n=303), con énfasis en identificación de signos y síntomas de alarma, adherencia al control prenatal, realizados por las Subredes Integrada de Servicios de Salud-SISS, como se muestra a continuación:

*Tabla 13 Distribución por localidad de grupos prioritarios de gestantes y lactantes Implementados en el año 2017- Espacio Educativo*

**Distribución por Localidad**

<b>SUBRED</b>	<b>Localidad</b>	<b>Grupos</b>
<b>NORTE</b>	Usaquén	2
	Chapinero	2
	Engativá	6
	Suba	8
	Barrios Unidos	2
	Teusaquillo	1
<b>CENTRO ORIENTE</b>	San Cristóbal	3
	Rafael Uribe Uribe	3
	Mártires	0
	Candelaria	0
	Santa Fé	1
	Antonio Nariño	1
<b>SUR</b>	Usme	8
	Tunjuelito	2
	Ciudad bolívar	8
<b>SUROCCIDENTE</b>	Kennedy	1
	Puente Aranda	2
	Bosa	2
	Fontibón	2
<b>TOTAL</b>		<b>54</b>

Fuente: Tablero de control, Espacio Educativo- 2017. Plan de Intervenciones Colectivas PIC

Desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, a partir del mes de septiembre de 2017 se promueve el acuerdo de voluntades “Embarazados Todos Por la Vida”, como una apuesta Distrital, liderada por la Alcaldía de Bogotá y la Cámara de Comercio, en la cual los distintos actores del sistema de salud se comprometen a mejorar la atención materno perinatal a través de acciones concretas de alto impacto, en el marco del “Pacto por la atención segura de madres y niños menores de 1 año”, oficializado en el mes de octubre de 2017. En este proceso se buscó la intensificación de acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, y atención oportuna y de calidad dirigidas a las mujeres gestantes, madres, niños y niñas de manera articulada en cooperación con Instituciones Prestadoras de Salud y empresas administradoras de planes de beneficios de la red pública y privada.

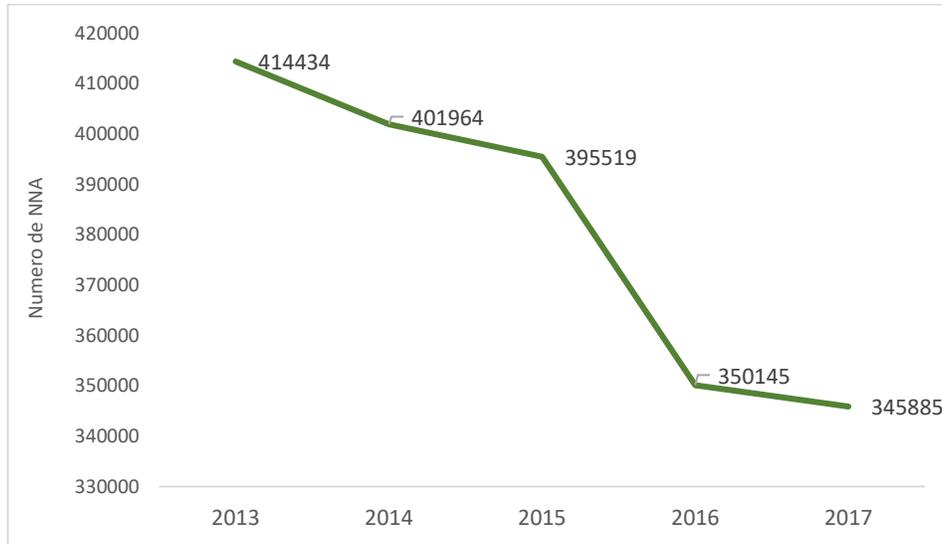
El proceso incluye la realización de acciones para el fortalecimiento de estrategias efectivas en la identificación temprana de factores de riesgo, inducción a la demanda, monitoreo y vigilancia epidemiológica, notificación inmediata y seguimiento caso a caso en el marco de la actual organización por redes de los servicios de salud del Distrito bajo el enfoque de la gestión del riesgo. Todo esto acompañado por una campaña de comunicaciones que pretende sensibilizar a la población capitalina sobre la importancia de proteger, acompañar y apoyar a las mujeres y familias gestantes, en su cuidado, para la vivencia de una maternidad y paternidad feliz.

En este marco de trabajo sectorial, se inició implementación de una estrategia de fortalecimiento a las acciones instauradas a nivel Distrital en pro de la salud materno perinatal, desarrollando una primera fase de pilotaje de la propuesta denominada “Ángeles Guardianes para las Gestantes”. Al respecto se decidió realizar este pilotaje en las localidades con el comportamiento menos favorable en la ocurrencia de muertes maternas, específicamente en la localidad Ciudad Bolívar de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Su objetivo central corresponde a la identificación, manejo y seguimiento oportuno, pertinente y con calidad a gestantes con alto riesgo de mortalidad teniendo como acción principal el apadrinamiento de los casos de morbilidad materna extrema identificadas y notificadas. Las acciones están enmarcadas como acuerdo de voluntades entre el personal administrativo y asistencial de las instituciones de salud del sector público de la Sub red Sur. Se realizó además de manera bimensual mesas técnicas de trabajo con el equipo gerencial de la sub red Sur con el fin de realizar acompañamiento y evaluación constante a las acciones planteadas.

#### **2.1.10. Afiliación al Régimen Subsidiado del SGSSS**

El comportamiento de la afiliación de la población menor de 18 años, al Régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS durante el periodo 2013 al 2017 presenta una tendencia al descenso, con una disminución porcentual del 17% entre el año 2013 donde el total de menores afiliados fue de 414.434, al 2017 con 345.885 menores afiliados al régimen subsidiado.

*Gráfica 17 Población infancia y la adolescencia afiliada al Régimen subsidiado, Bogotá D.C. 2013 - 2017*



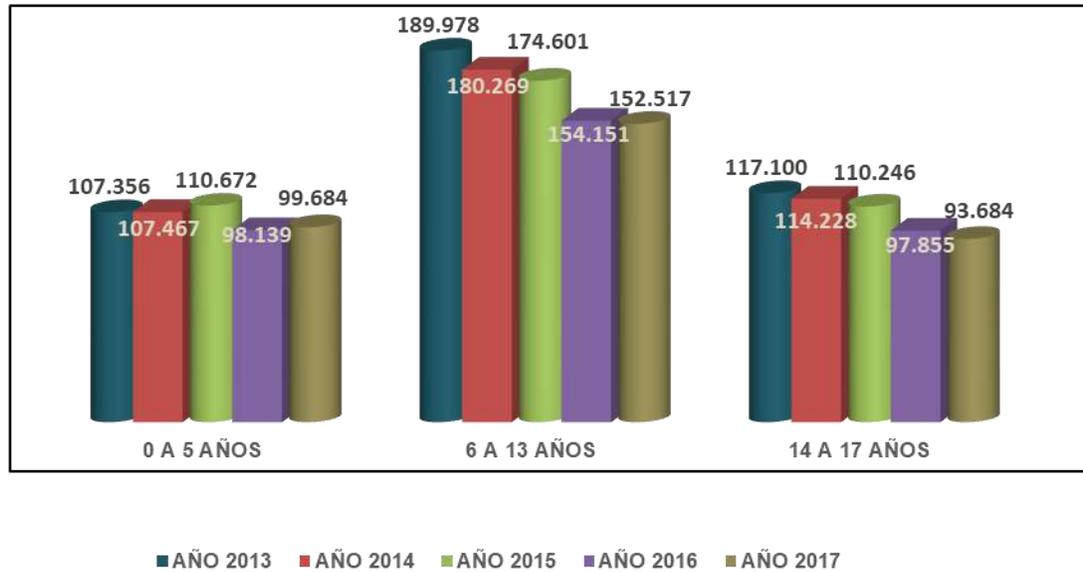
Fuente: Subsidiado Base de Datos Única de Afiliados- BDUA. Corte a 31 de diciembre de cada año.

La distribución de la población de infancia y adolescencia afiliada al Régimen subsidiado para el periodo 2013 al 2017 por grupo etario muestra que para el grupo de 0 a 5 años el número de población afiliada se mantuvo durante los dos primeros años presentando un incremento del 3% en el año 2015, disminuyendo en los años siguientes hasta alcanzar un total de 99.684 menores afiliados en el año 2017, la población disminuyó en un 10% frente al año 2015.

Respecto al grupo etario de 6 a 13 años, para el año 2013 se presentó un total de 189.978 menores con una disminución del 20% en el año 2017 donde el total de afiliados es de 152.517.

Frente al grupo etario de 14 a 17 años, para el periodo 2013 al 2017 se presenta un comportamiento con tendencia a disminuir dado que la disminución del año 2017 frente al 2013 es del 20%.

Gráfica 18 Población por grupo etario afiliada al Régimen subsidiado Bogotá D.C. 2013 – 2017



Fuente: Subsidiado Base de Datos Única de Afiliados- BDUA. Corte a 31 de diciembre de cada año.

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Las condiciones que determinan el comportamiento del indicador corresponden a diferentes factores. Uno de estos es el cambio de régimen de la población donde el hijo menor de edad que dependa económicamente del cabeza de hogar que se afilia al régimen contributivo pasa de manera automática a pertenecer a este régimen, el cual en el transcurso del tiempo ha venido en aumento.

Otro factor que contribuye a que la población afiliada al régimen subsidiado presente disminución, son las acciones que ha venido realizando el Ministerio de Salud y Protección Social para depurar las bases de datos tales como la eliminación de duplicados, actualización de novedades como fallecidos, documento inconsistente entre otros que para el régimen subsidiado tiene incidencia en el número de afiliados.

### Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud

La Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, a través de la implementación del esquema de afiliación automática y del cumplimiento de la Resolución 1268 de 2017 que establece la afiliación oficiosa realiza la afiliación de los menores de edad que son atendidos e identificados a través de la Red Pública Distrital y que cumplen criterios para la afiliación al régimen subsidiado.

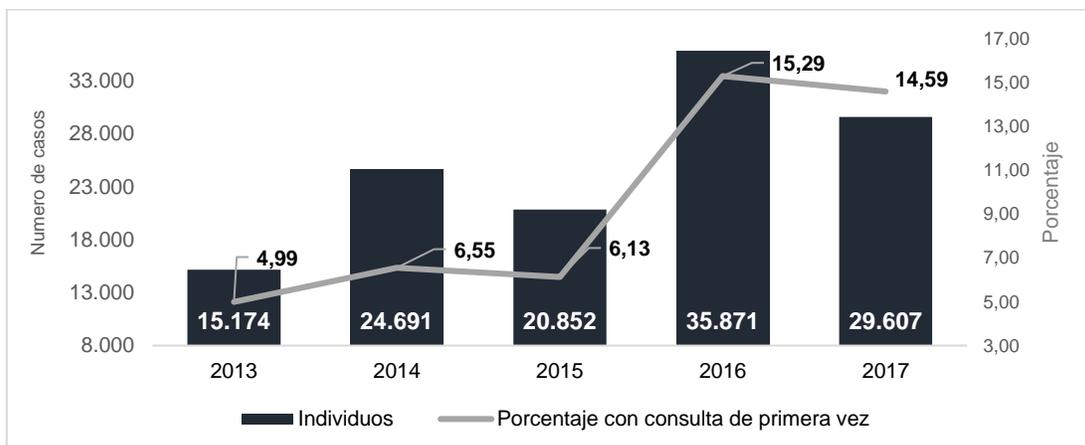
Adicionalmente, como parte de las estrategias de promoción del aseguramiento se realiza la atención de usuarios en los puntos de orientación de aseguramiento en CLAV de la Alta Consejería para las Víctimas, la Paz y la Reconciliación-y en Casa de Todas de la Secretaría Distrital de la Mujer-SDM.

Por otra parte, se desarrolló el Plan de Comunicaciones para la promoción del aseguramiento en salud en Bogotá a través de la generación de mensajes de texto, volantes, periódico y mensajes en medios masivos de comunicación como televisión.

**2.1.11. Porcentaje de menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo realizado por una enfermera.**

A través de este indicador se garantiza la atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años<sup>21</sup>.

*Gráfica 19 Porcentaje de menores de 10 años con consulta primera vez de Crecimiento y Desarrollo*



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares. (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

**Condiciones que determinan el comportamiento del indicador**

El indicador evidencia el aumento en la atención a los niños y niñas menores de 10 años, lo cual se debe a la gestión de la SDS mediante búsquedas activas a través de los cuatro espacios de vida cotidiana del Plan de Intervenciones Colectivas (público, vivienda, escolar y trabajo) y la implementación de la Política de Infancia y Adolescencia en Bogotá D.C. 2011 – 2021 y generando una Ruta Integral de Atención que garantice la efectividad de la atención.

<sup>21</sup> El sistema de información RIPS, analiza por localidad de atención y para el año 2017 son datos preliminares

Tabla 14. Porcentaje de menores de 10 años con consulta primera vez de Crecimiento y Desarrollo, según localidad

Localidad	2013	2014	2015	2016	Enero a Diciembre de 2017
Barrios Unidos	5%	5%	3%	30%	41%
Kennedy	4%	2%	2%	13%	18%
Chapinero	1%	2%	3%	0%	17%
Fontibón	2%	1%	1%	8%	14%
Sumapaz	12%	0%	1%	19%	13%
Engativá	11%	5%	2%	11%	8%
Suba	11%	5%	2%	11%	8%
Usaquén	11%	5%	2%	11%	8%
San Cristóbal	11%	7%	7%	11%	8%
Teusaquillo	11%	14%	8%	11%	6%
Puente Aranda	0%	1%	2%	5%	6%
Rafael Uribe Uribe	2%	0%	0%	3%	5%
Antonio Nariño	8%	0%	0%	0%	2%
Tunjuelito	2%	1%	1%	1%	2%
Usme	2%	1%	1%	1%	2%
Ciudad Bolívar	0%	0%	0%	0%	1%
Santa fe	0%	1%	1%	0%	1%
Bosa	5%	5%	4%	12%	0%
Candelaria	0%	0%	0%	0%	0%
Mártires	31%	38%	4%	3%	3%
<b>TOTAL</b>	<b>4,99</b>	<b>6,55</b>	<b>6,13</b>	<b>15,29</b>	<b>14,59</b>

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares. (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

Al realizar el comportamiento del indicador por localidad durante el periodo de análisis, se evidencia aumento del indicador en las localidades de: Barrios Unidos, Kennedy, Chapinero, Fontibón, Sumapaz, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe y Bosa, esto se debe al trabajo que realizan los gestores de riesgo de los equipos de Salud Pública enfocados a la búsqueda de niños y niñas sin ningún control de crecimiento y desarrollo a través del espacio vivienda; además de las acciones que adelanta el sector salud a nivel distrital ya mencionadas. Por otro lado, el indicador disminuye en las localidades de: Antonio Nariño, Mártires, Tunjuelito y Usme, esto se debe a que en estas localidades son muy pocos los niños y niñas que se encontraron sin ningún control de Crecimiento y Desarrollo. Para el 2017 se destaca Barrios Unidos (41%).

## **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

El desarrollo de la estrategia AIEPI comunitario y clínico, se ha implementado a través de los espacios de vida cotidiana y componentes, los cuales, mediante la implementación de sus prácticas, ha permitido proceso de formación a padres, madres, cuidadores y población en general para la efectiva adherencia a las citas de control de crecimiento y desarrollo, sumado a esto se han realizado asistencias técnicas para la atención integral en primera infancia como se describe a continuación:

### *Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública:*

- Se realizaron asistencias técnicas más de 490 asistencias técnicas para atención integral en primera infancia y/o AIEPI, en las cuales se formularon más de 100 planes de mejoramiento y se realizaron seguimientos a las IPS que los requirió.

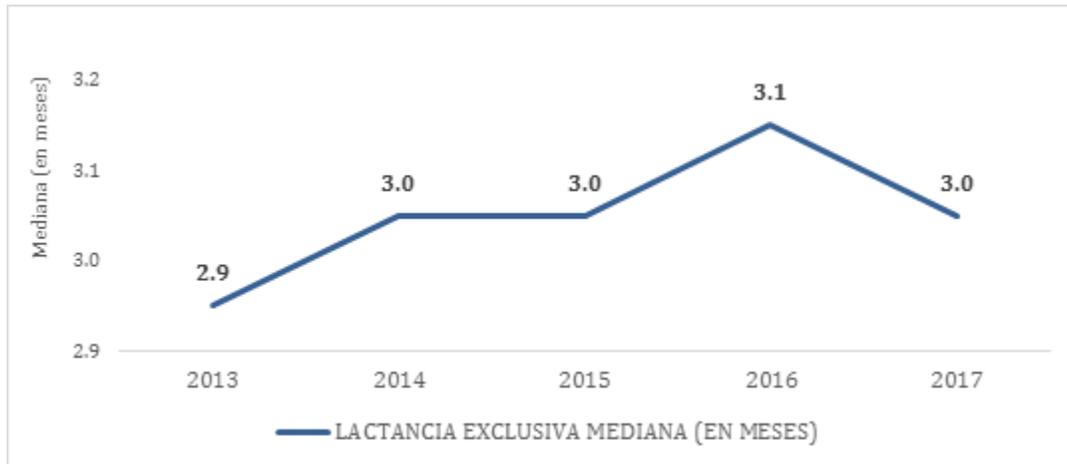
### *Espacios de vivienda*

- Se vienen adelantando acciones de promoción de la salud y hábitos saludables, mediante la implementación de las 18 prácticas de AIEPI Comunitario.
- Se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario con la implementación de sus 18 prácticas, a madres comunitarias como multiplicadoras de información a padres y/o cuidadores.
- Mediante el abordaje realizado en HCB se identificaron: 7.382 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados en salud, en los cuales se desarrollaron las mismas estrategias para abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario.

### **2.1.12. Mediana de duración de Lactancia Materna exclusiva en menores de 6 meses.**

Este indicador hace referencia a la mediana estadística de la duración en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses captados por el SISVAN.

*Gráfica 20 Tendencia de la mediana de duración en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017*



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN-Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2018

### **Condiciones que determinan el comportamiento del indicador**

El comportamiento estacionario del indicador de duración de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses captados por el SISVAN, puede estar relacionado con factores como:

- La reincorporación de las madres a la vida laboral, al terminar la licencia de maternidad y déficit en la cobertura de estrategias como las Salas Amigas en el ámbito laboral.
- Debilidades en la calidad de la consejería en lactancia materna por los agentes de salud durante el control prenatal, la atención del parto y los controles postnatales. Esta situación, también está influenciada por el fraccionamiento en las instituciones de atención asignadas para cada etapa de la gestación, las cuales en muchas ocasiones no son las mismas entre citas de control y pueden requerir el desplazamiento entre localidades.
- Introducción temprana de sucedáneos de la leche materna por diversas circunstancias: hospitalización del recién nacido, consejo por familiares o agentes de salud; creencias culturales de la familia y/o efectos de la publicidad masiva de las fórmulas infantiles.

Es necesario fortalecer la consejería en lactancia materna en los diferentes escenarios de la atención en salud: salud sexual y reproductiva, control prenatal, atención de partos, programa canguro, seguimiento al recién nacido, consulta de crecimiento y desarrollo, así como, la cualificación del talento humano en la técnica y promoción de la lactancia de materna en todos los niveles de atención en salud. Por otro lado, la implementación de las estrategias Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia-IAMI y AIEPI Integral y a nivel

intersectorial, es importante retomar las iniciativas para facilitar la lactancia en la mujer trabajadora.

El comportamiento del indicador duración de lactancia materna exclusiva en menores de 5 años captados por el SISVAN por localidad de residencia, presenta cifras homogéneas en el periodo, alrededor de los 3 meses de duración. Algunas localidades históricamente presentan cifras inferiores a las Distritales (2013: 2,9 meses y 2017: 3,0 meses): Tunjuelito (2013: 2,6 meses y 2017: 2,9 meses) y Rafael Uribe (2013: 2,4 meses y 2017: 2,8 meses). Este comportamiento puede estar asociado a debilidades en la adherencia a las estrategias promocionales de la lactancia materna exclusiva desarrolladas en estas localidades y constituye una aleta para el fortalecimiento de las mismas a nivel intersectorial. Tabla 12

*Tabla 15 Tendencia de la mediana de duración en meses de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017 Distribución por Localidad*

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	2,9	3,1	3,0	3,0	3,3
Engativá	3,0	3,2	3,2	3,2	3,3
Suba	2,7	2,9	2,9	3,1	3,2
Chapinero	2,7	2,6	3,0	3,2	3,1
San Cristóbal	2,8	2,8	3,0	2,7	3,1
Fontibón	3,0	3,2	3,3	3,2	3,1
Antonio Nariño	2,5	2,7	2,9	2,7	3,1
Santa Fe	2,9	3,2	3,2	3,0	3,0
Bosa	3,0	3,1	3,1	3,3	3,0
Barrios Unidos	3,1	3,3	3,0	3,2	3,0
Teusaquillo	2,7	3,0	3,0	3,4	3,0
Sumapaz	1,8	3,5	2,6	3,5	3,0
Tunjuelito	2,6	2,8	2,8	2,8	2,9
Usme	3,1	3,1	3,0	3,3	2,8
Mártires	3,0	3,3	3,2	3,4	2,8
Rafael Uribe Uribe	2,4	2,7	2,5	2,8	2,8
Kennedy	3,0	3,0	3,0	3,0	2,7
Candelaria	2,5	2,9	2,5	3,0	2,7
Puente Aranda	3,1	3,1	3,1	3,0	2,6
Ciudad Bolívar	3,4	3,4	3,3	3,2	2,4
<b>BOGOTÁ</b>	<b>2,9</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	<b>3,1</b>	<b>3,0</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN- Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2018

El comportamiento de este indicador por localidad de residencia presenta cifras homogéneas, similares a la mediana para el Distrito. Las localidades de Usaquén y Engativá presentan una mediana de duración de la lactancia materna levemente superior en comparación con las demás localidades. Entre localidades, el indicador oscila para el 2017 entre 2.40 y 3.30 meses. Los datos más bajos para el 2017 son Ciudad Bolívar, Puente Aranda, Candelaria y Kennedy.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

- A partir del 2017 se reactivó el proceso para la implementación de la estrategia IAMI en 433 IPS públicas y privadas.
- Se capacitaron a profesionales en estrategias de lactancia materna.
- Desde el espacio vivienda, se abordó 3.434 seguimientos a familias con orientación y promoción de la lactancia materna.
- 732 madres comunitarias con orientación en alimentación infantil saludable y lactancia materna.
- Se participa durante todo el año en la Mesa Regional de Lactancia Materna, espacio creado para diseñar estrategias de promoción y apoyo a la lactancia materna en el Distrito Capital y se inicia el proceso para reglamentar de manera oficial este espacio a nivel Distrital y Departamental.
- 54 grupos prioritarios con gestantes y lactantes realizando acciones de promoción de la lactancia materna, con la participación de 335 gestantes y lactantes.
- 63 acciones itinerantes como aporte a la promoción de la lactancia materna, con la participación 10.409 mujeres 8.086 hombres.
- 122 grupos con iniciativas comunitarios incluyendo la lactancia materna como un hábito de alimentación saludable, con la participación de 1.967 mujeres, 103 hombres.
- De manera conjunta con la Mesa Regional se lidera el III Congreso Internacional de Lactancia Materna celebrado los días 29,30 y 31 de agosto 2017, con la participación de al menos 500 profesionales de la salud.
- Se elaboran los lineamientos técnicos para el proyecto “Bogotá Unida por la Lactancia Materna” cuyo propósito es implementar en las IPS públicas y privadas las estrategias IAMI, Salas Amigas de la Familia Lactante, fortalecer las salas de extracción de leche materna y los procesos de consejería.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Integración Social**

Por su parte la Secretaría Distrital de Integración Social aportó en el 2017, acciones que propendieron por la garantía de las condiciones para el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas a una alimentación adecuada y de la mujer al amamantamiento, fortaleciendo a las familias, a las mujeres que trabajan fuera de casa y a las empresas que muestran interés en facilitar el proceso de Lactancia Materna a sus colaboradoras.

Es así, que se lideró la construcción de la línea técnica en el tema de lactancia materna que contiene entre otros aspectos el procedimiento de certificación de Salas Amigas de la Familia Lactante-SAFL en unidades operativas de atención integral para la primera infancia, procedimiento controlado, vigente y en uso. Así mismo se dio inicio a la construcción del Lineamiento de Lactancia Materna para la Entidad. Lo anterior para el fortalecimiento de la estrategia SAFL, que es implementada en entidades de carácter privado y público de la ciudad, en donde se ofrece a la madre en periodo de lactancia las condiciones adecuadas para la extracción, conservación y transporte de la leche materna bajo normas técnicas de seguridad desde el sitio de trabajo al hogar, donde puede conservarse de manera segura, para luego ser suministrada al bebé en ausencia temporal de la madre.

En este sentido, los procesos de asistencia técnica realizados por la SDIS fueron:

- Acompañamiento y asesoría a las 283 SAFL del entorno institucional de jardines infantiles, de las cuales, 90 se encuentran certificadas y en acompañamiento de sostenibilidad, 31 están por certificar en la estrategia y 162 tienen interés por ser recertificadas.
- Acompañamiento y asesoría a 25 SAFL laborales, de las cuales 4 se encuentran certificadas, 13 se encuentran en proceso de recertificación, 2 en sostenibilidad, y 6 para certificar.
- Procesos de cualificación en lactancia materna a los agentes educativos de los jardines públicos y privados. Logrando cualificar a 2058 agentes educativos en Lactancia Materna.
- Acompañamiento en lactancia materna a mujeres gestantes y lactantes que asisten a 4 Centros Locales de Atención a Víctimas del Conflicto Armado-CLAV (Bosa, Chapinero, Fiscalía y Rafael Uribe Uribe).

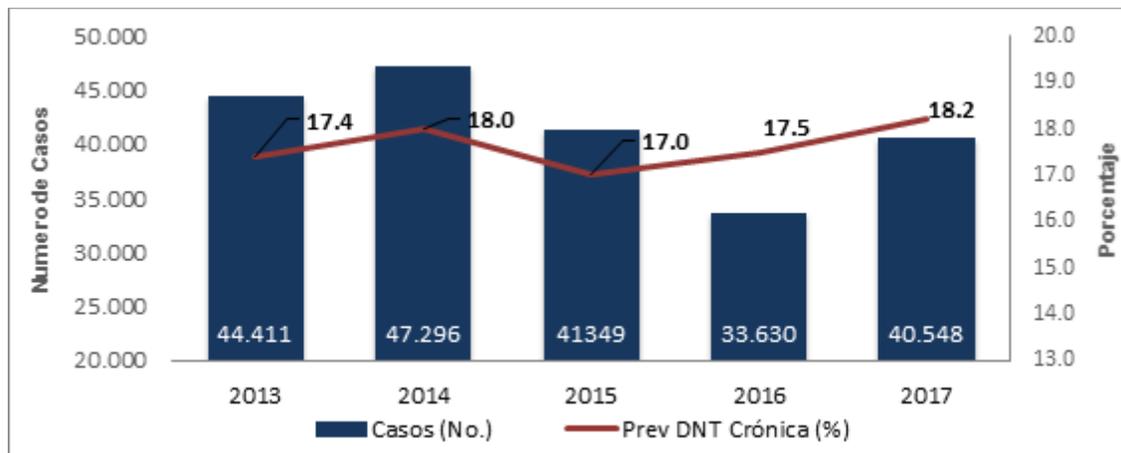
Y las acciones desarrolladas en torno a la movilización social para tal fin fueron:

- La Secretaría Distrital de Integración Social, lanza la campaña “**TODOS POR LA LACTANCIA**” para promover las diferentes formas en las que podemos apoyar a las mujeres en el logro de una lactancia protegida desde el nacimiento y hasta más allá de los dos años.
- ‘**TODOS POR LA LACTANCIA**’ se sumó al lema: “*Construyendo Alianzas para proteger la lactancia materna por el bien común sin conflictos de interés*” que fue posicionada con motivo de la celebración de la semana de la lactancia materna en el mes de agosto de 2017.
- ‘**TODOS POR LA LACTANCIA**’ buscará trascender del evento de movilización social a una campaña de comunicaciones permanente que visibilice los entornos protectores de la lactancia. No obstante, la jornada de movilización social realizada el 03 de noviembre de 2017, contó con la participación de cerca de **3.000 participantes de los servicios sociales Creciendo en Familia, Jardines Infantiles SDIS y Modalidad Familiar ICBF Regional Bogotá**.
- Desde la movilización social, se contribuye al cumplimiento de la atención número 15 de la Ruta Integral de Atenciones “Niñas y Niños desde el nacimiento hasta los 6 meses alimentados con leche materna exclusiva y hasta los dos años o más con leche materna y una adecuada alimentación complementaria”.
- La campaña reconoce la Lactancia Materna como un derecho sexual y reproductivo que involucra al hombre - padre y a la familia de la niña o niño, trascendiendo la mirada de que la lactancia es una práctica que concierne únicamente a la mujer.

### **2.1.13. Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en niñas y niños menores de 5 años.**

El indicador corresponde al número de niños/as menores de 5 años que presentan retardo en el crecimiento (talla para la edad inferior a -2 desviaciones estándar de los patrones de crecimiento infantil de la OMS mediana) expresado como porcentaje del número total de menores de 5 años captados por el SISVAN.

*Gráfica 21. Prevalencia de retraso en talla o desnutrición crónica en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013 – 2017.*



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN - SVSP - SDS. 2018

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Para Bogotá, la prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla en menores de 5 años captados por el SISVAN, presenta un comportamiento estacionario en el periodo, oscilando entre el 17.5% y el 18.2%, situación que evidencia la necesidad del abordaje integral a nivel intersectorial de esta problemática. El retraso en talla puede desarrollarse desde la vida intrauterina y su origen está relacionado con determinantes sociales que influyen negativamente en las condiciones adecuadas para favorecer el normal crecimiento de los niños, entre ellos, el desempleo, la pobreza y la inequidad en oportunidades para familias residentes en localidades de alta vulnerabilidad.

El análisis de la prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla en menores de 5 años captados por el SISVAN, discriminado por localidad de residencia muestra que las localidades con prevalencias superiores a las Distritales (2013: 17,4% y 2017: 18,2%), corresponden a Sumapaz (2013: 33,6% y 2017:23,1%), San Cristóbal (2013: 20,9% y 2017: 24,4%) y Santafé (2013:23,8% y 2017:20,9%). Tabla 13.

*Tabla 16 Prevalencia de desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) en niñas y niños menores de 5 años, captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013 – 2017, según localidad.*

LOCALIDAD DE RESIDENCIA	2013	2014	2015	2016	2017
San Cristóbal	20,9	20,8	20,8	23,9	24,4
Sumapaz	33,6	17,2	25,2	24,2	23,1
Rafael Uribe	18,5	17,7	18,2	18,4	21,5
Usme	22,3	21,7	20,3	20,7	21,2
Ciudad Bolívar	21,6	22,2	20,8	21,4	21,2
Tunjuelito	17,6	17,6	19,7	22,5	21,1
Santafé	23,8	23,0	22,2	21,4	20,9
Los mártires	20,3	20,4	19,4	18,5	19,2
La candelaria	18,2	17,6	17,5	16,6	18,0
Bosa	16,4	17,5	16,8	16,3	17,4
Chapinero	16,6	18,4	18,2	17,3	17,2
Antonio Nariño	15,5	14,5	16,7	16,5	16,9
Usaquén	17,9	16,2	16,4	17,1	16,6
Kennedy	14,6	18,9	14,8	15,2	15,6
Teusaquillo	12,8	13,3	12,2	11,7	15,5
Puente Aranda	13,2	16,1	13,5	13,9	15,4
Suba	15,5	14,8	14,3	14,6	14,8
Engativá	16,9	16,2	14,6	14,3	14,7
Barrios unidos	15,5	17,1	16,8	15,3	14,4
Fontibón	13,8	14,6	14,0	14,6	13,7
<b>BOGOTÁ</b>	<b>17,4</b>	<b>18,0</b>	<b>17,0</b>	<b>17,5</b>	<b>18,2</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN - SVSP – SDS 2013- 2017.

Este comportamiento puede estar relacionado con las condiciones socioeconómicas y ambientales desfavorables que caracterizan a estas localidades, entre ellas:

- Barreras en la disponibilidad y acceso a los alimentos, situación específica para la localidad de Sumapaz, con alimentación rica en farináceos y baja en proteicos.
- Migración a la localidad de familias en condiciones de desplazamiento con antecedentes de inseguridad alimentaria y pobres redes de apoyo social, lo cual incrementa la problemática ya existente en residentes de la localidad.
- La cobertura limitada y falta de sostenibilidad de estrategias de intervención integrales dirigidas a la población infantil de estas localidades.

En este sentido, teniendo en cuenta que el retraso en talla puede originarse desde la vida intrauterina y están relacionadas con el estado de salud de las mujeres en edad fértil, la implementación de acciones intersectoriales, integrales y sostenibles; encaminadas a mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de familias de alta vulnerabilidad socioeconómica y ambiental, pueden revertir la tendencia del este indicador.

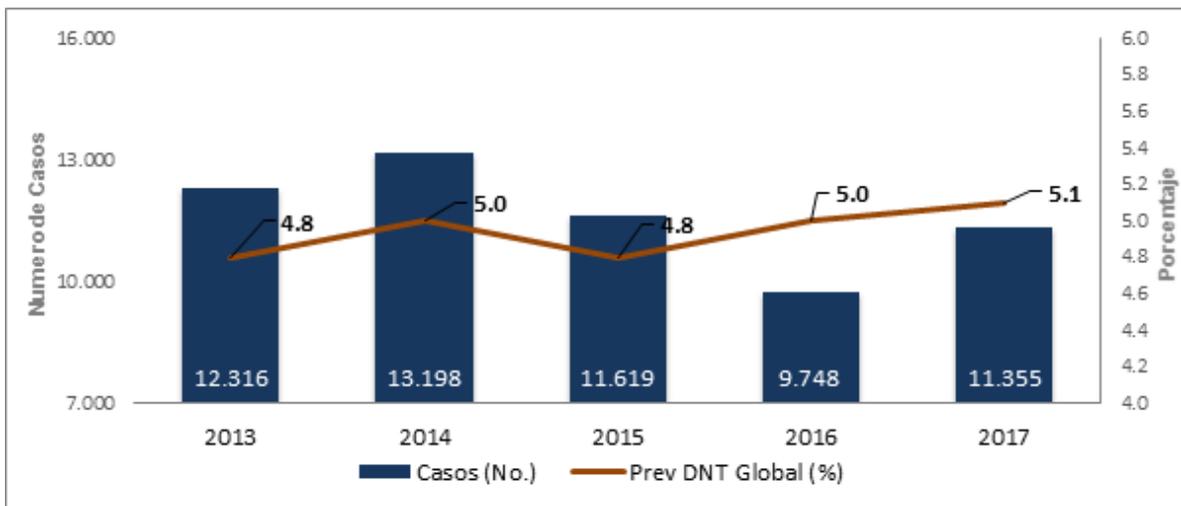
El fortalecimiento de las acciones de identificación y seguimiento a los menores de 5 años en riesgo y con desnutrición crónica por parte de las EAPB y sus prestadores es fundamental para la reducción del indicador y la prevención de las secuelas relacionadas

con el riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas no trasmisibles en la vida adulta de este grupo poblacional. Sin embargo, existe suficiente evidencia respecto a que la solución a esta problemática va más allá del sector salud, se requieren cambios en los determinantes estructurales que producen la inseguridad alimentaria y nutricional de familias residentes en los cinturones de pobreza de la ciudad capital; mediante intervenciones intersectoriales integrales que garanticen la alimentación adecuada en calidad y cantidad, así como las condiciones socioeconómicas ambientales óptimas para el crecimiento y desarrollo satisfactorio de los menores.

### 2.1.14 Prevalencia de desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años

El indicador de prevalencia de desnutrición global reporta número de niños/as menores de 5 años que presentan retardo en el crecimiento (peso para la edad inferior a -2 desviaciones estándar de los patrones de crecimiento infantil de la OMS mediana) expresado como porcentaje del número total de menores de 5 años captados por el SISVAN.

*Gráfica 22 Tendencia de la desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017*



Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN – Subdirección de Vigilancia en Salud Pública – SDS. 2018

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

La prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años captados por el SISVAN, permanece estacionaria en el periodo analizado, alrededor del 5%, evidenciando la naturaleza compuesta de este indicador, que refleja la condición de los menores afectados por el retraso en el crecimiento y que además tienen bajo peso.

Este comportamiento puede estar relacionado con la dinámica de movilidad interna y migración de población a la ciudad capital, en busca de mejores oportunidades,

encontrando condiciones desfavorables para el acceso a alimentación de calidad que cubra los requerimientos para el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños y niñas, relacionadas con bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo, inadecuadas prácticas de crianza y autocuidado y pobres redes de apoyo comunitario.

En este contexto, las intervenciones integrales a nivel intersectorial para abordar los determinantes sociales relacionados con la inseguridad alimentaria de poblaciones vulnerables, pueden revertir el comportamiento del indicador.

El análisis de la prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años captados por el SISVAN, por localidad de residencia muestra que las localidades con prevalencias superiores a las Distritales (2013: 4,8% y 2017: 5,1%), corresponden a San Cristóbal (2013: 6,2% y 2017: 7,6%), Rafael Uribe (2013: 6,2% y 2017: 6,3%) y Ciudad Bolívar (2013:5,9% y 2017:5,6%). Tabla 13.

*Tabla 17 Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017, según localidad.*

Localidad	2013	2014	2015	2016	Enero a Diciembre de 2017
Mártires	12,98	12,80	12,20	12,34	14,34
Sumapaz	5,20	1,91	2,16	6,76	8,13
San Cristóbal	6,23	5,75	6,31	6,93	7,61
Antonio Nariño	4,76	4,51	6,27	4,97	6,47
Rafael UU	6,23	5,09	5,77	5,71	6,32
Santa Fe	4,92	4,67	4,89	5,04	6,13
Tunjuelito	4,90	4,62	5,60	7,38	5,98
Ciudad Bolívar	5,94	5,99	5,39	6,82	5,62
Usme	5,34	5,57	5,76	5,47	5,59
Bosa	4,16	4,41	4,76	4,38	5,06
Candelaria	5,33	4,41	5,49	4,99	5,04
Chapinero	4,76	4,70	5,03	4,56	4,71
Kennedy	4,25	6,04	4,42	4,58	4,66
Barrios Unidos	4,20	4,24	3,90	4,17	4,20
Suba	4,20	4,24	3,90	4,17	4,20
Usaquén	4,84	5,08	4,55	4,73	4,17
Puente Aranda	4,16	5,12	4,02	4,20	4,05
Teusaquillo	4,01	3,44	4,18	3,89	4,01
Fontibón	3,80	4,25	3,78	4,23	3,59
Engativá	4,50	4,15	3,89	4,07	3,58
<b>TOTAL</b>	<b>4,8</b>	<b>5,0</b>	<b>4,8</b>	<b>5,0</b>	<b>5,1</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN - SVSP - SDS. 2018

En congruencia los hallazgos en el análisis de la desnutrición crónica, las localidades con mayores magnitudes de desnutrición Global se caracterizan por sus condiciones socioeconómicas y ambientales desfavorables.

A través de la información de las investigaciones epidemiológicas de campo a familias de menores con desnutrición se encuentran factores de riesgo secundarios a la dinámica de movilidad interna y migración de población a la ciudad capital, en busca de mejores oportunidades, encontrando condiciones desfavorables para el acceso a alimentación de calidad que cubra los requerimientos para el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños y niñas, relacionadas con bajos ingresos económicos, bajo nivel educativo, inadecuadas prácticas de crianza y autocuidado y pobres redes de apoyo comunitario.

Por otro lado, se pueden presentar barreras para la atención en salud y la vinculación a los programas de apoyo social.

### 2.1.15. Prevalencia de exceso de peso en población de 5 a 17 años.

El indicador prevalencia de exceso de peso en escolares y adolescentes reporta la población de 5 a 17 años que presentan sobrepeso y obesidad (Índice de Masa Corporal superior a +2 desviaciones estándar de los patrones de crecimiento infantil de la OMS), expresado como porcentaje del número total de escolares de 5 a 17 años captados por el SISVAN (en colegios públicos y privados de todas las localidades del distrito).

Para Bogotá, la prevalencia de exceso de peso en escolares de 5 a 17 años captados por el SISVAN, presenta un incremento sostenido, pasando del 26,6% en 2013 al 29,5% en 2017.

*Gráfica 23 Tendencia del Exceso de Peso en escolares y adolescentes de 5 a 17 años captados por el SISVAN. Bogotá D.C., serie 2013-2017*



Fuente: Subsistema de Estadísticas Vitales- DANE – SVSP-SDS 2018

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Este comportamiento está relacionado con el fenómeno de la transición epidemiológica nutricional que está afectando a los niños y adolescentes a nivel mundial, caracterizado por el consumo de alimentos ultraprocesados de alta densidad calórica y bebidas azucaradas; así como inactividad física y el uso del tiempo libre en actividades sedentarias como los videojuegos, la televisión y las tecnologías. Las intervenciones en el ámbito educativo para promover estilos de vida saludable desde la infancia revisten la mayor importancia en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas al exceso de peso.

Las localidades con mayor prevalencia de exceso de peso en escolares de 5 a 17 años, en comparación con la prevalencia para el Distrito Capital (2013: 26,6% y 2017: 29,5%), corresponden a Los Mártires (2013: 27,1% y 2017:35,5%); Rafael Uribe (2013: 28,9% y 2017:34,3%); Suba (2013: 28,3% y 2017:32,4%) y La Candelaria (2013: 28,4% y 2017:32,3%). Tabla 15

*Tabla 18 Prevalencia de Exceso de Peso en escolares y adolescentes de 5 a 17 años captados por el SISVA, según el indicador IMC, por localidad de residencia. Bogotá D.C., serie 2013-2017*

Localidad de Residencia	2013	2014	2015	2016	2017
Los Mártires	27,1	29,8	26,5	29,2	35,5
Rafael Uribe	28,9	28,7	29,2	31,3	34,3
Suba	28,3	28,4	28,3	28,6	32,4
Candelaria	28,4	29,8	22,9	25,7	32,3
Antonio Nariño	30,6	29,1	28,8	30,6	32,0
Engativá	24,2	26,5	26,5	33,3	31,8
Santafé	23,8	20,9	22,8	24,1	31,7
Usme	23,0	27,7	25,7	27,5	29,9
San Cristóbal	23,8	25,5	26,0	27,3	29,7
Fontibón	28,2	29,5	28,2	27,6	29,4
Bosa	26,4	27,9	28,3	27,7	29,1
Kennedy	27,5	26,9	27,6	26,9	28,7
Puente Aranda	29,6	29,2	31,5	30,5	28,6
Usaquén	26,8	24,2	22,5	22,8	27,8
Barrios Unidos	29,5	26,0	25,1	22,1	27,6
Ciudad Bolívar	24,9	26,4	28,9	28,3	27,4
Tunjuelito	28,4	28,2	29,5	27,1	27,3
Sumapaz	15,3	18,0	21,8	23,3	26,8
Teusaquillo	30,0	28,3	25,0	21,6	23,5
Chapinero	24,2	21,7	22,2	20,1	23,4
<b>BOGOTÁ</b>	<b>26,6</b>	<b>27,1</b>	<b>26,9</b>	<b>27,6</b>	<b>29,5</b>

Fuente: Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional SISVAN - SVSP - SDS. 2018

Teniendo en cuenta que el sobrepeso y la obesidad pueden ser consecuencia de múltiples factores relacionados directamente con el estado de salud de los escolares y además, con las prácticas de alimentación y actividad física en su entorno familiar y en el ámbito educativo, es complejo realizar una aproximación explicativa de la causalidad de esta problemática, que se presenta a nivel mundial con magnitudes epidémicas.

Sin embargo; reconociendo los factores de riesgo y la relación del exceso de peso con las enfermedades crónicas no transmisibles, con diferentes grados de avance y bajo el lineamiento de la Organización Mundial de Salud para “Erradicar la Obesidad Infantil”, en

el Distrito, a nivel intersectorial Salud y Educación, se vienen adelantando estrategias para mitigar este fenómeno:

- Vigilancia de los indicadores nutricionales en la población escolarizada para la identificación de población en riesgo y con malnutrición, por el SISVAN.
- Estrategias de Información, Educación y Comunicación para la promoción del consumo de alimentación saludable y la práctica frecuente de actividad física
- Sensibilización y fortalecimiento de la oferta de alimentos sanos y seguros en las instituciones educativas (Estrategia Certificación de Tiendas Escolares)
- Sensibilización a directivos, docentes y comunidad educativa en general para la promoción de la alimentación saludable, la práctica frecuente de actividad física y la reducción de ambientes obesogénicos en los colegios, a través de las acciones del espacio educativo del PIC-SP.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

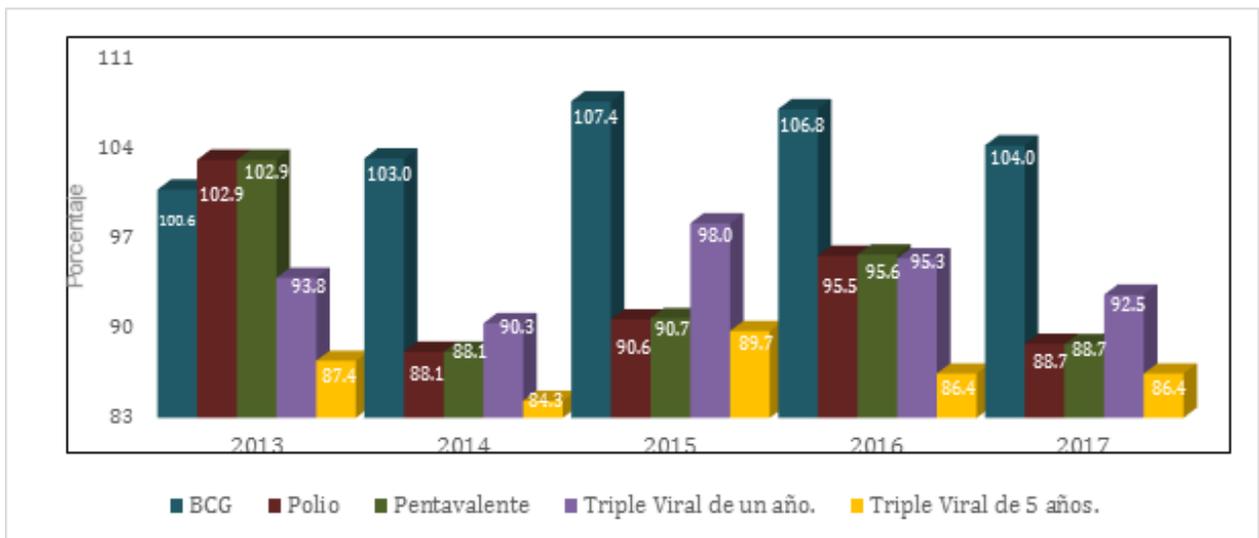
- Desarrollo e implementación de Ruta Integral Distrital a la malnutrición.
- Incorporación como tema prioritario junto con la Desnutrición-DNT el exceso de peso en la Reformulación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional - SAN Distrital.
- Pacto de acuerdos según competencias, en el marco del Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria-CISAN para afectar positivamente estos determinantes, que contribuyan al cumplimiento de la meta, como proyectos intersectoriales con otras secretarías para fomentar la actividad física, alimentación saludable, fomentar seguridad en los espacios de ciudad donde se practique la actividad física y ciclo rutas, instalación de puntos de hidratación en diferentes establecimientos educativos, restructuración de espacios educativos para dotación de equipamiento deportivo y de zonas para la práctica de la misma, regular la instalación de ventas ambulantes de alimentos obesogénicos en la cercanía del perímetro de los colegios.
- Se ha sostenido el concepto técnico del Sector Salud sobre la regulación de publicidad de alimentos procesados y ultra procesados, así como de bebidas azucaradas destinadas a niños y adolescentes, contemplado dentro de los diferentes proyectos de acuerdo del Concejo del Distrito.
- Participación del sector salud en las diferentes iniciativas del Congreso de la Republica para regular la publicidad de alimentos procesados y ultra procesados y bebidas azucaradas dirigidas a escolares y adolescentes.
- Masificación de las estrategias de comunicación del sector salud como “Estar Bien es estar Mejor” relacionadas con promoción de patrones de alimentación saludable y práctica de la actividad física.
- Intensificación de las estrategias desarrolladas en espacios de vida cotidiana como público, educativo y de vivienda; mantenimiento y fortalecimiento de acciones como restaurantes 1a, tiendas escolares, componente disfrutarte en el ámbito educativo, recreos saludables; acciones itinerantes para promover actividad física y alimentación saludable, plan familiar para familias con miembros con exceso de peso.

### 2.1.16. Coberturas de vacunación en población sujeta del programa de 0 a 5 años de edad <sup>22</sup>.

Indicador que mide la proporción (porcentaje) de niños y niñas que han recibido el esquema de vacunación completo para la edad. Así se evalúa el avance del programa de manera periódica, sistemática, uniforme y fiable, identificando logros y problemas, y poder implementar acciones de mejora, pertinentes y oportunas.

La SDS ha mantenido la búsqueda activa de menores objeto del programa por diferentes medios hasta las más amplias campañas de divulgación por medios de comunicación y su articulación constate con los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Gráfica 24 . Cobertura de Vacunación PAI 2013 – 2017 para niños y niñas de 0-5 años de edad.



Fuente: SIS-151 Resumen Mensual de vacunación

Al adoptar la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000, 189 jefes de estado y de gobierno respaldaron una estrategia mundial en la cual los Estados miembros se comprometían a reducir considerablemente la pobreza y a encabezar intervenciones claves a favor del desarrollo para el año 2015. Esta estrategia se traduce en la práctica en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles donde el objetivo 3 “Salud y Bienestar” se refiere explícitamente a temas de salud donde nuestra mayor intervención se observa en: “Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil” y “Enfermedades infecciosas”, donde es necesario que para lograr cumplir estos objetivos se mantenga la implementación del

<sup>22</sup> El seguimiento a los esquemas de vacunación se mide a través de cada uno de los indicadores trazadores definidos desde el Ministerio de Salud y Protección Social, de la siguiente manera: cobertura de vacunación para menores de 1 año con terceras dosis de pentavalente, cobertura de vacunación para niños-as de 1 año con tercera dosis de triple viral y cobertura de vacunación para niños y niñas de 5 años con el refuerzo de triple viral. Por lo anterior se reporta el cumplimiento del esquema según la edad con los indicadores que se están definidos como trazador y según la edad.

Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI- a través de dos modalidades de atención: vacunación intramural<sup>23</sup> y programa extramural<sup>24</sup>, a través de las cuales se lograrán y mantendrán las coberturas útiles de vacunación con todos los biológicos del PAI por encima del 95% en niños y niñas menores de un año y de un año.

Este enfoque refuerza los principios de salud para todos, y la estrategia de Atención Primaria de Salud-APS, y coloca la salud en el centro del desarrollo económico y social. Lo anterior proporciona a la comunidad un punto de acceso inestimable para dar más relieve a la salud.

La Secretaría Distrital de Salud, y bajo la orientación del Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS y de la Organización Panamericana de la Salud- OPS, se ha venido aportando a la reducción de las inequidades sociales y económicas, factores que se convierten en una barrera de acceso, para que niños y niñas cuenten con el esquema de vacunación completo, constituyéndose como una de las medidas sanitarias que mayor beneficio ha producido y sigue produciendo a la población, tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno.

La población objeto del Programa Ampliado de Inmunización- PAI para los niños y niñas menores de 6 años, son meta programática asignada por el Ministerio de Salud y Protección Social cada año, la cual contempla a los niños y niñas menores de 1 año, de 1 año y de 5 años de edad respectivamente.

En el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, se implementa la meta “Lograr y mantener coberturas de vacunación iguales o mayores al 95% en todos los biológicos del PAI”; la población objeto del Programa Ampliado de Inmunización- PAI son los niños y niñas menores de 6 años, mujeres gestantes, niñas de 9 a 17 años, mujeres en edad fértil (10 a 49 años) y adulto mayor de 60 años, donde cada día se busca que toda la población sujeto del programa sea cubierta con los biológicos que previenen enfermedades.

### **Comportamiento del indicador**

Se precisa que las coberturas de vacunación desde el año 2013 al 2017 donde se evalúan los biológicos trazadores administrados a los niños y niñas menores de un año, de 1 año y de 5 años de edad, se analizan a partir de los biológicos a saber: tercera dosis de pentavalente para los menores de un año, la primera dosis de triple viral para los niños y niñas de un año de edad y para los niños y niñas de 5 años se mide la segunda dosis de triple viral.

En tal sentido y de acuerdo con el Gráfica distrital, para los años 2013 y 2016 el comportamiento del indicador muestra que se alcanzaron coberturas por encima del 95%

---

<sup>23</sup> Hace referencia a los 400 puntos de vacunación públicos y privados disponibles en el Distrito Capital, distribuidos en las 20 localidades en los cuales se realiza la aplicación de los biológicos para los niños y niñas, gestantes y adultos mayores de la ciudad.

<sup>24</sup> Hace referencia a la estrategia de vacunación no institucional la cual se realiza por medio de las siguientes estrategias: Casa a casa, Concentración, Seguimiento, Jornadas y/o campañas de vacunación.

en el biológico trazador en menor de 1 año, correspondiente a las terceras dosis de pentavalente con resultados de 102,9% y 95,5% respectivamente. Respecto al 2017 se llega a una cobertura del 88.7%, debido a que durante esta vigencia hubo disminución en el número de nacidos vivos en la ciudad y desplazamiento de esta población fuera de la ciudad.

Para el biológico triple viral (trazador en los niños y niñas de 1 año), corresponde a la administración de la primera dosis, que para los años 2015 y 2016 se alcanzan coberturas útiles de vacunación para la edad, correspondiente al 98% y 95,3% respectivamente. Para el año 2017 solo se alcanza una cobertura del 92,5%, pesar de mantener las estrategias de búsqueda de los niños y niñas en este grupo de edad pendientes por completar el esquema de vacunación, mediante seguimiento a cohortes, estrategias extramurales, y acciones implementadas desde los espacios de vida cotidiana como son: vivienda, público y educativo.

#### **2.1.17. Cobertura de vacunación a niñas y niños menores de un año y población de un año.**

Las enfermedades a prevenir en este grupo de edad son: Tuberculosis, Poliomiелitis, Hepatitis B, Difteria, Tétanos, Infecciones por Haemophilus Influenza tipo b, Sarampión, Paperas, Rubéola, Gastroenteritis por Rotavirus, Influenza y Enfermedades respiratorias por neumococo, Hepatitis A y Varicela.

Así las cosas, a continuación se presentará la cobertura de los biológicos trazadores administrados a los niños y niñas menores de 1 año y de un año de edad.

#### **2.1.18 Cobertura de Vacunación con BCG en nacidos vivos**

### **Condiciones que determinan el comportamiento del indicador**

La mayor cobertura en el biológico BCG<sup>25</sup> se logró el año 2015 obteniendo el 107.4% con 116.484 niñas y niños vacunados, seguido del año 2016, en el cual el resultado fue de 106.8% con 112.336 niños y niñas vacunados. Frente al 2017 se alcanzó una cobertura de 107% con 109.138 niños y niñas vacunados.

Este biológico es aplicado en la IPS que atienden partos de acuerdo con lo establecido en la Resolución 671 del 2001 de la SDS; dado lo anterior, la ciudad presenta coberturas de vacunación para BCG superiores al 100% debido a que aproximadamente el 9% de los partos atendidos en el Distrito Capital son de personas cuya residencia habitual no es Bogotá.

Esta incidencia positiva en el periodo analizado, corresponde en gran medida a que en todas las Instituciones que atienden partos, se mantiene la implementación de la vacunación al recién nacido, realizando el registro con alta calidad del dato para dar

---

<sup>25</sup> Bacillus de Calmette y Guéri

continuidad en el seguimiento al menor, donde se busca siempre completar sus esquemas de vacunación evitándoles enfermedades que son prevenibles por vacuna.

### **2.1.19. Cobertura de vacunación contra Polio en menores de 1 año**

#### **Condiciones que determinan el comportamiento del indicador**

En el año 1985 la OPS propuso como meta la erradicación del poliovirus salvaje en las Américas, no obstante, el último caso de poliomielitis por dicho virus se presentó en 1.991 y en 1994 se certifica a las Américas como libre de polio por la Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis. En ese entonces, las estrategias que permitieron la erradicación de la poliomielitis en las Américas fueron alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación y una adecuada vigilancia epidemiológica a través de la investigación inmediata de casos y el control agresivo de brotes.

En tal sentido, el distrito ha venido adelantando acciones de prevención promoción y vigilancia de este evento, de tal manera que, para el periodo de análisis la mayor cobertura en el biológico Anti polio se logró en los años 2013 y 2016 obteniendo el 103% (116.332 niños y niñas vacunados) y 95.6% (100.527 niños y niñas vacunados) respectivamente y para el 2017 se obtuvo el 88.7% (93.80 niños y niñas vacunados)

Dentro de las estrategias utilizadas por el Distrito, para la consecución de coberturas útiles de vacunación y con el fin de lograr terminar los esquemas de vacunación en la población sujeto del programa (niños y niñas menores de 1 años), se implementaron acciones de vacunación permanente tales como: puestos fijos de vacunación (centros comerciales), casa a casa, equipos móviles y a nivel institucional: acciones de vacunación intensiva como son las jornadas y campañas con movilización masiva de la población en un día definido y específico y acciones de vacunación emergentes como son: bloqueos o barridos donde se intensifica la búsqueda de los niños y niñas casa a casa susceptibles para iniciar, continuar y terminar los esquemas de vacunación según la edad.

### **2.1.20 Cobertura de vacunación con pentavalente, tercera dosis en menor de un año.**

#### **Condiciones que determinan el comportamiento del indicador**

La presentación del biológico Pentavalente (contiene DPT<sup>26</sup>, Hepatitis B y Haemophilus influenzae tipo b) es la utilizada en el país. Este biológico es trazador en la medición de coberturas útiles de vacunación en niños y niñas menores de 1 año de edad con la administración de la tercera dosis a los 6 meses de edad.

El comportamiento de este indicador muestra que la mayor cobertura alcanzada en las terceras dosis de pentavalente se dio en los años 2013 y 2016 obteniéndose el 102.9% (116.332 niños y niñas vacunados) y 95.6% (100.511 niños y niñas vacunados) respectivamente. Para el 2017 se alcanzó una cobertura del 88.7% con 93.067 niños y

---

<sup>26</sup> Difteria, Bordetella Pertussis (La Tos Ferina/Tosferina) y el Tétanos.

niñas vacunados, esta cobertura se debe a la poca demanda inducida realizada por las Aseguradoras del régimen contributivo al cual se encuentra afiliado el 70% de la población de Bogotá.

Para cumplir con el objetivo del PAI de iniciar, continuar y terminar esquemas de vacunación, se implementaron las estrategias de vacunación intramural, donde se presta el servicio por demanda espontánea en la red prestadora de servicios de salud, tanto pública como privada, los cuales se encuentran distribuidos en todas las localidades de la ciudad y cumplen con los estándares de habilitación establecidos en la normatividad vigente. Igualmente se conformaron grupos extramurales quienes ingresan a zonas de difícil acceso y con población vulnerable, lo que de igual manera se viene desarrollando como estrategia vital, para lograr identificar los niños y niñas con esquema de vacunación incompleto.

#### **2.1.21. Cobertura de Vacunación con triple viral en niños y niñas de un año de edad.**

##### **Condiciones que determinan el comportamiento del indicador**

El biológico triple viral previene las enfermedades: sarampión, rubeola y paperas. Frente al comportamiento durante el periodo de análisis se observa que la mayor cobertura se alcanzó en el año 2015, obteniendo el 98% con 103.138 niñas y niños vacunados, cobertura que no se había logrado desde el año 2012, donde se obtuvo como resultado el 89%. Para el año 2016, los resultados se mantienen logrando cobertura de vacunación del 95.3% con 100.341 niñas y niños vacunados y para el 2017 se alcanza una cobertura de 92,5% con 97.298 niñas y niños vacunados. La baja cobertura obtenida en este año respecto a los anteriores se debe a la falta de demanda inducida por parte de las Aseguradoras del régimen contributivo, a pesar que desde la SDS se articularon acciones de búsqueda activa de los niños y niñas pendientes por completar los esquemas de vacunación.

A pesar de lo anterior, se rescata que la incidencia positiva en los años anteriores, se logró mediante el desarrollo de las estrategias intramural y extramural, mediante las cuales se realiza la búsqueda activa de la población de 1 año. Adicionalmente, mantienen las estrategias de comunicación, información y educación a la comunidad con el fin de evitar enfermedades que son prevenibles con la administración de las vacunas.

#### **2.1.22 Cobertura de vacunación con refuerzo de triple viral en niños y niñas de 5 años de 5 años.**

Para este grupo de edad corresponde la administración de la segunda de este biológico, lo cual permite terminar el esquema de vacunación para la edad.

##### **Condiciones que determinan el comportamiento del indicador**

En la segunda dosis correspondiente a este biológico, que se administra a los niños y niñas a los 5 años de edad, se observa para el año 2013 que, se obtiene una cobertura del 87.4% correspondiente a 103.854 niñas y niños vacunados; en el año 2014 se llega a una cobertura del 84,3% siendo esta una de las más bajas alcanzadas en el periodo evaluado

(correspondiente a 10.860 niños y niñas vacunados). Para el año 2015 se obtiene una cobertura del 89.7% con 97.875 niñas y niños vacunados, para el año 2016 una cobertura de 86,4 con 93.278 niños y niñas vacunados y para el 2017 se logra una cobertura de 86.4% con 91.929 niños y niñas vacunados

Para esta edad específicamente en los niños y niñas de 5 años, se puede ver que el comportamiento del indicador no muestra el resultado esperado, siendo uno de los motivos la ausencia de compromiso, olvido y desconocimiento de los padres y/o cuidadores, para la administración de éste biológico para la edad. Por tal motivo, la SDS ha implementado estrategias de comunicación en medios masivos de comunicación y a través de la promoción intersectorial (Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, Jardines Infantiles de Integración Social, Instituciones Educativas Distritales entre otros), para promover la oportunidad de completar esquemas de vacunación.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

Desde la Secretaria Distrital de Salud se han implementado varias estrategias desde el Programa Ampliado de Inmunizaciones, con el fin de alcanzar coberturas útiles de vacunación en la ciudad, a saber:

- Talento humano profesional asignado por Subredes de Servicios de Salud brindando asistencia técnica, seguimiento y evaluación de todos los procesos del Programa a nivel local.
- Fortalecimiento de la estrategia vacunación sin barreras en el 100% de IPS públicas y privadas del Distrito.
- Disposición día a día de los avances en dosis aplicadas y aportes a la cobertura mensual por cada uno de los equipos vacunadores y estrategias institucionales o extramurales desarrolladas a nivel local.
- Realización mensual del Comité Distrital PAI, donde se socializa y establecen estrategias para el cumplimiento de los biológicos trazadores en la población menor de un año, de un año y de cinco años de edad.
- Asistencia técnica en IPS con baja cobertura de vacunación y revisión de los componentes del PAI, estableciendo estrategias para el cumplimiento.
- Seguimiento estricto a la cohorte de recién nacidos de menores de un año y de 1 año de edad, de cada una de las IPS y EAPB en cada una de las localidades para asegurar el cumplimiento oportuno de la vacunación.
- Seguimiento a las cuatro Subredes Prestadoras de Servicios de Salud, a los menores de 1 año, de 1 año y de 5 años de edad para el cumplimiento al esquema de vacunación oportuno por equipo extramural que hace búsqueda de la población a través de las estrategias: casa-casa, seguimiento, jornadas de vacunación, entre otros, para administrar los biológicos requeridos, según edad y dosis establecidos por Lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Elaboración de reuniones con los diferentes actores involucrados en el cumplimiento de coberturas de vacunación con población objeto.
- Seguimiento a través de tableros de control, herramienta que permite el seguimiento frente al cumplimiento de los biológicos por cada IPS y a su vez con el asegurador.

- Jornada de vacunación con Influenza para todos los niños y niñas menores de 6 años de edad.
- Jornadas de vacunación distritales, donde se intensifica las acciones de información, educación y comunicación, lo que permite captar la población sujeta y susceptible del programa, para iniciar, continuar y completar esquemas de vacunación, buscando obtener coberturas útiles de vacunación superiores al 95%.
- Verificación en terreno de eventos inmunoprevenibles a través del monitoreo rápido de coberturas de vacunación.

Las coberturas de vacunación se miden a través de los siguientes indicadores:

Población menor de un año:

- Cobertura Anti polio:  $\text{Número de menores de un año vacunados con 3as. Dosis de vacuna contra polio} / \text{Número de población total de menores de un año} \times 100$
- Cobertura Pentavalente:  $\text{Número de menores de un año vacunados con 3º dosis de Pentavalente} / \text{Número total de población de menores de un año de edad} \times 100$
- Cobertura BCG:  $\text{Número de nacidos vivos vacunados con BCG} / \text{Número total de recién nacidos vivos} \times 100$

Población de un año

- Cobertura Triple Viral:  $\text{Número de niños/as de un año de edad vacunados con triple viral} / \text{Número de población total de un año de edad} \times 100$

Población de cinco años

- Cobertura Triple Viral:  $\text{Número de niños/as de cinco años vacunados con refuerzo de Triple Viral} / \text{Número total de población de cinco años de edad} \times 100$

### **2.1.23. Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes.**

La morbilidad en menores de cinco años expresa el riesgo de enfermar de las cinco primeras causas en niños y niñas menores de 5 años por cada 100.000 niños y niñas de este grupo de edad. Es importante mencionar que el Sistema de información utilizado por la SDS para analizar el comportamiento de este indicador se denomina Registro Individual de Prestación de Servicios en Salud –RIPS, reglamentado mediante la Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000, en la cual no se establece el registro de la localidad de residencia del paciente que consulta por estas causas a los servicios de salud como requisito para la notificación en dicho sistema.

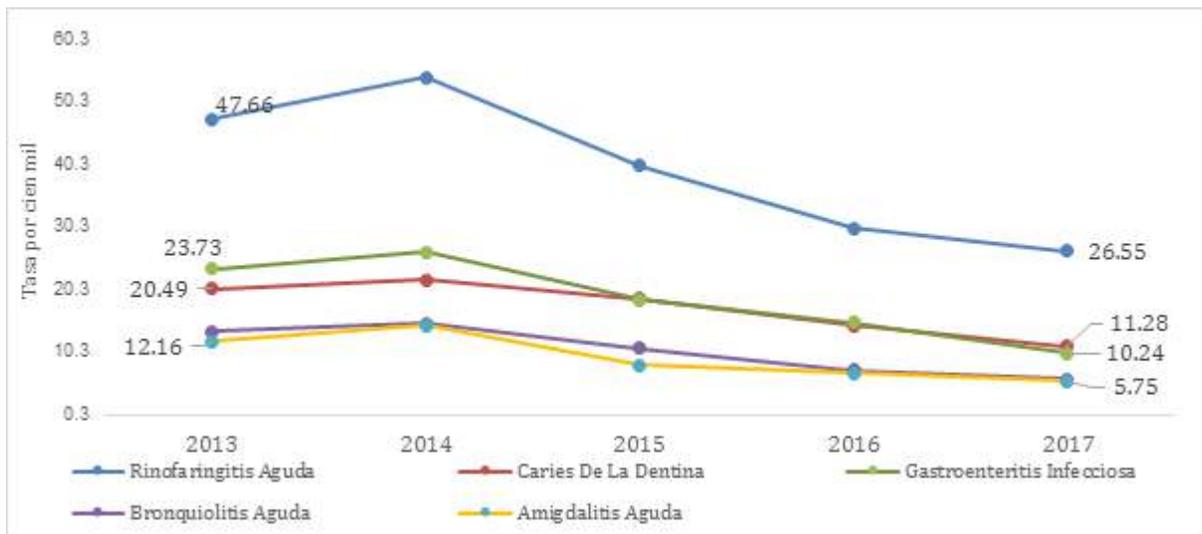
Por lo anterior, la SDS hace una caracterización indirecta de las cinco primeras causas de morbilidad en los niños, niñas y adolescentes presentando el comportamiento de este indicador y su análisis por la localidad de atención, es decir la localidad donde el niño, niña o adolescente es atendido-a por el sistema de salud.

## Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Al analizar las cinco primeras causas de morbilidad atendida en Bogotá D.C., en niños, niñas y adolescentes durante los años 2013 al 2017; se encuentra en orden descendente rinofaringitis aguda, caries de la dentina, gastroenteritis infecciosa, bronquiolitis aguda y amigdalitis aguda; estas enfermedades se observa una tendencia a la disminución.

Respecto al grupo etario en los menores de 1 año predomina rinofaringitis aguda, bronquiolitis y las gastroenteritis y en el grupo de edad de 1 a 5 años rinofaringitis aguda, caries de la dentina y gastroenteritis, y en los niños, niñas y adolescentes (5 años a 18 años) predominan caries de la dentina, enfermedades gatrointestinales y enfermedades oftalmológicas. De acuerdo con el comportamiento del indicador para el periodo analizado, se observa la tendencia a la disminución en las cinco primeras causas de morbilidad.

*Gráfica 25 Cinco primeras causas de morbilidad en niños, niñas y adolescentes, 2013-2017*



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares. (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

Las causas principales que generan la presencia de enfermedades respiratorias agudas en los niños y niñas de 0 a 5 años son: el tamaño de su sistema respiratorio (pulmones y bronquios) y la inmadurez del sistema defensivo, debido a su edad y a la falta de un esquema de vacunación completo. Respecto a los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años, se encuentran como factores asociados de la presencia de este evento, los niveles de contaminación ambiental de Bogotá, por ser una zona urbana y, por otro lado, la altitud de la ciudad (2.626 metros a nivel del mar), que genera mayores niveles de precipitación en el aire originado periodos de lluvia y partículas contaminadas, incidiendo en la presencia de este evento durante periodos trimestrales en el mismo año.

No obstante, al observar la tendencia del indicador durante el periodo de análisis, se evidencia una tendencia a la disminución en la presencia de las 5 causas de morbilidad en niños niñas y adolescentes como resultado de las acciones de promoción y prevención en

salud realizadas en la ciudad tales como: vacunación; programas de cuidado integral de los niños y niñas, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo, la construcción de la “Ruta de Atenciones integrales para la Primera Infancia”, los programas de intervenciones colectivas lideradas por salud pública y otras acciones de los diferentes sectores, instituciones y la comunidad como: cobertura en alcantarillado, generando las condiciones, capacidades y medios necesarios para que los niños, niñas y adolescentes cuenten con entornos saludables

*Tabla 19 Cinco primeras causas de morbilidad en niños, Niñas y adolescentes por localidad. 2013-2017*

LOCALIDAD	2013 - 2017				
Usaquén	Rinofaringitis Aguda	Diarrea	Asma	Bronquiolitis Aguda	Rinitis Alérgica
Chapinero	Rinofaringitis Aguda	Diarrea	Bronquiolitis Aguda	Bronquitis	Neumonía
Santafé	Rinofaringitis Aguda	Caries De La Dentina	Bronconeumonía	Bronquiolitis	Diarrea
San Cristóbal	Rinofaringitis aguda	Bronquiolitis Aguda	Recién Nacido Pretermino	Caries De La Dentina	Infección De Vías Urinarias
Usme	Caries De La Dentina	Rinofaringitis Aguda	Bronquiolitis Aguda	Enfermedades De La Tráquea	Neumonía
Tunjuelito	Rinofaringitis Aguda	Caries De La Dentina	Bronquiolitis Aguda	Enfermedades De La Tráquea	Dientes Incluidos
Bosa	Rinofaringitis Aguda	Caries De La Dentina	Bronquiolitis Aguda	Gingivitis Crónica	Infección Vías Urinarias
Kennedy	Rinofaringitis Aguda	Caries De La Dentina	Diarrea	Amigdalitis	Bronquiolitis
Fontibón	Rinofaringitis Aguda	Caries De La Dentina	Bronquiolitis Aguda	Amigdalitis	Diarrea
Engativá	Caries De La Dentina	Rinofaringitis Aguda	Atenciones De La Atención	Gingivitis Crónica	Bronquiolitis
Suba	Rinofaringitis Aguda	Caries De La Dentina	Bronconeumonía	Bronquiolitis Aguda	Diarrea
Barrios Unidos	Rinofaringitis Aguda	Diarrea	Caries De La Dentina	Bronco Litis Aguda	Amigdalitis Aguda
Teusaquillo	Rinofaringitis Aguda	Diarrea	Bronquiolitis Aguda	Caries De La Dentina	Amigdalitis Aguda
Mártires	Diarrea	Bronco Litis Aguda	Rinofaringitis Aguda	Neumonía	Infección De Vías Urinarias
Antonio Nariño	Rinofaringitis Aguada	Diarrea Infecciosa	Amigdalitis Aguda	Faringitis Aguda	Rinofaringitis Aguda
Puente Aranda	Diarrea	Rinofaringitis Aguda	Bronquiolitis Aguda	Caries De La Dentina	Amigdalitis Aguda
Candelaria	Rinofaringitis Aguda	Caries	Bronquiolitis	Parásitos Intestinales	Diarrea
Rafael Uribe Uribe	Rinofaringitis	Diarrea	Hipermetropía	Bronquiolitis	Deformidad De La Cadera
Ciudad Bolívar	Rinofaringitis Aguda	Bronquiolitis	Diarrea	Dermatitis	Caries
Sumapaz	Rinofaringitis Aguda	Diarrea	Amigdalitis Aguda	Amigdalitis Bacteriana	Caries De La Dentina

Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares. (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 06 de diciembre de 2017, datos preliminares)

Al realizar el comportamiento del indicador por localidad, se encuentra que al igual que en el Distrito, la causa de morbilidad en niños, niñas y adolescentes que predomina es la enfermedad respiratoria, por los factores enunciados anteriormente. Respecto a las enfermedades odontológicas (carie de la dentina y gingivitis), es importante mencionar que actualmente no se ha logrado la adherencia de las padres madres y/o cuidadores de los niños, niñas y adolescentes para la asistencia programas de promoción y prevención de salud oral, y por otro lado el desconocimiento de dichos actores al derecho que tienen sus

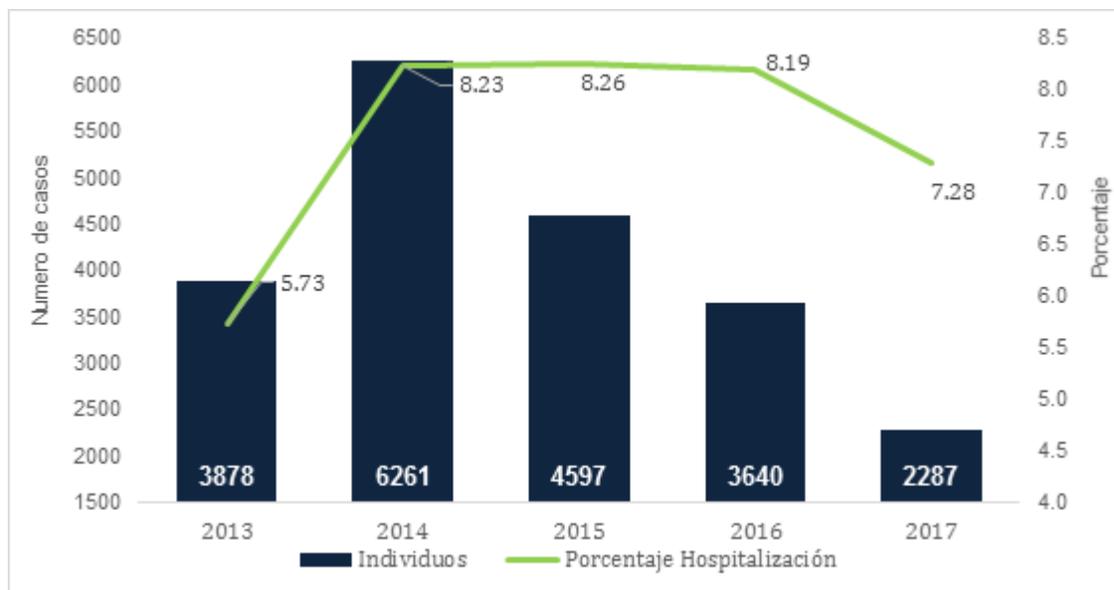
hijos o hijas al servicio de odontología, este factor es igual para todas las localidades del Distrito. La tercera causa de morbilidad en esta población es la presencia de diarrea debido a múltiples factores: contaminación del subsuelo de la ciudad que acoge un gran número de industrias las cuales producen desechos contaminantes que afectan la calidad del agua de consumo, malas prácticas de manipulación y conservación de los alimentos, entre otras, las cuales se presentan de manera general en toda la ciudad.

Finalmente, llama la atención la presencia de hipermetropía en la localidad de Rafael Uribe Uribe, debido a la contaminación del aire que se presenta en Bogotá por las causas mencionadas, siendo esta localidad una de las que me acoge industria.

#### 2.1.24. Porcentaje de Hospitalización en menores de 5 años por EDA

Este indicador estima la proporción de niños menores de 5 años con diagnóstico de Enfermedad Diarreica Aguda que son hospitalizados.

Gráfica 26 Porcentaje de hospitalización para EDA, 2013-2017



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares. (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 06 de diciembre de 2017)

#### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Al analizar el indicador de porcentaje de hospitalización para EDA en menores de 5 años durante el periodo 2013 – 2017 se observa una tendencia fluctuante pasando de 5,73% en

el año 2013 a 7,28% en el 2017. Este comportamiento, demuestra que en promedio el porcentaje de hospitalización por EDA en el año en los menores de 5 años es de 7,54%.<sup>27</sup>

De acuerdo con el comportamiento del indicador se observa que la tendencia durante el periodo de análisis es a la disminución de la presentación de hospitalizaciones para EDA en menores de 1 año como resultado de la adherencia de los padres, madres y/ o cuidadores y la comunidad a los programas de promoción y prevención en salud implementados en la ciudad tales como: vacunación; programas de cuidado integral de los niños y niñas y detección oportuna de las alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo.

Aunque dichas acciones se implementan también con los niños y niñas de 1 a 5 años, se observa una tendencia al aumento de este evento, debido principalmente a los cambios en el genotipo del rotavirus con mayor incidencia en este grupo etario, lo cual puede estar asociado específicamente a esta edad, teniendo en cuenta que este ciclo vital los niños y niñas inician sus proceso de socialización en otros espacios distintos a su casa (jardín infantil, espacios sociales y de recreación, entre otros) que los hacen más vulnerables para adquirir este virus.

Al analizar el indicador de porcentaje de hospitalización de EDA en menores de 5 años; durante el periodo 2013 – 2017 observamos una tendencia fluctuante pasando de 5,73% en el año 2013 a 7,28% en el 2017. Este comportamiento, demuestra que en promedio el porcentaje de hospitalización por EDA en el año en los menores de 5 años es de 7,54%.

## **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

El rotavirus es el agente etiológico que mayor causa diarrea y hospitalización por EDA en menores 5 años. La SDS incorporó la vacuna de rotavirus en el año 2008, si bien ha mostrado impactos en la disminución en la morbilidad y mortalidad, en Bogotá la hospitalización de niños menores de 5 años por EDA, la tendencia se mantiene estable; de acuerdo a la vigilancia centinela de Bogotá la hospitalización se ha generado por la circulación de parásitos y cambios en el genotipo de rotavirus (genotipo12) que no cubre la vacuna, por lo anterior se ha generado alerta epidemiológica ante el INS, intervenciones colectivas e individuales para disminuir la trasmisión como: investigación epidemiológica de campo y capacitación de signos de alarma y medidas autocuidado y priorizara la atención.

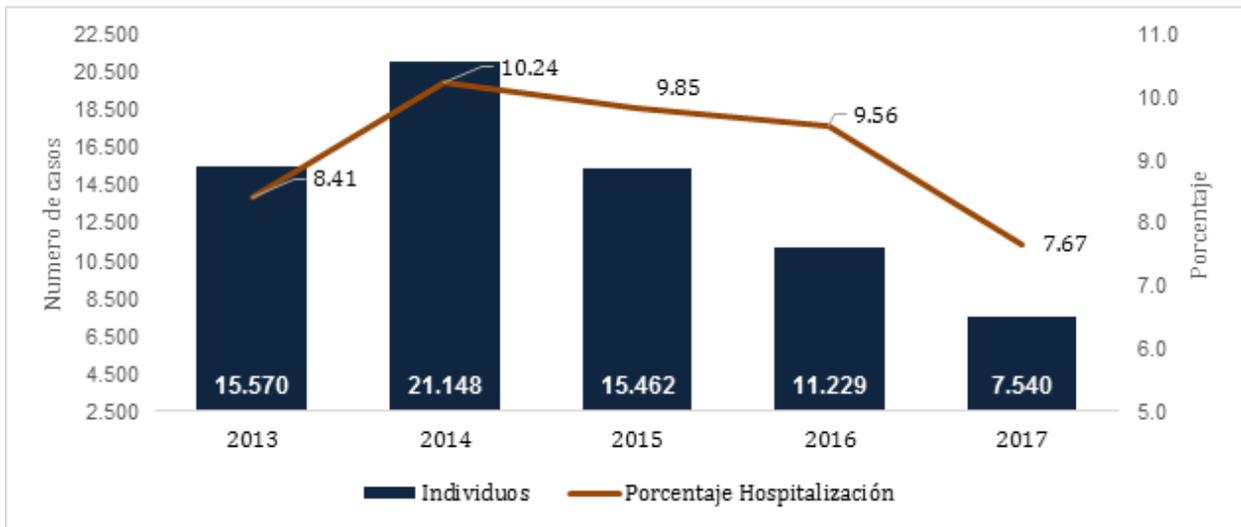
### **2.1.25. Porcentaje de Hospitalización en menores de 5 años por IRA**

Este indicador estima la proporción de niños menores de 5 años con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda que son hospitalizados.

*Gráfica 27 Porcentaje de hospitalización para IRA, 2013-2017*

---

<sup>27</sup> El sistema de información de los RIPS no cuenta con localidad de residencia como requisito en la resolución 3374 del 2000; lo que no permite tener un indicador confiable, para generar un análisis epidemiológico confiable, razón por la cual no se presenta análisis por localidad. Se aclara que la información 2017 es preliminar.



Fuente: Base de datos RIPS SDS 2004-2018, población vinculada, desplazada, atenciones no pos y particulares. (Corte de recepción 31 de enero de 2018); Base de datos RIPS Ministerio de Salud 2009-2017, población contributiva y subsidiada. (Con corte de recepción 06 de diciembre de 2017- datos preliminares)

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Al analizar el indicador de porcentaje de hospitalización de IRA en menores de 5 años; durante el periodo 2013 – 2017 observamos una tendencia fluctuante pasando de 8,41% en el año 2013 a 7,67% en el 2017. Este demuestra que en promedio el porcentaje de hospitalización por IRA en el año en los menores de 5 años es de 9,15%<sup>28</sup>.

Observando el comportamiento del indicador durante el periodo analizado, se evidencia una tendencia a la disminución en los menores de 1 año, esto se debe a los programas de promoción y prevención en salud (vacunación; programas de cuidado integral de los niños y niñas, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento y desarrollo) la construcción de la “Ruta de Atenciones integrales para la Primera Infancia” y los programas de intervenciones colectivas lideradas por salud pública.

Si bien, las acciones ya mencionadas también se llevan a cabo en el grupo de edad de niños y niñas de 1 a 5 años; en este grupo de edad el indicador tiene tendencia al aumento, esto se debe que los niños de este grupo etario inician la asistencia a jardines infantiles, colegio, contacto de contaminación del aire con el humo del cigarrillo esto asociado a la circulación de influenza 1-2-3, sincitial respiratorio, adenovirus e influenza A y B.

### Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud

<sup>28</sup> El sistema de información de los RIPS no cuenta con localidad de residencia como requisito en la resolución 3374 del 2000; lo que no permite tener un indicador confiable, para generar un análisis epidemiológico confiable, razón por la cual no se presenta análisis por localidad. Se aclara que la información 2017 es preliminar.

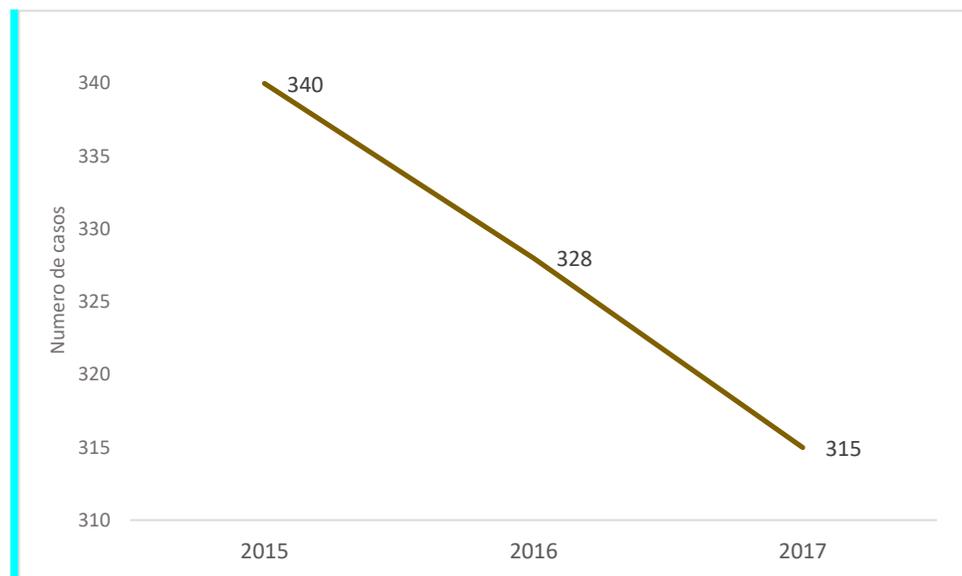
En Bogotá la hospitalización de niños menores de 5 años por IRA, la tendencia se mantiene estable; de acuerdo a la vigilancia centinela de Bogotá la hospitalización se ha generado por la circulación influenza 1-2-3, sincitial respiratorio, adenovirus e influenza A y B.

La SDS incorporo la vacuna contra: influenza A, influenza H1N1 e influenza B; se tiene vigilancia activa y pasiva de los casos de morbilidad por IRA y análisis de mortalidad por IRA. Desde las estrategias colectivas: se hace énfasis en las prácticas de lavado de manos, capacitación de signos de alarma y medidas autocuidado a nivel: intersectorial, institucional y comunidad; se encuentra implantando las guías de práctica clínica del MSPS y se está implementando el programa distrital para la prevención, manejo y control de la IRA con base en el lineamiento del Ministerio.

### 2.1.26. Número de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años.

Número de niños y niñas entre 0 y 18 años, que han recibido confirmación diagnóstica de cáncer y han sido reportados a través de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA en un año.

Gráfica 28 Número de casos cáncer infantil 2015-2017



Fuente: Bases SIVIGILA 2015-2017 definitivas. Proyecciones de población 2015-2017.

Se aclara que el evento cáncer en menores de 18 años inició en 2015 como objeto del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Las cifras informadas con base en el sistema podrían tener un subregistro que posiblemente tienda a minimizarse con el tiempo.

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

Se presenta el número de casos del evento 115: “cáncer en menores de 18 años” para cada año del periodo 2015-2017 con base en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA). Los casos informados se obtuvieron luego de un proceso de depuración de la

base original del sistema. Es necesario tener en cuenta que las actividades de notificación de este evento iniciaron en el año 2015 y que se incluye la totalidad de casos confirmados atendidos entre personas residentes en Bogotá, independiente del año del diagnóstico.

El cáncer es una enfermedad poco frecuente en la infancia y adolescencia, sin embargo, constituye una de las principales causas de muerte en personas menores de 18 años. Las causas del cáncer en personas menores de 18 años no se conocen con claridad. A diferencia del cáncer en adultos, no se han podido implementar estrategias de prevención primaria para el cáncer en niños y adolescentes, así como tampoco hay métodos de tamización que permitan la detección temprana (a excepción del retinoblastoma).

El cáncer pediátrico se caracteriza por tener una presentación predominantemente tisular, los casos son detectados generalmente de forma accidental, (dado que los signos y síntomas son tan comunes que pueden confundirse con otras enfermedades) y el 80 % de los casos se encuentran diseminados en el momento del diagnóstico, sin embargo los tumores diagnosticados en la infancia tienen mejor pronóstico, responden y toleran mejor el tratamiento y se logra una mayor supervivencia comparados con los tumores en adultos. Por lo tanto es importante generar información continua del comportamiento de la notificación del evento cáncer en menores de 18 años a nivel municipal, departamental o distrital y nacional, especialmente de aquella relacionada con la oportunidad en el proceso de atención, que permita identificar debilidades en el mismo y orientar la toma de decisiones en busca de garantizar atención integral e incidir en la reducción de la mortalidad evitable de las personas menores de 18 años con cáncer.<sup>29</sup>

En lo que corresponde a la notificación del evento, para el caso de cáncer infantil, se inició con la vigilancia de leucemias en el año 2008, sin embargo, en el 2015 se introducen los otros grupos de tumores según la clasificación internacional de cáncer infantil por lo que se observa un aumento en la notificación a partir de este año. En la actualidad se llevan a cabo diferentes acciones en todos los niveles de atención con el fin de mejorar la atención integral de los niños con cáncer.

---

<sup>29</sup> Protocolo de Vigilancia en Salud Pública, cáncer en menor de 18 años, Instituto Nacional de Salud. 2017.

Tabla 20 Número de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años, según localidad

Localidad	2015	2016	2017
Antonio Nariño	4	4	2
Barrios Unidos	9	8	7
Bosa	29	38	30
Chapinero	6	12	1
Ciudad Bolívar	21	24	24
Engativá	29	24	36
Fontibón	14	19	12
Kennedy	48	37	41
La Candelaria	1	2	3
Los Mártires	5	6	3
Puente Aranda	6	10	6
Rafael Uribe	7	13	18
San Cristóbal	22	18	15
Santafé	9	6	6
Suba	54	50	55
Sumapaz	0	0	0
Teusaquillo	3	8	6
Tunjuelito	6	12	6
Usaquén	18	18	19
Usme	22	16	24
Desconocida	27	3	1
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>328</b>	<b>315</b>

Fuente: Bases SIVIGILA 2015-2017 definitivas. Proyecciones de población 2015-2017. Se aclara que el evento cáncer en menores de 18 años inició en 2015 como objeto del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. Las cifras informadas con base en el sistema podrían tener un subregistro que posiblemente tienda a minimizarse con el tiempo. El uso de frecuencias de conteo bajas lleva a que la tendencia en poblaciones pequeñas o con pocos casos sea inestable o muy cambiante debido a que incrementos o decrementos en uno o pocos casos podrían significar cambios considerables proporcionales o de tasas en un año determinado en comparación con el año anterior.

Respecto al comportamiento de este evento en las localidades del D.C, en la tabla anterior se muestra el número de casos confirmados de cáncer en menores de 18 años residentes en Bogotá, atendidos, según notificación al SIVIGILA, en el periodo 2015-2017, de tal manera que se evidencian las cinco localidades con mayor número promedio de casos anuales notificados: Suba, Kennedy, Bosa, Engativá y Ciudad Bolívar, lo cual puede estar determinado por ser éstas localidades las que ocupan los cinco primeros lugares con mayor población menor de 18 años.

Sin embargo, llama la atención que siendo Suba de una proporción poblacional un poco menor que Kennedy, tenga aproximadamente un tercio más de notificaciones, y que el mayor número se observe en cada uno de los años analizados. Por su parte, hubo nueve localidades con seis o menos casos anuales, en promedio, ellas fueron Chapinero, Puente Aranda, Santafé, Teusaquillo, Tunjuelito, Los Mártires, Antonio Nariño, La Candelaria y Sumapaz, enfatizando en que esta última localidad no registró casos durante todo el periodo.

Al respecto es importante tener en cuenta que el número de casos notificados por localidad, no necesariamente indica mayor o menor riesgo de la enfermedad, sino que este riesgo depende de otros factores tales como: tamaño de la población menor de 18 años, supervivencia de los niños, niñas y adolescentes diagnosticados, identificación correcta de casos, presencia de subregistro, y si este llega ser diferencial o no. Estas nueve localidades representan el 12,5% de los casos que, en promedio, se notifican anualmente.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

- Se realizó reactivación de Consejo Distrital de Cáncer Infantil, logrando participación intersectorial y revisión de la normatividad y situación de ciudad de los niños y niñas con diagnóstico probable o confirmado de cáncer.
- Se dio comienzo al proceso de registro de cáncer infantil de Bogotá liderado por la Secretaría Distrital de Salud.
- En el mes de septiembre se realizó capacitación a 100 médicos y enfermeras de las subredes para la identificación oportuna de signos y síntomas de cáncer infantil, entregando material impreso de reconocimiento de signos de alarma por parte del personal de salud.
- Durante el 2017 se realizó capacitación en AIEPI a diferentes grupos de profesionales del equipo de Plan de Intervenciones Colectivas- PIC, en esta estrategia uno de los capítulos es cáncer infantil.
- Se dio continuidad al proceso de notificación de casos de los 12 grupos de cáncer que afecta a niñas y niños a través del SIVIGILA, realizando análisis cruzado de información con el registro de ciudad, así como realizando asistencias técnicas para mejorar la calidad del dato y realizar análisis de mortalidad por estos eventos.

#### **2.1.27. Número de Niños, niñas y adolescentes lesionados por pólvora**

En el Distrito Capital la fabricación, almacenamiento, distribución, comercialización y el uso de artefactos elaborados con pólvora está regulada por la Ley 670 del año 2001 “Por medio de la cual se desarrolla parcialmente el artículo 44 de la Constitución Política para garantizar la vida, la integridad física y la recreación del niño expuesto al riesgo por el manejo de artículos pirotécnicos o explosivos”; esta misma fue aclarada por el Decreto Distrital 766 de 2001, “Por el cual se adoptan medidas de control sobre la fabricación, almacenamiento, transporte, venta y manipulación de fuegos artificiales o artículos pirotécnicos en el Distrito Capital de Bogotá”, no obstante los ciudadanos del Distrito Capital acuden a municipios cercanos para conseguirlos y usarlos.

El evento se ha venido registrando de manera permanente y analizando su comportamiento epidemiológico, con énfasis en la temporada de Festividades de fin de Año por ser la época de mayor riesgo, asociado al comportamiento cultural y de celebración religiosa.

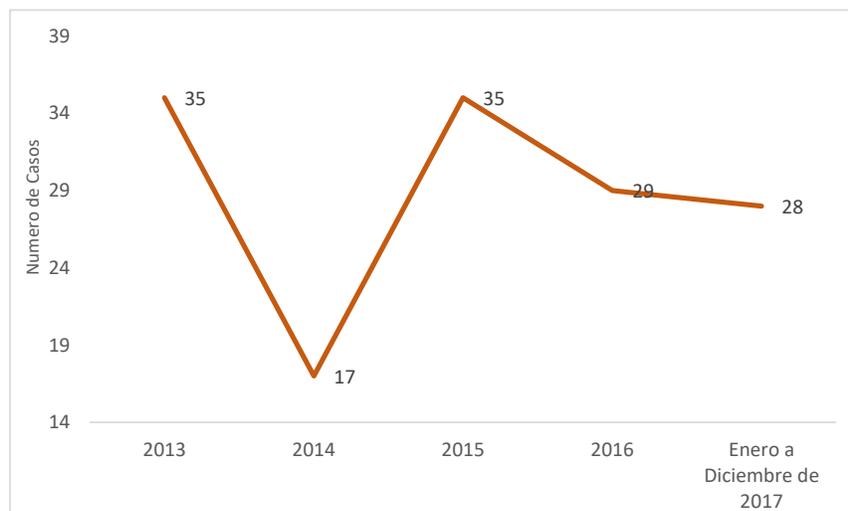
En atención y en cumplimiento de estas disposiciones, emanadas del Ministerio de Salud y Protección Social donde hace mandatorio desarrollar e implementar diferentes campañas orientadas a la prevención y manipulación del uso de pólvora en menores de edad en todos

los municipios del país, con el objetivo de reducir ocurrencia de eventos en salud; la Secretaría Distrital de Salud ha desplegado acciones de prevención del riesgo de Lesiones ocasionadas por el uso y manipulación indebida de pólvora en la ciudad, que se desarrollan teniendo el soporte y liderazgo desde los referentes del Subsistema de Vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa (SIVELCE) en las subredes y las 117 UPGD con cobertura en las 20 localidades incluyendo áreas urbanas y rurales.

Posterior al ejercicio de captura del dato, depuración y revisión efectiva de casos realizada por la Secretaria Distrital de Salud y acorde al reporte al Sivigila Nacional del Instituto Nacional de Salud, con los referentes del Subsistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) de las 4 subredes; se realiza el análisis de los indicadores de frecuencia y tendencia para el Distrito, tanto global como desglosado por localidad.

En el caso de los menores lesionados, la meta propuesta ha sido disminuir el número de menores lesionados por pirotecnia. Así en el año 2013 se registraron (n=35) casos, para el 2014 se logró impactar el indicador logrado una disminución de un 48.5% con solo (n=17) registros. No obstante, en 2015, se incrementaron los eventos reportados en menores (n=35) con un incremento notable comparativo con la vigencia anterior pero que gracias a las estrategias intersectoriales para prevención de quemaduras por pólvora de pirotecnia se ha venido impactando en la disminución de casos entre 2015 y 2016 del 17% menos entre estos dos periodos y se continúa a la baja.

*Gráfica 29 Casos de menores lesionados por pólvora de pirotecnia Bogotá D. C. Años 2013 – 2017.*



Fuente: Base Subsistema de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) Vigilancia de lesiones por pólvora 2013 a 2017

En el Gráfica podemos observar el comportamiento del indicador de frecuencia frente a los menores lesionados, durante la vigencia calendario (1 enero a 31 de diciembre) de cada uno de los años referenciados. Este incluye los parciales de la vigilancia intensificada de cada año, siendo la localidad de Ciudad Bolívar la que presenta mayores frecuencias, seguida de Bosa y Rafael Uribe; persisten las localidades periféricas con índice

considerable de menores quemados por pólvora de pirotecnia atribuible a la proximidad, a las fuentes de expendio y fabricación en las poblaciones aledañas al Distrito.

Respecto al comportamiento de las lesiones por pólvora en niños, niñas y adolescentes se mantiene con una muy baja variabilidad en las mismas localidades, Ciudad Bolívar, Bosa Rafael Uribe U, Kennedy con Usme y San Cristóbal se alternan estos cinco (5) primeros lugares, razón por la cual se priorizan en acciones de prevención y seguimiento.

La evasión de la responsabilidad y la información tanto del adulto como del menor en cualquiera de las situaciones asociadas a las lesiones por pólvora de pirotecnia, hace que se oculte la información por la connotación frente al compromiso legal ante Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); por tanto, la variable sin dato (SD) tiene una relevante participación en la dificultad de identificar el elemento causante. No obstante, el compromiso de reporte al ICBF para restitución de derechos de los menores se cumplió desde el sector salud para lo pertinente a la investigación en caso de padres o cuidadores; en estas dos últimas vigencias prevalece con respecto a los jóvenes y adolescentes por ser este el rango de edad donde prima las lesiones.

*Tabla 21 Número de Casos de menores lesionados por pólvora de pirotecnia Bogotá D. C. Años 2013 – 2017. Distribuidos por localidad.*

Localidad	2013	2014	2015	2016	Enero a Diciembre de 2017
Ciudad Bolívar	7	7	7	6	6
Santa fe	0	0	2	2	1
Usme	5	0	3	1	5
Bosa	3	1	7	3	4
San Cristóbal	3	1	1	3	3
Fontibón	0	0	1	2	0
Kennedy	4	1	3	4	2
Rafael UU	2	2	3	6	2
Suba	3	0	5	0	2
Mártires	0	0	0	1	1
Antonio Nariño	1	0	1	0	0
Barrios Unidos	2	1	0	0	0
Candelaria	0	0	0	0	0
Chapinero	0	0	0	0	0
Engativá	3	2	1	0	0
Puente Aranda	0	0	0	0	0
Sumapaz	0	0	0	0	0
Teusaquillo	0	1	0	0	0
Tunjuelito	0	1	1	0	0
Usaquén	2	0	0	1	0

Fuente: Base Subsistema de Lesiones de Causa Externa (SIVELCE) Vigilancia de lesiones por pólvora 2013 a 2017

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

En el caso de los menores lesionados, la meta propuesta ha sido disminuir el número de menores lesionados por pirotecnia, no obstante determinantes proximales como el comportamiento y tradición familiar, se convierten en un factor detonante de comportamientos que acercan a los menores al riesgo de la lesión; así mismo, la oportunidad en el mercado y la favorabilidad en la distribución del elemento pirotécnico, cada día acercan a los NNA a la adquisición y consumo de la pirotecnia asociado a la impericia en el manejo y ausencia de supervisión del entorno.

La mayor parte de las lesiones (43.9 %) involucraron las manos, siendo constante la relación de tres menores hombres por 1 mujer en cuanto a la manipulación de elementos pirotécnicos como totes (24,6%) y voladores (19,3%); la lesión por este tipo de artefactos mantiene su permanencia histórica como causantes de las lesiones que conlleva a secuelas de disfuncionalidad e incluso amputación parcial.

Cabe anotar que el riesgo de intoxicación por fósforo blanco ocurre por la manipulación de los totes principalmente, e incluso su ingesta; si bien no se evidencian en los actuales indicadores, si son un riesgo latente en esta población durante estos periodos de festividades.

La evasión de la responsabilidad tanto del adulto como del menor en cualquiera de las situaciones asociadas a la lesiones por pólvora de pirotecnia hace que se oculte la información por la connotación frente al compromiso legal ante Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que se cumplió desde el sector salud en cuanto a la notificación para restitución de derechos de los menores e investigación en caso de padres o cuidadores; y propia en estas dos últimas vigencias con respecto a los jóvenes y adolescentes como el rango de edad donde prima las lesiones.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

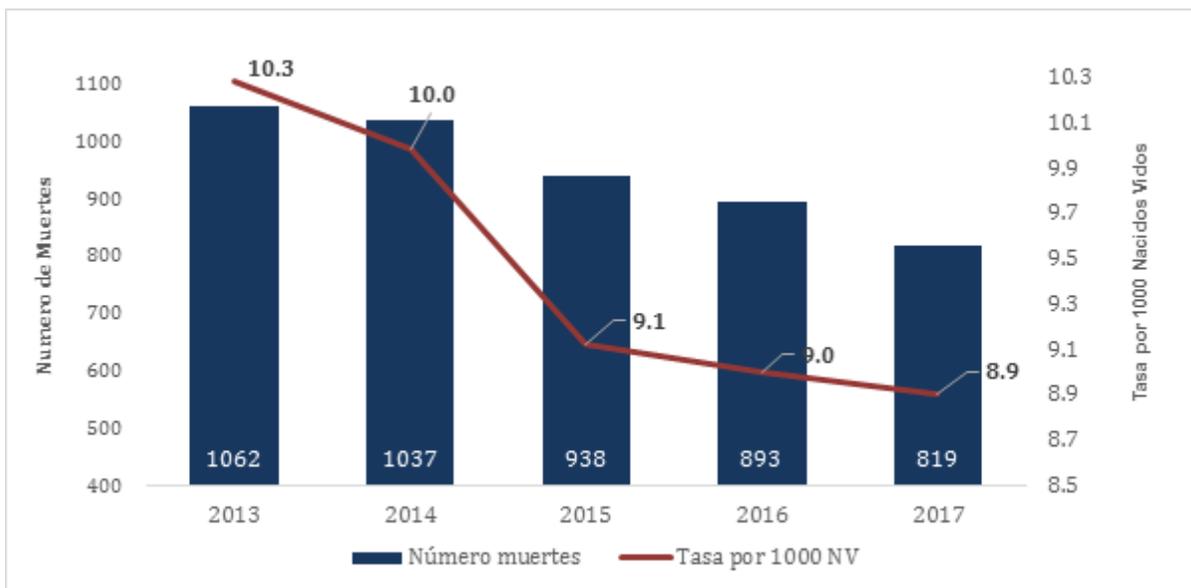
- Realización del IV Simposio de prevención de lesiones de pólvora, con participación de conferencistas del Hospital Simón Bolívar, y de un joven víctima accidental de elemento pirotécnico que le generó pérdida ocular.
- Construcción del proyecto de acto administrativo: *“Por medio del cual se crea la Comisión Intersectorial para la Prevención y Monitoreo del uso de Pólvora en Bogotá D.C.; se define uso, manipulación, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, registro y permisos de funcionamiento de establecimientos dedicados a la fabricación, distribución y venta de artículos pirotécnicos, fuegos artificiales, pólvora y globos en Bogotá D.C., se articulan las instancias que ejercen funciones de Inspección, Vigilancia y Control, y se dictan otras disposiciones.”* Que se encuentra en etapa de revisión en la Secretaría Jurídica del Distrito, para firma y sanción del Alcalde y los Secretarios que tienen relación con la temática.
- Construcción conjunta de piezas comunicativas para la prevención de lesiones por pólvora de pirotecnia con agencia en casa de Alcaldía mayor.
- Articulación con Espacio público y Vigilancia Comunitaria en actividades de prevención en sus áreas de cobertura.

- Actividad de Barrido e IVC con la Secretaria de Seguridad y Convivencia en localidades críticas en la búsqueda e identificación de posibles expendios y puntos de alto riesgo para los menores.

### 2.1.28. Tasa de Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos

La mortalidad infantil brinda, principalmente, información acerca de las condiciones de salud de los niños de un país/ciudad; se mide mediante la “Tasa de Mortalidad Infantil”, que consiste en el número anual de muertes infantiles dividido por el número total de nacimientos en una región determinada<sup>30</sup>, se divide en tres periodos: La mortalidad neonatal temprana: de 0 a menos de 7 días de nacido, la mortalidad tardía entre los 7 y los 28 días y la post neonatal en mayores de 28 días y hasta los once meses.

Gráfica 30 Tasa de Mortalidad Infantil. Bogotá D.C. Años 2013-2017



Fuente 2013-2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. - Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

<sup>30</sup> Definición de mortalidad infantil en: <https://www.humanium.org/es/mortalidad-infantil/>

## Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

El comportamiento del indicador en la ciudad ha presentado un descenso general en los últimos años, mostrando una disminución de 243 casos menos al comparar el año 2013 con 2017 y pasando de una tasa de 10.3 a 8.9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, esto como resultado de los esfuerzos encaminados en el Distrito a la detección oportuna de menores vulnerables y la atención con calidad en los servicios de salud. En los dos últimos años, la variación en el número de casos es del 8,2% y una disminución de 74 casos, pasando de 893 a 819 mortalidades infantiles. De acuerdo a la clasificación internacional de la mortalidad “causas 667”, para el año 2017 se distribuye así: el 29%(n=220) Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; 15%(n=109) Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal; 14%(n=104) Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; 10%(n=78) Feto o recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento. El 32% restante se ubica en 21 causas de mortalidad de la clasificación 667.

Es importante mencionar que el denominador utilizado para el cálculo de este indicador en los últimos tres años ha mostrado una disminución en el número de nacidos vivos de la ciudad de doce mil, siendo la diferencia del último año la mayor de los tres, con el 58%(n=7017) lo cual afecta el cálculo estadístico del indicador.

*Tabla 22 Tasa de Mortalidad Infantil por mil nacidos vivos. Bogotá D.C. Años 2013-2017. Distribución por Localidad*

Localidad	2013	2014	2015	2016	Enero a Diciembre de 2017
Candelaria	5.3	12.1	8.7	3.9	17.3
Mártires	13.2	7	8.5	8.2	11.6
Fontibón	8.4	8	9.9	6.2	11.2
Tunjuelito	8.9	10.1	7.8	11.8	11.2
Santa fe	12.4	9.8	9.1	8	11
San Cristóbal	10.6	11	10.9	9.2	10.2
Teusaquillo	11.8	8.1	6.9	4.8	9.5
Engativá	8.5	8.2	9	9	9
Kennedy	10.2	8.9	9.5	8.7	9
Suba	9.7	10	8.6	9.8	9
Usme	11.7	11.1	9	9.8	8.9
Rafael UU	9.3	8.7	8.6	7.3	8.8
Puente Aranda	8.1	7.5	6.2	7	7.9
Bosa	9.1	11.5	7.3	8.5	7.4
Ciudad Bolívar	11.2	10.3	10.3	11.3	7.3
Barrios Unidos	14.1	11	7	9	6.9
Antonio Nariño	10.4	9.4	7.5	12.2	6.8
Usaquén	10.1	9.4	8.6	6.7	6.1
Chapinero	9.1	9.8	6.7	2.9	3.6
Sumapaz	0	0	0	0	0

Fuente 2013-2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. -Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

Siendo así, las localidades que presentaron mayores tasas de mortalidad infantil en el 2017 fueron; Candelaria, Mártires, Fontibón, Tunjuelito y Santafé, por otro lado, las localidades de Sumapaz, Usaquén, Antonio Nariño y Barrios Unidos, fueron las que presentaron menores tasas para el mismo periodo.

Aproximadamente el 70% de la mortalidad infantil en la ciudad se presenta en el menor de un mes, y teniendo en cuenta que la primera causa de mortalidad infantil en la ciudad son las malformaciones congénitas, se corresponde con la información suministrada por la Organización Mundial de la Salud-OMS, donde menciona: “los fallecimientos de recién nacidos, o neonatos, constituyen el 45% de los fallecimientos de niños menores de cinco años. La mayoría de los fallecimientos de neonatos (el 75%) se produce durante la primera semana de vida, y de éstos entre el 25% y el 45% se producen en las primeras 24 horas. Las causas principales de fallecimientos de recién nacidos son: el nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, las infecciones, la asfixia (falta de oxígeno al nacer) y los traumatismos en el parto. Estas causas explican casi el 80% de las muertes en este grupo de edad”<sup>31</sup>.

A pesar de los avances de la ciudad para disminuir la mortalidad infantil, se requiere de un empoderamiento mayor de las EAPB e IPS sobre su población afiliada/asignada y en consecuencia con las acciones a desarrollar en el marco de la gestión del riesgo en salud<sup>32</sup>, empezando por las acciones en las mujeres en edad fértil, las maternas y los recién nacidos toda vez que el 43% de la mortalidad infantil corresponde a mortalidad neonatal temprana; la identificación oportuna de los riesgos en salud y de la vulnerabilidad de esta población en términos de las variables sociales (trabajo, alimentación, recreación, etc.), redundará en mejores servicios focalizados en la población más necesitada de la ciudad.

#### **2.1.29. Tasa de Mortalidad en Menores de 5 Años por 1.000 Nacidos Vivos.**

Es la razón, para un año determinado, entre el número de muertes de niños menores de 5 años de edad y el número de nacidos vivos, en dicho período de tiempo. Se calcula como el cociente entre el número de defunciones de niños que mueren antes de cumplir 5 años de edad (numerador) y el número total de nacidos vivos en el período dado de un año (denominador), multiplicado por mil. Es una aproximación a la probabilidad de morir antes de cumplir 5 años de vida.

La mortalidad en menores de cinco años incluye las muertes perinatales, muertes infantiles y muertes registradas en niños y niñas menores de cinco años de edad cumplidos. La mortalidad en menores de 5 años se da principalmente en el período infantil es decir menores de 1 año, por lo tanto, una disminución en la mortalidad infantil favorece el comportamiento positivo de la tasa de mortalidad en menores de cinco años.

<sup>31</sup> En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>

<sup>32</sup> “En el riesgo en salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad, los factores causales son los múltiples factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad y los efectos las diversas situaciones que se generan una vez la enfermedad ocurre. Los factores causales pueden ser factores de riesgo o protectores (dependiendo de que aumenten o disminuyan la ocurrencia de la enfermedad” en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo%201.pdf>

Gráfica 31 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años. Bogotá D.C. Años 2013-2017



Fuente 2013-2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. -Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

La tasa de mortalidad en menores de cinco años, ha presentado un descenso general en los últimos años, pasando en el año 2013 de 1.228 casos a 972 con en el año 2017 y una tasa de 11.9 en el 2013 a 10.3 muertes en menores de cinco años por 1.000 NV, lo cual representa una disminución en la tasa de mortalidad de 1 punto.

Las acciones implementadas en la prestación y acceso a los servicios de salud, el fortalecimiento técnico a los profesionales que prestan atención directa de los menores, así como las acciones desarrolladas desde PIC como la sensibilización a padres y cuidadores en la identificación de signos de alarma de las principales enfermedades prevalentes de la infancia, han contribuido en la disminución de la tasa.

*Tabla 23 Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años. Bogotá D.C. Años 2013-2017. Distribución por Localidad*

Localidad	2013	2014	2015	2016	Enero a Diciembre de 2017
Candelaria	7.9	12.1	8.7	3.9	24.2
Mártires	14	9.4	8.5	12.8	13.6
Santa fe	15.4	12.8	11	9.5	13.6
Fontibón	9.4	10.5	12.9	6.9	13.3
Kennedy	12	10.4	10.9	10	13.3
San Cristóbal	12.4	13.7	11.9	11.2	12.5
Tunjuelito	8.9	11.5	9.6	13.8	12
Engativá	10.4	9.3	10.3	10.8	10.7
Suba	10.7	11.4	10.1	11.3	10.6
Usme	13.1	13.5	10.8	11.6	10.6
Rafael UU	10.7	10.7	9.3	9.1	10.5
Teusaquillo	12.5	8.1	7.7	7.2	10.3
Bosa	11.3	12.9	8.1	10.2	9.4
Puente Aranda	9.1	8.8	7.1	8.4	9.2
Ciudad Bolívar	12.2	11.8	11.7	13.6	9
Antonio Nariño	10.4	9.4	9.2	13.9	7.7
Usaquén	11.6	10.3	9.6	8	7.1
Barrios Unidos	14.7	12.2	7.6	10.3	6.9
Chapinero	12.7	11.4	8.3	5.4	4.1
Sumapaz	0	28.6	0	0	0

Fuente 2013-2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. -Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018)

En los últimos tres años, la tasa de mortalidad en menores de 5 años se ha mantenido en 10,6 por mil nacidos vivos, sin embargo, en los últimos dos años la disminución en el número de casos fue del 8%(n=90); la distribución de la mortalidad por localidad en el menor de 5 años se presenta así: 14%(n=139) en Suba, 14%(n=133) en Kennedy, 9%(n=88) en Bosa, 9%(n=87) en Engativá, 9%(n=86) en Ciudad Bolívar. Durante el año 2016, se presentaron 1062 muertes en menores de cinco años, frente a 1088 muertes presentadas para el año 2015; proporcionalmente, la mortalidad se distribuye en la ciudad así: 15%(n=155) en Suba, 13%(n=142) en Kennedy, 12%(n=133) en Ciudad Bolívar y 10%(n=103) en Bosa; las demás localidades aportan menos del 10% cada una, excepto Sumapaz que no reporta fallecidos.

En 53 UPZ se concentra el 80% de la mortalidad de la ciudad; las que presentan la mayor proporción de casos son: Tibabuyes (Suba) con el 4,4%(n=43), El Rincón (Suba) con el 4,3%(n=42), Patio Bonito (Kennedy) con el 3,1%(n=30), Lucero (Ciudad Bolívar) con el 3%(n=29), Bosa Central (Bosa) con el 2,8%(n=27), entre otras; en 2015, la mortalidad en menores de cinco años se distribuyó

proporcionalmente de manera similar al 2016: 15%(n=157) en Kennedy, 14%(n=144) en Suba, 11%(n=112) en Ciudad Bolívar; las demás localidades aportan menos del 10% cada una. Las UPZ que presentan la mayor proporción de casos son: Tibabuyes (Suba) con el 5%(n=53), El Rincón (Suba) con el 4,4%(n=46), Lucero (Ciudad Bolívar) con el 3,8%(n=40) y Patio Bonito (Kennedy) con el 3,4%(n=36).

En 2017, el 59%(n=575) de la mortalidad en menores de cinco años se presentó en niños, mientras que en 2016 este porcentaje fue del 57%(n=605) y el porcentaje restante en niñas, la razón niña/niño es de 0,7 para los tres años.

Para el periodo de tiempo analizado, se logra identificar que las localidades donde se presentan la mayor tasa de mortalidad puede estar relacionado con las condiciones de la población como: desplazamiento, estrato socio económico bajo, mayor concentración de población indígena además de factores socioambientales que pueden influir en el riesgo. Adicionalmente, es importante tener en cuenta que el no acceso oportuno al control prenatal aumenta el riesgo de identificar oportunamente las malformaciones congénitas para hacer seguimiento y tratamiento oportuno.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

En este sentido la Secretaría Distrital de Salud, intervino la población de la ciudad de Bogotá, bajo la misma estrategia que fue abordada para la disminución de la mortalidad infantil, por lo que, de igual manera, se desarrollaron acciones desde los espacios de vida cotidiana y componentes, logrando actividades que se mencionan a continuación:

#### *Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública:*

- Se desarrollaron acciones en las IPS públicas y privadas priorizadas en la ciudad, donde se realizaron más de 900 asistencias técnicas a diferentes Instituciones Prestadoras de Salud.
- En 170 instituciones con Sala ERA, se formularon planes de mejoramiento, y se realizando seguimiento a las mismas.
- Se realizaron 370 asistencias técnicas en IPS con estrategia de Sala ERA, en las cuales se formularon 106 planes de mejoramiento y 30 seguimientos; además se realizaron 673 asistencias técnicas para atención integral en primera infancia y/o AIEPI, en las cuales se formularon 143 planes de mejoramiento y se realizaron 40 seguimientos.
- Participación en 20 COVES de mortalidad por enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 1 año, de los cuales se formularon 7 planes de mejora.
- Se logró identificar que 115 IPS tienen implementadas estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo y 173 IPS tienen estrategias

implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva.

- A través del módulo SIRC se activaron 275 rutas prioritarias, identificados y gestionados con EAPB identificando los con algún riesgo en salud.<sup>33</sup>

#### *Espacio Público:*

- A partir de las estrategias desarrolladas desde el Espacio Público, se realizaron 179 Grupos nuevos de iniciativas comunitarias concertados, 132 iniciativas comunitarias implementadas y se evaluaron 47 iniciativas comunitarias.
- La población que participó en las iniciativas comunitarias realizadas fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario (2.344 personas, 265 líderes comunitarios, 127 organizaciones y/o redes sociales en salud).

#### *Espacio de Vivienda:*

- Se logró la identificación de 13.962 familias con 8.870 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados, en los cuales algunos fueron identificados por riesgos en salud, por lo que les fue activada ruta bajo el Sistema Integral de Referencia y Contra referencia.
- Así mismo se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario con la implementación de sus 18 prácticas.<sup>34</sup>
- Mediante el abordaje realizado en Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar – HCB se identificaron: 7.382 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados en salud, en los cuales se desarrollaron las mismas estrategias para abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario.
- Se canalizaron a servicios de salud 3.385 niñas y 2.760 niños de 1 a 5 años identificados con eventos priorizados para la vinculación a ruta de atención integral.

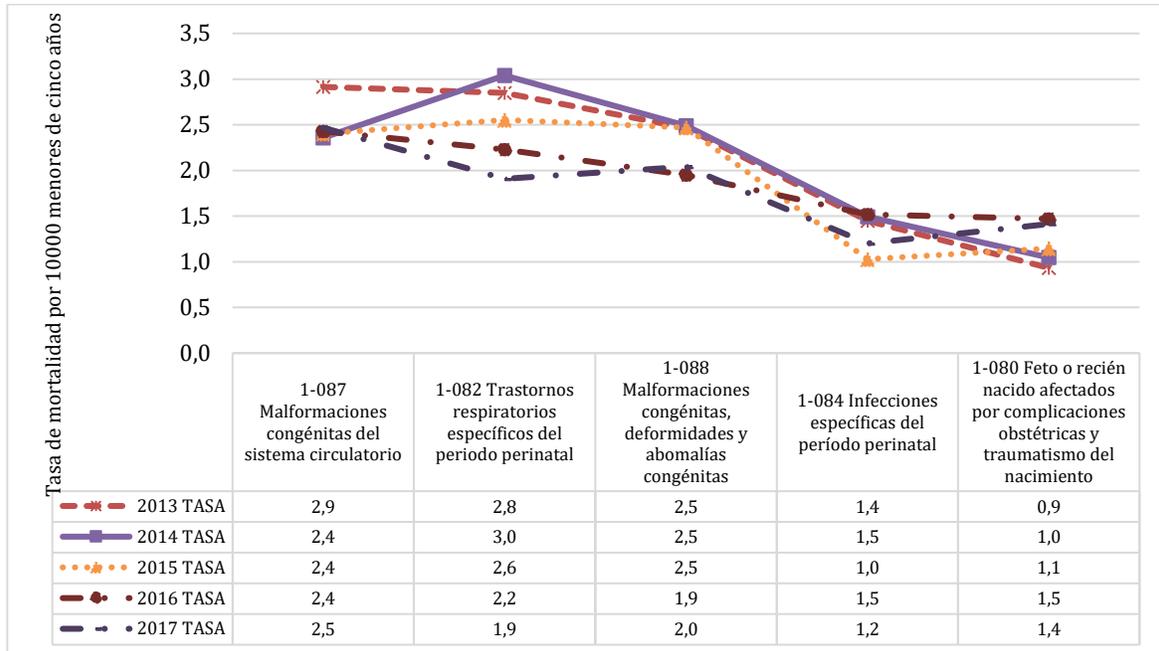
### **2.1.30. Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas menores de 5 años.**

Como se mencionó anteriormente, la mortalidad en menores de cinco años incluye las muertes perinatales, muertes infantiles y muertes registradas en niños y niñas menores de cinco años de edad cumplidos.

<sup>33</sup> Niño o niña menor de un mes sin control del recién nacido, niño-niña menor de un año con bajo peso al nacer (2500 gr), NN menor de 37 semanas de gestación, sin control en plan canguro o controles inadecuados, niño-niña hasta 6 meses sin lactancia materna exclusiva con alertas niño-niña, menor de 5 años sin control médico en último semestre con riesgo desnutrición, niño-niña con esquema de vacunación incompleto para la edad, niño-niña menor de 5 años con signos y síntomas de enfermedad diarreica-EDA con alertas, niño-niña menor de 5 años con signos y síntomas de era sin tratamiento o seguimiento en sala era, NN hijo de madre que en gestación se confirmó o se sospechó una ETV sin seguimiento, < 1 año con diagnóstico de malformaciones congénitas mayores sin seguimiento

<sup>34</sup> Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad, tratamiento en casa del niño enfermo, prevención de accidentes en el hogar, seguir las recomendaciones del personal de salud, afecto, cariño y estimulación temprana, hay que vacunar a todos los niños, alimentación del niño enfermo en el hogar, buen trato y cuidado permanente de los niños, identificar signos de peligro.

Gráfica 32 Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas menores de 5 Años. 2016-2017



Fuente 2007 al 2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales Fuente 2016-2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica preliminar TASA \* 10.000 Habitantes

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

En el periodo de evaluación, se observa una tendencia decreciente pasando de 20.5 muertes en el 2013 a 16.0 muertes por cada 10000 menores de 5 años en el 2017<sup>35</sup>. El peso en las mortalidades de menores de 5 años, está en la mortalidad infantil. Cambio en la estructura de la mortalidad. Cinco primeras causas representan más del 50% del total de la mortalidad infantil en menores de 5 años, en tal sentido se encuentra que las malformaciones congénitas del sistema circulatorio que ocuparon el primer lugar en el año 2013, descienden en el 2014 y 2015 al tercer lugar y nuevamente vuelven al primer lugar en los años 2016 y 2017. En general, los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, las malformaciones congénitas del sistema circulatorio y anomalía congénitas, ocupan los tres primeros lugares en los últimos 5 años. Frente a otras causas, la neumonía se ubicaba en el séptimo lugar en el año 2013, asciende al 6 lugar en los dos últimos años.

Las acciones implementadas en la prestación y acceso a los servicios de salud, así como el fortalecimiento técnico a los profesionales que prestan atención directa de los menores y las acciones desarrolladas desde PSPIC como la sensibilización a padres y cuidadores en la identificación de signos de alarma de las principales enfermedades prevalentes de la infancia han contribuido en la disminución de la tasa.

<sup>35</sup> Dato preliminar

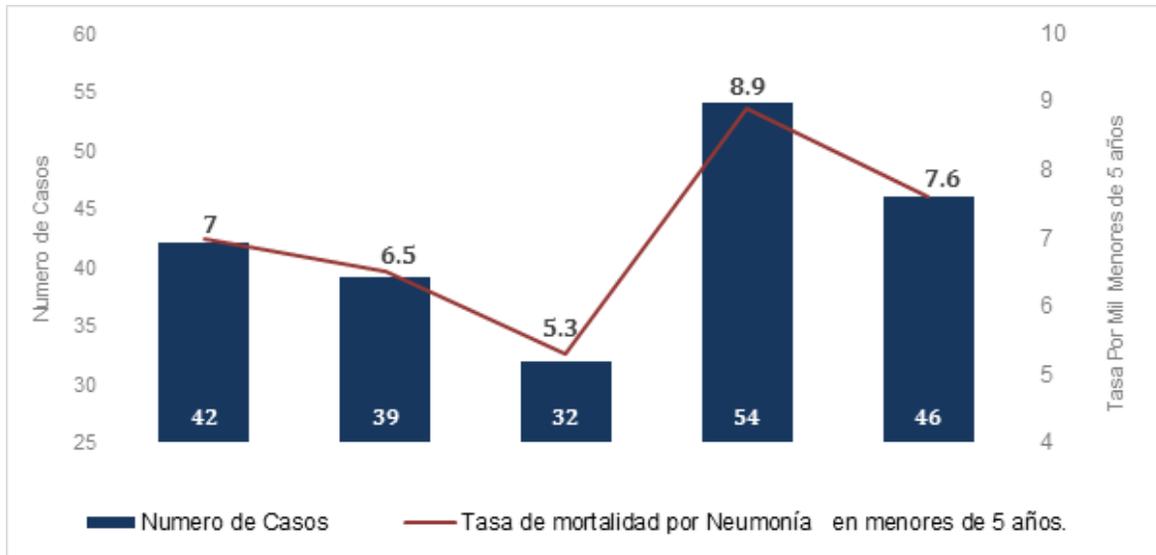
## **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

- Para el año 2017, se fortaleció la implementación de la estrategia AIEPI, por lo que fue desarrollada e implementada desde los espacios vivienda y educativo, donde se abordaron no sólo a familias identificadas, sino se intervinieron a Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar, por lo que las poblaciones que fueron abordadas fueron: Niños, niñas, padres y/o cuidadores y madres comunitarias, lo que permitió realizar transformaciones culturales en cuanto a cuidados del recién nacido, lactancia materna exclusiva, identificación de signos de alarma, reforzando la importancia del control de crecimiento y desarrollo, vacunación y alimentación complementaria.
- Mediante el abordaje integral desde los espacios de vida cotidiana y los componentes, se logró activación de rutas de niños y niñas con algún riesgo en salud, lo que permitió que estos accedieran al servicio de salud que requirieran.
- Desde el componente de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública, se realizaron acompañamientos técnicos a IPS con Sala ERA y sin Sala ERA (aplicación de lista de chequeo),
- Se efectuó cualificación en ERA en IPS y se cualificaron trabajadores de salud.
- Se efectuó cualificación en IPS y se cualificaron en higiene de manos a trabajadores de salud y en aislamiento.
- Se implementó la estrategia de Salas ERA (manejo integral de ERA) en IPS.

### **2.1.31. Tasa de Mortalidad por Neumonía en niños, niñas menores de 5 años.**

La Tasa de Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años, corresponde al número de muertes de niños y niñas menores de 5 años, cuya causa básica de muerte fue neumonía (CIEX J12- J18), sobre el número total de población menor de 5 años por cada 100.000 personas de ese grupo de edad.

Gráfica 33 Mortalidad por Neumonía en menores de 5 años.



Fuente 2013-2015: Certificado de defunción, Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. - Análisis DemoGráfica. - Preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

El comportamiento de la mortalidad por neumonía en la ciudad, se ha mantenido fluctuante durante el periodo analizado, con aumento en el año 2016, situación que se observó similar en el resto del país debido al pico de enfermedades respiratorias. En comparación con los dos últimos años, para el año 2017 se presentaron 46 mortalidades por neumonía en menores de cinco años, lo que representa una tasa de mortalidad de 7,57 por cien mil menores de cinco años frente a 54 muertes presentadas para el año 2016, con una tasa de 8,95, evidenciándose una disminución del 15%(n=8) en el número de casos. La mortalidad se distribuyó en 11 localidades así: Bosa y Kennedy 15%(n=7), San Cristóbal y Suba 13%(n=6) cada una, Ciudad Bolívar 11%(n=5), Fontibón 9%(n=4), Usaquén y Usme 7%(n=3), Engativá 4%(n=2), Teusaquillo y Los Mártires 2%(n=1) cada una. Las nueve localidades restantes, no presentaron mortalidades por neumonía en el 2017. El 74%(n=34) de las mortalidades se presentaron en menores de un año.

Tabla 24 Tasa de Mortalidad por Neumonía en niños, niñas menores de 5 años, según localidad.

Localidad	2013	2014	2015	2016	Enero a Diciembre de 2017
San Cristóbal	11,2	14,2	11,5	8,8	17,8
Mártires	15	0	0	34	17,4
Fontibón	3,8	3,8	7,4	7,1	14
Usaquén	13,8	3,5	0	3,6	11,1
Bosa	8,7	6,8	3,3	3,1	10,5
Usme	7,3	4,8	16,7	27,1	9,0
Ciudad Bolívar	7,5	8,9	11,8	18,2	6,9
Suba	3,6	8,2	2,3	8,8	6,5
Kennedy	2,3	6,9	2,3	5,3	6,3
Engativá	3,4	5,1	5,1	5,2	3,5
Antonio Nariño	12,1	0	0	12,6	0
Barrios Unidos	7,7	0	0	7,4	0
Candelaria	0	0	0	0	0
Chapinero	33,1	16,7	0	0	0
Puente Aranda	0	0	12,5	0	0
Rafael UU	6,5	3,3	6,6	7,1	0
Santa fe	11,6	0	0	0	0
Sumapaz	0	0	0	0	0
Teusaquillo	0	16	0	17,6	0
Tunjuelito	6,4	6,5	0	7	0

Fuente: 2013-2015: Bases de datos DANE-RUAF-ND -Sistema de Estadísticas Vitales.- ADE Finales ( año 2015 publicación 30 de junio 2017). El año 2016 ajustado en enero 2017 preliminar

Fuente 2017: Base de datos SDS y aplicativo Web RUAF\_ND, datos PRELIMINARES (corte 10-01-2018 y ajustado 18-01-2018)

El comportamiento en las localidades se puede asociar con las condiciones de la población en las UPZ donde se presentan las mortalidades como: no acceso a la educación, acceso a los servicios de salud, identificación de factores de riesgo en los menores de 5 años por parte de los cuidadores, adicionalmente las localidades donde se presentan más casos las condiciones ambientales tales como: contaminación del aire, vías en mal estado y corredores industriales pueden incidir desfavorablemente en la salud de esta población.

En las unidades de análisis se ha identificado el mayor riesgo en menores de tres meses, en especial si está acompañado de algún factor de riesgo o patología de base como la prematurez y el bajo peso al nacer. De igual manera se identifica la necesidad de fortalecer estrategias para el acceso y seguimiento a los planes canguro, aumentar el número de controles prenatales, y control de la fecundidad dado que los casos analizados se han concentrado en adolescentes con insuficientes controles prenatales (menos de ocho). Por otra parte se ha observado debilidades en la identificación del riesgo en los menores de

tres meses, el cual genera la necesidad de generar procesos de capacitación y sensibilización frente al riesgo en esta población, lo cual permitiría disminuir las reconsultas y las complicaciones por las enfermedades respiratorias, así mismo fortalecer el trabajo articulado con todos los actores sectoriales e intersectoriales que permita garantizar una atención integral en salud, evitando fraccionamiento y pérdida de la continuidad en la misma.

La infección respiratoria aguda, continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la ciudad, por ello se viene trabajando en la adaptación e implementación del programa para la prevención, manejo y control de la IRA para el Distrito, mediante el desarrollo de los cuatro componentes del mismo: gestión y planeación, atención para la salud, gestión del conocimiento y sistema de información y monitoreo; en ese sentido se están desarrollando el plan de trabajo del programa para el D.C, en articulación con las acciones de la subsecretaría de servicios de salud y aseguramiento; en el plan de acción del programa se prevé así mismo establecer las alianzas con los otros sectores para potenciar las acciones del PSPIC y dentro del componente comunitario brindar las herramientas a padres y cuidadores que les permitan identificar oportunamente signos de alarma y consultar a los servicios de salud así como brindar todas la recomendaciones de cuidado en casa evitando contacto con personas que presenten alguna sintomatología respiratoria.

### **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, se realizaron actividades institucionales y colectivas a partir del nuevo modelo de atención en salud, desde los espacios de vida cotidiana y componentes, en los cuales se han desarrollado las siguientes acciones:

#### *Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública:*

- Se desarrollaron acciones en las IPS públicas y privadas priorizadas en la ciudad, desarrollando 908 asistencias técnicas.
- En 170 instituciones con Sala ERA, se formularon 70 planes de mejoramiento, y se realizaron 35 seguimientos.
- Así mismo se realizaron 370 asistencias técnicas en IPS con estrategia de Sala ERA, en las cuales se formularon 106 planes de mejoramiento y 30 seguimientos; además se realizaron 673 asistencias técnicas para atención integral en primera infancia y/o AIEPI, en las cuales se formularon 143 planes de mejoramiento y se realizaron 40 seguimientos.
- De las IPS con atención a partos, se identificaron 115 IPS con estrategias de seguimiento a niños de bajo peso, prematuros o con factor de riesgo, y 173 IPS con estrategias implementadas de seguimiento a pruebas de tamizaje: TSH, agudeza visual y agudeza auditiva.
- Se cualificaron en enfermedad respiratoria aguda a 1.171 trabajadores de salud.

- En 383 instituciones prestadoras de servicios de salud programadas, se cualificaron en higiene de manos 1.586 trabajadores de salud y 156 en aislamiento, en 404 instituciones prestadoras de servicios de salud programadas.
- En 262 IPS se implementó la estrategia Salas ERA.
- En 381 IPS se fortaleció el proceso de implementación de las estrategias de mejora de higiene de manos y etiqueta de tos.

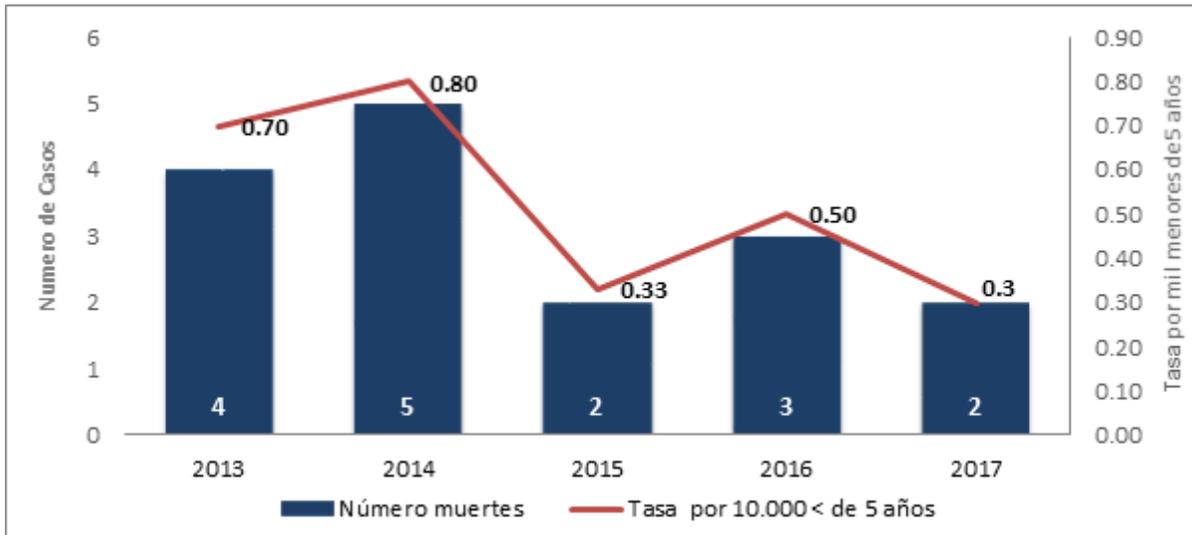
*Espacio Público:*

- Se desarrollaron 90 acciones itinerantes, en las temáticas "Prevenir las infecciones respiratorias Salva Vidas" con el objetivo de prevenir enfermedades respiratorias a partir de hábitos saludables, lavado de manos, información de vacunación y puntos de atención en la ciudad; socializar hábitos de vida saludable a la comunidad para la prevención de enfermedades respiratorias agudas, fortalecer las prácticas que se deben implementar para la prevención de infecciones respiratorias agudas, a partir de la técnica de higiene de manos y sus beneficios.
- Promover reconocimiento en los transeúntes los hábitos que se deben fortalecer para prevenir las infecciones respiratorias agudas, a través de teatro calle dentro del género de comedia, a fin de reducir factores de riesgo en salud.
- Se comunicaron prácticas de cuidado para la salud, entorno a prevención de las infecciones respiratorias agudas, para disminuir la mortalidad por esta causa, promover reconocimiento en los transeúntes los hábitos que se deben fortalecer para prevenir las infecciones respiratorias agudas, a fin de reducir factores de riesgo en salud; se contó con la participación de 12.116 mujeres y 10.816 hombres.
- Las jornadas se desarrollaron en los siguientes lugares: portales de Transmilenio, centros comerciales y UPZ donde se han reportado mortalidades por IRA, entre otros.

**2.1.32. Tasa de Mortalidad por EDA en niños, niñas menores de 5 años**

Indicador de impacto que expresa la dinámica del evento en la población menor de 5 años por cada 100.000 menores de 5 años por cada año medido.

*Gráfica 34 Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Bogotá, D.C años 2013-2017*



Fuente 2013-2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis DemoGráfica. -preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado-18-01-2018)

Año 2016: por parte de medicina legal hay un caso en estudio.

### Condiciones que determinan el comportamiento del indicador

La mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda-EDA ha venido en descenso en los últimos años pasando de tasas de 0.7 con 4 casos para el 2013 a tasas de 0.3 con 2 casos por 100.000 menores de 5 años en el 2017.

En los últimos 5 años se observa el descenso y particularmente en los 3 últimos años es más estable oscilando entre 2 y 3 casos con tasas inferiores a 1 en 100.000 menores de 5 años. Al llegar a un número mínimo de casos hace que el indicador sea muy sensible.

Tabla 25 Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años, Bogotá, D.C años 2013-2017, según localidad

Localidad	2013	2014	2015	2016	Enero a Diciembre de 2017
Bosa	1,7	0	1,7	0	1,5
Ciudad Bolívar	0	0	0	0	1,4
Antonio Nariño	0	0	0	0	0
Barrios Unidos	0	1,2	0	0	0
Candelaria	0	0	0	0	0
Chapinero	0	0	0	0	0,0
Engativá	0	0	0	0	0
Fontibón	0	0	0	0	0
Kennedy	0	1,2	0	1,1	0
Mártires	0	0	0	0	0
Puente Aranda	0	0	0	0	0
Rafael UU	0	3,3	0	0	0
San Cristóbal	2,8	0	0	2,9	0
Santa fe	11,6	0	0	0	0
Suba	1,2	0	1,2	1,1	0
Sumapaz	0	0	0	0	0
Teusaquillo	0	0	0	0	0
Tunjuelito	0	0	0	0	0
Usaquén	0	0	0	0	0
Usme	0	2,4	0	0	0

Fuente: 2013-2015: Certificado de defunción. Bases de datos DANE-RUAF –ND. Sistema de Estadísticas Vitales SDS. Finales (año 2015 publicación DANE junio 30 del 2017)

Fuente 2016 -2017: Bases de datos SDS- RUAF-ND. -Sistema de Estadísticas Vitales SDS. -Análisis Demográfica. -preliminares; (año 2016 ajustado agosto 2017 y 2017 ajustado 0-18-01-2018).

Según tala anterior podemos deducir que la localidad de Santafé presentó la tasa de mortalidad más alta durante el año 2013, sin embargo, esta tasa corresponde a un solo caso presentado en ese año, pero al ser una de las localidades del Distrito con menores habitantes, el indicador aumenta considerablemente.

En los últimos cinco años, se observa que la localidad de Suba, presenta mayor número de casos (n = 3) seguido por Bosa, Kennedy y San Cristóbal con 2 casos cada una lo que indica que en éstas localidades se deben reforzar las acciones enfocadas a reconocimiento de signos de alarma, lactancia materna, autocuidado de la salud y saneamiento ambiental y desde provisión de servicios y aseguramiento enfocadas a la calidad de la atención en salud, adherencia a guías y protocolos de manejo.

Las localidades de Ciudad Bolívar, Barrios Unidos, Rafael Uribe, Usme y Santafé presentan 1 caso cada una durante los 5 años y las restantes 11 localidades no han presentado casos de mortalidad por EDA en el quinquenio analizado, reflejo de las acciones propuestas e implementadas desde el Plan de Intervenciones Colectivas

## **Acciones y resultados de la gestión de la Secretaría Distrital de Salud**

### *Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública:*

- Se realizaron 370 asistencias técnicas en IPS con estrategia de Sala ERA, en las cuales se formularon 106 planes de mejoramiento y 30 seguimientos; además se realizaron 673 asistencias técnicas para atención integral en primera infancia y/o AIEPI, en las cuales se formularon 143 planes de mejoramiento y se realizaron 40 seguimientos.

### *Espacio Público:*

- La población que participó en las iniciativas comunitarias realizadas y fueron fortalecidas en apropiación de prácticas en AIEPI comunitario (2.344 personas, 265 líderes comunitarios, 127 organizaciones y/o redes sociales en salud).

### *Espacio de Vivienda:*

- Así mismo se implementó la estrategia para el abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario con la implementación de sus 18 prácticas.<sup>36</sup>
- Mediante el abordaje realizado en Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar se identificaron: 7.382 niños y niñas de 1 a 5 años con eventos priorizados en salud, en los cuales se desarrollaron las mismas estrategias para abordaje integral de riesgos y daños relacionados con la infancia AIEPI comunitario.

## **2.2 CATEGORÍA DE DERECHOS: DESARROLLO**

En cumplimiento de lo establecido en la Política Pública de Infancia y Adolescencia frente a la organización de acciones y decisiones dirigidas a la garantía y el ejercicio de los derechos de las niñas, niños y adolescentes en el Distrito Capital, y además para dar cuenta del avance en los indicadores el Plan de Desarrollo de la “Bogotá Mejor para Todos” plantea,

---

<sup>36</sup> Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad, tratamiento en casa del niño enfermo, prevención de accidentes en el hogar, seguir las recomendaciones del personal de salud, afecto, cariño y estimulación temprana, hay que vacunar a todos los niños, alimentación del niño enfermo en el hogar, buen trato y cuidado permanente de los niños, identificar signos de peligro.

en su primer pilar “Igualdad de Calidad de vida” programas y proyectos que inciden en la realización de los derechos que competen en esta categoría. De igual manera desde las entidades del orden Nacional, en sus programas y proyectos, también se comprometen acciones que apuntan a la garantía de los derechos al desarrollo.

Así, la ciudad, comprometida con la garantía del derecho a la educación, implementa acciones que buscan fortalecer la educación inclusiva con enfoque de atención diferencial, en la realización de proyectos en educación inicial, básica y media, así como formación complementaria que prepara para la vida laboral. De igual manera, realiza acciones con las familias, maestras(os) y cuidadoras(es), que las y los fortalezcan para agenciar el derecho a la educación de la primera infancia, la infancia y la adolescencia de Bogotá.

En este apartado se presenta la información organizada según los indicadores definidos para esta categoría con los avances en la gestión al final de la presentación de los indicadores.

Así las oportunidades de desarrollo de niñas, niños y adolescentes están asociadas a su asistencia a centros educativos y experiencias que enriquecen sus prácticas artísticas y culturales. En este sentido, la información sobre el acceso a educación inicial, básica y media se convierte en el principal indicador con el que cuenta la ciudad para mostrar la situación actual de generación de condiciones para el desarrollo en la infancia y la adolescencia.

### **Atención a la primera infancia**

La Política Pública de Infancia y Adolescencia reconoce la importancia de garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes una educación incluyente y de calidad para disfrutar y aprender desde la primera infancia. Bogotá, asume este mandato desarrollando gestiones que contribuyan a la garantía de todos los derechos de las niñas y los niños menores de 6 años para que mediante acciones intencionadas, planificadas e intersectoriales puedan gozar de su desarrollo integral.

Las Secretarías de Educación e Integración Social así como el ICBF implementan procesos para garantizar atención a todos los niños y las niñas con mayor vulnerabilidad y fragilidad social en cada uno de sus servicios. Así, durante el año 2017 en Bogotá desde el sector público se atendieron un total de 379.018 niñas y niños, de los cuales la Secretaría Distrital de Integración Social atendió un total de 129.610 niñas y niños, la Secretaría Distrital de Educación atendió 78.725 niñas y niños y el ICBF atendió 170.683 niñas y niños. Estas cifras corresponden al total de niñas y niños atendidos por las instituciones y que registran al menos una asistencia al año a los servicios.

### **Niños y Niñas con atención integral a la primera infancia**

Bogotá especificó como una de sus prioridades la atención integral a la primera infancia definido en el Plan de Desarrollo *Bogotá Mejor Para Todos* en una meta distrital de 232.687 niñas y niños atendidos integralmente. Para lograr esta meta estableció la Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia – RIA como la herramienta mediante la cual se definen las acciones y procesos que tienen incidencia en el desarrollo de los niños y las niñas entre los

cero (0) y los seis (6) años de edad, con el fin de asegurar la atención integral, el goce efectivo de sus derechos y la potenciación de habilidades, destrezas, capacidades y expresiones que configuran el desarrollo integral.

Por lo anterior, para garantizar una atención integral efectiva y de calidad, se requirió la construcción de un esquema de trabajo coordinado que facilitara la articulación intersectorial con los distintos sectores cuya misión es la atención a la primera infancia, definida como la RIA PI.

Con el fin de cumplir con la atención integral, la SDIS implementa servicios flexibles, con calidad y pertinencia para la primera infancia con el objetivo de promover y potenciar su desarrollo integral, estos son: Jardines infantiles, Casas de pensamiento intercultural, Creciendo en Familia y Creciendo en Familia en la ruralidad.

Mediante la prestación de los servicios antes mencionados, con corte a Diciembre de 2017 la SDIS ha atendido integralmente a 97.708 niñas y niños hasta los cinco (5) años, favoreciendo el desarrollo infantil con acciones pedagógicas, de nutrición, salud y el fortalecimiento de la corresponsabilidad de padres, madres y cuidadores. Esta cifra corresponde a las niñas y niños que registraron una asistencia permanente y superior a los 90 días en los servicios.

A través de los servicios de *Jardines Infantiles*, *Casas de Pensamiento Intercultural* y *Creciendo en familia en la Ruralidad* se han atendido integralmente a 55.592 niñas y niños promoviendo su desarrollo integral con enfoque diferencial. De acuerdo a la jornada de atención los jardines infantiles se dividen en diurnos y nocturno, servicio que cuenta con ambientes adecuados, seguros y suficientes, a través del cuidado calificado y actividades pedagógicas con talento humano idóneo, apoyo alimentario con calidad y oportunidad, seguimiento al estado nutricional de las niñas y los niños, y la promoción de la corresponsabilidad de las familias frente a la garantía de sus derechos.

*Jardines Infantiles Diurnos:* En el servicio se realizan acciones dirigidas a garantizar el desarrollo integral y armónico de las niñas y los niños desde los 3 meses hasta los 4 años de edad, con procesos pedagógicos encaminados a reconocer sus características, particularidades y potencialidades, en el marco de lo establecido en los Estándares Técnicos para la Calidad de Educación Inicial, que a su vez, se estructuran según los componentes de Nutrición y salubridad, Ambientes adecuados y seguros, Proceso pedagógico, Talento Humano y Proceso administrativo, encaminados a la prestación del servicio con condiciones de calidad en la educación inicial.

*Jardines Infantiles Nocturnos:* En el servicio se realizan acciones dirigidas a garantizar el desarrollo integral y armónico de las niñas y los niños desde los 3 meses hasta los 5 años de edad en la jornada nocturna, dando respuesta a las necesidades de niñas y niños de primera infancia y sus padres, madres o cuidadores, quienes por su vinculación en actividades laborales o de formación académica que comprenden horarios nocturnos en su totalidad o parte de ella, requieren de una atención integral conforme a la realidad de su contexto social y en el marco de lo establecido en los Estándares Técnicos para la Calidad de Educación Inicial.

*Casas de pensamiento intercultural:* En el servicio se realizan acciones dirigidas a garantizar el desarrollo integral y armónico de las niñas y los niños desde los 3 meses hasta los 5 años de edad, con procesos pedagógicos encaminados a reconocer sus características, particularidades y potencialidades desde prácticas interculturales y saberes ancestrales y en el marco de lo establecido en los Estándares Técnicos para la Calidad de Educación Inicial.

Sobre los espacios para la atención, la SDIS cuenta con un total de 370 unidades operativas adecuadas para la atención a la primera infancia distribuida por localidad de la siguiente manera:

*Tabla 26 Jardines Infantiles y Casas de Pensamiento Intercultural Distribuidas por Localidad*

<b>TOTAL UNIDADES OPERATIVAS POR LOCALIDAD</b>			
<b>LOCALIDAD</b>	<b>UNIDADES</b>	<b>LOCALIDAD</b>	<b>UNIDADES</b>
Antonio Nariño	4	Puente Aranda	12
Barrios Unidos	6	Rafael Uribe	28
Bosa	40	San Cristóbal	29
Chapinero	5	Santafé	12
Ciudad Bolívar	45	Suba	31
Engativá	20	Teusaquillo	1
Fontibón	16	Tunjuelito	13
Kennedy	48	Usaquén	15
Mártires	6	Usme	39
<b>Total Unidades 370</b>			

Además, se garantizó el tránsito efectivo y armónico de niñas y niños en edades de cuatro (4) a cinco (5) años de los jardines Infantiles y Casas de Pensamiento de la Secretaría Distrital de Integración Social - SDIS, al nivel de Jardín y transición de la Secretaría Distrital de Educación – SED de 13.735 niños y niñas en la vigencia 2017, aportando de esta manera con la continuidad en el proceso de desarrollo de capacidades y potencialidades de niñas y niños en primera infancia de la Ciudad.

Atender integralmente a las niñas y los niños requiere de un proceso articulado entre todos los actores que participan en el desarrollo integral de la primera infancia, para ello en los jardines infantiles se desarrolla las siguientes acciones:

- ✓ Desde el área de corresponsabilidad de agentes educativos se realizó acompañamiento a los psicólogos que apoyan los Jardines Infantiles, a través de jornadas de fortalecimiento técnico mensual, donde asisten en promedio 100 profesionales. Estas jornadas tienen por objetivo brindar orientación técnica en el trabajo individual y grupal con familias, a partir de temáticas como: promoción e implementación del buen trato, prevención del maltrato infantil, activación de rutas, rol protector, normas y resolución de conflictos, participación infantil, entre otros; que se enmarcan en la protección integral para garantizar los derechos de las niñas y los niños. Como resultado de estos procesos se lograron espacios de formación donde participaron 17.277 familias.

- ✓ Configuración de espacios amigables para la primera infancia a través de la implementación de la *Estrategia territorial para el fortalecimiento del rol protector de las familias y la prevención de violencias*, donde participaron 600 padres, madres y/o cuidadores de niños y niñas de las localidades de San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Usme, planeada y desarrollada por el equipo de Fortalecimiento Técnico y la Subdirección para la Familia, cuyo propósito se orientó a la promoción de prácticas de corresponsabilidad de las familias, buen trato, pautas de crianza, derechos sexuales y reproductivos, certificando a 344 padres, madres y cuidadores como gestores de entornos protectores y territorios seguros.
- ✓ Asesoría técnica a profesionales como: coordinadores, responsables del servicio, representantes legales, maestras, entre otros. En el caso de Jardines Infantiles públicos se realizaron 1932 asesorías, para Jardines Infantiles privados 2298, cabe aclarar que estos servicios se encuentran inscritos ante el SIRSS (Sistema de información). Por otra parte, se realizaron 224 asesorías a personas naturales o jurídicas interesados en realizar apertura de un Jardín Infantil. El número de asesorías por componente fue: Proceso pedagógico 1669, Nutrición y salubridad 553, Ambientes adecuados y seguros 684, Proceso administrativo 1327 y Talento humano 22; para un total de 4454 asesorías especializadas, realizadas por el equipo de fortalecimiento técnico durante 2017.
- ✓ Espacios de fortalecimiento pedagógico institucional dirigidos a maestras, responsables del servicio y profesionales de apoyo interdisciplinar, en un promedio de asistencia de 4066 durante 2017, desarrollados mensualmente en el marco de la jornada pedagógica, abordando temáticas referentes a la Atención Integral. Estos espacios posibilitan el establecimiento de acuerdos técnicos que garantizan la comprensión e implementación del Lineamiento Pedagógico y Curricular para la Educación Inicial en el Distrito, conforme con las necesidades que demanda el ejercicio pedagógico en la cotidianidad y particularidad de cada Jardín Infantil.
- ✓ Diseño y elaboración de elementos didácticos que sirven como material de referencia para las maestras, maestros y demás profesionales que asisten a los talleres de fortalecimiento técnico en ambientación, toda vez que están pensados en ofrecer a los niños y las niñas diferentes posibilidades para potenciar y enriquecer su desarrollo integral.

Mediante *Creciendo en Familia en la Ruralidad* cuyo servicio está orientado al desarrollo de capacidades de padres de familia, mujeres gestantes y el desarrollo integral de niños y niñas que habitan en la ruralidad desde un enfoque diferencial, a través de orientación individual y grupal sobre temas de crianza, cuidado, protección y desarrollo infantil en el hogar y espacios comunitarios rurales; asesoría psicosocial para la prevención de la vulneración de derechos de las niñas y los niños; orientación en hábitos y buenas prácticas nutricionales; entrega de apoyo alimentario para mujeres gestantes y niñas y niños menores de 6 años con bajo peso certificado; promoción de la corresponsabilidad de las familias frente a la garantía de los derechos de los niños y niñas de la primera infancia. Este servicio

está dirigido a mujeres gestantes, niños y niñas menores de 6 años que viven en las zonas rurales de Bogotá.

Durante la vigencia 2017 desde *Creciendo en familia en la Ruralidad*, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- ✓ Realización de 6419 Caminos a tu Hogar<sup>37</sup> y 365 Círculos Familiares<sup>38</sup>.
- ✓ Desarrollo de 27 acciones de movilización social las cuales se establecieron en pro de la visibilización de la población rural y la importancia de la atención en territorio.
- ✓ Realización de 11 encuentros distritales con los profesionales de la ruralidad, con el fin de potenciar las prácticas de atención desde una mirada integral del desarrollo infantil con enfoque diferencial abordando temáticas de desarrollo humano, enfoque diferencial, ello con el fin de movilizar estos saberes en la ruralidad, así como, incorporar las discusiones y reflexiones en los proyectos pedagógicos (propuestas comunitarias) los cuales son orientadores en el acompañamiento con las familias, niñas y niños.
- ✓ Atención en dos espacios rurales en Sumapaz.
- ✓ Desarrollo de 10 encuentros de cualificación en Enfoque Diferencial con los profesionales de las Subdirecciones Locales para la Integración Social y Equipo de Nivel Central, cuyo retos se orientaron en la comprensión las distintas formas de estar, compartir y vivir en un territorio y su relación con el Enfoque Diferencial desde el enfoque de derechos, proponiendo alternativas que permitan resignificar imaginarios, estereotipos y representaciones sociales que segregan y discriminan y posicionando el reto de la igualdad y equidad del género en relación al enfoque diferencial.
- ✓ Implementación de 24 talleres de cualificación a solicitud, en ruta para prevención de situaciones que inobserven, amenacen o vulneren los derechos de las niñas, niños y adolescentes participantes de los servicios SDIS dirigido a profesionales de los servicios, incluyendo las violencias basadas en género.
- ✓ Desarrollo de 38 encuentros con familias de la ruralidad, con el fin de identificar potencialidades, para aportar a la transformación de situaciones de violencia, cuya intencionalidad fue garantizar la no repetición de estos patrones con las niñas y niños en las localidades rurales de Chapinero, Sumapaz, Usme, Ciudad Bolívar y Suba; movilizandoreflexiones en torno a la transformación de situaciones de diferentes violencias, derechos de las mujeres, reconocimiento y prevención de Violencia Intrafamiliar, identificación de riesgos de diferentes violencias y prevención del abuso sexual
- ✓ Ejecución de 16 talleres de sensibilización con niñas, niños y adolescentes propendiendo por la transformación de imaginarios que generan inequidad de

---

<sup>37</sup> Es la atención que llega directamente a los hogares de las familias que habitan en zonas rurales dispersas, dado que por su ubicación geográfica se les dificulta el traslado al espacio rural de atención.

<sup>38</sup> Los círculos familiares son espacios de encuentro de la comunidad rural-campesina donde el saber cultural se moviliza en torno a la protección integral de las niñas y los niños, así como ejercicios de empoderamiento en derechos de las mujeres y los hombres. En estos escenarios se convocan las mujeres gestantes, lactantes, niños, niñas de primera infancia y sus familias, líderes y lideresas de la comunidad en donde son atendidos según los equipamientos con que cuenta cada micro-territorio (vereda) como salones comunales, escuelas o casas de familias.



género garantizando la transversalización de la equidad de género en el marco de la construcción de proyectos educativos comunitarios.

A través de *Creciendo en Familia*, se realizó la atención integral de 42.112 niñas y niños en primera infancia recibiendo este servicio ofrecido desde la gestación hasta los dos años y que tiene como objetivo fortalecer las capacidades de las familias y comunidades para cuidar, educar y proteger a las mujeres gestantes, niñas y niños menores de dos años en el marco de la RIA, en los entornos hogar y espacio público con el fin de contribuir a su desarrollo integral a través de orientación individual y grupal frente a temas de crianza; cuidado, protección y desarrollo infantil en el hogar y espacios comunitarios; asesoría psicosocial para la prevención de situaciones de amenaza y vulneración de derechos de las niñas y los niños; asesoría nutricional para casos de malnutrición de mujeres gestantes, niñas y niños; entrega de apoyo alimentario para mujeres gestantes y niñas y niños menores de dos años y promoción de la corresponsabilidad de las familias frente a la garantía de los derechos de los niños y niñas de la primera infancia. Este servicio está dirigido a Mujeres gestantes, niñas y niños menores de dos años habitantes de las zonas urbanas de Bogotá.

Durante la vigencia 2017 Creciendo en Familia desarrolló las siguientes acciones:

- ✓ Durante el 2017 se realizaron 13.383 encuentros en casa de desarrollo infantil y salud y se realizaron 13.769 encuentros en casa de psicología. En el marco de estos encuentros se atendieron niñas y niños de 0 a 6 meses y mujeres en gestación.
- ✓ Durante la vigencia fueron entregados 135.009 bonos de apoyo alimentario para gestantes, niñas y niños con bajo peso y niños cuyas familias se encuentran en alta vulnerabilidad socioeconómica.
- ✓ 533 profesionales en áreas de la salud, ciencias humanas y sociales y pedagogía fueron contratados para la implementación en las 16 Subdirecciones Locales de Integración Social del Servicio "Creciendo en Familia.
- ✓ Se realizaron 25 jornadas de cualificación donde participaron 533 profesionales del nivel local y central del Servicio Creciendo en Familia, se abordaron los siguientes temas: Lactancia materna, Estandarización Seguimiento y clasificación nutricional, Protocolo y lineamientos de toma de medidas antropométricas, Fortalecimiento comunitario, Aplicativo de seguimiento, prevención del embarazo subsiguiente, ruta de desnutrición, Desarrollo Infantil y planeación pedagógica, procedimiento de la prestación del servicio, deber de denuncia y activación de rutas de restablecimiento de derechos, mil primeros días, Planes de emergencia y contingencia, Saneamiento básico y Gestión documental, Profundización de conceptos generales del fortalecimiento comunitario y planeación de encuentros grupales, desarrollo infantil y su seguimiento, Ambientes enriquecidos y protectores y estrategias pedagógicas, Participación y organización comunitaria, Dinámica y organización familiar/vinculación afectiva, Preparación para la maternidad y cuidados en salud y promoción de la seguridad alimentaria.
- ✓ De manera paralela a la implementación del servicio en las Subdirecciones Locales, se formularon los documentos que soportan la operación y el sentido del servicio en el marco de la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia.

- ✓ Al finalizar la vigencia 2017 el Servicio cuenta con el Procedimiento de Prestación del Servicio de Atención Integral a Mujeres Gestantes, Niñas y Niños menores de dos años, Versión 0 e instrumentos asociados oficializados en el SIG por medio de la Circular 031 del 10 de octubre de 2017.
- ✓ En el marco de las mesas técnicas adelantadas con la Comisión Intersectorial de Primera Infancia CIPI de la Presidencia de la Republica, se obtuvieron insumos actualizados que orientaron la elaboración del Lineamiento Técnico para el Servicio de Atención Integral a Mujeres Gestantes, Niñas y Niños Menores de Dos Años “Creciendo en Familia”.
- ✓ Durante la vigencia 2017 se constituyó una alianza con la Organización de Estados Iberoamericanos OEI para mejorar la calidad de la atención brindada en este servicio, a través del Convenio de Cooperación Internacional 8328 de 2017, específicamente en lo relacionado con el componente 1 *“Fortalecer las capacidades educativas, de cuidado y protección en gestantes, madres, padres y cuidadores de niñas y niños en primera infancia, a través de la implementación de procesos pedagógicos en los entornos hogar y espacio público”*.

Por otra parte la SED, según lo establecido en el Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor Para Todos”, asumió la meta de producto de “83.000 cupos para la atención integral de niños y niñas de 4 y 5 años”, que contribuirá a la meta distrital de 232.687 cupos para atención integral en el marco de la Ruta Integral de Atenciones para la primera infancia –RIA- en el cuatrienio.

El logro en atención integral a 2017 es de 41.851 niños en 195 colegios de 19 localidades del Distrito Capital, esto es que del total de niños y niñas atendidos en preescolar por el sector oficial, el 53% ha ingresado a esta modalidad, donde se han desarrollado principalmente acciones que han permitido la implementación de estándares de calidad, tales como:

- ✓ Consolidación de los planes de acompañamiento a familias, los cuales fueron elaborados a partir de las lecturas de realidad y en articulación con cada colegio.
- ✓ Se concretó la segunda toma de talla y peso de los niños y niñas de 184 IED que reciben atención integral.
- ✓ Se generaron acciones de promoción de prácticas y estilos de vida saludables que contribuyen al desarrollo integral. Igualmente, se orientó a las familias para dirigirse a las diferentes instancias sectoriales y hacer las respectivas gestiones que garanticen la salud de los niños y niñas.
- ✓ Se consolidaron 110 documentos de acuerdo de ciclo. Igualmente, se ha dado continuidad a la planeación y desarrollo de experiencias pedagógicas pensadas desde los pilares de la educación inicial y reconocedora de la diversidad de los niños y las niñas, de sus intereses y necesidades.
- ✓ Se ha fortalecido el diseño de ambientes enriquecidos al interior de los colegios y de las aulas. En este componente ha sido fundamental el ejercicio de planeaciones conjuntas que moviliza el acompañante técnico.

- ✓ Se orientó, diseñó y se avanzó en la ejecución de un plan de cualificación definido por cada componente de la atención integral, en donde a través de ejes orientadores se definieron las temáticas y metodologías para asegurar la cualificación del talento humano.
- ✓ Se planeó y desarrolló una estrategia para la socialización de informes finales, entrega de productos y balance de la implementación de la atención integral con rectores, maestras y/o equipos dinamizadores de los colegios con atención integral a la primera infancia.
- ✓ Desde las diferentes líneas de acción se desarrollaron actividades orientadas a la promoción de los derechos, a la prevención de su vulneración y activación de la Ruta Integral de Restablecimiento de los mismos, en los casos en los que se evidenciara su amenaza, vulneración o inobservancia.

## **Educación inicial**

La Educación Inicial garantiza que las niñas y los niños interactúen con sus pares, con el entorno, con sus familias, aportando a la construcción de la identidad, a partir del reconocimiento de su cultura, construyendo, transformando y expresando ideas que dan significado y sentido al mundo, dando así cumplimiento a lo establecido en el Decreto 057 de 2009 *“La Educación Inicial es un derecho impostergable de la Primera Infancia, dirigido a garantizar el desarrollo del ser humano a través del cuidado calificado y el potenciamiento del desarrollo de los niños y niñas desde su gestación y menores de seis (6) años. Se concibe como un proceso continuo, permanente e intencionado de interacciones y relaciones sociales de calidad, oportunas y pertinentes, dirigidas a reconocer las características, particularidades y potencialidades de cada niño o niña, mediante la creación de ambientes enriquecidos y la implementación de procesos pedagógicos específicos y diferenciales a este ciclo vital. Esta puede proporcionarse en ámbitos familiares o institucionales y en todo caso serán corresponsales la familia, la sociedad, y el Estado”*.

La atención en educación inicial a niñas y niños en primera infancia en Bogotá D.C. está en cabeza de la Secretaría de Educación del Distrito – SED, la Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF e instituciones del sector privado que realizan esta atención. De igual manera la Secretaría de Cultura Recreación y Deporte realiza acciones que aportan a la integralidad de la atención para el mejoramiento de la calidad de vida de la primera infancia en Bogotá.

A continuación se presenta la información asociada a los indicadores para la Primera Infancia.

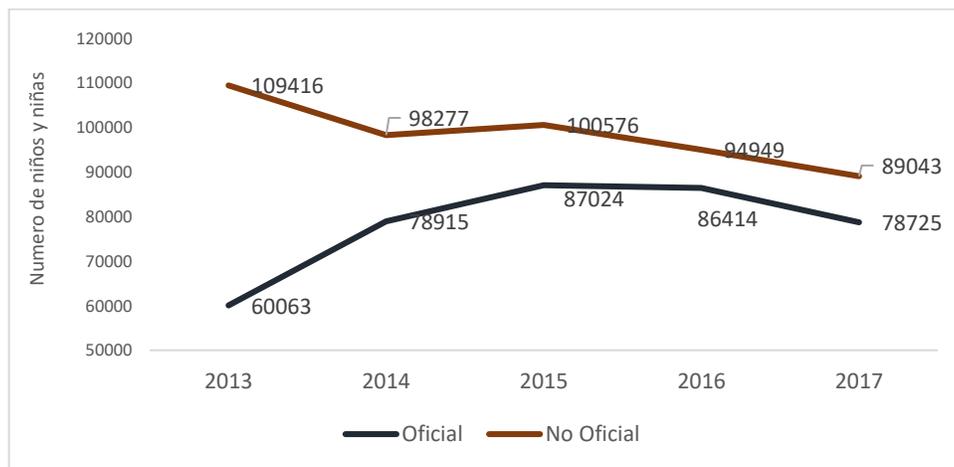
### **2.2.1. Niños y niñas (3-5 años) matriculados en pre jardín, jardín y transición.**

De acuerdo con la información de la SED, la matrícula en el nivel de preescolar alcanza un total de 167.768 niños y niñas. De estos se han atendido en preescolar por la SED 78.725 de los cuales 6.378 se atienden en convenio con SDIS. Esta matrícula tradicionalmente ha sido atendida principalmente por el sector no oficial, sin embargo, el sector oficial ha incrementado su participación en la atención de este nivel, especialmente desde el año

2014. Sin embargo, para el año 2017 la matrícula de este nivel en los dos sectores registró una reducción correspondiente al 8,9% en el oficial y de 6,2% en el privado.

La matrícula oficial para educación inicial mostró de forma sostenida, en el periodo, incrementos continuos hasta 2016, registrando una disminución para el año 2017. En general el sector tuvo un aumento de 31,1%, equivalente a un crecimiento del 7,0% promedio anual durante el quinquenio.

*Gráfica 35 Matrícula Total Preescolar Oficial – No oficial. 2013 - 2017*



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

La matrícula oficial del nivel de preescolar aumento de 35,4% en 2013 a 46.9% en 2017, con una tasa promedio de crecimiento del 7,0% promedio anual.

Por su parte, la participación del sector no oficial (Privado) se redujo del 64.6% en 2013 a 53.1% en 2017.

En 2017, son 8 las localidades donde es mayor la matrícula oficial que la no oficial siendo Usme, Bosa, Kennedy, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar, las más representativas con 57,2% del total de la matrícula oficial para este nivel. En Sumapaz no hay matrícula privada en preescolar. A su vez, las localidades más significativas con mayor número de estudiantes en el pre-escolar en el sector no oficial son Usaquén, Engativá y Suba, (43.3%).

*Tabla 27 Total Matrícula Preescolar por localidad 2013 - 2017.*

Localidad	Sector oficial					Sector no oficial				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	1.867	2.666	2.685	2.742	2.332	9.458	9.295	9.484	8.349	7.793
Chapinero	276	517	534	477	292	1.878	1.834	2.087	1.986	1.946
Santa Fe	846	1.192	1.181	1.048	849	1.105	987	774	1.173	1.155
San Cristóbal	4.679	5.420	5.935	5.800	5.457	4.378	4.078	4.124	3.611	3.499
Usme	5.775	7.798	8.062	8.003	7.656	3.154	2.073	2.000	1.628	1.777
Tunjuelito	2.868	3.707	4.190	4.203	3.771	4.174	3.657	3.525	3.274	3.023
Bosa	7.638	10.113	11.398	1.649	10.645	6.194	4.912	5.355	5.566	5.456
Kennedy	8.134	9.580	11.730	11.794	10.900	13.094	11.864	12.076	10.314	9.635
Fontibón	1.730	2.402	2.421	2.170	2.084	6.585	5.894	6.062	5.215	4.867
Engativá	4.685	6.068	6.355	6.332	5.165	13.101	11.758	11.840	10.300	10.023
Suba	4.183	6.224	8.050	8.089	7.335	22.309	20.468	21.427	23.024	20.739
Barrios Unidos	1.087	1.525	1.662	1.486	1.344	1.846	1.747	1.705	1.479	1.452
Teusaquillo	293	370	374	319	298	3.142	3.237	3.248	3.004	2.803
Los Mártires	744	1.162	1.176	1.108	998	1.514	1.487	1.375	1.388	1.282
Antonio Nariño	764	1.156	1.170	1.139	1.134	1.794	1.635	1.737	1.539	1.453
Puente Aranda	1.780	2.555	2.674	2.673	2.413	4.846	4.889	4.929	4.871	4.418
La Candelaria	208	259	208	185	172	584	553	557	472	432
Rafael Uribe	5.702	7.071	7.255	7.135	6.270	5.225	4.200	4.256	3.579	3.415
Ciudad Bolívar	6.718	9.045	9.868	9.950	9.522	5.035	3.709	4.015	4.177	3.875
Sumapaz	86	85	96	112	88	0	0	0	0	0
<b>Bogotá</b>	<b>60.063</b>	<b>78.915</b>	<b>87.024</b>	<b>86.414</b>	<b>78.725</b>	<b>109.416</b>	<b>98.277</b>	<b>100.576</b>	<b>94.949</b>	<b>89.043</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

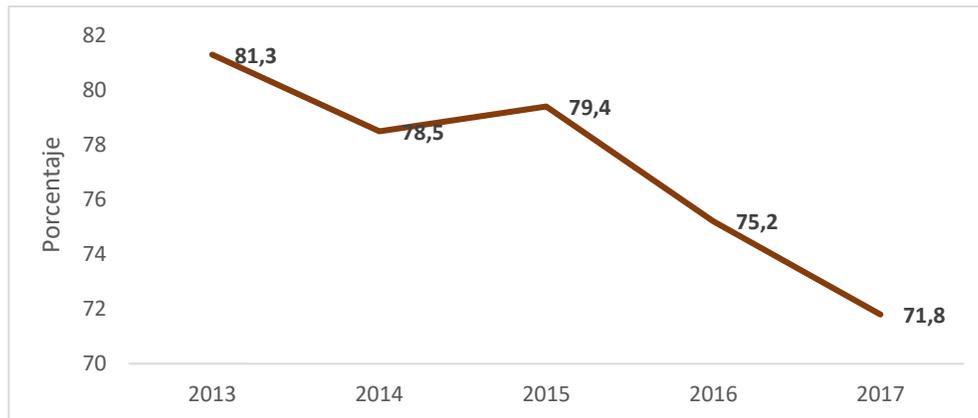
### **2.2.2. Cobertura escolar neta en Preescolar.**

La tasa de cobertura neta para preescolar corresponde a la relación entre la matrícula oficial y privada de niños y niñas que tengan 5 años matriculados en el nivel de transición, respecto a la población en edad escolar para dicho nivel, es decir Población Edad Escolar-PEE de 5 años.

Para el cálculo de esta tasa se excluye para ambos sectores la matrícula de jardín y pre-jardín coherente con la metodología de cálculo de la tasa de cobertura bruta a partir de las

recomendaciones de UNESCO y el Ministerio de Educación Nacional-MEN. De igual forma para el denominador se incluye solo a la población de 5 años de edad.

Gráfica 36 Tasa de Cobertura Neta



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Durante el quinquenio 2013 – 2017, se observa una tendencia a la baja, perdiendo cerca de 10 puntos porcentuales desde 2013, llegando en 2017 a 71,8%. Es decir que de cada 100 niños solo 75 de ellos tienen la edad de 5 años para este nivel.

El comportamiento de la tasa de cobertura no refleja el comportamiento real de la población debido a que, los resultados de las Encuestas de Demografía y Salud demuestran que el país se encuentra en un proceso de transición demográfica en la que, en las últimas décadas, y cada vez más acentuado, la disminución de la fecundidad ha llevado a que se revierta la tendencia creciente de la población del país, tendencia que se evidencia en las proyecciones específicas de población en edad escolar para las cuales cada vez es menor el total de niños y niñas en las primeras edades, producto de un número más bajo de nacimientos que el de generaciones anteriores.

Este efecto demográfico se hace evidente en la matrícula al ver cómo en los años recientes la tendencia de la misma es hacia la baja. Sin embargo, el ritmo en el que decae la matrícula no es el mismo con el que lo hace la proyección de la población en edad escolar. Esto ocasiona un decrecimiento en la tasa de cobertura para la ciudad.

Con una matrícula y una tasa de cobertura en decrecimiento, lo lógico es encontrar un escenario con población desescolarizada en crecimiento, pero como se observa en los datos aportados para la Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH – presenta una tendencia a la baja.

Con la misma fuente de información, la GEIH, se vienen calculando las tasas de cobertura bruta y neta como ejercicio complementario al usual (utilizar como numerador la matrícula total y como denominador las proyecciones de población a partir del censo).

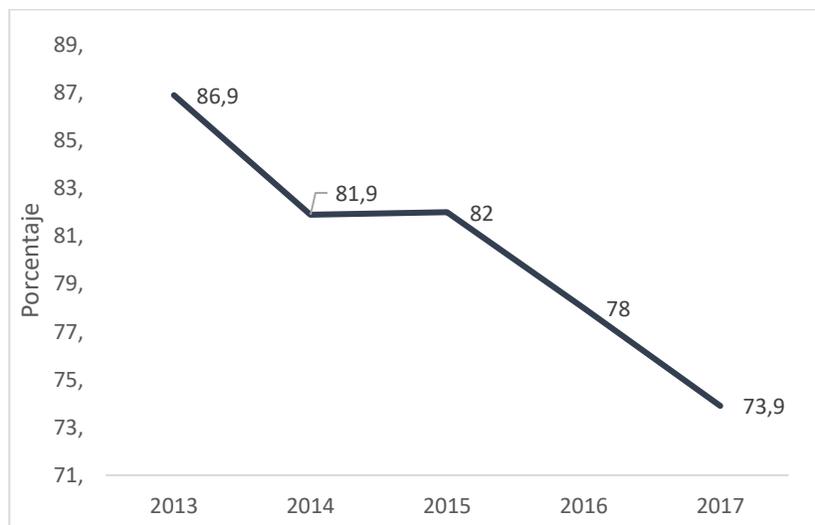
El resultado de estos ejercicios muestra, cómo según la GEIH la tasa de cobertura para Bogotá viene aumentando, situándose en 101,2% para el 2016, aumentando 1.3% con relación a la obtenida por esta fuente en el 2015.

### 2.2.3. Cobertura escolar bruta en preescolar.

La tasa de cobertura en preescolar se calcula teniendo en cuenta solamente el grado de transición (grado 0), y la población en edad escolar de 5 años. La tasa de cobertura bruta para el nivel de preescolar, presenta en los últimos años un comportamiento irregular, con una tendencia decreciente.

En cuanto al comportamiento por localidad, La Candelaria registra la mayor Tasa de Cobertura Bruta-TCB entre las localidades del Distrito, lo que hace suponer que es una localidad receptiva de muchos niños y niñas que provienen de otras zonas de la ciudad. Tunjuelito, Teusaquillo y Puente Aranda también presentan tasas superiores al 100%.

Gráfica 37 Tasa de Cobertura Bruta 2013 - 2017



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Para el año 2017 la matrícula de este nivel presentó una disminución del 7,5%, resultado que por sí mismo no refleja los logros del incremento en el número de beneficiados por el programa de primera infancia, apuesta que la Administración está haciendo realidad mediante la implementación de la Ruta de Integral Atenciones a la Primera Infancia; sin embargo, hay que tener en cuenta que la participación del nivel de preescolar en el total de la matrícula aumentó del 11,4% en 2013 al 12,1% en 2017.

*Tabla 28 Tasa de Cobertura Bruta por Localidad Preescolar 2013 - 2017*

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	98.5	95.	94.3	92.6	86.7
Chapinero	74.7	75.9	83.2	82.9	83.5
Santa Fe	62.6	58.3	59.8	65.1	64.8
San Cristóbal	93.8	84.3	86.1	80.2	77.6
Usme	83.8	74.4	72.5	88.3	86.6
Tunjuelito	143.	133.8	127.8	129.1	121.7
Bosa	90.9	88.1	82.2	77.6	75.
Kennedy	77.6	75.4	74.8	63.3	61.4
Fontibón	80.2	75.9	74.4	63.9	58.6
Engativá	82.9	79.5	79.	72.6	70.
Suba	83.	79.	83.8	81.5	74.3
Barrios Unidos	65.2	61.	59.2	49.6	46.2
Teusaquillo	104.3	112.	111.4	108.4	103.3
Los Mártires	112.6	112.	106.6	103.5	99.1
Antonio Nariño	87.2	80.1	84.	75.2	73.4
Puente Aranda	105.9	107.3	107.9	121.7	115.9
La Candelaria	191.2	214.4	211.5	193.4	176.4
Rafael Uribe	114.7	106.1	103.3	103.	94.8
Ciudad Bolívar	71.1	66.9	66.5	62.9	59.8
Sumapaz	37.	55.5	25.9	38.4	34.
<b>Bogotá</b>	<b>86.9</b>	<b>81.9</b>	<b>82.</b>	<b>78.</b>	<b>73.9</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Para el año 2017 la matrícula de este nivel presentó una disminución del 7,5%, resultado que por sí mismo no refleja los logros del incremento en el número de beneficiados por el programa de primera infancia, apuesta que la Administración está haciendo realidad mediante la implementación de la Ruta de Integral Atenciones a la Primera Infancia; sin embargo, hay que tener en cuenta que la participación del nivel de preescolar en el total de la matrícula aumentó del 11,4% en 2013 al 12,1% en 2017.

## 2.2.4. Número atenciones a niños y niñas en el programa de atención integral a la primera infancia. SDCRD

Tabla 29 Atenciones Primera Infancia 2012 – 2017

ENTIDAD	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
SCRD	16.464	-	-	-	-	-	16464
IDARTES	-	31.330	46.575	80.027	89.894	80.901	328727
<b>TOTAL</b>	<b>16.464</b>	<b>31.330</b>	<b>46.575</b>	<b>80.027</b>	<b>89.894</b>	<b>80.901</b>	<b>345.191</b>

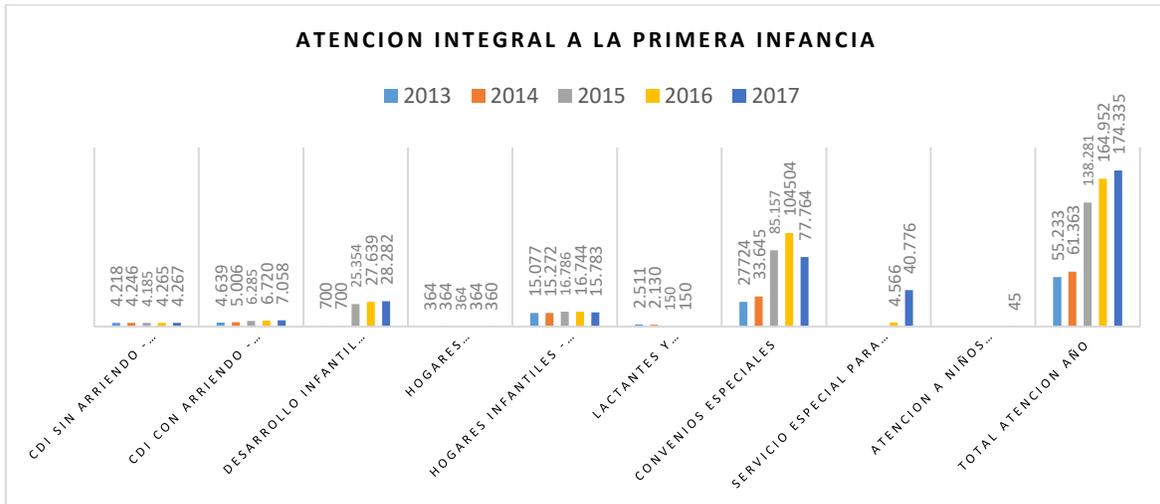
Fuente: SEGPLAN y elaboración Dirección de Planeación SCRD

El Instituto Distrital de las Artes – IDARTES garantizó 80.901 atenciones a niñas, niños y adolescentes en el marco del programa de atención integral a la primera infancia, mediante dos líneas estratégicas: 1. Experiencias artísticas en diferentes espacios de la Ciudad para la primera infancia con 39.779 atenciones; y 2. Circulación y contenidos alcanzando 41.122 atenciones a la primera infancia. Para el adecuado desarrollo de estas estrategias, se contó con 17 laboratorios artísticos para la atención de la primera infancia ubicados en diez (10) localidades.

Además, se consolidaron las alianzas entre la SDIS e IDARTES para la atención de la primera infancia en entornos institucional y familiar, en los cuales se atendieron 282 grupos y jardines infantiles. Igualmente, en la alianza con ICBF se atendieron 204 grupos, jardines y hogares, incluyendo la atención especial de población Embera en la localidad de Los Mártires y población del Centro Penitenciario El Buen Pastor.

## 2.2.5. Niños y niñas atendidos en primera infancia en CDI - Medio Familiar- Hogar Infantil- Hogar Empresarial

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Bogotá, durante el periodo comprendido entre 2013 y 2017, brindó atención integral a los niños y niñas de primera infancia a través de las siguientes modalidades: Modalidad Institucional: Centros de Desarrollo Infantil – CDI, Hogares Comunitarios de Bienestar- Hogar Empresarial, Atención a Niños hasta los 3 años en establecimiento de reclusión a mujeres y Modalidad Familiar: Desarrollo Infantil en Medio Familiar.



Fuente ICBF Intranet, metas sociales y financieras 2013 a 2017- área de planeación regional Bogotá. D.C.

Con relación a la evolución del indicado, la variación que se ha venido presentando durante los últimos cinco años corresponde a los procesos de articulación y el avance de programas, convenios y proyectos, tales como: Servicios Especiales para la Atención de la Primera Infancia – Convenios con la Secretaría Distrital de Integración Social (**SDIS**), Convenios Especiales: Cajas de Compensación Familiar y Secretaría de Educación Distrital (**SED**) Servicio Especial para la Primera Infancia – Grado Transición con Atención Integral.

La evolución de la cobertura y atención de niños y niñas en programas de atención integral a la primera infancia, implementados por el ICBF – Regional Bogotá, durante el periodo comprendido entre 2014 y 2017, está determinada por el tránsito de la Modalidad Tradicional a la Modalidad Integral (Resolución 13486 de 2016); mediante la cual se resuelve que la atención integral a la primera infancia se trasladará a través de las siguientes modalidades de atención teniendo en cuenta las particularidades del territorio, disponibilidad de infraestructura y necesidades de la población, así

- **Modalidad Institucional:** Esta modalidad funciona en espacios institucionales para atender a los niños y niñas en la primera infancia. Son escenarios en donde se garantiza una atención de calidad, a través de la prestación de un servicio de educación inicial, cuidado calificado y nutrición. Adicionalmente, se adelantan acciones para garantizar los derechos de salud, protección y la participación de los niños y las niñas, a través de los Centros de Desarrollo Infantil – CDI, Hogares Infantiles – HI, Hogares Comunitarios de Bienestar- Hogar Empresarial, Atención a Niñas y niños hasta los 3 años en establecimiento de reclusión a mujeres.
- **Centros de Desarrollo Infantil – CDI:** Es un espacio institucional especializado que garantiza una atención con calidad, a través de la prestación de un servicio de educación inicial, cuidado calificado, donde se ofrecen los componentes de atención: familia, salud y nutrición, pedagógico, talento humano, ambientes educativos y protectores, administración y gestión; promoviendo una atención integral de calidad en donde se adelantan acciones y gestiones para garantizar los derechos de salud,

protección y la participación de los niños y las niñas. Están concebidos como un servicio complementario a las acciones de las familias y la comunidad y se presta de forma gratuita durante 220 días al año en jornadas completas de 8 horas.

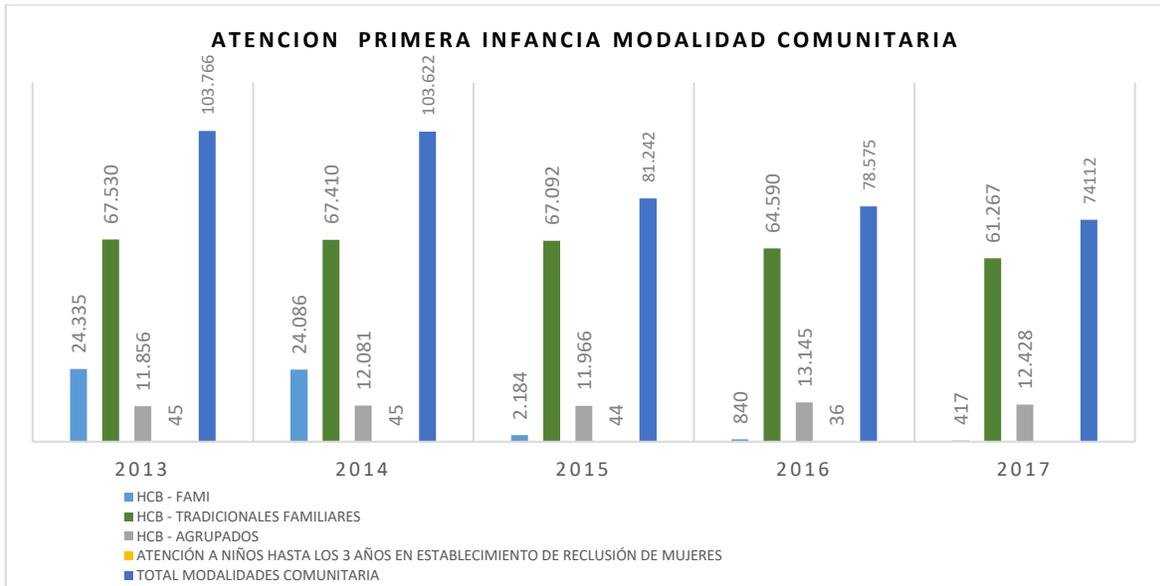
- **Hogares Infantiles – HI:** Fueron creados en 1974 bajo el nombre de Centros de Atención Integral al Preescolar (CAIP). La Ley 7 de 1979 estableció recursos para su financiamiento con el objetivo de atender a niños y niñas desde los 6 meses hasta los 4 años y 11 meses, hijos de padres y madres trabajadores. Busca garantizar una atención integral de calidad, durante 210 días hábiles del año, en jornada completa (8 horas diarias). Esta modalidad se desarrolla en Infraestructuras del ICBF, de la Entidad Territorial o del prestador del servicio.
- **Hogares Comunitarios de Bienestar- Hogar Empresarial:** En esta modalidad se brinda atención a los niños y niñas, en un sitio adecuado por la empresa para los hijos de los trabajadores de más bajos ingresos. Prestan sus servicios 200 días al año, en jornadas ajustadas a los horarios de trabajo de los padres, con el apoyo y cofinanciación de las empresas donde éstos laboran. Cuentan con Agentes Educativos cualificadas y equipo interdisciplinario aportado por la empresa. El ICBF aporta el 65% del requerimiento nutricional diario a niños y niñas atendidas, teniendo como referencia las recomendaciones diarias de calorías y nutrientes para la población colombiana.
- **Atención a Niños hasta los 3 años en establecimiento de reclusión a mujeres:** Es una modalidad diseñada de manera conjunta por el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC y el ICBF, en cumplimiento del Código Penitenciario y Carcelario, para prestar servicios de atención integral durante las reclusiones de mujeres que cuentan con permanencia de menores de tres (3) años de edad, hijos(as) de internas, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia. La atención para este servicio es de trescientos sesenta y cinco (365) días. El objetivo general de la modalidad es apoyar la atención integral desde su gestación hasta los tres (3) años de edad de los niños y las niñas que se encuentran en los establecimientos de reclusión de mujeres, mediante acciones que apoyen su desarrollo integral y fortalezcan los vínculos afectivos con sus familias y cuidadores, es un servicio de atención gratuito. Se benefician los niños y niñas hasta los tres (3) años de edad, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia que se encuentran internas en los establecimientos de reclusión de mujeres a cargo del INPEC.
- **Modalidad Familiar:** Estas modalidades reconocen el lugar protagónico que tienen las familias en el cuidado, crianza, educación y desarrollo de los niños y niñas desde la gestación a menores de 5 años, lo que las convierte en el más cercano escenario de corresponsabilidad. Están dirigidas a mujeres gestantes, en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 5 años o hasta su ingreso al grado transición, cuyas familias y cuidadores requieren apoyo para fortalecer sus procesos de cuidado y crianza en el hogar. Dado que busca fortalecer el vínculo afectivo de los niños y niñas con sus familias, prioriza el acceso de niños y niñas menores de 2 años. Se desarrollan a través

de procesos de formación y acompañamiento a familias y cuidadores, con el propósito de fortalecer sus habilidades de cuidado, crianza y construcción conjunta de herramientas para la promoción armónica e integral del desarrollo. Por tanto, se implementa a través de encuentros educativos grupales con las mujeres gestantes, lactantes, los niños, niñas y sus cuidadores, y encuentros en el hogar.

- **Desarrollo Infantil en Medio Familiar:** Esta modalidad atiende a hijos de familias vulnerables, menores de 5 años, de zonas rurales y urbanas marginales gratuitamente durante 11 meses del año. Atención prioritaria a niños menores de 2 años, mujeres gestantes y madres lactantes. Desarrolla acciones en los componentes de familia, salud y nutrición, pedagógico, talento humano, ambientes educativos y protectores, administración y gestión. Así mismo, realiza encuentros educativos grupales una vez a la semana en lugares disponibles y concertados con la comunidad y un encuentro educativo en el hogar una vez al mes. A través de esta modalidad, el ICBF suministra el 70% del requerimiento nutricional diario, mediante la entrega de un refrigerio semanal y un paquete alimentario mensual para llevar a casa calculado para 5 días de la semana. Cuenta con equipo psicosocial y un profesional de la salud, Docentes, y auxiliares pedagógicos.
- **Hogar Comunitario de Bienestar – FAMI:** Esta modalidad está dirigida a niños y niñas desde su gestación hasta los 2 años y mujeres en periodo de gestación o lactancia y/o al cuidador, para que participen en la crianza de los niños y niñas. La atención la brindan las madres comunitarias-FAMI, a través de encuentros grupales y visitas en el hogar. En esta modalidad se atienden entre 12 y 15 familias, durante 11 meses del año. El horario se define de acuerdo con las necesidades de las familias, en sesiones educativas grupales y visitas domiciliarias durante 80 horas mensuales. Mediante esta modalidad el ICBF aporta el 20% del requerimiento nutricional, teniendo como referencia la recomendación de calorías y nutrientes para la población colombiana. Los HCB- FAMI atienden familias en desarrollo. El grupo familiar participa y acompaña el proceso de desarrollo armónico de sus miembros, a través de la cualificación de las relaciones intrafamiliares y el fortalecimiento de vínculos afectivos desde la gestación. El programa vincula además a otros adultos para que participen de la crianza de los niños.

#### **2.2.6. Número de niñas y niños en Hogares Comunitarios de Bienestar, HCB Familiares, FAMI, Grupal y en establecimientos de reclusión y otras formas de atención.**

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, durante los últimos 5 años (2013 a 2017), brindó atención a la primera infancia mediante las modalidades Hogar Comunitario de Bienestar, HCB Familiar, FAMI y a niños, niñas menores de 3 años en establecimiento de reclusión de mujeres como se presenta en la gráfica siguiente:



Fuente ICBF Intranet, metas sociales y financieras 2013 a 2017- área de planeación regional Bogotá. D.C.

Los procesos de tránsito han generado una variación en las coberturas. Así las cosas, entre 2015 y 2016 se presentaron los siguientes tránsitos: HCB – FAMI a Desarrollo Infantil en Medio Familiar (Nombre actual del servicio); cambio y/o tránsito del servicio Hogar Lactante y Preescolar a Hogar Infantil. HCB – Agrupado y HCB – Tradicional a Modalidad Institucional - CDI con y/o sin arriendo. Lo anterior, teniendo en cuenta los procesos de cualificación e integralidad en la prestación de los servicios para la Atención Integral a la Primera Infancia definidos e implementados desde el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

De igual manera el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Bogotá, durante el periodo comprendido entre 2013 y 2017, brindó atención a los niños y niñas de primera infancia a través de las siguientes modalidades de atención: Modalidad Comunitaria: Hogar Comunitario de Bienestar -Tradicional, Hogar Comunitario de Bienestar –Agrupados, Hogar Comunitario de Bienestar – FAMI.

### Modalidad Comunitaria:

La Modalidad Comunitaria, a través de sus servicios ofrece atención a niñas y niños desde los 18 meses hasta los 4 años 11 meses y 29 días, que habitan en zonas urbanas o rurales, pertenecientes a familias focalizadas de acuerdo con los criterios definidos por el ICBF y las características del servicio, a través de los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) Familiares y Agrupados.

- **Hogar Comunitario de Bienestar – Tradicional:** Esta modalidad, propicia el desarrollo y cuidado de los niños menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad, a través de acciones que promueven el ejercicio de sus derechos, con la participación activa y organizada de la familia, la comunidad y las entidades territoriales. En esta modalidad, la atención, el cuidado, la protección, la salud, la nutrición y el desarrollo psicosocial se brinda a través de las madres comunitarias, quienes atienden en su vivienda un promedio de 13

niños y niñas de su entorno, durante 200 días al año, en jornadas de 8 horas o en media jornada.

- **Hogar Comunitario de Bienestar – Agrupados:** Esta modalidad, agrupa entre dos y siete Hogares Comunitarios de Bienestar, su conformación depende de la capacidad instalada de la infraestructura, y opera de acuerdo a las normas, lineamientos y circulares que el ICBF expide para la Modalidad de Hogares Comunitarios de Bienestar. Es un escenario que busca garantizar una atención integral de calidad, durante 210 días hábiles del año a través de los diferentes componentes de atención: familia, salud y nutrición, pedagógico, talento humano, ambientes educativos y protectores, administración y gestión. Esta modalidad se desarrolla en infraestructuras del ICBF, de la Entidad Territorial o del prestador del servicio, en jornada completa (8 horas diarias).

- **Hogar Comunitario de Bienestar – FAMI:** Esta modalidad está dirigida a niños y niñas desde su gestación hasta los 2 años y mujeres en periodo de gestación o lactancia y/o al cuidador, para que participen en la crianza de los niños y niñas. La atención la brindan las madres comunitarias-FAMI, a través de encuentros grupales y visitas en el hogar. En esta modalidad se atienden entre 12 y 15 familias, durante 11 meses del año. El horario se define de acuerdo con las necesidades de las familias, en sesiones educativas grupales y visitas domiciliarias durante 80 horas mensuales. Mediante esta modalidad el ICBF aporta el 20% del requerimiento nutricional, teniendo como referencia la recomendación de calorías y nutrientes para la población colombiana. Los HCB- FAMI atienden familias en desarrollo. El grupo familiar participa y acompaña el proceso de desarrollo armónico de sus miembros, a través de la cualificación de las relaciones intrafamiliares y el fortalecimiento de vínculos afectivos desde la gestación. El programa vincula además a otros adultos para que participen de la crianza de los niños.

### **Niños, niñas y adolescentes matriculados en los colegios oficiales y no oficiales de Bogotá**

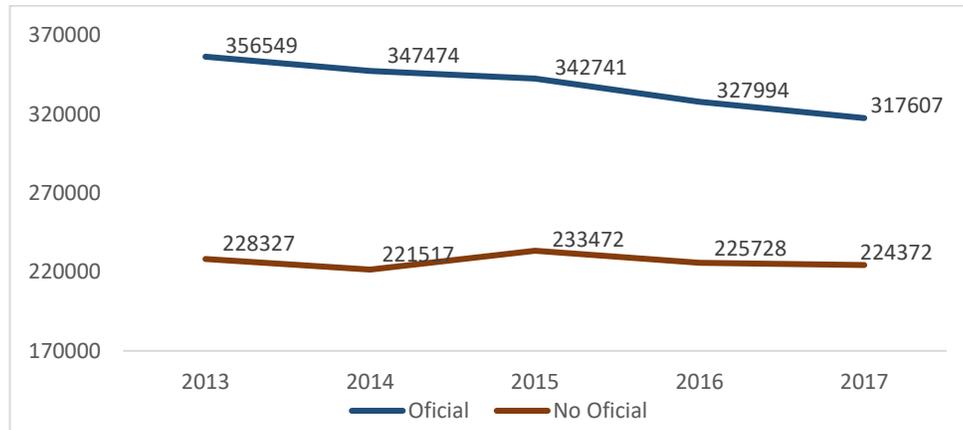
Estos resultados hacen referencia a al número de niños y niñas que son atendidos en el sistema educativo distrital tanto oficial como no oficial en primaria, básica y media. A continuación se presentan los resultados de los tres indicadores establecidos para su medición.

#### ***Matrícula Total Básica Primaria Sector Oficial – Sector No oficial***

El nivel de básica primaria en el sector oficial históricamente ha sido el de mayor participación en comparación con el no oficial; sin embargo, la matrícula de los colegios oficiales en este nivel, ha presentado un comportamiento decreciente en los últimos cinco años. Para el año 2017 alcanzó 317.607 estudiantes, correspondiente a un 58,6% del total de la matrícula del nivel y una disminución de 10,9% con respecto a 2013.

Por su parte, la matrícula del sector no oficial del nivel de básica primaria ha venido ganando participación durante el quinquenio, siendo en 2017 de 41,4%; sin embargo, al igual que el sector oficial, registró durante el periodo una reducción de 1,7%.

Gráfica 38 Matrícula Total Básica Primaria 2013 – 2017



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito

La matrícula oficial del nivel de Básica Primaria pasó del 61,0% en 2013 a 58,6% en 2017, con una reducción del 2,9% promedio anual. Por su parte, la participación del sector no oficial (Privado) aumentó del 39,0% en 2013 a 41,4% en 2017.

Tabla 30 Total Matrícula Básica Primaria por localidad 2013 - 2017

Localidad	Sector oficial					Sector no oficial				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	10.742	10.573	12.562	10.161	9.901	19.132	18.526	19.482	19.013	17.752
Chapinero	1.517	1.397	1446	1305	1.193	3.938	3.868	4335	4257	4.186
Santa Fe	4.077	4.028	3.994	3.822	3.527	2.680	2.228	2.319	2.305	2.184
San Cristóbal	24.462	23.813	22.953	22.326	21.129	9.895	9.870	10.506	9.793	9.447
Usme	29.680	29.795	29.295	29.002	28.177	7.198	6.205	5.689	5.175	5.289
Tunjuelito	14.348	14.749	15.051	14.296	13.739	8.664	7.385	7.502	7.916	7.446
Bosa	47.169	46.668	45.341	43.565	43.646	15.233	15.833	17.393	18.038	19.358
Kennedy	49.414	48.389	47.325	45.585	44.790	26.889	25.847	28.082	26.368	26.738
Fontibón	9.806	9.780	9.595	9.335	8.843	12.442	11.821	12.483	11.358	11.157
Engativá	28.132	27.143	26.451	25.356	24.327	26.714	26.647	26.938	24.936	24.595
Suba	38.232	35.237	34.005	31.744	30.313	46.051	45.038	49.464	48.571	49.465
Barrios Unidos	6.240	6.372	6.251	5.767	5.260	3.493	3.647	3.360	3.319	2.950
Teusaquillo	1.470	1.426	1637	1322	1.350	5.518	5.420	5414	5569	5.021
Los Mártires	4.634	4.661	4.591	4.403	4.296	3.556	3.245	3.536	2.998	2.805
Antonio Nariño	4.009	4.087	3.949	3.950	3.899	3.601	3.606	3.638	3.294	3.127
Puente Aranda	9.816	9.790	9.587	9.844	9.232	8.541	8.977	9.978	9.727	9.426
La Candelaria	1268	1284	1625	1327	1.132	2181	1913	1828	1973	1.933
Rafael Uribe U.	26.446	25.678	25.552	24.809	24.027	11.663	10.843	10.784	9.885	10.057
Ciudad Bolívar	44.792	42.279	41.235	39.802	38.570	10.938	10.598	10.741	11.233	11.436
Sumapaz	295	325	296	273	256	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>356.549</b>	<b>347.474</b>	<b>342.741</b>	<b>327.994</b>	<b>317.607</b>	<b>228.327</b>	<b>221.517</b>	<b>233.472</b>	<b>225.728</b>	<b>224.372</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

En las Localidades, en general, se mantiene el mismo comportamiento distrital, esto es, en 2017, la matrícula en básica primaria en el sector oficial fue superior al sector no oficial en 12 de ellas, siendo las de mayor participación Kennedy, Bosa, Ciudad Bolívar, Usme, Rafael Uribe Uribe San Cristóbal, y Suba, aunque en esta última es mayor la matrícula en el sector no oficial. En estas siete localidades se concentra el 72,6% de la matrícula total del sector, agrupando 230.652 estudiantes.

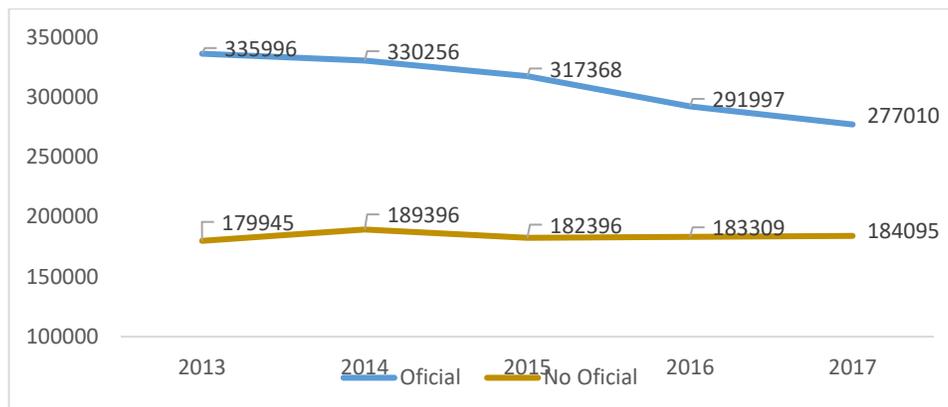
En 8 localidades la matrícula no oficial fue superior a la oficial y en Usaquén, Suba y Teusaquillo se concentró el 32.2% (72.238 estudiantes).

### **Matrícula Básica Secundaria sector Oficial – sector No oficial**

Durante el quinquenio, el nivel de básica secundaria del sector oficial mostró mayor participación en comparación con el no oficial; sin embargo, su contribución en el sector ha venido reduciéndose, adicionalmente en la matrícula de los colegios oficiales en este nivel, se registró una reducción en los últimos cinco años. Para el año 2017 alcanzó 277.010 estudiantes, correspondiente a 60,1% del total de la matrícula del nivel y una reducción de 17,6% con respecto a 2013.

Por su parte, la matrícula del sector no oficial del nivel de básica secundaria aumentó su participación durante el quinquenio, ganando cinco puntos porcentuales; La matrícula de este nivel en el 2017, comparativamente con 2013 tuvo un aumento de 2,3%, equivalente a un 0,6 promedio anual.

*Gráfica 39 Matrícula Total Básica Secundaria 2013 - 2017*



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito

La matrícula oficial del nivel de Básica Secundaria pasó del 65,1% en 2013 a 60,1% en 2017, con una reducción del 4,7% promedio anual. Por su parte, la participación del sector no oficial (Privado) aumentó del 34,9% en 2013 a 39,9% en 2017.

Ahora Bien, en la distribución de la participación de los dos sectores, a nivel local se tiene que la matrícula de básica secundaria, es mayor en el sector oficial en 14 localidades, siendo las de mayor representatividad Usme, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar que en conjunto acumulan el 46,9%, de la matrícula correspondiente a 129.902 estudiantes.

*Tabla 31 Total Matrícula Básica Secundaria por localidad 2013 - 2017*

Localidad	Sector oficial					Sector no oficial				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	10.254	9.660	13.529	8.872	8.548	17.559	17.365	17.541	17.487	15.582
Chapinero	1.391	1.246	1159	1100	1.004	4.115	3.975	3945	4053	3.652
Santa Fe	3.630	3.400	3.508	3.141	2.815	2.683	2.426	2.413	2.779	2.460
San Cristóbal	22.171	21.927	20.304	19.109	17.560	7.297	8.325	7.459	6.520	6.477
Usme	26.610	26.161	24.941	23.902	23.146	3.338	4.263	3.476	2.942	3.073
Tunjuelito	14.952	15.244	14.413	13.499	12.776	6.438	6.313	5.443	5.992	5.724
Bosa	43.357	43.176	40.587	37.652	36.402	11.050	12.116	12.194	14.947	16.261
Kennedy	46.064	45.861	44.105	41.683	39.352	17.216	18.264	18.490	17.177	18.182
Fontibón	9.831	9.757	9.349	9.012	8.732	9.067	8.442	9.130	8.357	8.196
Engativá	30.493	29.902	27.901	26.001	24.480	22.354	24.947	24.214	22.417	23.190
Suba	36.036	35.751	32.794	30.102	28.223	38.085	39.127	38.636	39.625	42.164
Barrios Unidos	5.718	5.497	5.266	4.760	4.580	4.024	4.422	3.564	3.361	3.085
Teusaquillo	1.750	1.684	1881	1398	1.380	6.186	6.419	6693	6153	5.358
Los Mártires	4.193	4.041	4.195	3.753	3.478	4.314	3.975	3.151	3.626	2.091
Antonio Nariño	4.094	4.100	3.786	3.695	3.656	4.560	4.800	4.631	4.367	4.265
Puente Aranda	10.206	9.989	9.630	9.236	8.820	6.374	6.397	6.559	7.050	6.390
La Candelaria	1196	1249	1583	1148	991	1690	1848	1505	1736	1.666
Rafael Uribe	24.385	23.827	22.241	20.549	19.800	8.676	9.575	8.508	7.581	8.465
Ciudad Bolívar	39.337	37.463	35.878	33.083	31.002	4.919	6.397	4.844	7.139	7.814
Sumapaz	328	321	318	302	265	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>335.996</b>	<b>330.256</b>	<b>317.368</b>	<b>291.997</b>	<b>277.010</b>	<b>179.945</b>	<b>189.396</b>	<b>182.396</b>	<b>183.309</b>	<b>184.095</b>

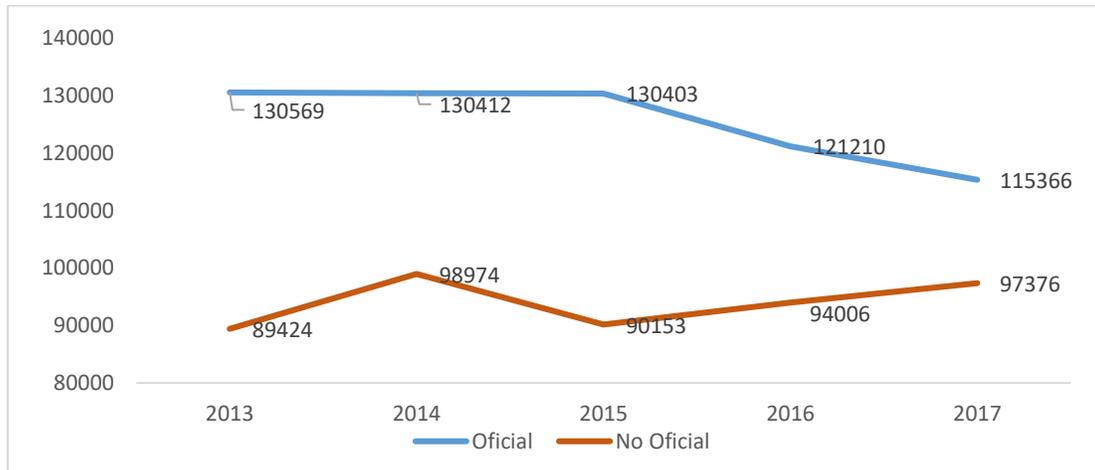
Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Las 6 localidades donde la matrícula de básica secundaria es mayor en el sector no oficial con respecto al sector oficial, son en su orden Suba, Usaquén, Teusaquillo, Antonio Nariño, Chapinero y La Candelaria las cuales representan el 39,5% del total de estudiantes matriculados en el sector, equivalente a 72.687 alumnos.

#### **Matrícula Nivel Media Oficial - No oficial**

La matrícula oficial del nivel de Media pasó del 59,4% en 2013 a 54,2% en 2017, con una reducción del 3,0% promedio anual.

Gráfica 40. Matrícula Total Media Vocacional 2013 - 2017



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Por su parte, la participación del sector no oficial (Privado) aumentó del 40,6% en 2013 a 45,8% en 2017.

Durante el quinquenio, el nivel de media del sector oficial registró una mayor participación en comparación con el no oficial. Su contribución en el sector ha venido reduciéndose; sumado a esto, la matrícula de los colegios oficiales en este nivel, reflejó una reducción durante el periodo. Para el año 2017 alcanzó 115.366 estudiantes, que corresponde a 52,2% del total de la matrícula del nivel y una reducción de 11,6% con respecto a 2013.

La matrícula del sector no oficial del nivel de media aumentó su participación durante el quinquenio, ganando más de cinco puntos porcentuales; La matrícula de este nivel en el 2017, comparativamente con 2013 tuvo un aumento de 8,9%, equivalente a un 2,2% promedio anual.

Tabla 32 Total Matrícula Media Vocacional por localidad 2013 - 2017

Localidad	Sector oficial					Sector no oficial				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	4.046	3.857	5.454	3.552	3.502	8.894	9.101	9.240	9.459	8.636
Chapinero	594	508	504	540	489	2.672	2.743	2619	2341	2.260
Santa Fe	1.465	1.371	1.419	1.234	1.101	1.526	1.442	1.224	1.307	1.227
San Cristóbal	8.377	8.117	8.072	7.818	7.404	3.746	4.826	4.357	4.136	4.243
Usme	9.263	9.077	9.259	9.149	8.998	1.260	2.514	1.408	1.268	1.189
Tunjuelito	6.095	6.117	5.750	5.361	5.307	3.164	2.974	2.716	3.660	3.193
Bosa	17.079	17.257	16.975	15.681	15.419	4.578	5.316	5.578	6.840	8.318
Kennedy	17.449	18.002	17.806	17.260	15.856	7.938	8.375	8.154	8.284	8.938
Fontibón	3.786	3.806	3.628	3.639	3.387	3.722	3.598	4.582	4.139	3.708
Engativá	12.783	12.639	12.536	11.376	10.789	10.840	12.417	11.272	11.214	11.962
Suba	14.498	14.652	14.253	13.190	12.676	20.090	21.820	19.365	19.783	22.207
Barrios Unidos	2.377	2.329	2.336	2.185	1.887	2.799	2.756	2.255	1.960	1.774
Teusaquillo	764	786	827	671	696	3.806	4.338	4122	4105	3.931
Los Mártires	1.608	1.590	1.905	1.605	1.442	1.661	1.807	1.551	1.852	1.195
Antonio Nariño	1.774	1.831	1.781	1.775	1.751	2.894	3.604	3.096	3.581	3.895
Puente Aranda	4.612	4.546	4.193	4.111	4.031	2.746	2.936	2.899	2.998	2.724
La Candelaria	536	505	779	467	477	865	871	560	895	847
Rafael Uribe	9.266	9.514	9.474	8.989	7.999	4.527	4.847	3.803	3.814	3.955
Ciudad Bolívar	14.041	13.747	13.294	12.447	12.006	1.696	2.689	1.352	2.370	3.174
Sumapaz	156	161	158	160	149	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>130569</b>	<b>130412</b>	<b>130403</b>	<b>121210</b>	<b>115366</b>	<b>89424</b>	<b>98974</b>	<b>90153</b>	<b>94006</b>	<b>97376</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

La matrícula del nivel de media es mayor en el sector oficial con respecto a la matrícula del sector privado en 11 localidades de la ciudad, siendo las de mayor representatividad Usme, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar que en conjunto acumulan el 45,3%, correspondiente a 52.279 estudiantes.

En 9 localidades la matrícula del nivel de media es mayor en el sector no oficial con respecto al sector oficial; sobresalen Suba, Usaquén, Teusaquillo y Antonio Nariño, las cuales representan el 39,7% del total de alumnos matriculados en el sector, equivalente a 38.669 alumnos.

Teniendo en cuenta que el sector oficial ha venido cediendo paulatinamente terreno en cada uno de los niveles de educación formal (excepto en preescolar) en cuanto a su participación en el total de la matrícula, la Secretaría de Educación del Distrito ha presentado en los últimos años alternativas para incrementar la permanencia en educación media, tales como la articulación con la educación superior y vinculación con programas de formación técnica y tecnológica. Estas medidas han empezado a reflejar resultados alentadores, al reducir la tasa de deserción en los diferentes niveles desde 2,5% en el año 2014 a 2,1% en el año 2016.

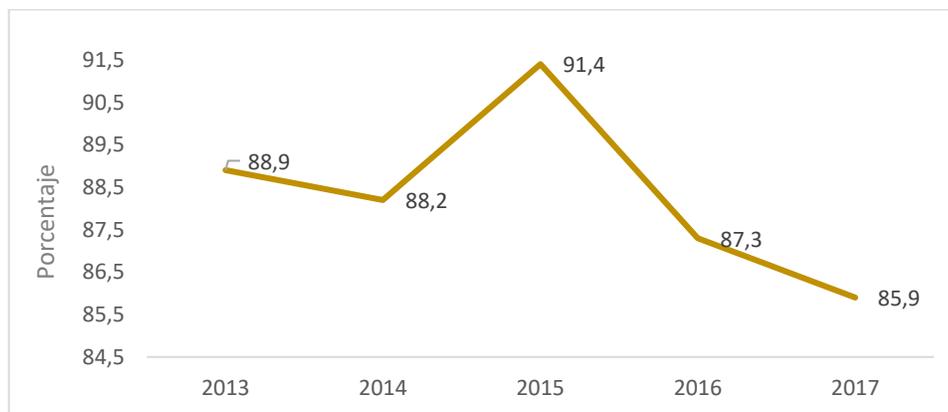
### 2.2.7. Cobertura escolar neta para educación básica primaria.

Las tasas de cobertura neta tienen como objetivo, identificar la participación relativa, en el sistema educativo, de los estudiantes matriculados, cuya edad corresponde a la edad teórica del nivel de enseñanza en el que se encuentran con respecto a la población en edad escolar en el mismo rango de edad.

Las tasas de cobertura neta representan un valor teórico máximo de 100%, lo que indica que toda la población en edad escolar se encuentra en el sistema educativo y en el nivel correspondiente a su edad. Bajo esta premisa, no se calculan las tasas de cobertura neta por localidad, debido a la movilidad que presenta urbe como Bogotá, lo que implica que en algunos casos esta matrícula supere a la población en edad escolar que reside en la localidad y su indicador supere el valor teórico máximo.

Teniendo en cuenta lo anterior, la tasa neta ajustada en primaria corresponde a la relación entre el número de alumnos matriculados en básica primaria que cuentan con la edad adecuada para cursar este nivel, respecto de la PEE entre los 6 y los 10 años.

*Gráfica 41 Tasa de Cobertura Neta Básica Primaria. 2013 – 2017*



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

El año 2017 presentó una reducción de 1,4 puntos porcentuales con respecto al año anterior. Con excepción de 2015, durante el quinquenio 2013 – 2017, este indicador mostró una tendencia decreciente; en total durante el periodo se redujo cerca de cuatro puntos porcentuales, llegando en 2017 a 85,9%. Es decir que de cada 100 niños solo el 86 de ellos están en el rango de 6 - 10 años para este nivel.

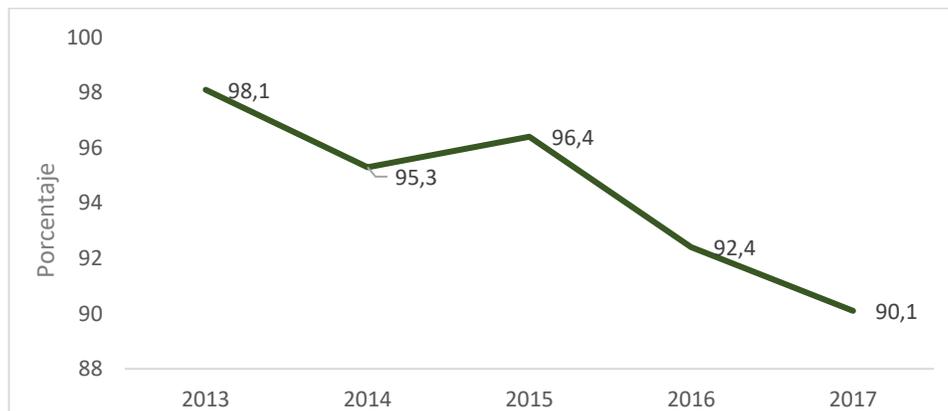
### 2.2.8. Cobertura escolar bruta para educación básica primaria.

La tasa de cobertura bruta, indica la capacidad que tiene el sistema educativo para atender la demanda social en educación, sin importar la edad en un nivel educativo específico. Para el caso de Bogotá, esta se calcula a partir de la matrícula del sector oficial que se obtiene del SIMAT y la del sector no oficial, calculada con metodología de imputación a partir del

Censo C-600 y del Registro de Información SED. Este total se compara contra la población en edad escolar que se obtiene de las proyecciones de población calculadas con la información del último censo realizado en el año 2005.

La Tasa de Cobertura Bruta en el nivel de Básica Primaria presenta una tendencia decreciente, llegando a 90,1% en el 2017.

*Gráfica 42 Tasa de Cobertura Bruta Básica Primaria: 2013 - 2017*



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Cómo antes anotábamos, los resultados de las Encuestas de Demografía y Salud demuestran que el país se encuentra en un proceso de transición demográfica en la que, en las últimas décadas, y cada vez más acentuado, la disminución de la fecundidad ha llevado a que se revierta la tendencia creciente de la población del país, tendencia que se evidencia en las proyecciones específicas de población en edad escolar para las cuáles cada vez es menor el total de niños y niñas en las primeras edades, producto de un número más bajo de nacimientos que el de generaciones anteriores.

Este efecto demográfico se hace evidente en la matrícula al ver cómo en los años recientes la tendencia de la misma es hacia la baja. Sin embargo, el ritmo en el que decae la matrícula no es el mismo con el que lo hace la proyección de la población en edad escolar. Esto ocasiona un decrecimiento en la tasa de cobertura para la ciudad

Tabla 33 Tasa Cobertura Bruta por Localidad Básica Primaria 2013 – 2017

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	101	99,1	109,4	100,6	96,3
Chapinero	98,6	97,1	108,2	92,3	91,3
Santa Fe	81,3	76,4	78,0	84,5	98,7
San Cristóbal	95,7	95,2	96,0	96,2	92,7
Usme	89,8	86	82,9	107,7	105,0
Tunjuelito	146,2	142,9	147,5	154,2	149,8
Bosa	108,1	106,5	104,6	100,4	100,3
Kennedy	91,5	89,2	90,8	78,3	77,3
Fontibón	84,4	81,2	82,0	73,2	69,8
Engativá	91,7	90,5	90,2	85,2	83,4
Suba	99,5	93,9	96,6	88,8	86,9
Barrios Unidos	72,6	75,5	72,4	62,3	56,7
Teusaquillo	109,7	109,2	113,0	104,9	98,9
Los Mártires	132,9	130,4	136,8	120,0	117,5
Antonio Nariño	96,6	99,2	99,6	90,7	89,0
Puente Aranda	111,8	116,1	122,5	135,9	133,5
La Candelaria	268	252,5	271,9	253,1	240,6
Rafael Uribe Uribe	123,3	119,8	120,8	123,4	123,4
Ciudad Bolívar	85,5	80,5	78,4	76,3	73,7
Sumapaz	46,6	51,4	43,4	41,4	38,0
<b>Total</b>	<b>98,1</b>	<b>95,3</b>	<b>96,4</b>	<b>92,4</b>	<b>90,1</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

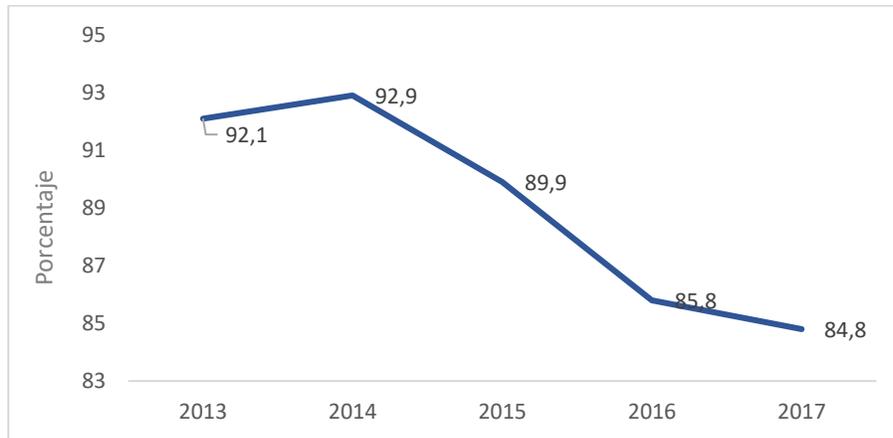
El comportamiento del indicador presenta variaciones decrecientes para unas localidades mientras que para otras se presentan incrementos, esto obedece, a la dinámica de la matrícula en las diferentes localidades y a la población volátil que se mueve de una localidad a otra y entre estas y los municipios vecinos, interfiriendo en la cobertura distrital, por lo que se presentan localidades con más del 100% de cobertura y otras localidades donde la cobertura esta incluso por debajo del 50%. Sin embargo, en cuanto al total de cobertura el distrito cubre un 90% de la población que aunque disminuye con relación a los años anteriores, refuerza la teoría de la movilidad de población en edad escolar en el Distrito.

La Candelaria es la localidad que registra el índice de mayor cobertura bruta en el nivel de primaria de Bogotá con 240,6%, seguida de Tunjuelito 149,8% y Puente Aranda con 133,5%. Con indicadores superiores al 100% también se encuentran las localidades de Usme, Los Mártires, y Rafael Uribe Uribe, por el contrario, las localidades con puntajes más bajos de cobertura fueron Barrios Unidos con 56,7% y Sumapaz con 38,0%.

### 2.2.9. Cobertura escolar neta para educación básica secundaria.

La tasa neta ajustada para secundaria corresponde a la relación entre el número de alumnos matriculados en básica secundaria que cuentan con la edad adecuada para cursar dicho nivel y la PEE entre los 11 y los 14 años.

Gráfica 43 Tasa de Cobertura Neta 2013 - 2017



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

La gráfica, nos muestra, desde 2014 un decrecimiento sostenido hasta el final del periodo, presentando en 2017 una disminución menor que la presentada en los tres años anteriores. Para 2017 registró un descenso de un punto porcentual con relación al año anterior.

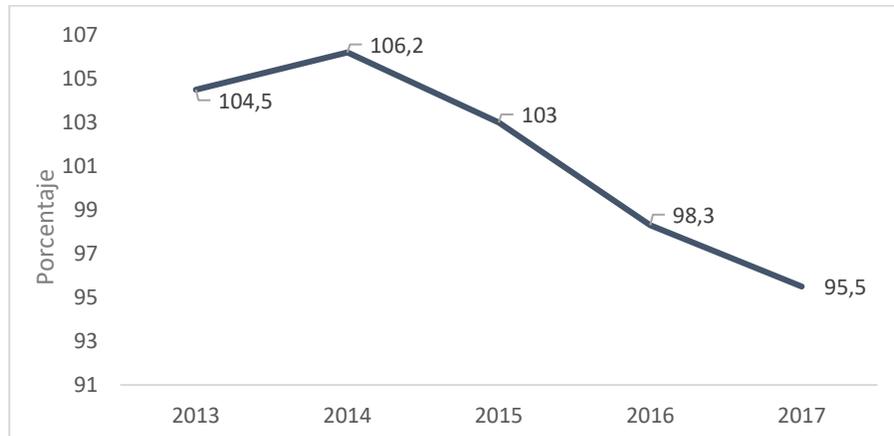
Durante el quinquenio 2013 - 2017, el indicador registró un leve repunte en el año 2014; en adelante perdió ocho puntos porcentuales, llegando en 2017 a 84,8% es decir que de cada 100 niños solo el 85 de ellos están en el rango de 11 - 14 años para este nivel.

El comportamiento del indicador, como se viene señalando, se ve afectado por la movilidad escolar de la ciudad y a su vez por la disminución de la población en edad escolar en el Distrito, que bien puede obedecer a desplazamientos dentro y fuera del Distrito, gracias al crecimiento de zonas residenciales en municipios cercanos a Bogotá.

#### 2.2.10. Cobertura escolar bruta para educación básica secundaria

La Tasa de Cobertura Bruta – TCB- en educación secundaria presentó hasta 2015 una tasa superior al 100%, debido a que la matrícula supera las cifras de la Población en Edad Escolar – PEE, en el rango de población con edades comprendidas entre 11 y 14 años de edad para este nivel. Para los dos años siguientes este indicador registró cifras inferiores que señalan una disminución significativa en la cobertura; sin embargo, estos datos no son comparables debido al cambio metodológico de las proyecciones de población.

Gráfica 44 Tasa Bruta de Cobertura Básica Secundaria. 2013 - 2017



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Para el año 2017 la TCB del nivel de básica secundaria reflejó una pérdida cercana a los tres puntos porcentuales con relación al año inmediatamente anterior.

Tabla 34 Tasa Bruta de Cobertura por Localidad Básica Secundaria 2013 - 2017

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	107,6	106,9	126,4	109,5	101,2
Chapinero	103,7	102,0	106,5	93,0	84,3
Santa Fe	90,4	85,5	88,8	100,4	140,9
San Cristóbal	98,4	103,2	96,4	97,0	92,7
Usme	89,1	89,4	83,0	109,1	107,1
Tunjuelito	159,3	165,4	157,3	166,9	162,1
Bosa	119,0	120,2	113,5	108,8	107,9
Kennedy	94,0	96,1	94,4	79,4	77,3
Fontibón	86,3	82,9	83,6	75,5	72,8
Engativá	105,6	111,4	107,3	100,2	99,3
Suba	105,9	106,8	101,6	95,0	94,9
Barrios Unidos	85,4	89,6	82,8	66,5	63,1
Teusaquillo	132,4	140,4	158,2	130,4	117,3
Los Mártires	159,2	154,0	145,5	142,8	108,9
Antonio Nariño	129,1	135,8	131,3	123,7	123,0
Puente Aranda	116,3	118,0	119,4	135,3	129,5
La Candelaria	231,3	262,2	290,5	256,4	242,0
Rafael Uribe U.	128,0	132,4	124,5	125,4	128,6
Ciudad Bolívar	84,7	83,9	77,6	77,0	74,0
Sumapaz	61,2	59,4	57,3	60,0	52,6
<b>Total</b>	<b>104,5</b>	<b>106,2</b>	<b>103,0</b>	<b>98,3</b>	<b>95,5</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

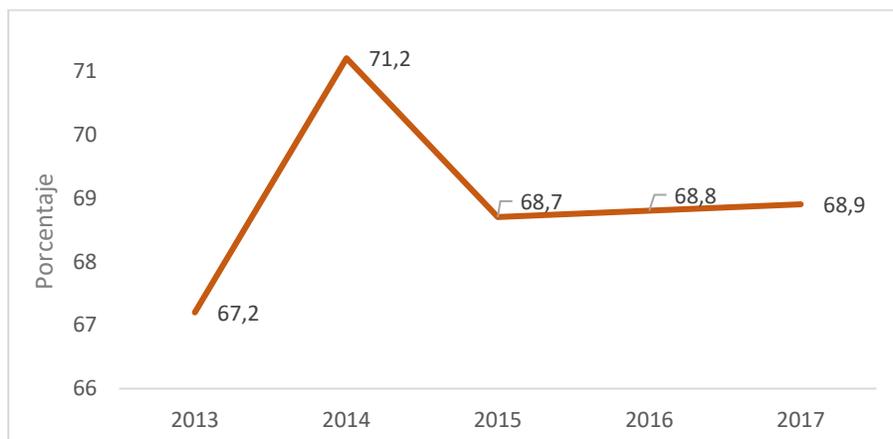
En 11 localidades del Distrito, la tasa de cobertura en secundaria está por encima del 100%. En localidades mayormente pobladas como Suba, Kennedy y Ciudad Bolívar, la cobertura es inferior al 100%, dado que presentan infraestructura insuficiente para cubrir su propia demanda, por lo que a los niños, niñas y jóvenes de estas localidades se les brinda un subsidio de transporte para que se puedan movilizar a otras localidades que disponen de oferta escolar suficiente para cubrir la propia y recibir de otras localidades, como es el caso de La Candelaria, Tunjuelito, Los Mártires y Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe y en menor proporción Bosa y Usme.

### 2.2.11. Cobertura escolar neta para educación media

La tasa neta ajustada para el nivel de media corresponde a la relación entre el número de alumnos matriculados en el nivel de media vocacional que cumplen con la edad apropiada para cursarlo, y la población en edad escolar, (PEE) entre 15 y 16 años.

Este bajo índice, se puede deber a que hay muchos jóvenes matriculados en este nivel con edades superiores a los 16 años. La tasa del año 2017 fue de 68.9% mostrando una relativa estabilidad con relación al año anterior.

*Gráfica 45 Tasa de Cobertura Neta Media Vocacional. 2013 – 2017*



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Durante el quinquenio 2013 - 2017, el indicador muestra una tendencia creciente, pasando de 67,2% en 2013 a 68,9% en 2017, es decir que de cada 100 niños solo 69 de ellos están en el rango de 15 - 16 años para este nivel.

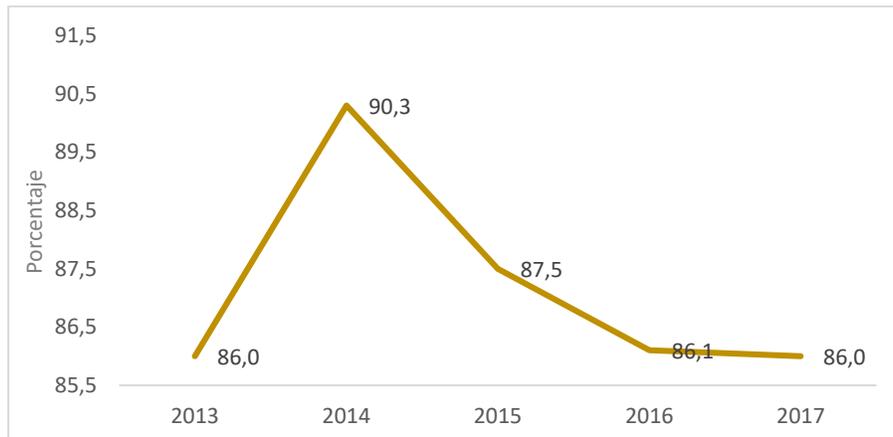
### 2.2.12. Cobertura escolar bruta para educación media

Históricamente la educación media es el nivel que presenta las tasas de cobertura más bajas y los índices más altos de deserción. Esta dinámica se observa tanto a nivel distrital como nacional.

Pese a que Bogotá ha hecho esfuerzos importantes por aumentar la cobertura en educación media, la tasa de cobertura bruta para este nivel se ha mantenido relativamente estable y

no ha registrado variaciones importantes en los últimos cinco años, excepto en el 2014 en el que la TCB fue de 90,3%, siendo una de las cifras más altas de la última década.

*Gráfica 46 Tasa Bruta de Cobertura Media Vocacional. 2013-2017*



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito

Para el año 2017 la tasa de cobertura bruta se situó en 86,0%, siendo casi igual a la registrada en el año anterior

*Tabla 35 Tasa de Cobertura Bruta por Localidad Media Vocacional 2013 - 2017*

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	91,4	92,2	106,1	101,3	96,5
Chapinero	98,3	98,2	95,6	97,6	93,7
Santa Fe	81,3	78	74,7	84,8	118,3
San Cristóbal	79,5	86,6	84,8	89,4	89,6
Usme	62,6	68,2	62,6	83,8	83,3
Tunjuelito	130,1	129,6	123,3	150,1	145,9
Bosa	95,8	99,3	98,6	90,1	94,6
Kennedy	73,5	77,4	76,8	67,3	65,5
Fontibón	66,2	65,5	72,5	64,9	59,1
Engativá	89,9	97,3	93,9	88,7	91,0
Suba	95,4	100,4	92,3	86,4	91,3
Barrios Unidos	82,7	83	76,7	61,3	55,0
Teusaquillo	125,8	141,6	139,0	148,0	146,3
Los Mártires	111,1	117,9	122,7	131,9	102,4
Antonio Nariño	131,2	155,7	142,5	165,1	177,2
Puente Aranda	95	98,9	95,7	112,8	111,1
La Candelaria	182,9	173,5	169,3	213,8	214,6
Rafael Uribe Uribe	103,3	109,8	103,7	111,4	107,3
Ciudad Bolívar	60,5	63,2	56,3	56,5	58,0
Sumapaz	61,7	64,7	63,2	65,6	62,1
<b>Total</b>	<b>85,96</b>	<b>90,3</b>	<b>87,5</b>	<b>86,1</b>	<b>86,0</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Ocho localidades del Distrito registran tasas de cobertura bruta en el nivel de media superiores a 100%; destacándose entre estas La Candelaria, Antonio Nariño, Tunjuelito y Teusaquillo cuyo indicador de TCB supera 140%, esto quiere decir que a ellas se desplazan

estudiantes de localidades cuya oferta educativa no alcanza a cubrir la demanda para este nivel.

### 2.2.13. Número de Niños, Niñas y Adolescentes matriculados en los colegios oficiales y no oficiales de Bogotá

La matrícula total de Bogotá está constituida por el número de estudiantes matriculados en los colegios distritales, colegios con administración contratada (concesión), y colegios con matrícula contratada (privados contratados), más la matrícula de los colegios del sector privado o colegios no oficiales.

La matrícula de los colegios distritales, los cuales son directamente administrados por la Secretaría de Educación fue de 739.533 para el año 2017. Durante este año 22 colegios con administración contratada prestaron su servicio a 32.561 estudiantes. Adicionalmente, los colegios con matrícula contratada corresponden a instituciones privadas que suscriben un contrato con la Secretaría de Educación para prestar el servicio en zonas con insuficiencia de cupos, durante el año 2017, soportaron una matrícula de 16.614. Estas tres modalidades suman la matrícula del sector oficial de Bogotá, que se ubicó en 788.708 estudiantes, mientras que, la matrícula del sector privado para este mismo año alcanzó 594.886. La suma de estos dos sectores, oficial y no oficial, corresponde a la matrícula total para el Distrito Capital, la cual logró llegar a 1.383.594 estudiantes en 2017.

Gráfica 47 Total Matrícula 2013 – 2017



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

Para 2017, la matrícula total del Distrito Capital presentó una reducción de 2.9% con respecto al año inmediatamente anterior. Durante el quinquenio 2013-2017 esta variable mostró una tasa decreciente a razón de 1.84% promedio anual.

Existen muchos factores asociados a este comportamiento decreciente de la matrícula en Bogotá D.C., entre ellos las dinámicas poblacionales. Desde distintos ámbitos sociales y académicos se ha argumentado que el descenso en la matrícula del sector educativo oficial en años recientes está asociado con la caída de la Población en Edad Escolar<sup>39</sup> PEE. Según las cifras oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, la PEE presenta un descenso desde el año 2007.

*Tabla 36 Total matrícula por localidad. 2013 - 2017*

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	81.952	81.043	89.977	79.635	74.046
Chapinero	16.381	16.088	16.629	16.059	15.022
Santafé	18.012	17.074	16.832	16.809	15.318
San Cristóbal	85.005	86.376	83.710	79.113	75.216
Usme	86.278	87.886	84.130	81.069	79.305
Tunjuelito	60.703	60.146	58.590	58.201	54.979
Bosa	152.298	155.391	154.821	153.938	155.505
Kennedy	186.198	186.182	187.768	178.465	174.391
Fontibón	56.969	55.500	57.250	53.225	50.974
Engativá	149.102	151.521	147.507	137.932	134.531
Suba	219.484	218.317	217.994	214.128	213.122
Barrios Unidos	27.584	28.295	26.399	24.317	22.332
Teusaquillo	22.929	23.680	24.196	22.541	20.837
Los Mártires	22.224	21.968	21.480	20.733	17.587
Antonio Nariño	23.490	24.819	23.788	23.340	23.180
Puente Aranda	48.921	50.079	50.449	50.510	47.454
La Candelaria	8.528	8.482	8.645	8.203	7.650
Rafael Uribe	95.890	95.555	91.873	86.341	83.988
Ciudad Bolívar	127.476	125.927	121.227	120.201	117.399
Sumapaz	865	892	868	847	758
<b>Total</b>	<b>1.490.289</b>	<b>1.495.221</b>	<b>1.484.133</b>	<b>1.425.607</b>	<b>1.383.594</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

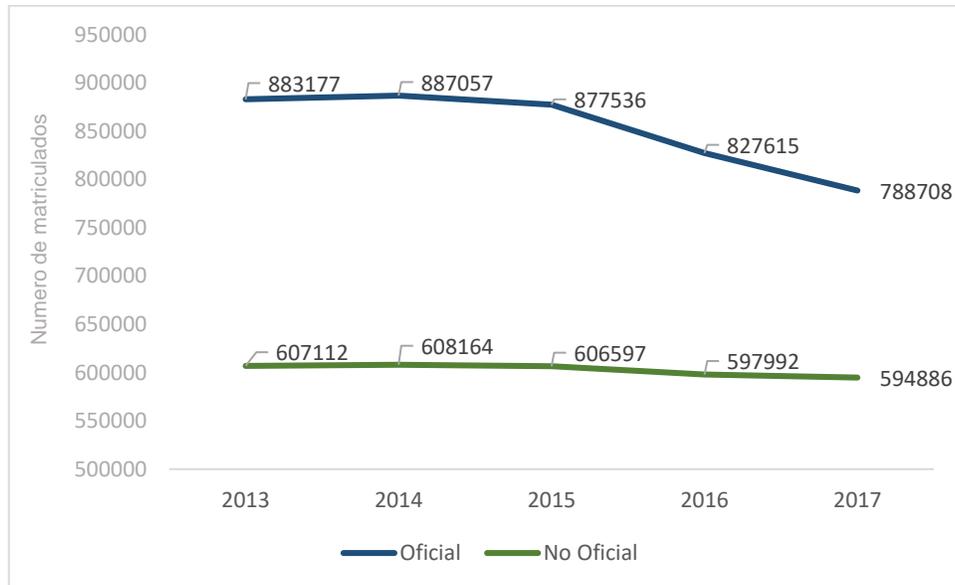
El comportamiento local muestra la misma tendencia distrital. Esto es la matrícula total ha caído en 19 de las 20 localidades, siendo los mártires, Barrios Unidos, Santafé y Sumapaz donde se evidencia de forma más acentuada. La única localidad donde se presenta crecimiento en la matrícula, durante los últimos cinco años es Bosa que presenta un aumento de 2,1% en la matrícula; crecimiento que puede estar asociado al desarrollo habitacional de esta zona de Bogotá y su municipio vecino Soacha.

### ***Total Matrícula por sector***

Al analizar la evolución de la matrícula de Bogotá por sector educativo se advierte que la matrícula oficial presentó un comportamiento similar a la matrícula total de la ciudad. En términos generales, entre los años 2013 y 2017 se evidencia una tendencia negativa en la matrícula oficial.

<sup>39</sup> En el rango de edad entre 5 y 16 años

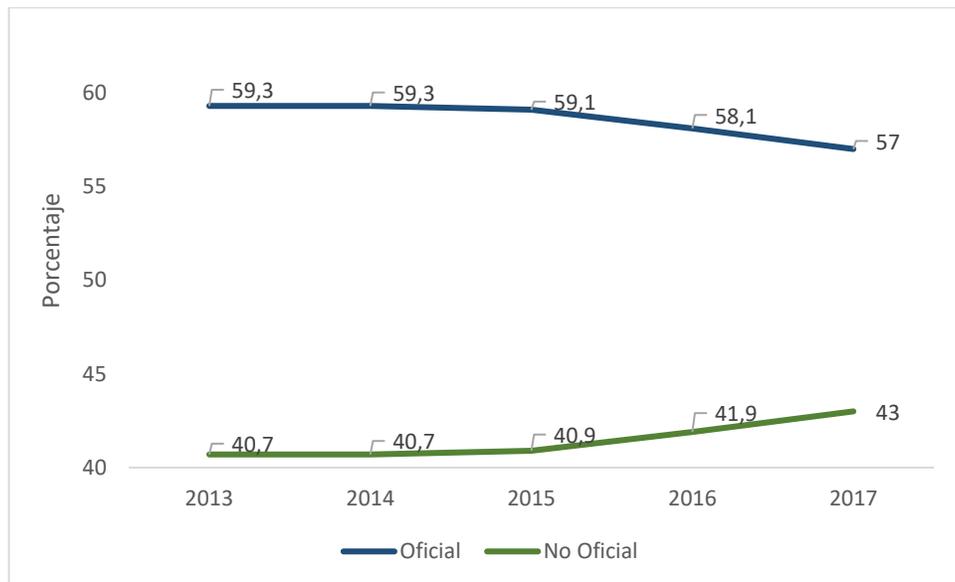
**Gráfica 48 Matrícula Total Oficial y No oficial 2013 - 2017**



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito

Igualmente, la matrícula no oficial (privada), entre los años 2013 y 2017 tuvo un comportamiento con tendencia decreciente, a una tasa promedio anual de 0.5%.

**Gráfica 49 Participación Oficial y No oficial sobre el total de la matrícula. 2013 - 2017**



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito

Como se evidencia en la gráfica anterior, la matrícula oficial representó en el 2017 el 57,0% de la matrícula total, esta participación incide directamente en la tendencia de la matrícula

de Bogotá D.C. Sin embargo, pese a la incidencia del sector oficial el sector privado ha venido ganando participación en la matrícula total, pasando del 40,7% en el 2013 al 43.0% en el 2017.

La disminución de la matrícula no puede ser entendida como una falla del sistema, las cifras estimadas a partir de otras fuentes de información como la Gran Encuesta Integrada de Hogares, muestran cómo cada vez menos niños, niñas y adolescentes de la ciudad no asisten a un centro educativo. Estas cifras estimadas año a año por el DANE son una vez más prueba de la necesidad de actualización del Censo de Población, que permita una mejor estimación de tasas de cobertura para la toma de decisiones con mejor calidad de información, mismo que se realizará en 2018.

De esta forma, la Secretaría de Educación del Distrito continúa garantizando el derecho a una educación pertinente y de calidad a todos los niños, niñas y adolescentes de la ciudad, eliminando las barreras de acceso y promoviendo la permanencia escolar mediante programas como la gratuidad total, el suministro de refrigerios, comida caliente, transporte escolar y subsidio de transporte, con el fin de lograr que más estudiantes accedan y permanezcan en el sistema educativo oficial.

En materia de acceso y de garantía del derecho a la educación, para el año 2017 Bogotá alcanzó en el sector oficial una cifra de 788.708 niños, niñas, jóvenes y adultos que se encuentran matriculados desde preescolar (grado 0) hasta media (grados, 11, 12 y 13) incluyendo educación por ciclos (educación para adultos).

En cuanto a la matrícula del Sector Educativo no oficial del Distrito Capital corresponde al número de estudiantes matriculados en colegios privados, cuya personería jurídica proviene de la iniciativa privada u organizaciones no gubernamentales que se rigen por el derecho privado.

Para obtener datos de matrícula no oficial, la SED captura la información a través de la aplicación del Formulario Electrónico del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), denominado C-600, instrumento de recolección de información estadística que tiene como objetivo recopilar diversas variables por cada una de las sedes y jornadas en las que se presta el servicio de educación formal, en los niveles de preescolar, primaria, secundaria y media.

Tabla 37 Matrícula en el Sector Oficial y Sector No Oficial según localidad 2013 - 2017

Localidad	Sector Oficial					Sector No Oficial				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	26.909	26.756	34.230	25.327	24.283	55.043	54.287	55747	54308	49.763
Chapinero	3.778	3.668	3.643	3.422	2.978	12.603	12.420	12986	12637	12.044
Santafé	10.018	9.991	10.102	9.245	8.292	7.994	7.083	6730	7564	7.026
San Cristóbal	59.689	59.277	57.264	55.053	51.550	25.316	27.099	26446	24060	23.666
Usme	71.328	72.831	71.557	70.056	67.977	14.950	15.055	12573	11013	11.328
Tunjuelito	38.263	39.817	39.404	37.359	35.593	22.440	20.329	19186	20842	19.386
Bosa	115.243	117.214	114.301	108.547	106.112	37.055	38.177	40520	45391	49.393
Kennedy	121.061	121.832	120.966	116.322	110.898	65.137	64.350	66802	62143	63.493
Fontibón	25.153	25.745	24.993	24.156	23.046	31.816	29.755	32257	29069	27.928
Engativá	76.093	75.752	73.243	69.065	64.761	73.009	75.769	74264	68867	69.770
Suba	92.949	91.864	89.102	83.125	78.547	126.535	126.453	128892	131003	134.575
Barrios Unidos	15.422	15.723	15.515	14.198	13.071	12.162	12.572	10884	10119	9.261
Teusaquillo	4.277	4.266	4.719	3.710	3.724	18.652	19.414	19477	18831	17.113
Los Mártires	11.179	11.454	11.867	10.869	10.214	11.045	10.514	9613	9864	7.373
Antonio Nariño	10.641	11.174	10.686	10.559	10.440	12.849	13.645	13102	12781	12.740
Puente Aranda	26.414	26.880	26.084	25.864	24.496	22.507	23.199	24365	24646	22.958
La Candelaria	3.208	3.297	4.195	3.127	2.772	5.320	5.185	4450	5076	4.878
Rafael Uribe U.	65.799	66.090	64.522	61.482	58.096	30.091	29.465	27351	24859	25.892
Ciudad Bolívar	104.888	102.534	100.275	95.282	91.100	22.588	23.393	20952	24919	26.299
Sumapaz	865	892	868	847	758	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>883.177</b>	<b>887.057</b>	<b>877.536</b>	<b>827.615</b>	<b>788.708</b>	<b>607.112</b>	<b>608.164</b>	<b>606.597</b>	<b>597.992</b>	<b>594.886</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito.

En el 2017, en 12 localidades de la ciudad la matrícula oficial es mayor respecto a la no oficial; las diferencias más significativas en cuanto a volumen se encuentran en las localidades de: Ciudad Bolívar, Bosa, Usme, Kennedy, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal, que representan el 35,1% del total de la matrícula oficial de la ciudad. Por su parte, en el sector privado las localidades con matrícula más representativas son: Suba, Usaquén, Teusaquillo y Chapinero, que son las localidades donde históricamente se concentra la oferta no oficial y que, en 2017, que representan el 15,4% del total de la matrícula. Por su parte, en la Localidad de Engativá, el comportamiento de la matrícula es oscilante, mientras en el 2013 y el 2016 la matrícula del sector oficial fue mayor, en el 2015 y 2017 la mayoría de la matrícula se registró en el sector privado.

### **Deserción escolar**

La tasa de deserción de la ciudad se calcula a partir de dos fuentes de información del orden nacional. De un lado la encuesta C600 del DANE que se constituye en un elemento de "autoreporte" de los colegios tomado en el mes de octubre del siguiente año al que sucede el fenómeno. De otra parte, el Ministerio de Educación Nacional - MEN, a través del Sistema Integrado de Matrícula SIMAT viene calculando la tasa de deserción a partir de los reportes del niño a niño que se incluyen al sistema y que da un mayor nivel de precisión y realidad sobre el fenómeno. De igual forma, al ser resultado de un sistema de seguimiento "uno a uno" permite una mayor celeridad en la consolidación del dato, estando disponible

mucho antes que el recolectado por la encuesta DANE. Es por esta razón que la Secretaría de Educación hace seguimiento a la estadística publicada por el MEN, a partir del año 2014.

*Tabla 38 Tasa de deserción escolar por nivel educativo (preescolar, primaria, secundaria y media)*

Nivel	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Total oficial</b>	<b>2,7</b>	<b>2,50</b>	<b>3,63</b>	<b>2,08</b>	<b>N.D.</b>
Preescolar	2,5	2,70	3,48	2,17	N.D.
Primaria	2,0	2,01	2,72	1,57	N.D.
Secundaria	3,5	3,01	4,85	2,69	N.D.
Media	2,5	2,48	3,20	2,02	N.D.

Fuente: Año 2013 C-600, 2014 – 2016 Ministerio de Educación – MEN.

Las tasas de deserción presentan un comportamiento decreciente, que refleja los resultados de las múltiples acciones de acompañamiento en IED, en las cuales, con la aplicación de la Encuesta Distrital de Permanencia y Deserción Escolar en 1.805 Docentes, 5.147 Estudiantes y los 100 rectores, se identificaron las principales causas de deserción escolar en cada colegio, para las cuales se realizaron grupos focales con docentes, estudiantes y padres de familia que permitieron priorizar las problemáticas y diseñar con los respectivos consejos directivos planes de mejoramiento en cada colegio. En 2017, las implementaciones de dichos planes han involucrado cerca de 559 visitas de acompañamiento, y cuentan con una amplia participación de docentes y directivos en los talleres de generación de innovaciones para fortalecer la convivencia, movilización social, pertinencia y fortalecimiento pedagógico para mejorar la permanencia escolar.

En lo que va corrido de la estrategia se ha logrado evitar la deserción de más de 4 mil estudiantes

#### **2.2.14. Tasa de deserción escolar inter-anual**

Este indicador en el sector oficial, de acuerdo con los cálculos del MEN, registró una recuperación y se redujo 0,42 puntos porcentuales durante el periodo 2014-2016. Todos los niveles mostraron el mismo comportamiento. Sobresalen los resultados registrados en básica secundaria, cuya tasa se redujo en 0,46 puntos porcentuales comparativamente con 2014.

*Tabla 39 Tasa de deserción escolar inter-anual*

Deserción inter-anual	2013	2014	2015	2016	2017
Porcentaje	<b>2,7</b>	<b>2,50</b>	<b>3,63</b>	<b>2,08</b>	<b>N.D.</b>

Fuente: Año 2013 C-600, 2014 – 2016 Ministerio de Educación – MEN.

La tasa de deserción de la ciudad se calcula a partir de dos fuentes de información del orden nacional. De un lado la encuesta C600 del DANE que se constituye en un elemento de auto reporte de los colegios tomado en el mes de octubre del siguiente año al que sucede el fenómeno. De otra parte, el Ministerio de Educación Nacional a través del Sistema de Matricula SIMAT viene calculando la tasa de deserción a partir de los reportes del niño a

niño que se incluyen al sistema y que da un mayor nivel precisión y realidad sobre el fenómeno. De igual forma, al ser resultado de un sistema de seguimiento “uno a uno” permite una mayor celeridad en la consolidación del dato, estando disponible mucho antes que el recolectado por la encuesta DANE. Es por esta razón que la Secretaría de Educación hace seguimiento a la estadística publicada por el MEN.”

*Tabla 40 Tasa de deserción por localidad 2014-2016*

LOCALIDAD	2014	2015	2016
Usaquén	3,4	3,1	1,9
Chapinero	3,5	5,6	1,2
Santa Fe	2,7	5,3	2,6
San Cristóbal	3,4	4,6	2,6
Usme	2,4	3,9	2,4
Tunjuelito	2,4	4,2	2,7
Bosa	2,0	3,1	1,5
Kennedy	1,6	3,4	1,9
Fontibón	3,1	3,4	3,3
Engativá	2,9	3,4	2,1
Suba	2,6	3,0	1,7
Barrios Unidos	4,7	4,0	1,8
Teusaquillo	0,9	3,6	2,5
Los Mártires	2,0	3,6	3,2
Antonio Nariño	4,4	3,9	3,2
Puente Aranda	3,2	3,4	2,4
La Candelaria	5,5	4,9	1,3
Rafael Uribe Uribe	2,2	3,9	2,1
Ciudad Bolívar	2,4	4,0	1,9
Sumapaz	1,6	4,7	1,7
Total general	2,5	3,6	2,1

Fuente: Ministerio de Educación Nacional

La tasa de deserción por localidad, corresponde a una medición intra-anual que muestra, en cuales localidades se presentó la mayor deserción año a año.

### **2.2.15. Tasa de analfabetismo de 15 a 24 años**

La Secretaria de Educación realiza el cálculo de la tasa de analfabetismo, con base en los resultados obtenidos en la Gran Encuesta Integrada de Hogares par la vigencia (GEIH), para la población entre 15 y 24 años, para las vigencias 2013-2017, la cual muestra que si bien, para el 2016 la tasa tuvo un incremento, para el año anterior retoma nuevamente la tendencia a la disminución, al perder 1.1 punto.

*Tabla 41 Tasa de analfabetismo en Bogotá 2013-2017*

2013	2014	2015	2016	2017
0,7	0,5	0,5	0,6	0,49

Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de hogares (GEIH)

La Secretaría de Educación del Distrito enfrenta el analfabetismo, mediante el fomento al desarrollo comunitario, con la articulación de las acciones educativas orientadas a su erradicación y la articulación del sector educativo al desarrollo social y económico de las



zonas rurales, fortaleciendo la participación ciudadana, el empoderamiento de la mujer y la creación de comunidad.

La disminución de la tasa de analfabetismo refleja la ampliación y fortalecimiento de la oferta educativa con estrategias semi-escolarizadas para la atención de estudiantes en extra edad, acorde con las condiciones poblacionales y de las distintas localidades que han trabajado en fortalecer la atención educativa de población en extra edad que se encuentra desescolarizada, para lograr su progresiva vinculación al sistema educativo oficial, a través de la implementación de diversos modelos y estrategias educativas flexibles en zonas rurales y urbanas.

### **Niveles de desempeño en las pruebas saber**

El propósito principal de la aplicación de las pruebas SABER 3.º, 5.º y 9.º es contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación colombiana mediante la realización de evaluaciones aplicadas periódicamente para monitorear el desarrollo de las competencias básicas en los estudiantes de educación básica, como seguimiento de calidad del sistema educativo.<sup>40</sup>

Los resultados de estas evaluaciones y el análisis de los factores asociados que inciden en los desempeños de los estudiantes, permiten que los establecimientos educativos, las secretarías de educación, el Ministerio de Educación Nacional y la sociedad en general identifiquen las destrezas, habilidades y valores que los estudiantes colombianos desarrollan durante la trayectoria escolar, independientemente de su procedencia, condiciones sociales, económicas y culturales, con lo cual, se puedan definir planes de mejoramiento en sus respectivos ámbitos de actuación.<sup>41</sup>

Su carácter periódico posibilita, además, valorar cuáles han sido los avances en un determinado lapso y establecer el impacto de programas y acciones específicas de mejoramiento.

#### **2.2.16. Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 5º**

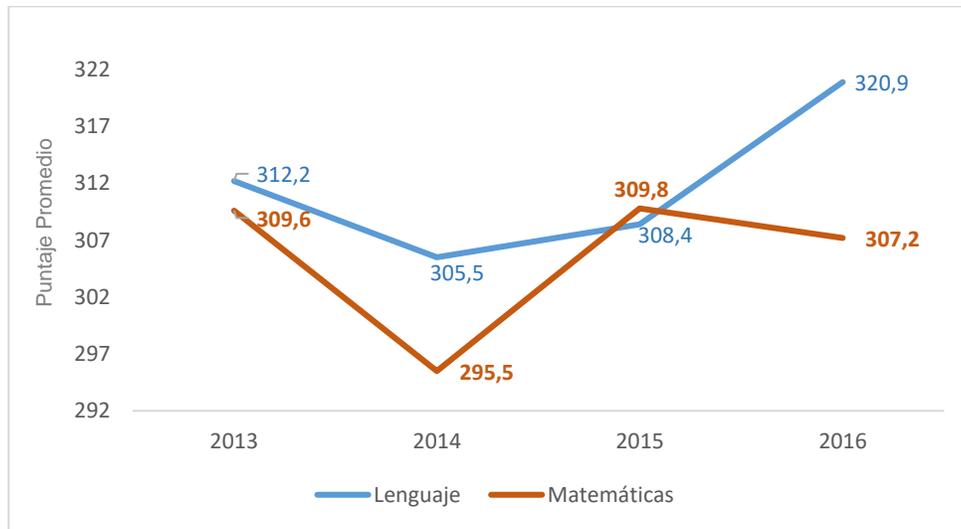
El área de lenguaje refleja un aumento de 12.5 puntos porcentuales con relación a 2015, alcanzando un puntaje promedio de 230,9. Sobresalen las localidades de Barrios Unidos, Puente Aranda, Teusaquillo, Engativá y Antonio Nariño que obtuvieron los mayores puntajes: 346.6; 338.3; 336.2; 333.3 y 333.2 respectivamente. Por su parte, las localidades que registraron los menores puntajes fueron en su orden Sumapaz y Santa Fe que registraron puntajes inferiores a 295 puntos.

---

<sup>40</sup> Ministerio de educación Nacional MEN <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-244735.html>

<sup>41</sup> Fuente: Instituto Colombiano para la Evaluación e la Educación.

*Gráfica 50 Puntaje Promedio de los resultados de las Pruebas SABER Grado 5, Según área de Conocimiento en Colegios Distritales 2013-2017*



Fuente: ICFES – Dirección de Evaluación SED

Comparando estos resultados con los obtenidos en el 2015, aunque la mayoría de las localidades mostraron mejoría, la localidad de La Candelaria fue la que mostró un mayor crecimiento (34.5 puntos), seguida de Chapinero y Santa Fe con 29.2 y 24.9 puntos respectivamente. En las localidades de Teusaquillo, Puente Aranda y Sumapaz se evidencia una reducción en el puntaje con relación al obtenido en 2015.

En 2016, el área de matemáticas registra un descenso de 2.6 puntos porcentuales con respecto al obtenido en 2015. Las localidades de Barrios Unidos (336.8), Puente Aranda (328.0) y Teusaquillo (324.1) obtuvieron en el 2016 los mayores puntajes. Por el contrario, la localidad con el puntaje más bajo fue Santa Fe (277.7).

*Tabla 42 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas SABER 5 por localidad y área de conocimiento, 2013-201*

Localidad	Lenguaje				Matemáticas			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2016
Usaquén	318,6	312,1	313,7	324,5	317,1	304,5	313,5	309,6
Chapinero	280,8	271,1	274,5	303,7	283,6	276,3	281,9	294,0
Santa Fe	277,8	284,3	266,3	291,2	279,9	276,1	276,3	277,7
San Cristóbal	302,7	294,9	296,6	309,4	296,6	284,4	298,6	295,9
Usme	301,1	290,8	294,3	309,0	293,4	280,5	293,5	294,6
Tunjuelito	319,7	303,6	311,5	321,3	314,3	294,2	312,6	306,5
Bosa	310,8	298,6	304,6	316,8	299,7	286,9	303,2	301,9
Kennedy	327,8	312,0	314,9	329,6	321,3	301,2	314,1	313,6
Fontibón	330,2	320,8	316,5	325,1	319,3	308,7	316,8	311,2
Engativá	334,9	326,8	326,1	333,3	330,2	313,0	335,4	321,2
Suba	322,2	311,7	314,0	325,0	313,0	301,1	315,3	309,7
Barrios Unidos	334,8	317,5	332,0	346,1	328,4	314,1	341,0	336,8
Teusaquillo	352,4	344,8	345,9	336,2	348,4	333,6	340,1	324,1
Los Mártires	330,4	326,2	317,3	329,1	326,0	313,9	316,9	320,8
Antonio Nariño	333,4	332,8	331,6	333,2	331,6	322,3	332,4	320,8
Puente Aranda	346,2	345,0	343,2	338,3	338,8	326,6	341,5	328,0
La Candelaria	294,0	270,7	272,4	306,9	287,4	258,7	282,1	297,5
Rafael Uribe Uribe	317,8	302,2	310,1	320,7	313,6	298,7	312,4	311,2
Ciudad Bolívar	296,4	287,7	288,4	309,1	291,6	279,8	291,8	294,5
Sumapaz	266,5	283,3	280,3	276,4	246,0	257,0	268,3	298,3
<b>Total Bogotá</b>	<b>316,2</b>	<b>305,5</b>	<b>308,4</b>	<b>320,9</b>	<b>309,6</b>	<b>295,5</b>	<b>309,8</b>	<b>307,2</b>

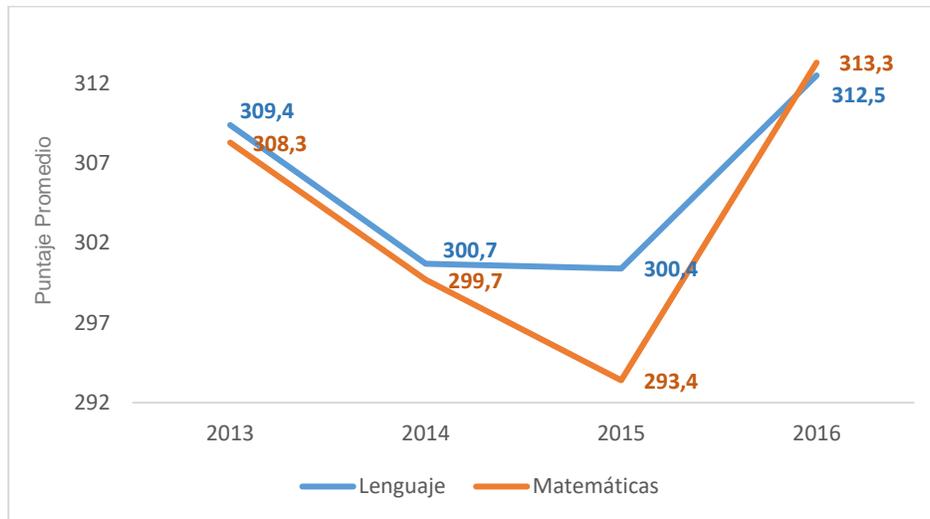
Fuente: ICFES – Dirección de Evaluación SED

Solo siete localidades registraron un mejor desempeño comparativamente con los resultados obtenidos en 2015. La localidad de Sumapaz registró el mayor incremento (30.0), mientras que Teusaquillo y Engativá tuvieron la mayor disminución (16.0 y 14.2 respectivamente); pese a esto, estas dos localidades ocuparon el tercero y cuarto lugar.

### **2.2.17. Niveles de desempeño en las pruebas SABER 9 grado**

El objetivo de estas pruebas (incluyendo SABER 9 y 5) es mejorar la calidad de la educación colombiana aplicando evaluaciones periódicas para el desarrollo de competencias en los estudiantes de primaria y secundaria, además de familiarizar al estudiante con este tipo de pruebas para obtener un mejor desempeño en las pruebas de estado, ICFES SABER 11.

Gráfica 51 Puntaje promedio de los resultados de las Pruebas SABER en grado 9 Colegios Distritales 2013-2017.



Fuente: ICFCES – Cálculos: Dirección de Evaluación -SED

Tabla 43. Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas SABER 9 por localidad y área del conocimiento. 2013-2017

Localidad	Lenguaje					Matemáticas				
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	311,6	303,0	298,1	314,0	N.D	304,7	294,5	290,5	314,2	N.D
Chapinero	277,7	270,9	277,5	282,5	N.D	262,2	263,5	259,3	295,0	N.D
Santa Fe	291,6	271,8	276,2	293,1	N.D	286,9	277,2	265,8	299,5	N.D
San Cristóbal	294,9	288,5	288,8	304,3	N.D	295,2	285,4	282,4	306,3	N.D
Usme	295,4	283,0	286,1	302,4	N.D	295,5	283,1	283,8	305,4	N.D
Tunjuelito	309,2	293,3	302,6	308,2	N.D	308,5	292,6	296,1	312,1	N.D
Bosa	299,7	290,2	289,6	307,8	N.D	297,4	288,8	284,5	306,7	N.D
Kennedy	318,7	309,7	310,5	319,2	N.D	318,7	311,8	302,6	319,4	N.D
Fontibón	326,0	315,8	308,8	317,4	N.D	323,0	318,6	305,6	321,1	N.D
Engativá	327,6	320,2	320,8	328,1	N.D	327,9	316,7	311,5	327,4	N.D
Suba	314,0	307,3	305,4	313,9	N.D	310,9	304,6	292,1	313,6	N.D
Barrios Unidos	329,8	323,7	315,4	331,9	N.D	331,8	321,9	305,0	325,0	N.D
Teusaquillo	311,1	316,4	320,4	322,6	N.D	305,3	296,1	298,5	315,2	N.D
Los Mártires	323,3	324,5	328,2	318,1	N.D	320,2	315,8	311,5	318,8	N.D
Antonio Nariño	335,0	301,3	310,3	329,3	N.D	335,7	301,8	309,2	334,9	N.D
Puente Aranda	336,9	324,6	329,2	329,9	N.D	332,4	323,0	318,3	329,2	N.D
La Candelaria	297,1	289,2	283,0	293,0	N.D	291,9	288,4	273,0	287,1	N.D
Rafael Uribe Uribe	305,4	301,1	298,8	311,8	N.D	302,6	298,7	290,8	313,3	N.D
Ciudad Bolívar	288,0	284,1	280,3	298,5	N.D	291,0	286,8	278,7	300,9	N.D
Sumapaz	258,9	240,0	253,7	269,8	N.D	261,0	265,0	235,6	273,4	N.D
<b>Total Bogotá</b>	<b>309,4</b>	<b>300,7</b>	<b>300,4</b>	<b>312,5</b>	<b>N.D.</b>	<b>308,3</b>	<b>299,7</b>	<b>293,4</b>	<b>313,3</b>	<b>N.D.</b>

Fuente: ICFCES – Dirección de Evaluación SED

El área de lenguaje refleja un aumento de 12.1 puntos porcentuales con relación a 2015. Sobresalen las localidades de Barrios Unidos, Puente Aranda, Antonio Nariño y Engativá que obtuvieron los mayores puntajes: 331.9; 329.9; 329.3; y 328.1 respectivamente. Por su

parte, las localidades que registraron los menores puntajes fueron en su orden Sumapaz y Chapinero que registraron con puntajes inferiores a 285 puntos.

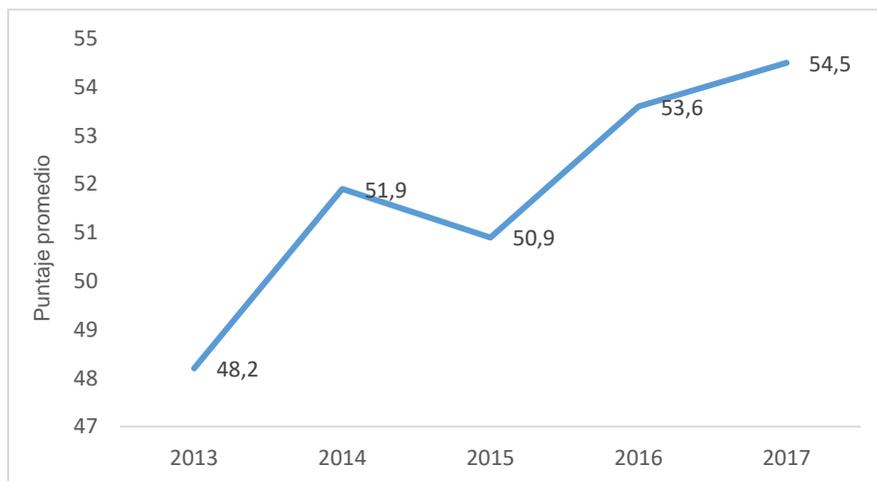
Comparativamente con el año anterior, aunque la mayoría de las localidades mostraron mejoría, las localidades que registraron el mayor incremento en su puntaje fueron Antonio Nariño, Bosa y Ciudad Bolívar. Los Mártires es la única localidad donde se evidencia una reducción en el puntaje con relación al obtenido en 2015.

En 2016, el área de matemáticas registra un incremento de 19.9 puntos porcentuales con respecto al obtenido en 2015. Las localidades de Antonio Nariño (334.9), Puente Aranda (329.2) y Engativá (327.4) obtuvieron en el 2016 los mejores resultados. Por el contrario, las localidades con los puntajes más bajos fueron Sumapaz (273.4) y La Candelaria (287.1) que registraron puntajes inferiores a 290.

Todas las localidades mostraron un mejor desempeño comparativamente con los obtenidos en 2015. La localidad de Sumapaz registró el mayor incremento (37.8), mientras que Los Mártires tuvo el menor incremento (7.3); pese a esto, esta localidad ocupó el séptimo lugar.

### 2.2.18. Puntaje promedio de las pruebas SABER grado 11°

*Gráfica 52 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11. Área Lenguaje. 2013-2017*



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito – SED; Dirección de Evaluación

El resultado obtenido para las pruebas Saber 11 en el área de lenguaje fue de 54,51 para el año 2017, el cual subió en 0,92 puntos porcentuales con respecto al puntaje obtenido en el 2016 de 53,59, que se posiciona como la cifra más alta en los últimos 5 años. Esto hace ver que la brecha entre colegios privados y públicos ha presentado un comportamiento positivo dado que los estudiantes de colegios oficiales han mejorado en sus resultados en las pruebas SABER 11

*Tabla 44 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11 por localidad. Área Lenguaje 2013-2017*

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	48,1	51,3	50,7	52,8	53,9
Chapinero	47,1	49,4	48,3	50,3	52,9
Santa Fe	46,4	49,2	48,5	51,5	51,6
San Cristóbal	47,5	50,3	49,6	52,1	53,7
Usme	47,1	50,3	49,3	52,0	52,9
Tunjuelito	48,1	51,8	50,8	53,7	54,7
Bosa	47,4	50,9	50,1	52,8	53,8
Kennedy	48,8	53,3	52,0	54,7	55,5
Fontibón	48,7	52,5	52,0	54,3	55,4
Engativá	49,5	53,6	52,5	55,2	56,1
Suba	48,6	52,1	51,2	53,9	55,0
Barrios Unidos	48,7	53,6	53,0	54,7	57,3
Teusaquillo	50,2	53,6	53,3	55,3	56,4
Los Mártires	50,1	54,1	53,0	55,6	56,3
Antonio Nariño	49,2	53,4	52,6	55,0	56,3
Puente Aranda	49,7	54,5	53,1	55,8	56,8
La Candelaria	46,8	50,3	49,2	52,2	52,4
Rafael Uribe Uribe	48,2	51,9	50,8	53,5	54,2
Ciudad Bolívar	46,4	49,7	48,8	51,9	52,3
Sumapaz	45,2	47,2	43,6	45,5	47,8
<b>Total</b>	<b>48,2</b>	<b>51,9</b>	<b>50,9</b>	<b>53,6</b>	<b>54,5</b>

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito – SED; Dirección de Evaluación

Se destacan los promedios obtenidos por las localidades de Barrios Unidos (57.3), Puente Aranda (56.8) y Teusaquillo (56.4). Las localidades con puntajes promedio más bajos fueron Sumapaz (47.8), Santa Fe (51.6) y Ciudad Bolívar (52.3). A partir del año 2016 los estudiantes no son evaluados en el área de lenguaje sino en lectura crítica; en esta área se realizan 38 preguntas en la prueba.

Tabla 45 Porcentaje de los colegios oficiales clasificados en las categorías "A+" y "A" por rendimiento en las pruebas de Estado SABER 11. 2014 – 2017

LOCALIDAD	2014	2015	2016	2017
Usaquén	9,1	10,0	7,7	18,2
Chapinero	0,0	0,0	0,0	0,0
Santafé	0,0	0,0	0,0	16,7
San Cristóbal	0,0	0,0	3,7	15,4
Usme	0,0	0,0	8,6	6,3
Tunjuelito	0,0	0,0	0,0	0,0
Bosa	0,0	0,0	0,0	4,3
Kennedy	21,1	25,0	36,8	54,1
Fontibón	20,0	30,0	40,0	40,0
Engativá	25,0	31,0	55,2	65,5
Suba	15,4	17,4	18,5	29,2
Barrios Unidos	20,0	20,0	36,4	30,0
Teusaquillo	50,0	50,0	50,0	100
Los Mártires	25,0	37,5	50,0	50,0
Antonio Nariño	20,0	0,0	50,0	75,0
Puente Aranda	33,3	40,0	50,0	40,0
La candelaria	0,0	0,0	0,0	0,0
Rafael Uribe Uribe	8,3	9,1	8,3	4,5
Ciudad Bolívar	0,0	0,0	0,0	5,9
Sumapaz	0,0	0,0	0,0	0,0

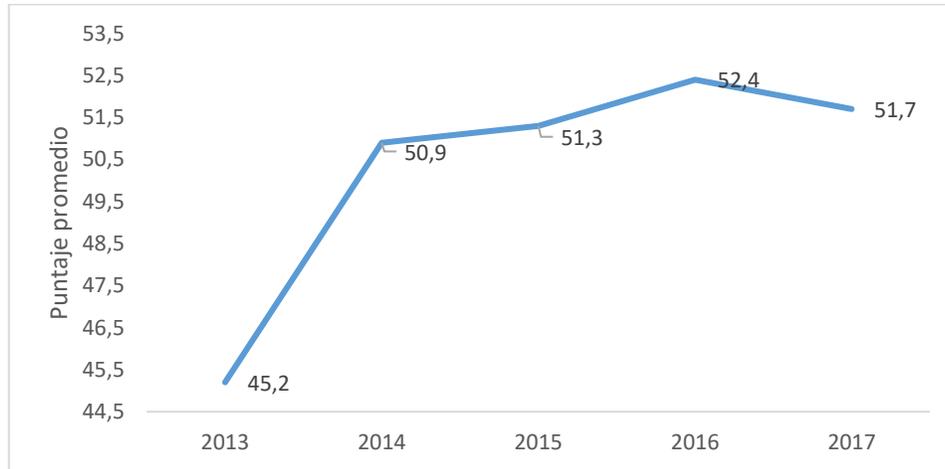
Fuente: Secretaría Distrital de Educación – SED, Dirección de Evaluación.

Los resultados en las pruebas dan cuenta de los esfuerzos que realiza la Secretaría de Educación del distrito en fortalecer los modelos pedagógicos de los estudiantes en el sistema educativo oficial, programas como la implementación e la Jornada Única y el uso del tiempo escolar, que fortalecen las horas de clase de los estudiantes y brindan mayores y mejores saberes, que se reflejan en su comprensión y calidad educativa y a su vez en los resultados de las evaluaciones realizadas a sus conocimientos en las pruebas SABER.

#### ***Puntaje promedio de los colegios distritales en las pruebas de Estado - ICFES Saber 11- en matemáticas***

El puntaje promedio de los colegios distritales para las pruebas de Estado en el área de matemáticas para la vigencia 2017 fue de 51.69, presentando un leve descenso de 0.69 puntos con respecto al año anterior.

Gráfica 53 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11. Área Matemática. 2013-2017



Fuente: Secretaría Distrital de Educación – SED, Dirección de Evaluación.

El comportamiento presenta un crecimiento desde el año 2013 con una pequeña variación en el 2017, que se presenta debido al cambio de los criterios de evaluación del ICFES, pero que no reflejan una disminución notable que interrumpa el comportamiento general de dichas pruebas históricamente.

Tabla 46 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11 por localidad. Área Matemáticas 2013-2017

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	45,1	50,3	50,6	51,4	50,6
Chapinero	43,2	47,4	46,7	47,4	48,8
Santa Fe	42,5	47,8	48,0	49,3	46,8
San Cristóbal	44,1	49,6	49,6	50,6	50,5
Usme	43,7	49,5	49,5	50,4	50,0
Tunjuelito	44,9	50,7	51,2	52,9	51,9
Bosa	44,1	49,8	50,4	51,2	50,7
Kennedy	46,2	52,3	52,7	53,9	52,9
Fontibón	46,1	51,7	52,9	53,8	53,1
Engativá	47,1	52,8	53,3	54,4	53,7
Suba	45,3	51,0	51,5	52,4	51,9
Barrios Unidos	45,7	52,3	54,0	53,9	54,7
Teusaquillo	45,8	51,5	52,9	54,0	53,2
Los Mártires	46,8	52,6	52,7	54,4	54,2
Antonio Nariño	46,7	52,6	54,4	54,6	54,0
Puente Aranda	47,6	52,9	53,8	54,8	54,6
La Candelaria	42,7	49,0	47,0	50,2	48,8
Rafael Uribe	44,9	51,0	51,0	52,4	51,3
Ciudad Bolívar	43,2	48,9	49,0	50,3	49,5
Sumapaz	40,3	47,6	43,0	41,9	44,0
<b>Total Bogotá</b>	<b>45,2</b>	<b>50,9</b>	<b>51,3</b>	<b>52,4</b>	<b>51,7</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Educación – SED, Dirección de Evaluación.

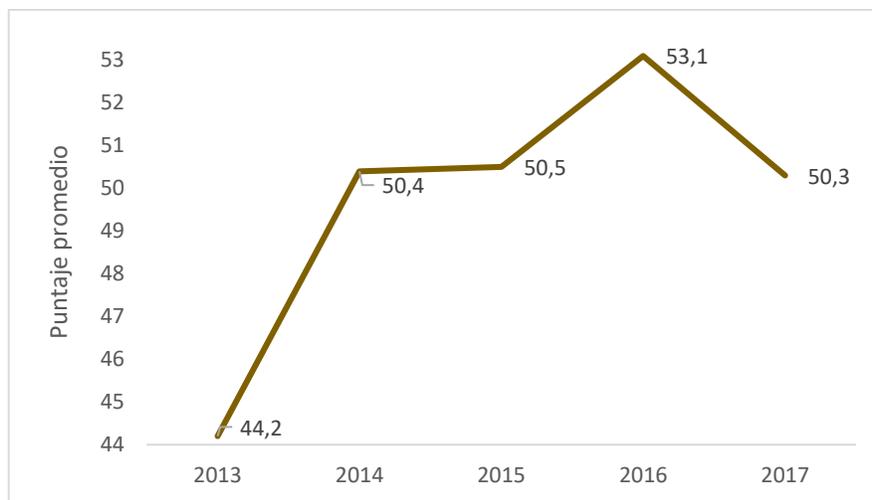
Las localidades con mayor promedio en matemáticas para el año 2017 fueron Barrios Unidos (54.7), Puente Aranda (54.6), y Los Mártires (54.2). En contraste, las localidades de

Chapinero y La Candelaria (48.8), Santa Fe (46.8) y Sumapaz (44.0) obtuvieron los promedios más bajos.

***Puntaje promedio de los colegios distritales en las pruebas de Estado - ICFES Saber 11- en inglés***

El puntaje promedio de los colegios distritales en el área de inglés para el año 2017 fue de 50.3, resultado que refleja una reducción significativa de 2.8 puntos con respecto al año anterior, pero que es comparable con los obtenidos en los años 2013 y 2014

*Gráfica 54 Puntaje Promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado. ICFES SABER 11 Área Inglés, 2013-2017*



Fuente: Secretaría Distrital de Educación – SED, Dirección de Evaluación

El comportamiento presenta un crecimiento desde el año 2013 con una pequeña variación en el 2017, que se presenta debido al cambio de los criterios de evaluación del ICFES, pero que no reflejan una disminución notable que interrumpa el comportamiento general de dichas pruebas históricamente.

Las localidades de Puente Aranda, Barrios Unidos, Fontibón y Engativá son las localidades que sobresalen por obtener puntajes promedio del área, superiores a 53 puntos. Por su parte las localidades de Sumapaz y La Candelaria obtuvieron los promedios más bajos con resultados inferiores a 47 puntos.

*Tabla 47 Puntaje promedio de los Colegios Distritales en las pruebas de Estado ICFES SABER 11 por localidad. Área Inglés 2013-2017*

Localidad	2013	2014	2015	2016	2017
Usaquén	44,5	50,1	50,0	52,2	49,6
Chapinero	43,0	48,9	49,4	50,7	47,9
Santa Fe	42,5	48,2	49,0	50,2	47,2
San Cristóbal	43,2	48,8	48,6	51,4	48,7
Usme	42,5	48,9	48,3	50,8	47,9
Tunjuelito	43,7	49,8	50,2	52,7	50,2
Bosa	42,9	49,4	49,2	51,8	49,0
Kennedy	45,1	51,7	51,8	54,5	51,6
Fontibón	45,5	51,6	52,9	55,3	53,1
Engativá	45,8	52,5	53,0	55,4	53,1
Suba	44,4	50,7	50,5	53,4	50,9
Barrios Unidos	45,5	51,5	52,9	54,5	53,4
Teusaquillo	46,9	51,9	53,5	55,3	52,6
Los Mártires	46,2	52,4	52,9	56,1	52,8
Antonio Nariño	45,1	51,4	52,1	54,8	52,2
Puente Aranda	46,6	52,3	53,0	55,5	53,6
La Candelaria	41,7	48,2	47,8	49,8	46,5
Rafael Uribe Uribe	44,4	50,4	50,4	53,6	50,1
Ciudad Bolívar	42,0	48,4	48,0	50,5	47,6
Sumapaz	39,6	45,6	43,5	43,1	43,0
<b>Total</b>	<b>44,2</b>	<b>50,4</b>	<b>50,5</b>	<b>53,1</b>	<b>50,3</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Educación – SED, Dirección de Evaluación

Los resultados de las pruebas saber en los diferentes grados, permiten evaluar cómo se comporta la brecha entre la educación distrital oficial y la educación privada, La Brecha en el porcentaje entre colegios oficiales distritales y colegios privados (no oficiales y convenio) clasificados en las tres categorías más altas en pruebas SABER 11, se calcula como la diferencia entre el porcentaje de colegios del sector privado y el porcentaje de colegios del sector oficial distrital ubicados en estas categorías. En el cálculo de este indicador no se incluyen los colegios distritales de administración contratada.

Debido al cambio de metodología presentado por el ICFES en el segundo semestre del 2014, la denominación de las tres categorías más altas ha cambiado. Hasta el primer semestre del año 2014 las tres categorías más altas se denominaban muy superior, superior y alto y se calculaban por colegio-jornada. A partir del segundo semestre de 2014, se denominan A+, A y B y se calculan para cada colegio (sin tener en cuenta su jornada). Según la información suministrada por el ICFES y el Ministerio de Educación Nacional estas tres categorías son homologables entre sí, con el fin de que se pueda continuar con la serie histórica, lo que significa que la categoría Muy Superior se puede homologar con A+, Superior con A y Alto con B.

En el año 2016, la brecha se encontraba en 13,2% y en 2017 en 9,8%, lo que significa que la brecha se redujo en 3,4%.

### 2.2.19. Número de estudiantes con discapacidad matriculados

La matrícula oficial de los estudiantes en condición de discapacidad, ha venido evolucionando favorablemente. Durante el quinquenio tuvo un crecimiento promedio anual de 6,8% pasando de 10.590 estudiantes en 2013 a 13.794 estudiantes en 2017.

Su participación en el total de la matrícula también se ha incrementado, pasando de 1,2% en 2013 a 1,7% en 2017

Matrícula Oficial estudiantes en condición de discapacidad				
2013	2014	2015	2016	2017
10.590	11.488	12.789	13.158	13.794

Fuente: Anexo 6A – Cálculos Oficina Asesora de Planeación Grupo de gestión de la información. SED.

Desde la Secretaría de Educación se vienen desarrollando acciones de inclusión relacionadas con:

- a) Reconocer e identificar las capacidades y fortalezas de los estudiantes con discapacidad, para brindar los apoyos que posibilitan su participación en la escuela y promover currículos y estrategias pedagógicas flexibles, reconociendo sus ritmos de aprendizaje, con lo cual se apunta a la garantía y goce efectivo del derecho a la educación. Al respecto, de acuerdo con el registro en el Sistema de Matrícula - SIMAT se evidencia el incremento de los estudiantes con discapacidad en las Instituciones Educativas Distritales, lo cual denota el avance de la Secretaría de Educación del Distrito en las políticas inclusivas.
- b) Organizar los apoyos pedagógicos que requiere esta población para garantizar su participación efectiva en procesos de educación formal.

El talento humano se ubica en las Instituciones Educativas Distritales, según el apoyo que requieran los estudiantes, lo cual está vinculado al tipo de discapacidad que presenten, en este sentido se resalta que el 68% de los estudiantes con discapacidad en el Distrito presentan discapacidad cognitiva, seguido de discapacidad física, auditiva, visual, autismo y múltiple, cuyos porcentajes son inferiores al 10%, en razón a ello la mayor cantidad de apoyos ubicados en las instituciones educativas corresponde a Docente de Apoyo Pedagógico.

Beneficios que se brindan a las estudiantes con discapacidad:

- Mayores niveles de acceso de la población con discapacidad en las instituciones Educativas Distritales con los apoyos requeridos de acuerdo con el tipo de discapacidad.
- Presencia del Nivel central en los establecimientos educativos, asesorando a directivos docentes, docentes de aula y de apoyo desde lo administrativo, técnico y pedagógico.

- Implementación de diversos apoyos técnicos, tecnológicos y apoyos humanos pedagógicos-comunicativos y auxiliares de enfermería, que favorecen a los estudiantes con discapacidad propendiendo por el acceso y permanencia escolar.
- Asesoría técnica en la construcción de los planes educativos personalizados en las Instituciones Educativas Distritales, con el fin de fundamentar a través de ajustes razonables y flexibilización curricular la proyección de trabajo de acuerdo a las características de los estudiantes, se incide en la construcción de los planes individuales con ajustes razonables PIAR.
- Promoción de la atención educativa de los estudiantes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en el Distrito; pasando de la inclusión de esta población en un número limitado de IED, a contar en la actualidad (SIMAT diciembre 2017), con 613 estudiantes con TEA, matriculados en 174 Colegios del Distrito: 155 Instituciones Educativas Distritales (IED) y 19 Colegios Distritales en Administración de servicios. Se promueve a través del acompañamiento a las familias e institución, la garantía del derecho a la educación en las IED más cercanas a la residencia, y se cuenta con los apoyos necesarios para la participación y aprendizaje.

Desde la Secretaría Distrital de Integración Social se aporta de manera muy significativa en la inclusión de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad; así pues, se consolidó la Estrategia “Entre Pares”, la cual busca garantizar la participación con equidad y la atención integral de las **niñas, niños y adolescentes con discapacidad y alteraciones en el desarrollo** que hacen parte de los servicios sociales de la Subdirección para la Infancia. Esta estrategia, se constituye mediante tres (3) ejes: identificación, participación con equidad y transición.

Para el año 2017, un total de 129 profesionales y un equipo distrital denominado equipo de apoyo a la inclusión conformado por 17 personas realizaron acompañamiento: (8) modelos lingüísticos, ellas son personas sordas que acompañan los procesos de adquisición de las niñas y niños sordos, (6) educadores especiales tres de ellos con competencia en Lengua de Señas Colombiana, una (1) fonoaudióloga, una (1) terapeuta ocupacional y (1) fisioterapeuta. Es de indicar, que el rol de los profesionales en el área de la Salud, es propiamente para aportar a las prácticas pedagógicas.

Así, para la vigencia 2017 se realizaron las siguientes acciones:

- 1.801 niñas, niños y adolescentes con discapacidad atendidos según información del Sistema de Información de la Entidad.
- 453 encuentros pedagógicos, a los cuales asistieron 1.919 maestras y demás profesionales de apoyo de los Jardines Infantiles Diurnos y Casas de Pensamiento Intercultural y 34 encuentros con los agentes educativos de los servicios, Creciendo en Familia, Creciendo en Familia en la Ruralidad y Jardines Infantiles Nocturnos.
- 223 profesionales de Centros Amar y Estrategia Móvil participaron en la implementación de un ciclo de tres (3) encuentros.
- 249 ejercicios de búsquedas activas.
- 344 encuentros con familias en el marco de la corresponsabilidad.
- 200 ejercicios de movilización social con la participación de 2.621 personas, que buscan la transformación de imaginarios segregadores frente a la población con discapacidad.

- 74 encuentros de cualificación en lengua de señas colombiana, con el talento humano, familiares oyentes de las niñas y niños sordos, familias sordas de niñas y niños oyentes por parte de los 8 modelos lingüísticos.
- Un total de 2.717 profesionales (51 Centros Amar, 424 en el servicio Creciendo en Familia, 3 en Creciendo en familia en la Ruralidad, 20 en Jardines Infantiles Nocturnos, 2.159 en Jardines Diurnos y 55 en Casas de Pensamiento Intercultural) recibieron acompañamiento y orientaciones pedagógicas disciplinares, lo que favoreció la permanencia y participación de los niños y adolescentes con discapacidad, así como cualificación en Diseño Universal del Aprendizaje -DUA.
- 1.379 seguimientos de las transiciones 2016 en las instituciones educativas Distritales IED, iniciando con la socialización de las caracterizaciones de transición y aportando con estrategias a las docentes de aula para dar continuidad al proceso de desarrollo integral de las niñas y los niños permeando las prácticas en los Colegios Distritales.

ENTRE PARES						
Localidad	Momento Vital					Total
	0 - 5			6 - 12		
	Hombre	Intersexual	Mujer	Hombre	Mujer	
ANTONIO NARIÑO	6		2			8
BARRIOS UNIDOS	27		10			37
BOSA	195		106	7	3	311
CANDELARIA	0		1			1
CHAPINERO	12		8			20
CIUDAD BOLIVAR	130		65	2	7	204
ENGATIVA	70		46	2	1	119
FONTIBON	35		20	1	2	58
KENNEDY	131		72	1		204
LOS MARTIRES	33		14			47
PUENTE ARANDA	32		23	1		56
RAFAEL URIBE	70		46	2	2	120
SAN CRISTOBAL	67		52	2	2	123
SANTA FE	29		14		1	44
SUBA	111	1	61	7	2	182
SUMAPAZ	2		0			2
TEUSAQUILLO	1		1			2
TUNJUELITO	33		23			56
USAQUEN	35		21	3		59
USME	85		39	3	1	128
<b>TOTAL</b>	<b>1104</b>	<b>1</b>	<b>624</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>1781</b>

Fuente: Sistema de Información – SIRBE/Secretaría Distrital de Integración Social

De otro lado, también en la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS) en el marco del Proyecto *“Por Una Ciudad Incluyente y Sin Barreras”* de la Dirección Poblacional, en el año 2017 realizaron acciones diferenciadas para promover el fortalecimiento a los procesos de inclusión en las instituciones educativas de la Secretaría de Educación del Distrito, en donde se encuentran vinculados los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que transitan tanto de los Jardines Infantiles como de los Servicios Sociales de Centros Crecer y Centro Renacer de la SDIS. Las acciones se orientaron hacia:

- Participación mensual en mesas de articulación con los profesionales de la Dirección de Integración e Inclusión de Poblaciones de la Secretaría de Educación del Distrito, en donde se abordaron los temas relacionados con la formalización del acuerdo de voluntades de las dos entidades y se planteó el desarrollo de acciones para alcanzar la inclusión efectiva en el entorno educativo de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, las cuales tenían como objetivo su visibilización como sujetos de derechos, con capacidades y habilidades, que requerían diferentes sistemas de apoyo para su participación.
- Articulación de los equipos profesionales a través de los procesos de movilización de redes con las Direcciones Locales de Educación, allí se presentaron los candidatos con el fin de iniciar los procesos de inscripción en el sistema de educación, este listado contó con los datos tanto de los niños, niñas y adolescentes como de su referente familiar; es preciso indicar que este listado se entregó de acuerdo con el cronograma de matrículas que generó la Secretaría de Educación del Distrito.
- Acompañamiento al grupo familiar, mediante el cual se buscaba garantizar que la persona con discapacidad fuera reconocida en su medio familiar y se generará adherencia a las actividades relacionadas con el entorno educativo, con lo cual se promovió el ingreso, participación y permanencia.
- Identificación y análisis de barreras y facilitadores presentes en el entorno educativo, con el fin de promover acciones que incidieran en la efectividad de los procesos de inclusión, alcanzando 132 procesos efectivos al 31 de diciembre de 2017. Así mismo, se generaron y establecieron facilitadores para favorecer los procesos de enseñanza-aprendizaje y la participación activa y efectiva de la población con discapacidad.
- Seguimiento al proceso de inclusión en cada una de las instituciones educativas distritales, a través del cual profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), realizaron acompañamiento durante la jornada escolar de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad, con el fin de generar de manera articulada orientación en estrategias pedagógicas, en ajustes razonables y promover facilitadores necesarios para la participación de dicha población, involucrando de forma activa a los docentes de aula y/o docentes de apoyo.
- Adicionalmente, a través del Proyecto de Discapacidad *“Por Una Ciudad Incluyente y Sin Barreras”*, se promovieron ejes de articulación con las diferentes Direcciones Locales de Educación de todas las Localidades del Distrito, orientadas al fortalecimiento de los procesos de inclusión educativa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad de los Servicios Sociales de Centros Crecer, Centro Renacer y Centros Avanzar (servicios sociales por medio de los cuales se atiende a población con discapacidad).

## 2.2.20 Número de estudiantes que se reconocen como pertenecientes a grupos étnicos matriculados Instituciones Educativas Distritales

### Secretaría de Educación del Distrito

En 2017, según grupos étnicos, las negritudes agrupan el 0,43% del total de alumnos matriculados en el sistema oficial, equivalente a 67,4% de los alumnos registrados como etnias. Los indígenas representan, en este mismo orden de ideas, el 30,4%.

La participación en la matrícula, en promedio durante el quinquenio fue de 0.6%, pasando de 0.53% en 2013 a 0.63% en 2017.

*Tabla 48 Número de estudiantes que se reconocen como pertenecientes a grupos étnicos matriculados Instituciones Educativas Distritales.*

<b>Indicador</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Matrícula Oficial según grupo étnico	4.672	5.681	5.514	4.839	4.978
Indígenas	3.142	2.060	1.494	1.223	1.514
Negritudes	1.497	3.525	3.426	3.002	3.354
Rom	33	26	72	34	63
Raizales		70	27	72	10
Otras etnias			495	508	37
<b>Porcentaje de estudiantes pertenecientes a grupos étnicos matriculados</b>	<b>0,53%</b>	<b>0,64%</b>	<b>0,63%</b>	<b>0,58%</b>	<b>0,63%</b>

Fuente: Anexo 6A – Cálculos Oficina Asesora de Planeación Grupo de gestión de la información

Desde las apuestas de la educación intercultural con grupos étnicos se avanzó en la implementación de cuatro estrategias, que se describen a continuación:

1. Acompañamiento pedagógico a Instituciones Educativas Distritales en el fortalecimiento de la Educación Intercultural con Pueblos Indígenas
2. Acompañamiento pedagógico a Instituciones Educativas Distritales en el fortalecimiento de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos y la Educación Intercultural.
3. Prevención, atención y seguimiento a casos de racismo y discriminación étnico racial en el sistema educativo distrital.
4. Definición e implementación de los Planes de Acciones Afirmativas para los grupos étnicos.

Dentro de las acciones afirmativas realizadas para la inclusión de la población se resalta el acompañamiento pedagógico a diez (10) IED de 7 localidades que cuentan con estudiantes indígenas; de igual manera se diseñó una estrategia pedagógica teniendo en cuenta la educación indígena propia, que se implementa en cuatro (4) aulas diferenciales del Programa Volver a la Escuela, que están conformadas exclusivamente por estudiantes indígenas; también se elaboraron tres (3) Unidades Didácticas para la atención educativa de pueblos indígenas y se realizaron procesos de formación para la atención diferencial de comunidades indígenas, educación intercultural donde participaron **292** docentes

participaron. Finalmente se cuenta con cuatro (4) aulas diferenciales para estudiantes indígenas a través del programa Volver a la Escuela.

De otra parte se mantuvo acompañamiento pedagógico en veintiún (21) Instituciones Educativas Distritales de ocho (8) localidades en el fortalecimiento de la Cátedra de Estudios Afrocolombianos (CEA) y la Educación Intercultural para la que se formaron y sensibilizaron 420 docentes, en Cátedra de Estudios Afrocolombianos – CEA y enfoques diferenciales. De igual manera, 354 estudiantes participaron de talleres orientados a la prevención de situaciones de racismo y el reconocimiento de la diversidad y la diferencia en la escuela y se celebró la semana de la Afrocolombianidad de la SED en la que participaron 279 personas entre comunidad educativa, academia, líderes y organizaciones de comunidades afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Finalmente, 160 docentes de treinta y seis (36) Instituciones Educativas distritales participaron de un proceso de formación sobre educación intercultural y enfoques diferenciales; se realizaron actividades de orientación escolar con enfoque diferencial étnico con estudiantes a comunidades indígenas y afrodescendientes en veinticinco (25) instituciones educativas distritales y se definió un protocolo exclusivo para “Atención a situaciones de presunto racismo y discriminación étnico-racial”, en Instituciones Educativas Distritales.

### **Secretaría Distrital de Integración Social**

Para garantizar la atención integral de las **niñas y niños pertenecientes a grupos étnicos**, se cuenta con el acceso priorizado a todos los servicios sociales.

Adicionalmente, se cuenta con el Servicio de Casas de Pensamiento Intercultural -CPI-, y la estrategia Sabawona “Te Respeto”, concertada con los pueblos afro, negro, palenquero y raizal.

Las **Casas de Pensamiento Intercultural -CPI-**, son escenarios constituidos con el fin de garantizar el derecho a la Educación Inicial de niñas y niños pertenecientes a los diferentes grupos étnicos habitantes en la ciudad; para la actual Administración, en su compromiso por una “*Bogotá Mejor para Todos*”, concertó que estos escenarios se consolidaran como parte del cumplimiento de las Acciones Afirmativas para los Pueblos Indígenas habitantes de la ciudad. Es así, que en la vigencia 2017 se alcanzaron logros relevantes que se describen a continuación:

- El Distrito Capital, cuenta con diez (10) Casas de Pensamiento Intercultural ubicadas en nueve (9) Localidades, Bosa, Usme, Kennedy, Engativá, Santa Fe, Suba, Fontibón, Los Mártires y San Cristóbal.
- La Secretaría sostiene un dialogo permanente y constructivo con las catorce (14) comunidades indígenas que conforman el Consejo Consultivo y de Concertación para los Pueblos Indígenas en Bogotá D.C., de conformidad con el Decreto Distrital 612 de 2015, con el fin de coadyuvar a la implementación de la Política Pública para los pueblos Indígena en Bogotá D.C., adoptada mediante Decreto Distrital 543 de 2011.

- Se atendieron en Casas de Pensamiento Intercultural a 1375 niñas y niños, de los cuales 431 pertenecen a pueblos indígenas, 25 a pueblo afro y 2 se reconocen como palenqueros de San Basilio.
- Como parte de la movilización de la cultura, se cuenta por cada casa de Pensamiento con Sabedoras y Sabedores de los diferentes pueblos indígenas entre ellos se encuentran Nasa, Inga, Uitoto, Muisca de Suba, Muisca de Bosa, Embera Dóvida, Embera Chami, Pasto, Pijao, Misak, Kichwa y Kamentza.

A continuación, se presentan los datos de los niños y niñas atendidas en las Casas de Pensamiento Intercultural.

*Tabla 49 Casas De Pensamiento Intercultural*

Localidad	Momento del ciclo Vital				Total
	0 - 5		6 - 12		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Bosa	49	44			93
Engativá	41	41			82
Fontibón	43	43	1		87
Kennedy	51	39			90
Los Mártires	82	88	1	1	172
San Cristóbal	109	86			195
Santa Fe	45	33			78
Suba	225	231		1	457
Usme	53	39			92
<b>TOTAL</b>	<b>698</b>	<b>644</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1346</b>

Fuente: Sistema de Información – SIRBE/Secretaría Distrital de Integración Social

De otra parte, se encuentra la Estrategia Sabawona, la cual nace en el marco de la concertación con los pueblos afro, negro y palenquero y pueblo raizal, respectivamente con los decretos reglamentarios 506 y 507 de 2017, respectivamente. Esta Estrategia se construye con el fin de movilizar el pensamiento y cultura afro en Bogotá en las unidades operativas de atención integral, en conjunto con las familias y el talento humano. Para la vigencia 2017 se logró:

- Se firmó el convenio de cooperación, entre la Secretaría Distrital de Integración Social y la Organización de Estados Iberoamericanos OEI N° 8328, el cual se formuló el componente 2, que menciona “Aportar en la construcción de herramientas teóricas, metodológicas y pedagógicas a agentes educativos y familias que potencien la identidad étnico cultural en la primera infancia”, cuyo objetivo principal es la implementación de la Estrategia Sabawona.
- Se contó con un equipo de 16 sabedoras y sabedores, 2 de ellas seleccionados por concejo Raizal y los demás seleccionados por consejo Afro.

- Se logró el diseño de metodologías, la concertación y realización de la primera visita a 25 Unidades Operativas en las localidades de Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Fontibón, Mártires, Puente Aranda y Suba.

### **2.2.21. Número de estudiantes que son beneficiados con el programa de rutas escolares**

Como apuesta de ciudad, el componente de Movilidad Escolar, de la Secretaría de Educación del Distrito, es parte de las estrategias de acceso y permanencia, lideradas por la Dirección de Bienestar Estudiantil cuyo objetivo es apoyar el desplazamiento de los estudiantes matriculados en el sistema oficial de educación. Esta estrategia, se encuentra enmarcada en los pilares contemplados en el Plan de Desarrollo de la actual administración, concretamente en el pilar uno: “Igualdad en Calidad de Vida”, el cual se pone en marcha a través del Programa de “Inclusión Educativa para la Equidad”, mediante el proyecto estratégico Acceso y Permanencia con Enfoque Local, el cual tiene como premisa la Reducción de las brechas de desigualdad que afectan las condiciones de acceso y permanencia en la educación preescolar, primaria, secundaria y media de las distintas localidades y poblaciones del Distrito Capital.

En relación con el Plan Sectorial de Educación el Componente de movilidad escolar, es una de las apuestas enfocadas en promover el acceso y la asistencia, ofreciendo a los estudiantes diferentes modalidades y servicios de transporte (rutas escolares, subsidios de transporte, utilización del Sistema Integrado de Transporte Público-SITP, carril preferencial para rutas escolares y el uso de bicicletas-Al Colegio en Bici) de forma segura, sostenible y eficiente, que cumplan con los lineamientos definidos, de acuerdo con su lugar de residencia y la ubicación de la oferta pública educativa. Con ello, se espera producir e implementar acciones, técnicas, operativas, administrativas y tecnologías en materia de movilidad escolar y seguridad vial.

En razón a lo anterior, y en contribución con la reducción de la brechas de desigualdad expuestas en el Plan de Desarrollo, los beneficiarios del componente a corte de 30 diciembre de 2017, son principalmente estudiantes en edades que oscilan entre los 5 y los 17 años, pertenecientes en su mayoría a los estratos 1, 2 y 3, de UPZ catalogadas como deficitarias (en cuanto a cupos escolares disponibles); del mismo modo, cabe indicar que existen criterios de focalización que posibilitan la priorización de estudiantes con necesidades educativas especiales, en condición de discapacidad, situación de desplazamiento, o pertenecientes a comunidades indígenas y negritudes de acuerdo a los requisitos establecidos en la resolución normativa vigente.

Cabe indicar que, para proporcionar la atención adecuada a la comunidad educativa, el Componente de Movilidad Escolar cuenta con las siguientes modalidades: i) Ruta escolar, ii) Subsidio de transporte y iii) Medios alternativos de transporte “Al Colegio en Bici”.

Tabla 50 Movilidad Escolar – Secretaría de Educación del Distrito 2013-2017

VIGENCIA	RUTA ESCOLAR	SUBSIDIO DE TRANSPORTE ESCOLAR	AL COLEGIO EN BICI	Jornada Única y Extendida
2013	31.765	36.208		
2014	31956	54722	1710	
2015	31.788	55.066	3.580	
2016	30.747	35.266	3.169	61.755
2017	28.644	39.659	4.373	68.737

Fuente: Secretaría de Educación del Distrito – Dirección de Bienestar Estudiantil

El Componente de Movilidad Escolar, al cierre del tercer trimestre de 2017, logró beneficiar 141.413 estudiantes; avanzando en el 105.9% de cumplimiento de la meta, fijada en 133.572 estudiantes, tal y como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 51 Estudiantes beneficiados -componente movilidad escolar (pico más alto corte 30 de diciembre -2017)

Modalidad	Meta	Nº Estudiantes Beneficiados	%EJECUCIÓN POR MODALIDAD
Rutas Escolares	25.225	28.644	114%
Rutas Jornada Única y Extendida	63.149	68.737	109%
Subsidio de Transporte	39.200	39.659	101, %
Medios alternativos de transporte: Al colegio en Bici	5.998	4.373	73 %
<b>Meta Global Proyecto 1052- Bienestar Estudiantil para Todos</b>			133.572
<b>Total de estudiantes beneficiados</b>			141.413
<b>%Ejecución Componente Movilidad Escolar</b>			105.9%

Fuentes: Sistema de Información Componente Movilidad Escolar. Fecha de Consulta: diciembre 31 de 2017 y reporte de Secretaría Distrital de Movilidad SDM.

Durante el 2017, se consiguió beneficiar 28.644 estudiantes a través de rutas escolares en el trayecto, paradero – colegio; colegio - paradero y 68.737 estudiantes, en el trayecto definido para las jornadas única y extendida. Además de 39.659 estudiantes se beneficiaron con subsidio de transporte y 4.373 a través de medios alternativos de transporte como “Al Colegio en Bici”.

El componente de Movilidad Escolar, contribuye a atender el déficit de oferta educativa en las localidades con esta característica en el Distrito, posibilitando el mejoramiento de los niveles de acceso y permanencia escolar. De igual manera, contribuye con el mejoramiento de las condiciones de desplazamiento de los estudiantes de los colegios oficiales desde y hacia las instituciones educativas, a través de las diferentes modalidades de atención

### 2.2.22. Número de estudiantes que son beneficiados con el programa de Alimentación escolar

El logro alcanzado al 31 de diciembre de 2017, en otra estrategia de acceso y permanencia, corresponde a un total de 784.952 estudiantes beneficiados con alimentación escolar, específicamente con 229.663 raciones desayunos y almuerzos escolares y 750.155 refrigerios escolares, garantizando así el derecho a la alimentación escolar del 100% de los niños, niñas y jóvenes matriculados en el sistema educativo oficial, en las jornadas mañana,

tarde y nocturna, que hasta el momento han manifestado la necesidad de recibir éstos complementos alimentarios durante su jornada escolar.

*Tabla 52 Número de estudiantes Beneficiados PAE 2013-2017*

<b>MODALIDAD</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Comida Caliente	134.253	134.793	129.497	125.810	750.155
Refrigerios	568.401	577.525	588.294	608.310	229.663

Fuente: Secretaria de Educación del Distrito – Dirección de Bienestar Estudiantil

En general los estudiantes diariamente y durante su jornada escolar, uno y hasta dos complementos alimentarios con calidad nutricional e inocuidad, diseñados por grupos de edad, que aportan el 22% del Valor Calórico Total VCT para el caso del desayuno y el refrigerio y el 30%, en el caso del almuerzo escolar. Los menús están diseñados de conformidad con los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Educación Nacional y las recomendaciones de calorías y nutrientes establecidas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF.

Así durante el año 2017 se obtuvo los siguientes logros:

a. Entrega de desayunos y almuerzos escolares:

- Se entregaron 229.663 raciones de desayunos y almuerzos escolares diarios al 100% de los estudiantes matriculados en el sistema educativo oficial, en las jornadas mañana y tarde, que manifestaron a través de las rectorías, la necesidad de contar dichos complementos. Lo anterior, a través de la operación de 131 comedores escolares (127 en sitio y 4 cocinas móviles). Los cuales se encuentran ubicados así: 23 en la localidad de Sumapaz y 108 en el resto de localidades.

- Del total de comedores escolares funcionando, 18 iniciaron su operación durante la vigencia 2017

- Se adquirieron cuatro cocinas móviles, que son las primeras en el país, con el fin de entregar comida caliente en colegios que no cuentan con el espacio suficiente para construir un comedor escolar y cuentan con equipos de última tecnología para la preparación de alimentos (máquinas lavavajillas, hornos profesionales, procesadoras de vegetales, congeladores y licuadoras industriales, entre otras), con el fin de optimizar los tiempos de preparación de los alimentos y garantizar la calidad e inocuidad de los desayunos y almuerzos escolares.

- Durante la vigencia 2017, se aumentó el número de almuerzos transportados diarios entregados de 13.547 raciones en el mes de febrero a 20.212 raciones diarias en el mes de septiembre de 2017. Las sedes educativas beneficiarias aumentaron de 84 sedes a 118, gracias a la incorporación de 63 carros isotérmicos en el segundo semestre, para un total de 259 contenedores.

b. Entrega de refrigerios escolares:

- Se entregaron 750.155 raciones de refrigerios escolares al 100% de los estudiantes matriculados en el sistema educativo oficial, en las jornadas mañana, tarde y nocturna que manifestaron a través de las rectorías la necesidad de contar con el complemento.

- Estructuración y puesta en funcionamiento del nuevo modelo de contratación de los refrigerios escolares, privilegiando la calidad de los alimentos, así como la forma en la que se adelanta la interventoría respectiva. Este nuevo modelo de contratación, a través de licitaciones públicas independientes para la compra de los alimentos que conforman los refrigerios y para la contratación del almacenamiento, ensamble y distribución de los mismos, permite manejar un precio de referencia y un precio umbral (bandas de precios), lo que blinda el proceso de contratación de precios artificialmente bajos o muy altos y genera una mayor pluralidad de oferentes, promociona la competencia y elimina los costos de transacción.

c. Diseño e implementación de acciones pedagógicas para la generación de hábitos saludables en los estudiantes:

- Sensibilizaciones en 94 comedores escolares, sobre alimentación saludable, corresponsabilidad en comedores y convivencia en el comedor. El total de estudiantes sensibilizados fue de 68.510.

- Bogotá se unió al proyecto internacional de “ciudades saludables” de la **Fundación Bloomberg Philanthropies** (del que hacen parte 50 ciudades en el mundo) con el fin de mejorar la alimentación que se ofrece en las tiendas escolares de los colegios de la ciudad.

- 55 tiendas escolares de los colegios públicos de Bogotá participaron voluntariamente por obtener la certificación de “Tiendas escolares saludables” por parte de la Secretaría de Salud. Las 55 tiendas escolares fueron reconocidas por todo el trabajo realizado en materia de promoción de estilos de vida saludable en el entorno escolar, materializado en ofrecer alimentos sanos y balanceados. 5 de las 55 recibieron una placa que las certifican como “Tiendas escolares saludables”.

### **2.2.23. Número de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años, que recibieron orientación en educación sexual y reproductiva**

Por medio de la estrategia “Félix y Susana”, para la prevención del abuso sexual, se acompañan a Instituciones Educativas Distritales de básica primaria con las que se desarrolló talleres y grupos focales que convocaron a estudiantes, docentes, directivos e integrantes de familias. Esta estrategia busca el fortalecimiento a los y las docentes, en metodologías pedagógicas para trabajar capacidades y competencias socioemocionales y habilidades para la vida, actualmente se cuenta con setenta (70) colegios con firma de acuerdo de compromisos para la implementación de la estrategia.

De otro lado, para los niveles de Básica Secundaria y Media (Fortalecimiento de Programa de Proyecto de Educación para la Sexualidad – PECS), se implementó un proceso de fortalecimiento en derechos sexuales y derechos reproductivos en colegios distritales a través de socializaciones de los Grupos Semilla con sus respectivos colegios, la mayor parte de las cuales se desarrollaron a través de obras de teatro como producto artístico

priorizado, la dinamización de un grupo cerrado de facebook para conversar sobre sexualidad entre 70 colegios y una página web institucional de Educación para la Sexualidad, así mismo se revisaron los protocolos de atención al embarazo adolescente en cada colegio. La SED cuenta con un material de apoyo pedagógico para el fortalecimiento de los PECS (1000 CD) para ser distribuidos en los colegios distritales.

Frente al proceso de formulación de un programa socio educativo de educación para la sexualidad se avanzó en la formulación de indicadores y herramientas para el levantamiento de línea base de la situación de maternidad y paternidad temprano en los colegios, lo anterior se realiza igualmente con la participación de docentes, directivos docentes, estudiantes e integrantes de familias.

- Cobertura del programa en 141 Instituciones Educativas Distritales en los niveles de preescolar, básica y media, con impacto poblacional de 1451 integrantes de familias, 6520 estudiantes y 2711 docentes, coordinadores, rectores u orientadores.
- 34 colegios distritales de la totalidad de los colegios involucrados en los procesos de Proyectos de Educación para la Sexualidad reciben los dos programas simultáneamente. Programa Félix y Susana y Programa de Fortalecimiento del PECS.
- En el marco de la educación para la sexualidad y abordaje integral de la maternidad y paternidad tempranas Se realizaron siete (7) Ferias de la Sexualidad colegios distritales, y nueve (9) jornadas en igual número de colegios, de la estrategia “Entre Pares” para la formación de jóvenes en Derechos Sexuales y Reproductivos con un cubrimiento de 1500 estudiantes.
- Se realizaron siete (7) ferias de la sexualidad que impactaron aproximadamente 1500 estudiantes en 7 Instituciones Educativas Distritales.
- De acuerdo con la encuesta Nacional de Demografía y Salud para el año 2015, el índice de embarazo adolescente bajo del 17% al 15%. Para el año 2017 a nivel distrital se tuvo reporte de una disminución del índice de embarazo adolescente al 14%, cifras en las cuales el sector educativo desde sus acciones aporta. Indicador

#### **2.2.24. Número de atenciones a niños, niñas y adolescentes en el marco del programa jornada única y tiempo escolar**

Se entiende por *atenciones* a la oferta desde el sector Cultura, Recreación y Deporte a las niñas, niños y adolescentes atendidos con procesos y actividades que comprenden formación, creación y circulación artística, es posible que el niño, niña o adolescente participe en uno o varios centros de interés. Una atención se mide en el conjunto de todos los servicios que recibe una misma persona, sin importar, el tiempo que tome brindarle estos servicios.

*Tabla 53 Total Atenciones Realizadas Jornada Única 2012 - 2017*

ENTIDAD	2013	2014	2015	2016	2017	TOTALES
<b>FUGA</b>	1.085	-	-	-	-	<b>1.085</b>
<b>IDARTES</b>	8.500	36.208	58.960	98.766	66.074	<b>268.508</b>
<b>IDRD</b>	31.146	48.063	70.454	146.906	69.109	<b>365.678</b>
<b>IDPC</b>	525	1.949	3.654	2.145	1.221	<b>9.494</b>
<b>OFB</b>	3.462	8.515	16.961	38.564	20.213	<b>87.715</b>
<b>TOTAL</b>	<b>44.718</b>	<b>94.735</b>	<b>150.029</b>	<b>286.381</b>	<b>156.617</b>	<b>732.480</b>

Fuente: SEGPLAN y elaboración Dirección de Planeación SCR D

Las atenciones lideradas por la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte - SCR D se materializan en las localidades mediante la gestión y el desarrollo de acciones participativas y comunitarias desde el arte, la cultura, la recreación y el deporte para la apropiación y el disfrute de las artes, el espacio público, la convivencia, el respeto a la diferencia y la construcción del tejido social; con un equipo territorial que cuenta con 20 enlaces, uno para cada localidad.

Con el fin de garantizar el goce y disfrute de los derechos de los niños, niñas y adolescentes se realiza acompañamiento técnico permanente a todas las localidades por medio de los referentes de las entidades (programas Nidos, Crea, enlaces territoriales y agentes del IDRD) ofreciendo recomendaciones a las alcaldías locales en sus fondos de inversión artísticos y culturales, en específico en 5 localidades (Antonio Nariño, Fontibón, Rafael Uribe Uribe, Sumapaz y Teusaquillo) incidiendo en la calidad y pertinencia en el diseño y ejecución de actividades propuestas para la infancia y la adolescencia.

Las actividades desarrolladas en los proyectos ganadores de estímulos del grupo poblacional de la Dirección de Asuntos Locales y Participación, tienen como objetivo promover las iniciativas y procesos de los grupos poblacionales, étnicos, sectores sociales y etarios; para la apropiación, visibilización, circulación, investigación, transmisión y salvaguardia de sus prácticas culturales, artísticas, patrimoniales, recreativas y deportivas. En la totalidad de las actividades desarrolladas en 2017, participaron 730 niños, niñas y adolescentes.

Lo proyectos ganadores que vincularon a niñas, niños y adolescentes fueron: “El colectivo radial y cultural Localizarte” de la localidad de Suba, “Caracoli-ando: laboratorio de prácticas artísticas y memoria colectiva” de la localidad de Ciudad Bolívar, “Colectivo de jóvenes indígenas” que involucró a los pueblos indígenas Ingas, Yanacona, Uitoto, Muisca de Suba, kamentsa y Pastos; y el proyecto “Ruraliradio: Escuela de Formación” de la zona rural de Ciudad Bolívar. En todos los proyectos se movilizaron temas escogidos por los niños, niñas y adolescentes movilizándolo su capacidad creativa, artística y política.

Desde el **Instituto Distrital de las Artes – IDARTES** se realizan atenciones a niños, niñas y adolescentes, a través de diferentes líneas y espacios destinados para tal fin, es por ello, que se reportan atenciones realizadas durante la vigencia 2017 y no sólo las establecidas para el cumplimiento del indicador del sector en el marco del programa de Jornada Única y Jornada Extendida.

En el marco del Programa Jornada Única, Tiempo Escolar y Laboratorio CREA, mediante el proyecto de inversión 982 - Formación artística en la escuela y la ciudad, se alcanzaron 65.591 atenciones a niños, niñas, adolescentes y jóvenes que participan en procesos de formación artística, a través de las líneas de atención Arte en la escuela y Emprende CREA, así:

- *Arte en la escuela:* Acompañamiento a 125 Instituciones de Educación Distrital – IED, con las cuales se llegó a acuerdos para adelantar procesos de formación artística realizando 58.520 atenciones a niños, niñas, y adolescentes de colegios distritales..
- *“Emprende CREA”*, logró atender a 7.089 niñas, niños y adolescentes en talleres de formación; se dio inicio a la consolidación de nuevos colectivos artísticos y se mantuvieron procesos de vigencias anteriores, los cuales, tuvieron participación en el Festival CREA en el Parque Simón Bolívar y el evento de la Navidad en Cantarrana con productos de sus procesos formativos de alta calidad. Otros eventos de circulación del Programa CREA, asociados a la línea de Arte en la Escuela fueron las dos muestras artísticas realizadas en la Biblioteca Virgilio Barco durante el 1er y segundo semestre del año, que en conjunto con los otros eventos ya mencionados sumaron más de 14 mil asistentes.
- *Centros CREA:* 18 centros CREA en 10 localidades como espacios de encuentro entre las comunidades y la institucionalidad para la formación artística.

De manera complementaria, Idartes a través del proyecto 996 - Integración entre el arte, la cultura científica, la tecnología y la ciudad; y 999 - Gestión, aprovechamiento económico, sostenibilidad y mejoramiento de equipamientos culturales, dirige recursos para la atención a niños, niñas y adolescentes en programas de divulgación para el fomento de la cultura científica; actividades de enseñanza no formal de la Astronomía; y actividades artísticas y culturales en los diferentes escenarios a cargo del IDARTES.

Como parte de la gestión del Planetario de Bogotá, se adelantaron 6.538 actividades mediante las cuales se beneficiaron 140.691 niños, niñas, y adolescentes de la ciudad, a través de actividades de divulgación para el fomento de la cultura científica, en el marco de proyectos como Astro-bebés, Vacaciones astronómicas, Astronomía con entidades afines, Experiencias en el Domo y Museo del espacio, Astro-Ciencia, Astroludoteca, Observaciones astronómicas, Franja cine, astroteca y programas como Planetario en Movimiento, Planetario Acoge, Universo al Descubierto, entre otros, se descentralizó la programación de este escenario a 16 localidades de la ciudad.

Adicionalmente, en lo relacionado con actividades de enseñanza no formal de la Astronomía para formar actitud hacia la Ciencia, se destaca el Programa Planetario enseña; Clubes de astronomía y de robótica dirigidos a niños, niñas y jóvenes de 3 a 17 años; se crean ambientes de aprendizaje significativo que permiten el desarrollo de competencias investigadoras a través de la apropiación social del conocimiento Científico, Astronómico y del Universo.

De otra parte, en los escenarios Teatro El Parque y Teatro Jorge Eliécer Gaitán, se adelantaron 175 actividades artísticas y culturales dirigidas específicamente al público infantil, se resalta la franja consentidos, Festival Internacional de Títeres Manuelucho,



exposición de títeres, presentaciones de teatro y musicales, entre otros, que acogieron a 11.090 niños, niñas, y adolescentes de la ciudad.

En lo relacionado con recreación y deporte, el **Instituto de Recreación y Deporte – IDR**, a 31 de diciembre de 2017 se brindó 69.109 atenciones a estudiantes, diferenciados así: 67.573 niños, niñas y adolescentes y 1.536 jóvenes, mediante sesiones de clase de 33 centros de interés en 102 Instituciones Educativas Distritales en la mayoría de las localidades de Bogotá.

Bogotá cuenta con 16 semilleros deportivos en los que asisten deportistas de alto rendimiento para contar su experiencia e impulsar la práctica del deporte, además se realizaron y/o participaron en 83 festivales de habilidades específicas, 53 festivales inter IED e intramurales y 27 exhibiciones, conversatorios y clínicas deportivas desarrolladas en el marco de la ejecución del proyecto del IDR.

Por otra parte, la **Orquesta Filarmónica de Bogotá – OFB**, participa activamente en el programa de Jornada Única, desarrollando procesos de formación musical con los niños, niñas y jóvenes de los colegios distritales a través de sus centros de interés en tres áreas de formación: vocal, rítmica y sinfónica.

La educación musical que ofrece la OFB se sustenta en prácticas colectivas desarrolladas al interior de los colegios o en los centros locales de formación musical, a partir de la conformación de formatos tales como coros, ensambles, orquestas y bandas sinfónicas.

El Proyecto Filarmónico Escolar de la OFB, ofreció en el año 2017, 18.034 atenciones a niños, niñas y adolescentes en 31 Instituciones Educativas Distritales (IED), de 18 localidades de la ciudad. Además, por medio de otras actividades como video conciertos y talleres, dirigidos a estudiantes de colegios públicos y privados, beneficiando a un total de 20.213 niños, niñas y adolescentes, aportando así, al cumplimiento de la meta en un 115%.

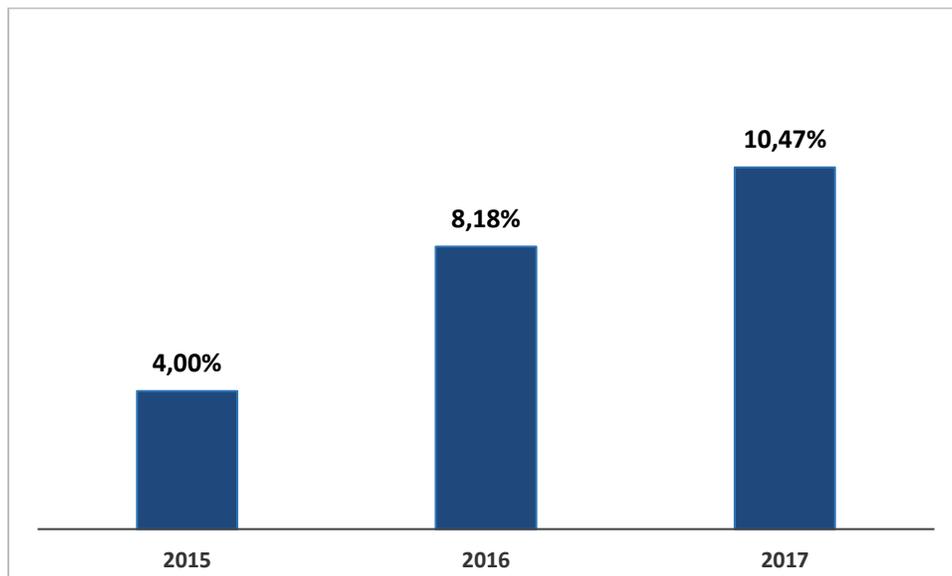
El **Instituto Distrital de Patrimonio Cultural – IDPC**, en el 2017, “Civinautas” ha logrado vincular instituciones educativas para lograr la apropiación del patrimonio con sus estudiantes. Producto de esta gestión se alcanzó un total de 1.221 atenciones a estudiantes distribuidos en 9 instituciones educativas distritales y 108 salidas pedagógicas con los estudiantes visitando espacios de la Infraestructura Cultural Deportiva Histórica como: Centro Histórico, Centro de Memoria Histórica, Museo de la Policía, Instituto Caro y Cuervo, Museo de Arte BanRep, Biblioteca Luis Ángel Arango, Museo del Mar, Cabildo Indígena Muisca, Museo de Bogotá, Museo Militar, Biblioteca Virgilio Barco, El Chorro de Quevedo, Universidad Nacional, Cinemateca Distrital, Parque El Tunal, Casona de la Danza, Biblioteca El Tintal, Biblioteca El Tunal, Cementerio Central, Archivo de Bogotá, Museo de Arte Contemporáneo y el Estadio Enrique Olaya Herrera. De igual manera dentro de estas salidas pedagógicas, también incluyeron espacios de la Infraestructura Natural, tales como: Jardín Botánico, Parque Entrenubes, Humedal El Burro, Parque de los Novios y Santa María del Lago.

## Secretaría de Educación Distrital

### - Jornada Única

El Plan de Desarrollo propone como meta para el cuatrienio garantizar el 30 % de matrícula oficial en Jornada Única. Para la vigencia 2017 se estableció como alcance de la meta el 11 % de dicha matrícula.

Gráfica 55 Porcentaje de matrícula en Jornada Única 2015-2017



Fuente: Secretaría de Educación del Distrito

Para el período del cuarto trimestre de la vigencia 2017, la estrategia presenta un avance del 10,47 % de la matrícula oficial en Jornada Única, equivalente al 95,18% de la meta fijada para el 2017. Este porcentaje corresponde a una matrícula de 82.581 estudiantes ubicados en 135 colegios, de los cuales 118 son distritales y 17 en concesión.

El cumplimiento de esta meta se evidencia en los siguientes registros:

- Educación inicial: se presta atención a 10.448 estudiantes a través de entidades y docentes propios de la SED, para ampliación de la jornada a 6 o más horas efectivas.
- Básica primaria: se atienden 27.884 estudiantes de este nivel educativo, a través de las estrategias de centros de interés y estrategias propias de los colegios desarrollados por docentes provisionales y en horas extra.
- Básica secundaria: se benefician 25.065 estudiantes a través de las estrategias enunciadas anteriormente.
- Educación media: se atienden 18.472 estudiantes a través de procesos y alianzas gestionados con instituciones de educación superior.
- Estudiantes en aceleración y grados 12 y 13: 712 estudiantes se benefician con la ampliación de los tiempos escolares.

El grupo de los 135 colegios con resolución de Jornada Única se compone de la siguiente manera: 45 colegios con resolución que implementan en un 100 % Jornada Única; 5 colegios con resolución de Jornada Única, con parte de su matrícula y con algunos niveles o grados educativos en jornada regular; 68 IED que tienen resolución de Jornada Única para parte de su matrícula, pero que a la vez prestan el servicio en Jornada Extendida y jornada regular. Finalmente, se encuentran 17 IED en concesión y Jornada Única, de las cuales 16 tienen el 100 % de su matrícula en Jornada Única y un colegio en el nivel de media.

Con la expedición de la resolución 2000 del 10 de noviembre de 2017, se incluyeron 28 nuevos colegios de jornada única, y 5 colegios que continuaron en el proceso de gradualidad en otros grados.

Para el desarrollo de la estrategia de ampliación de intensidad horaria para la Jornada Única y por medio de un proceso de armonización curricular, las instituciones educativas distritales han desarrollado diversos centros de interés donde atendieron durante el año los siguientes estudiantes<sup>42</sup>:

- Se atendieron 1.826 estudiantes por Expediciones Pedagógicas con Colciencias – Maloka.
  - Bajo el marco de los convenios de asociación entre la SED y CAFAM – COMPENSAR, fueron beneficiados a través de centros de interés en Ciencia y Tecnología 3.751 estudiantes en Compensar y 2.062, por Cafam.
  - A través de las Escuelas Deportivas de Formación Integral fueron atendidos 554 estudiantes, y por medio de los Centros de Interés Deportivos se atendieron 2.184. Por medio de Cafam se atendieron 200 estudiantes.
  - Se atendieron 295 estudiantes por medio de las Escuelas Artísticas de Formación Integral y 580 estudiantes por los Centros de Interés Artísticos de Compensar. Igualmente se beneficiaron 122 estudiantes de los Centros de Interés de Música y 220 estudiantes de los Centros de Interés de Artes Cafam.
  - Escuelas de Ajedrez atendió 375 estudiantes en Jornada Única.
- ***Uso del Tiempo Escolar.***

Para el 2017 se previó una meta del 30,32 % de la matrícula oficial en jornada extendida. A este último trimestre de 2017, la estrategia presenta un avance del 35,71 %, lo cual supera lo programado para este año al alcanzar un cumplimiento del 117,7 %, equivalente a una matrícula de 281.691 estudiantes de 305 IED.

El cumplimiento de esta meta se desagrega de la siguiente manera:

- Educación inicial: 34.145 estudiantes atendidos a través de entidades y docentes propios de la SED, para ampliación de la jornada a 6, 7 y 8 horas efectivas basados en los pilares del juego, la literatura, la expresión del medio y el arte.

---

<sup>42</sup> Cifras de atención a estudiantes actualizada al 12 de diciembre de 2017.

- Básica primaria: 108.549 estudiantes de este nivel educativo atendidos a través de las estrategias de centros de interés implementadas por los aliados de IDR, IDARTES, OFB, IDPC y entidades por convenio, escuelas de formación integral, expediciones pedagógicas y estrategias propias de las IED desarrollados por docentes provisionales y en algunos casos por proyectos institucionales implementados por los maestros en horas extra.
- Básica secundaria: 71.487 estudiantes beneficiados mediante las estrategias de centros de interés, escuelas de formación integral y expediciones pedagógicas, así como las estrategias anteriormente mencionadas.
- Educación media: 65.131 estudiantes atendidos a través de procesos y alianzas gestionados con instituciones de educación superior.
- Estudiantes en aceleración y grados 12 y 13: 2.379 estudiantes beneficiados con la ampliación de los tiempos escolares.

Para el período 2017 se priorizaron 158 instituciones educativas correspondientes a 44 colegios de la tipología A – 100 % Jornada Única; cinco colegios B- Jornada Única y Regular; 64 colegios en tipología C- Jornada Única, Extendida y Regular; 31 colegios de la tipología D- Jornada Extendida Consolidada; trece colegios de tipología E- Flexible y un colegio de tipología G - Regular, estando estos últimos en el proceso de formalizar y legalizar la Jornada Única. Adicionalmente, siendo clave el componente de movilidad para dar sostenibilidad a los procesos formativos en espacios externos, se tiene en cuenta la necesidad de este recurso para identificar los centros de interés a viabilizar para el 2018.

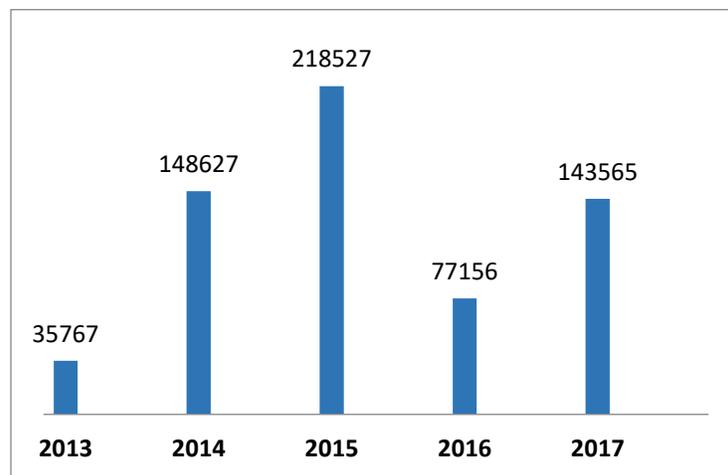
### **2.3.25. Número de niños, niñas y adolescentes que participan en acciones de educación ambiental en el marco de la Política Pública Distrital de Educación Ambiental.**

La Secretaría Distrital de Ambiente, adelanta procesos de participación ciudadana y educación ambiental a través de la Oficina de Participación, Educación y Localidades - OPEL, con un enfoque diferencial y de derechos. Visión fundamental para el abordaje y el cumplimiento de las diferentes políticas poblacionales que atiende la administración distrital desde sus diferentes sectores. Estas acciones se realizan en el marco del cumplimiento de las metas dadas por el proyecto de inversión 981 “*Participación, Educación y comunicación para la sostenibilidad ambiental del D.C*”, en las cuales se propende por la participación de 1.125.000 ciudadanos en acciones de educación ambiental, la participación de 125.000 ciudadanos en procesos relacionados con la gestión ambiental local; y la ejecución de 5 planes de comunicaciones, dirigidos de manera transversal a todos los grupos poblacionales presentes en el D.C.

Es así que, para la atención a los niños, niñas y adolescentes del Distrito Capital ha venido fortaleciendo la estrategia de Aulas Ambientales, el programa de educación ambiental territorializada y el desarrollo de la estrategia virtual con la utilización de las tecnologías de la información y comunicaciones - TIC’s, buscando fortalecer y fomentar el disfrute, buen uso y apropiación del espacio público, las zonas verdes y demás áreas de valor ambiental del Distrito, para mejorar la calidad de vida, la convivencia y la sostenibilidad ambiental a través de la generación de conciencia ambiental y el fomento de la cultura ciudadana, que incida en el mejoramiento de las relaciones entre los habitantes de Bogotá y su entorno.

La Secretaría Distrital de Ambiente también desarrolló un micro-sitio en su página web: <http://ambientebogota.gov.co/web/web-ninos/inicio>, denominado “*Mi parche Ambiental*”, como herramienta virtual del proceso de educación ambiental, dirigido a niños, niñas y adolescentes, en el que se propician valores de cuidado ambiental, protección y bienestar animal, inclusión social, respecto a la diversidad biológica y cultural, equidad de género, cultura ciudadana, entre otros, mientras se abordan de manera lúdica y dinámica los servicios prestados por la Secretaría Distrital de Ambiente, los elementos de la Estructura Ecológica Principal, aspectos asociados al cambio climático, la gestión de residuos, fauna, calidad del agua, energía, etc.

Gráfica 56 Participación de niños, niñas y adolescentes 2013 a 2017



Fuente: Secretaría Distrital de Ambiente 2018

Dando un análisis general de la información reportada durante los últimos 5 años, es importante mencionar que la atención prestada por la Secretaría Distrital de Ambiente, frente a la participación de niños, niñas y adolescentes en acciones de educación ambiental, está sujeta a la gestión y demanda ciudadana de este servicio. En los años 2014, 2015 y 2017, se puede visualizar un mayor número de población de infancia y adolescencia atendida, debido al incremento del equipo de trabajo del área de educación ambiental, así como el aumentó en la demanda de acciones de educación ambiental por parte de las instituciones educativas, quienes incluyen este tipo de actividades en el marco de sus proyectos ambientales escolares –PRAES. Cabe señalar que durante el año 2016, se realizó la transición al Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá mejor para Todos”, lo que impacto en el número de personas atendidas.

En conclusión, la atención prestada por la Secretaría Distrital de Ambiente, frente a la participación de niños, niñas y adolescentes en acciones de educación ambiental, está sujeta a la gestión y demanda ciudadana de este servicio.

En el marco de la alianza estratégica entre Secretaría de Educación Distrital y la Secretaría Distrital del Hábitat, ha adelantado acciones educativas, por medio del programa: “*Guaque y los amigos del agua*”; programa dirigido a niños, niñas y adolescentes de los colegios de la ciudad y que está en el marco del Plan Distrital del Agua, el cual es adoptado por medio

del Decreto 485 de 2011, se han realizado acciones pedagógicas con el fin de fortalecer y promover la educación ambiental en colegios e implementar la estrategia “*Derecho al agua y población infantil y juvenil*” del Plan Distrital del Agua:

Durante esta administración se han atendido con el programa 10.715 estudiantes de grado transición a séptimo y 615 docentes líderes de los Proyectos Ambientales Escolares- PRAE y de básica primaria. En total 11.330 participantes, a quienes se les ha entregado la Cartilla “Navegando con el Capi por el Río Bogotá”, así:

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>TOTAL PARTICIPANTES</b>
Talleres y/o jornadas pedagógicas	62	101	163
Estudiantes de grado cero a séptimo	1910	8805	10715
Docentes	264	351	615
<b>TOTAL PARTICIPANTES</b>	<b>2174</b>	<b>9156</b>	<b>11330</b>

Fuente: Secretaría Distrital de Habitat 2018

De otra parte, en la Secretaría de Hábitat con el apoyo de Secretaría de Educación, realizó dos encuentros de educación ambiental (2016 y 2017), dirigido a profesores que hacen parte del equipo PRAE de sus colegios. Lo anterior, en el marco de la celebración del día del Río Bogotá y la estrategia “Educación Ambiental” el Plan distrital del agua. Participaron 200 docentes (100 en cada encuentro), a quienes se les brindó información y elementos de actualidad respecto a la concienciación sobre la corresponsabilidad en el cuidado, ahorro del agua, el reconocimiento y cuidado de las fuentes hídricas y del río Bogotá

La Secretaria de Desarrollo Económico, viene desarrollando algunos programas que vinculan a la niñez y la adolescencia rural. Estas iniciativas cobran especial importancia ante la poca oferta especializada para la población infantil rural en articulación con la Secretaría de educación y se pueden constituir en alternativas que pueden aportar en la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes de las zonas rurales. El proyecto 1025 “Generación de alternativas productivas rurales para la población bogotana”, a través de la figura de un memorando de entendimiento no vinculante, inició la implementación de los núcleos productivos, los cuales constan del invernadero y de las huertas satélites en los Colegios.

El proyecto se inició en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar en Quiba y Usaqué en el sector de Serrezuela, en el espacio de algunos colegios distritales rurales, como experiencia piloto; busca ampliarse para el 2018 mediante la capacitación de 4.000 estudiantes, en cultivos hidropónicos, emprendimiento, escuela de campo que busca producir más en menos espacios, a través de buenas prácticas y 840 personas de los grupos familiares. Para el 2017, se montaron 28 huertas, de las que se beneficiaron 166 personas capacitadas a través de la transferencia de tecnología, para el montaje, cuidado, producción, recolección y distribución de los productos obtenidos en los invernaderos.

Para la formalización y tecnificación de la propuesta se han adelantado alianzas con el SENA, para que en el proceso de capacitación puedan certificar a los estudiantes y participantes en general, en competencias laborales agrícolas, y acceder a cursos

complementarios, en la medida que avanza el proceso. La infraestructura del invernadero se realiza dentro de los colegios, para la realización de la transferencia de tecnología.

## **2.3. CATEGORÍA DE DERECHOS: CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN**

La participación ciudadana es un derecho de todas las personas y una oportunidad permanente de conocer y aportar a la formulación de propuestas de mejoramiento, así como para hacer seguimiento a las políticas, estrategias y programas. Lo anterior se ratifica, para la infancia y la adolescencia, en la Convención sobre los Derechos del Niño cuando establece que los Estados deben generar las condiciones para que, ellos y ellas, expresen libremente su opinión sobre las situaciones que les afecten y que sus voces sean tenidas en cuenta.

De otra parte, la Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá, hace especial énfasis en el ejercicio de la participación de niñas, niños y adolescentes en diferentes escenarios de carácter público, recomendando como característica principal el ejercicio de una participación con incidencia y mecanismos que contribuyan a favorecer el posicionamiento de sus percepciones y opiniones. Así, el plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, en su programa “*Desarrollo Integral desde la Gestación hasta la Adolescencia*” establece como una de las líneas de acción, la “(...) generación de procesos de movilización social y participación ciudadana, que incidan en la transformación de la cultura adulta y de los imaginarios sociales en favor del reconocimiento de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, el reconocimiento de sus diferencias y diversidades, y de su condición política con capacidad para aportar a la construcción de ciudad.”<sup>43</sup>

Es así como desde los sectores Integración Social y Educación, se desarrollan acciones específicas que favorecen la participación incidente de los niños, niñas y adolescentes. De igual manera se resalta el proceso adelantado por la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos, para la participación incidente de niños y niñas en los ejercicios de corresponsabilidad; esto aunado a los procesos desarrollados por los sectores Cultura, Ambiente, Habitat y Desarrollo Económico, que por estar relacionados con procesos de formación se ubicaron dentro de los derechos al desarrollo pero que claramente en su desarrollo visibilizan la acción transformadora de la participación incidente de la infancia y la adolescencia.

### **2.3.1. Porcentaje de consejos de política social (departamental y municipal) en los que participan niños, niñas y adolescentes.**

La Secretaría Distrital de Integración Social, teniendo como antecedente el funcionamiento de los procesos de participación infantil en la ciudad, se ha encargado de atender y dinamizar procesos para hacer visible las ideas, propuestas y acciones de las niñas, los niños y adolescentes participantes en los procesos de los Consejos Consultivos.

---

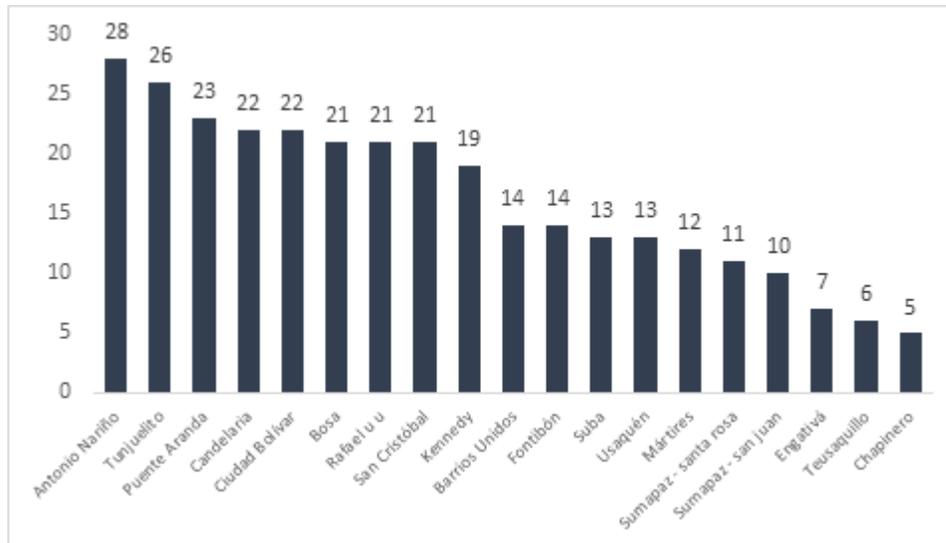
<sup>43</sup> Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos 2016-6020, pag. 58

Las niñas, niños y adolescentes que hacen parte de los Consejos Consultivos Locales de Participación, son invitados a diferentes escenarios de consulta e incidencia locales, para este periodo las consejeras y consejeros fueron escuchados y tenidos en cuenta en los escenarios de los Consejos Locales de Política Social-CLOPS realizados en 14 localidades. En estos espacios de Política Social, se logró garantizar la inclusión de temas propuestos desde los consejeros y consejeras, con el desarrollo de temáticas que les afectan en los escenarios Locales. Para el periodo de octubre de 2017 se lleva a cabo el Consejo Distrital de Política Social, el cual conto con la participación e intervención de una delegada al Consejo Consultivo Nacional.

Respecto a la dinamización y consolidación del escenario de los Consejos Consultivos Locales en la ciudad, este ejercicio se llevó a cabo en 19 localidades constituyendo un total de 20 Consejos Consultivos conformados y funcionando, con la particularidad de dos consejos consultivos rurales de niñas, niños y adolescentes en la localidad de Sumapaz y contaron con la participación de 308 niñas, niños y adolescentes, dicho dato corresponde al pico más alto de frecuencia de la cantidad de niñas, niños y adolescente que hicieron parte de este espacio, sin embargo el promedio de participación trazable para el año 2017 fue de 260 participantes entre los 6 y 14 años.

Es de anotar que la participación de las niñas, niños y adolescentes por localidad, denota un disímil comportamiento conforme a la particularidad de cada territorio, lo que adicionalmente puede responder a las posibilidades de acceso al lugar en donde se realizan las sesiones del consejo; adicionalmente para este año la permanencia de las consejeras y consejeros se vio afectadas por situaciones que pueden ser atribuibles a las jornadas de recuperación realizadas desde la Secretaria de Educación del Distrito, como respuesta para la compensación del tiempo de paro de maestros.

Gráfica 57 Participación de niñas, niños y adolescentes distribuidos por Localidad

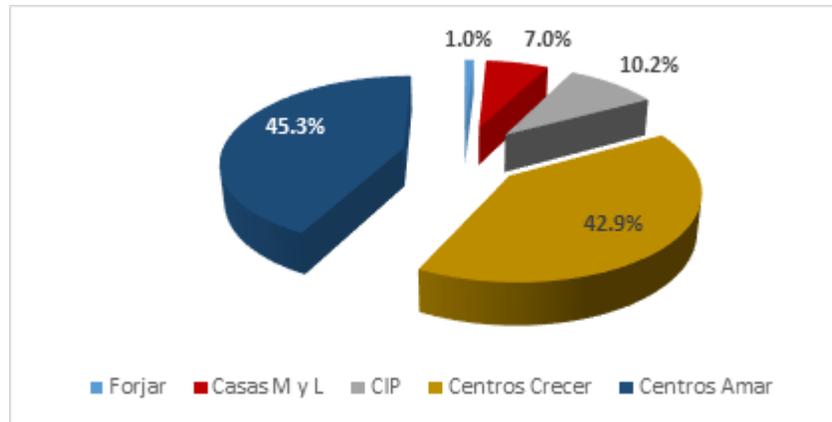


Fuente: Consolidado de participantes de los Consejos Consultivos Locales- Equipo de participación Infantil –Secretaría Distrital de Integración Social.

Se destaca el comportamiento de una alta participación de niñas, niños y adolescentes en ocho (8) localidades cuyo promedio fue de 23 participantes en las sesiones de los Consejos, dentro de las localidades que se destacan éstas: Antonio Nariño, Tunjuelito, Puente Aranda, Candelaria, Ciudad Bolívar, Bosa, Rafael Uribe Uribe y San Cristóbal.

Adicionalmente, y como lo plantea la Política Pública de Infancia y Adolescencia, se hace relevante contar con procesos para lograr el posicionamiento de las voces, expresiones y lenguajes de las niñas, niños y adolescentes en la ciudad, para el 2017 el fortalecimiento de las estrategias de Cartas para la Participación y el programa radial Infancia con Voz. La estrategia de cartas para la Participación, es un proceso que se viene adelantando en articulación con la Secretaría de Salud a través de la línea 106, y se implementa en los servicios sociales tales como: Centros Amar, Centro Crecer, Casas de Memoria y Lúdica; Centros Forjar y Centros Integrales de Protección; donde se brinda atención Integral de las niñas, niños y adolescentes que se encuentran en situaciones de vulneración de derechos. Para esta vigencia se recibieron y contestaron 2297 cartas, en gráfica contigua se representa la cantidad de cartas remitidas por cada uno de los servicios y estrategia mencionados.

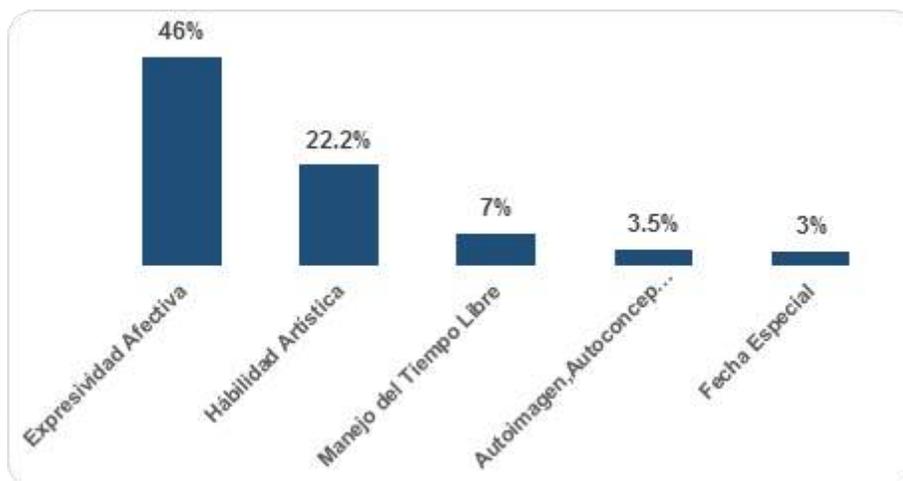
Gráfica 58 Estrategia Cartas para la Participación, distribuida por servicios Participación 2017



Fuente: Informe cualitativo y Cuantitativo de la Estrategia Cartas para la Participación- Secretaria Distrital de Salud – Línea 106, para el año 2017.

Estas cartas se convierten en una herramienta para que las niñas, niños y adolescentes expresen sus opiniones y adicionalmente por el grado de confidencialidad brindado, la población de los servicios sociales, narran situaciones de vulneración de derechos muchos de los cuales ocurren en sus casas, de esta manera las cartas se convierten en un escenario de denuncia, a las cuales es necesario prestarles la atención necesaria, para iniciar un proceso de activación de rutas de atención en caso de ser necesario, y acorde con la particularidad de las situaciones presentadas. A continuación se presenta el Gráfica que contiene la representación de las temáticas abordadas por las niñas, niños y adolescentes a través de las cartas y en los diferentes escenarios mencionados.

Gráfica 59 Temáticas de Consulta 2017



Fuente: Informe cualitativo y Cuantitativo de la Estrategia Cartas para la Participación- Secretaria Distrital de Salud – Línea 106, para el año 2017.

Así mismo, desde el Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal- IDPAC se garantiza el derecho a la participación ciudadana y se propicia el fortalecimiento de las organizaciones sociales de todos los grupos poblacionales ubicados en la ciudad. En el año 2017, se inició el trabajo con la línea de niñez en la entidad a través del fortalecimiento de organizaciones sociales que trabajan por y para los niños y niñas de la ciudad. En este sentido, el Instituto empezó a trabajar en los espacios de participación que convoca esta población, por ello trabaja articuladamente con la Secretaría de Integración Social para acompañar la conformación de los Consejos Locales de Niños y Niñas. De igual forma, realiza procesos de formación dentro de los Consejos a través de la metodología 1, 2, 3 por mi Bogotá que lidera la Gerencia de Escuela de Participación del IDPAC.

Por otro lado, el IDPAC ha trabajado con organizaciones sociales de diferentes grupos sociales que benefician a los niños y las niñas en la ciudad en temas diversos como la recreación y el deporte, el arte, inclusión, entre otros.

Las acciones realizadas fueron:

Procesos de formación en dos (2) localidades de la ciudad con dos (2) Consejos Locales que solicitaron el proceso:

*Tabla 54 Procesos de formación*

Población Objetivo	Nombre de la actividad	Fecha cierre	Número de Sesiones	Número de Participantes
Consejo local de Niños y Niñas Adolescentes de la localidad de Bosa	Proceso de formación: Protección y Bienestar Animal (PyBA) y manejo de residuos sólidos	29/07/2017	4	30
Consejo local de Niños y Niñas Adolescentes de la localidad de Usaquén	Respira Vida y salvemos la tierra. (Salida al humedal Torca)	17/10/2017	4	30

Fuente: IDPAC 1018

*Tabla 55 Número de niños y niñas beneficiados en los Procesos de formación*

Nombre de la Organización	Localidad	Niños	Niñas	Total
Organización Mi Colombia	Rafael Uribe Uribe	15	25	40
Mujeres Guerreras	Rafael Uribe Uribe	30	20	50
Fundación Buena Semilla	La Candelaria	25	20	45
<b>Total</b>				<b>135</b>

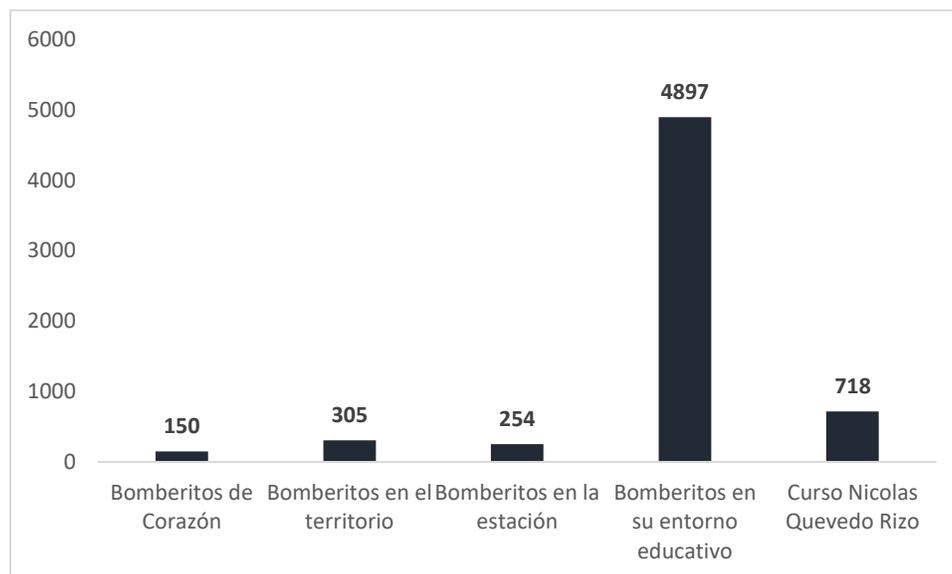
Fuente: IDPAC 1018

De otra parte, en la vigencia 2017, la Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos- UAECOB en relación a niños, niñas y adolescentes desarrolló la sensibilización y educación en prevención de incendios y emergencias conexas- Club Bomberitos. A través de este programa, la UAECOB, busca sensibilizar y capacitar a los niños, niñas y

jóvenes sobre la importancia de conocer, prevenir y actuar frente a situaciones de peligro en el hogar y en el colegio, siendo este un espacio de participación en el que los niños y niñas desarrollan un sentido de pertenencia con la ciudad a través de la prevención de riesgos, como un ejercicio de ciudadanía y corresponsabilidad con lo público.

Con el desarrollo de las cinco acciones que se presentan en la gráfica siguiente, la UAECOB impactó 6.324 niños y adolescentes.

*Gráfica 60 Niños y Adolescentes participando en el programa UAECOB*



Fuente: Unidad Administrativa Especial Cuerpo Oficial de Bomberos 2017

### **2.3.2. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes que participaron en elecciones de gobierno escolar**

La Secretaría de Educación del Distrito promueve el fortalecimiento de las instancias institucionales, locales y distritales de participación como escenarios de diálogo permanente para que todos los actores de la comunidad educativa contribuyan, desde su rol y de una manera democrática, a la construcción de una ciudad educadora y en paz.

La Ley General de Educación (Ley 115 de 1994) en su artículo 142 establece que cada establecimiento educativo debe constituir un gobierno escolar, de obligatorio cumplimiento, integrado por el rector, el consejo directivo y el consejo académico para garantizar la participación democrática de los miembros de la comunidad educativa en la definición y desarrollo del Proyecto Educativo Institucional-PEI y propiciar la participación de todos los estamentos en la construcción del horizonte pedagógico y administrativo. Así, en Bogotá todas las instituciones cuentan con un gobierno escolar.

El gobierno escolar tiene la representación de los niños, niñas y adolescentes en su personero, elegido anualmente por el sistema de mayoría simple y mediante voto secreto.

### **2.3.3. Número de estudiantes que ejercen el puesto de personería en las Instituciones Educativas del Distrito**

La recolección de información sobre los estudiantes que ejercen el puesto de personeros, se hace mediante la Dirección de Participación y Relaciones Interinstitucionales quien desarrolló un aplicativo en el que las Direcciones Locales de Educación registran la información que los establecimientos educativos les reportan en relación con los procesos de elección y conformación del Gobierno Escolar.

Para el caso específico de los personeros estudiantiles, el reporte con corte a diciembre de 2017 es de **608** personeros.

## **2.4. CATEGORIA DE DERECHOS: PROTECCIÓN.**

En el marco de la Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá, 2011 - 2021, la cual está constituida por el conjunto de principios, decisiones y acciones estratégicas lideradas por el Estado en el Distrito Capital, se busca reconocer y garantizar los derechos de los niños niñas y adolescentes, prevenir situaciones que amenacen su ejercicio y realizar acciones que garanticen su restablecimiento cuanto éstos han sido transgredidos<sup>44</sup>. Para alcanzar tales objetivos, se establece la corresponsabilidad entre el Estado, las familias y la sociedad, teniendo como compromisos específicos de acuerdo a la relación y competencia que tengan sobre los niños, niñas y adolescentes. Así, el Estado como responsable de la garantía de los derechos humanos, debe velar porque la familia, la sociedad y el Estado mismo, de cumplimiento a los derechos de los niños, niñas y adolescentes, protegiéndolos de manera integral, a través de la creación del marco jurídico y la maquinaria institucional necesaria para la prevención de cualquier forma de vulneración que se pueda causar sobre ellos, ya sea por parte de un particular o un servidor público, igualmente, y en atención al principio del interés superior de los sujetos menores de dieciocho años, debe garantizar la restitución inmediata de sus prerrogativas cuando éstas hayan sido transgredidas.<sup>45</sup>

De esta manera, el restablecimiento de los derechos determina la obligación radicada en cabeza del Estado, en su conjunto, de reintegrar la dignidad e integridad que como sujetos tienen los niños, niñas y adolescentes, además de su capacidad para hacer un ejercicio efectivo de los derechos que le han sido vulnerados.<sup>46</sup> Así, las autoridades públicas, deben informar, oficiar o conducir ante la policía, las defensorías de familia, las comisarías de familia o en su defecto, a los inspectores de policía o las personerías municipales o distritales, a todos los niños, las niñas o los adolescentes que se encuentren en condiciones de riesgo o vulnerabilidad, para que la autoridad competente asegure que el Sistema Nacional de Bienestar Familiar garantice su vinculación a los servicios sociales implementados para tal fin.<sup>47</sup>

<sup>44</sup> Código de la Infancia y la Adolescencia. Art. 7 Ley 1098 de 2006.

<sup>45</sup> Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá, D. C

<sup>46</sup> Código de la Infancia y la Adolescencia. Art. 50 Ley 1098 de 2006.

<sup>47</sup> Código de la Infancia y la Adolescencia. Art. 51 Ley 1098 de 2006

En este marco, en el siguiente apartado, se describe la gestión de los diferentes sectores que ofrecen a la ciudad y en especial a los niños, niñas y adolescentes, los servicios en atención integral en el medio familiar, social, comunitario que han sido víctimas de diferentes tipos de violencias.

Es de resaltar, que la violencia en todas sus formas sigue siendo una situación de alerta, en especial para la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes, advirtiendo la responsabilidad del Estado y la familia para propender por condiciones de calidad de vida dignas en los niños, niñas y adolescentes de la ciudad. De este modo, las gestiones de los indicadores relacionados con la categoría de derechos de protección, dan cuenta de los esfuerzos por propender una atención integral, así como la oferta en las acciones de prevención, como estrategia para mitigar toda forma de vulneración, amenaza o inobservancia en los derechos de los niños, niñas y adolescentes, además fortalecer vínculos protectores en todos los entornos que propenden por el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia.

A continuación, se describen los indicadores organizados en cinco apartados. El primero de ellos refiere a Maltrato, violencia intrafamiliar y violencia sexual. El segundo sobre trabajo infantil. El tercero sobre acciones de restablecimiento para habitabilidad en calle. El cuarto agrupa los indicadores alusivos al sistema de responsabilidad penal adolescente (SRPA). Y en el quinto apartado se relacionan los indicadores de otras violencias hacia niños, niñas y adolescentes. Finalmente, se describen las acciones relacionadas con atención en emergencias y reasentamientos, así como también la formación en seguridad vial. Toda la información ha sido reportada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-INMLCF, el ICBF, la SDS, la SDIS, Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud- IDIPRON, Secretaría Distrital de Planeación-SDP, Secretaría Distrital del Hábitat, Secretaría Distrital de Gobierno, Instituto Distrital de Gestión del Riesgo y Cambio Climático-IDIGER; corresponden a la gestión 2017 y para algunos casos se logra desagregar por edad, sexo y localidad.

## **MALTRATO Y VIOLENCIA SEXUAL**

El maltrato infantil se concibe desde la Política Pública de Infancia y Adolescencia retoma el Código de Infancia y Adolescencia, definido en su artículo 18, el maltrato: “(...) toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona”<sup>48</sup>. Conforme a lo anterior la Política busca erradicar el maltrato infantil en sus diferentes formas y en los diferentes entornos desde donde este maltrato se puede originar.

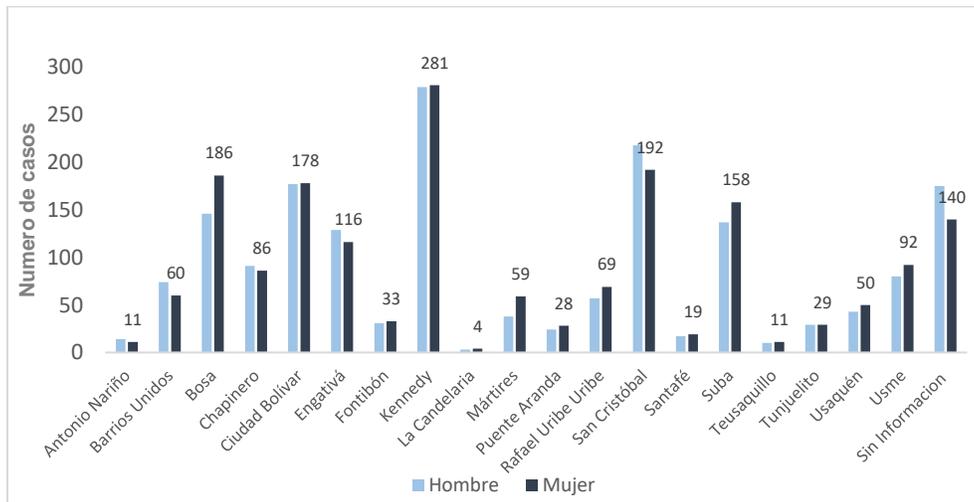
### **2.4.1. Número de niños, niñas y adolescentes, (primera infancia, Infancia y adolescencia) víctimas de violencia intrafamiliar.**

---

<sup>48</sup> [https://www.oas.org/dil/esp/Codigo\\_de\\_la\\_Infancia\\_y\\_la\\_Adolescencia\\_Colombia.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombia.pdf). Pág. 5

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF la Violencia Intrafamiliar-VIF sigue siendo el escenario más violento para el desarrollo y garantía de derechos fundamentales para los niños, niñas y adolescentes a nivel nacional, Bogotá D.C, presentó en la gestión 2017, 3574 casos, de los cuales 1802 son niñas y 1772 son niños.

Gráfica 61 . Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

La localidad que registró mayor número de niños y niñas víctimas de violencia intrafamiliar en la ciudad de Bogotá para el mismo periodo, fueron las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar, Kennedy, Suba y San Cristóbal, la incidencia sigue siendo mayor en las niñas adolescentes aunque su diferencia es mínima en relación a los niños adolescentes.

De acuerdo al rango de edad, sobresalen los casos de niñas entre los 10 y 14 años, seguido del rango entre los 5 y 9 años en los niños. Se reconoce mayor violencia hacia las niñas en los diferentes grupos etarios, siendo la adolescencia la edad con la presencia de mayores casos de violencia intrafamiliar y presentando circunstancia de hecho, las de conflicto familiar como las de mayor frecuencia, de acuerdo a lo siguiente:

Tabla 56 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF Según circunstancia del hecho

Circunstancia del hecho/ sexo victima	Hombre	Mujer	Total
Agresión contra grupos marginales	2		2
Conflicto familiar	1720	1763	3483
Ejercicio de actividades ilícitas	1		1
Embriaguez (Alcohólica y no alcohólica)	26	35	61
Hurto	1		1
Retención legal	3		3
Riña	12	2	14
Sin información	7	2	9
<b>Total</b>	<b>1772</b>	<b>1802</b>	<b>3574</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

Ahora bien, cuando un niño, niña o adolescente es víctima de maltrato en el contexto de la violencia intrafamiliar, le corresponde a las Comisarías de Familia adelantar las acciones tendientes a garantizar y restablecer los derechos vulnerados.

Las Comisarías de Familia en el marco de las competencias que les ha asignado las Leyes 1098 de 2006, 294 de 1996<sup>49</sup>, 575 de 2000<sup>50</sup>, 1257 de 2008<sup>51</sup> y 640 de 2001<sup>52</sup>, y los decretos reglamentarios 4840 de 2007<sup>53</sup>, 652 de 2001<sup>54</sup> y 4799 de 2011<sup>55</sup>, tienen a su cargo la atención de las violencias que ocurren al interior de las familias hacia cualquiera de sus miembros, mujeres, niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, hombres, población LGBTI<sup>56</sup>. Esta atención se realiza mediante la imposición de medidas de protección o para el caso de los niños, niñas y adolescentes mediante las medidas de restablecimiento de derechos.

La ciudad cuenta con 36 Comisarías de Familia distribuidas en las 20 localidades del Distrito, de las cuales 2 prestan atención permanente (24 horas del día, los 7 días de la semana), 10 atención semipermanente (7:00 a.m. a 11:00 p.m.), 22 con atención diurna (7:00 a.m. a 4:00 p.m.) y 2 Comisarías móviles.

<sup>49</sup> Ley 294 de 1996 "Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar."

<sup>50</sup> Ley 575 de 2000 "Por medio de la cual se reforma parcialmente la Ley 294 de 1996.

<sup>51</sup> Ley 1257 de 2008 "Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones"

<sup>52</sup> Ley 640 de 2001 "Por la cual se modifican normas relativas a la conciliación y se dictan otras disposiciones".

<sup>53</sup> Decreto Reglamentario 4840 de 2007 "Por el cual se reglamentan los artículos 52, 77, 79, 82, 83, 84, 86, 87, 96, 98, 99, 100, 105, 111 y 205 de la Ley 1098 de 2006.

<sup>54</sup> Decreto Reglamentario 652 de 2001 "Por el cual se reglamenta la Ley 294 de 1996 reformada parcialmente por la Ley 575 de 2000".

<sup>55</sup> Decreto 4769 de 2011 "Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 294 de 1996, 575 de 2000 y 1257 de 2008.

<sup>56</sup> LGBTI son las siglas que designan colectivamente a lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales.

*Tabla 57 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF*

Localidad	Hombre	Intersexual	Mujer	Total
Bosa	491		627	1.118
Ciudad Bolívar	326		462	788
Kennedy	334		415	749
Suba	317		399	716
San Cristóbal	284		351	635
Engativá	202	1	327	530
Los Mártires	201		285	486
Usaquén	225		227	452
Usme	158		220	378
Puente Aranda	99		130	229
Rafael Uribe	81		129	210
Fontibón	55		77	132
Tunjuelito	39		60	99
Antonio Nariño	37		39	76
Barrios Unidos	22		31	53
Santa Fe	15	1	25	41
Chapinero	24		16	40
Teusaquillo	14		19	33
Candelaria	8		12	20
Sumapaz			1	1
<b>Total</b>	<b>2.932</b>	<b>2</b>	<b>3.852</b>	<b>6.786</b>

Fuente: Sistema de Información SIRBE Comisarias de Familia  
Corte: Diciembre de 2017

*Tabla 58. Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIF por Grupo Etario*

Grupo Etario	Total
0 y 5 años	1513
13 y 17 años	2359
6 y 12 años	2914
<b>Total</b>	<b>6786</b>

Fuente: Sistema de Información SIRBE Comisarias de Familia  
Corte: Diciembre de 2017

De acuerdo a la información anterior, las comisarías de familia reportan atención a 6.786 niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto intrafamiliar; siendo Bosa la localidad con atención de 1.118 casos, de los cuales 627 fueron mujeres y 491 hombres. La localidad de Ciudad Bolívar reporta 788 casos, seguido de la localidad de Kennedy con 749 y Suba con 716 niños, niñas y adolescentes atendidos. El grupo de edad prevalente en el Distrito esta entre los 6 y 12 años, aunque en primera infancia se reconocen 1513 niños y niñas que recibieron atención.

A cada uno de los casos atendidos durante el año 2017, en los cuales los niños, niñas y adolescentes fueron víctimas de VIF se realiza seguimiento a las medidas adoptadas dentro del proceso a todos los casos atendidos por medida de protección, presunto delito sexual y maltrato infantil a niños, niñas y adolescentes en el contexto de la familia.

Las acciones previstas en el modelo de seguimiento, están encaminadas a evaluar la dinámica familiar y los cambios que se generan en sus integrantes a partir de la atención integral en las Comisarías de Familia.

El acompañamiento a las familias durante el seguimiento está orientado a verificar el cumplimiento y la efectividad de las medidas adoptadas por las Comisarías de Familia, a partir de la evaluación de los cambios y las dinámicas para resolver situaciones de violencia intrafamiliar a fin de garantizar relaciones democráticas al interior de las familias.

Por otro lado, la Casa Refugio de la Secretaría de la Mujer, es un espacio en el que se les brinda acogida a las mujeres víctimas de intrafamiliar y su familia, donde se da inicio a un proceso de restablecimiento de sus derechos, especialmente el derecho a una vida libre de violencias.

*Tabla 59 Niños, niñas y adolescentes atendidos en Casa Refugio Ley 1257 de 2008, durante el año 2017.*

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 2017		Adolecente Mujer	Adolecente Hombre	Niñas	Niños	BB. NIÑA	BB. NIÑO
Enero	53	3	4	13	14	9	10
Febrero	50	5	2	15	15	4	9
Marzo	42	1	2	13	18	3	5
Abril	38	1	0	13	17	3	4
Mayo	97	7	5	24	35	14	12
Junio	45	0	0	18	18	7	2
Julio	53	1	0	17	26	6	3
Agosto	70	0	5	23	24	6	12
Septiembre	42	2	2	11	16	7	4
Octubre	50	2	2	19	14	4	9
Noviembre	42	2	1	13	14	4	8
Diciembre	49	2	2	11	16	3	15
<b>Total</b>	<b>631</b>	<b>26</b>	<b>25</b>	<b>190</b>	<b>227</b>	<b>70</b>	<b>93</b>

Fuente: Secretaría de la Mujer

La Casa Refugio 1448 es una acción afirmativa implementada por la Secretaría Distrital de la Mujer, en el marco de la atención y asistencia que establece la ley 1448 de 2011 “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”. Para el 2017, se reconoce la atención a 631 niños, niñas y adolescentes, discriminando la atención para 227 niños, 190 niñas, además de 163 casos donde se implicaron niños y niñas menores del año y 51 adolescentes, según lo reportado en el cuadro anterior.

#### **2.4.2. Número de casos denunciados por maltrato en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años**

La Secretaría de Educación del Distrito - SED, en cumplimiento de la Ley 1620 de 2013 y su Decreto reglamentario 1965 de 2013, cuenta con el Sistema de Alertas, el cual consiste en una plataforma informática que permite a los colegios del Distrito reportar y realizar

seguimiento a los eventos o situaciones de presunta vulneración de los derechos de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes que se presentan en el interior de los colegios o fuera de estos, ya sea en el contexto familiar, social o en el entorno educativo. Las situaciones se clasifican en los siguientes módulos: (1) abuso y violencia, (2) maternidad y paternidad tempranas, (3) accidentalidad, (4) trastornos de aprendizaje, (5) consumo de sustancias psicoactivas (SPA), y (6) conducta suicida.

Los datos registrados en el Sistema de Alertas corresponden a presunta ocurrencia de hechos, frente a los cuales se brinda acompañamiento en cuanto a la activación de la ruta de atención y el seguimiento de la situación, sin que tal abordaje signifique la verificación de la ocurrencia del hecho o no, pues tal comprobación es competencia de las autoridades judiciales y administrativas pertinentes dependiendo de la naturaleza del presunto caso.

Durante 2017 la SED ha identificado a través del Sistema de Alertas 3.738 presuntos casos de maltrato de niñas, niños y adolescentes, de estos 3.738 más del 53% de estos casos se presentan en solo cinco (5) localidades, distribuidos así, San Cristóbal con 559 casos equivalentes a un 15%, seguida por Rafael Uribe Uribe con 410 casos correspondiente a un 11%, Kennedy con 368 casos equivalente al 9.8% y Suba con 341 equivalente al 9.1% cada una y finalmente Ciudad Bolívar con 312 casos que corresponden al 8.3%.

*Tabla 60 Consolidado de presuntos casos de maltrato de niñas, niños y adolescentes reportados en el Sistema de Alertas, 2017*

Localidad	Total
San Cristóbal	559
Rafael Uribe Uribe	410
Kennedy	368
Suba	341
Ciudad Bolívar	312
Bosa	274
Usme	269
Engativá	236
Tunjuelito	198
Antonio Nariño	195
Puente Aranda	131
Fontibón	118
Santa Fe	79
Usaquén	74
Barrios Unidos	70
Los Mártires	68
Chapinero	20
Teusaquillo	12
Candelaria	3
Sumapaz	1
<b>Total</b>	<b>3.738</b>

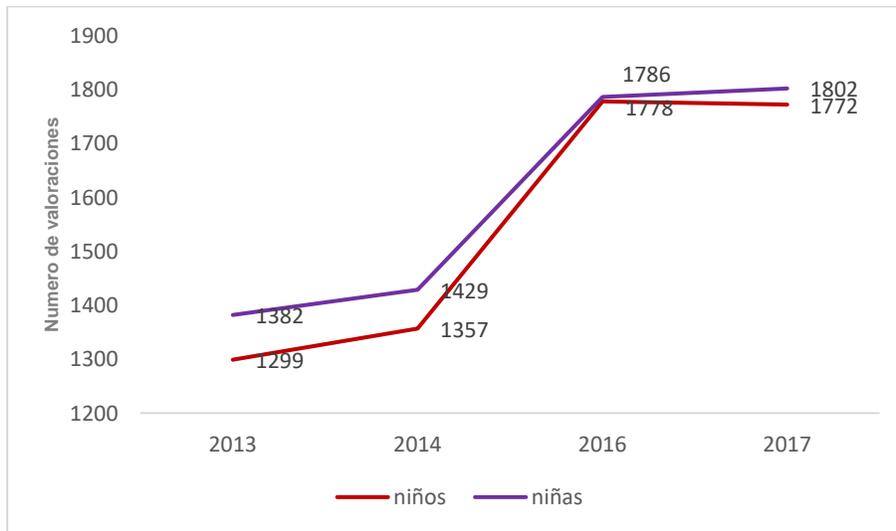
Fuente: SED. Sistema de Alertas, 2017

Nota: Incluye los siguientes tipos de violencia: económica, física, abandono, negligencia y emocional.

Los casos de presunto maltrato infantil valorados en INMLCF, permiten dar cuenta de los casos reportados desde el 2013 al 2017, identificando que para el año 2015 no se conocieron las cifras por parte de esta entidad. Los hallazgos evidencian que el reporte de denuncias por sexo, los niños han venido aumentando en relación a las niñas, mientras que

a la fecha la diferencia por sexo no es significativa, dando cuenta que las acciones de vulneración, amenaza e inobservancia son igual de predominantes para ambos sexos, de acuerdo a lo siguiente:

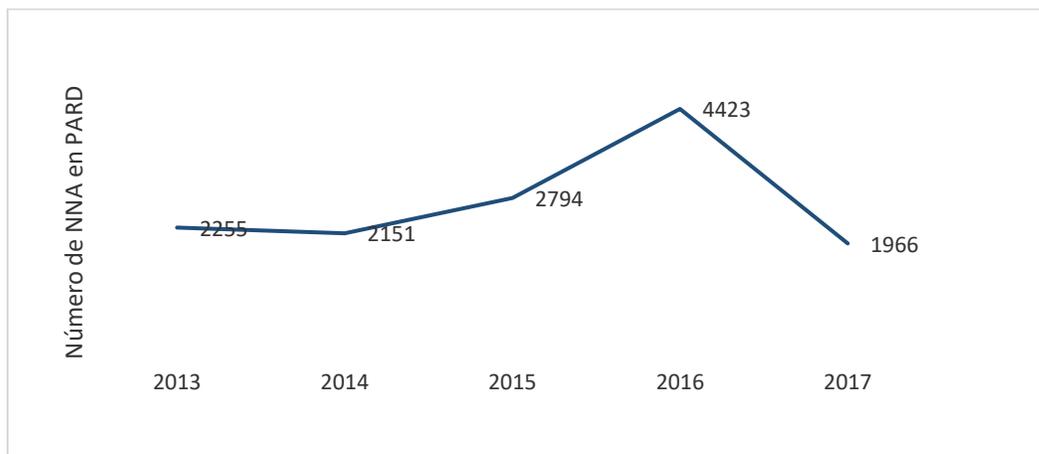
*Gráfica 62 Número de Valoraciones por Presunto Delito de Maltrato Infantil*



Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

Por su parte, el ICBF desarrolla acciones para los NNA, vinculados a PARD por motivo de ingreso maltrato infantil, motivo que tuvo el siguiente comportamiento, para las vigencias entre 2013 a 2017.

*Gráfica 63 Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Maltrato Infantil*



Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos- Sede Nacional- Sistema de Información Misional SIM –ICBF, Reporte PARD.

Para el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017, fueron vinculados a PARD, un total de 13.589 niños, niñas y adolescentes por maltrato infantil.

Con relación al comportamiento del indicador, se encuentra que para el año 2013, 2.255 niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato infantil, fueron vinculados a PARD, cifra que para el 2014 presentó una leve disminución en 104 casos, sin embargo, para el 2015 la cifra aumentó considerablemente en 539 casos y continúa en aumento para el 2016, año en el cual, 4.423 niños, niñas y adolescentes fueron vinculados a PARD por maltrato infantil, registrando así la cifra más alta en los últimos cinco años.

Para el 2017, la cifra disminuye considerablemente en 2457 casos de niños, niñas y adolescentes, registrando así el menor número de vinculaciones a PARD por maltrato infantil durante el periodo observado.

Por su parte, y con el objetivo de generar estrategias que contribuyan a la construcción de relaciones libres de violencia y democráticas al interior de las familias en Bogotá, la SDIS, viene adelantando acciones de promoción, prevención y atención integral desde los enfoques de derechos, diferencial y una perspectiva de género. Así pues, a través del acceso a la justicia familiar mediante las Comisarías de Familia brinda atención psicosocial, a partir de un proceso de intervención sistémica, la movilización de recursos individuales, familiares y sociales para el restablecimiento de los derechos de personas solas, parejas y/o grupos familiares, involucradas en episodios de maltrato infantil, presunto delito sexual, violencia contra la mujer, en el marco de la violencia intrafamiliar. Estas acciones se desarrollan en espacios institucionales permanentes o temporales.

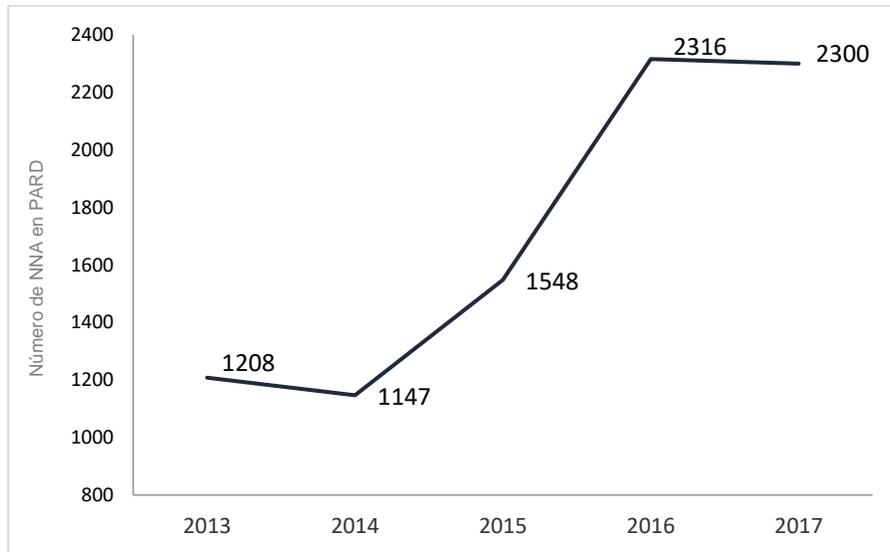
A continuación se presenta el número de niños, niñas y adolescentes víctimas de VIF con medida de protección adoptadas por las Comisarias de Familia en el año 2017, en donde se observa que de 6.837 Niños, niñas y adolescentes se adoptaron 6.786 medidas de protección en atención a la prevalencia de sus derechos y el interés superior.

#### **2.4.3. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF en proceso administrativo de restablecimiento de derechos – PARD identificados como víctimas de violencia sexual**

Para el período comprendido entre el *1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017*, 8.514 niños, niñas y adolescentes fueron vinculados a PARD por violencia sexual.

A continuación, se relaciona el número de niños, niñas y adolescentes por año:

*Gráfica 64 Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual*



Fuente: Subdirección de Restablecimiento de Derechos- Sede Nacional Sistema de Información Misional SIM –ICBF, Reporte PARD.

De acuerdo con la gráfica anterior, se evidencia que durante los años 2013 y 2014 se presenta el menor número de niños, niñas y adolescentes vinculados a PARD por violencia sexual, cifra que aumentó significativamente en 2016 y se mantuvo en el 2017..

Con relación al sexo, el comportamiento de este delito entre 2013 y 2017 revela que el 81% de los menores vinculados a PARD, son de sexo femenino y el 19% corresponde al sexo masculino, siendo las niñas y las adolescentes quienes presentan mayor ingreso por este delito.

#### **2.4.4. Número de exámenes médico legales por presunto delito sexual en primera infancia, infancia y adolescencia.**

Durante el 2017 se realizaron 2964 exámenes medico legales por presunto delito sexual en niñas y 555 exámenes en niños, siendo la edad entre los 10 a 14 años la de mayor atención para las niñas, por parte del IMLCF, seguido de las edades entre los 5 y 9 años, con 747 exámenes. En los niños se reconoce la edad con mayor solicitud de exámenes por presunto delito sexual el grupo de edad entre los 5 a 9 años, seguido al igual que las niñas de la edad entre los 10 a 14 años, lo que da cuenta de la situación de riesgo y vulneración en los adolescentes en la ciudad de Bogotá, en relación a las presunciones de delito sexual.

Tabla 61 Número de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes

Total Distrital /sexo de la víctima	Hombre	Mujer	Total
<b>Total Distrital</b>	<b>555</b>	<b>2964</b>	<b>3519</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

Tabla 62 Número de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes

Grupo de edad/ sexo de la victima	Hombre	Mujer	Total
0 a 4 años	115	391	506
5 a 9 años	195	747	942
10 a 14 años	176	1322	1498
15 a 17 años	69	504	573
<b>Total</b>	<b>555</b>	<b>2964</b>	<b>3519</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

Las localidades con mayor incidencia en los exámenes por presunto delito sexual son Kennedy, Bosa, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Suba, con mayor solicitud de exámenes por presunto delito sexual en relación al territorio; sin embargo en el 2017 hubo 379 casos de mujeres y 103 casos de hombres de quienes no se reconoce su ubicación por localidad. Kennedy en el mismo periodo, predomina por el mayor número de exámenes por presunto delito sexual en mujeres y Candelaria la de menor solicitud en los mismos.

Tabla 63 Numero de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes

Localidad del hecho/sexo de la víctima	Hombre	Mujer	Total
Sin Información	103	379	482
Kennedy	71	395	466
Bosa	50	319	369
San Cristóbal	51	281	332
Ciudad Bolívar	42	287	329
Suba	52	235	287
Engativá	39	206	245
Usme	30	172	202
Rafael Uribe Uribe	16	128	144
Chapinero	17	103	120
Barrios Unidos	16	74	90
Usaquén	19	69	88
Mártires	14	71	85
Fontibón	7	66	73
Tunjuelito	8	50	58
Puente Aranda	8	45	53
Santafé	6	46	52
Antonio Nariño	5	20	25
Teusaquillo	1	12	13
La Candelaria		6	6
<b>Total</b>	<b>555</b>	<b>2.964</b>	<b>3.519</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

En cuanto a las circunstancias de hecho, el IMLCF reconoce que 179 de los casos atendidos en el 2017 no cuentan con información. En lo relacionado con la actividad de la víctima durante el hecho, la violencia sexual sigue siendo predominancia en las mujeres con un reporte de 2815, reconociendo que este tipo de violencia tiene diferentes expresiones, que pueden ir desde el acoso verbal, la manipulación de genitales u otras partes del cuerpo y la penetración<sup>57</sup>.

*Tabla 64 Número de exámenes por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes*

<b>Circunstancia del hecho/sexo de la víctima</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Total</b>
Embriaguez (Alcohólica y no alcohólica)		2	2
Sin información	44	135	179
Violencia Económica	1	1	2
Violencia interpersonal	2	5	7
Violencia Intrafamiliar	3	4	7
Violencia sexual	505	2815	3320
Violencia Sociopolítica		2	2
<b>Total</b>	<b>555</b>	<b>2964</b>	<b>3519</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

#### **2.4.5. Número de casos reportados de Presunto Delito Sexual**

Así mismo, la SED, mediante el Sistema de Alertas en el año 2017 identifico 1.147 presuntos casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, de los cuales 634 casos que corresponden a más del 55%, los cuales se focalizan en cinco (5) localidades, distribuidas así: 158 en Bosa, 142 en Kennedy, 116 en Usme, 112 en Suba y 106 en San Cristóbal.

<sup>57</sup> Forensis: Datos para la Vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. 2016. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, pág. 161.

*Tabla 65 Consolidado de presuntos casos violencia sexual<sup>58</sup> reportados en el Sistema de Alertas, 2017*

Localidad	Total
Usaquén	27
Chapinero	10
Santa Fe	20
San Cristóbal	106
Usme	116
Tunjuelito	25
Bosa	158
Kennedy	142
Fontibón	24
Engativá	54
Suba	112
Barrios Unidos	16
Teusaquillo	8
Los Mártires	26
Antonio Nariño	37
Puente Aranda	60
Candelaria	1
Rafael Uribe Uribe	101
Ciudad Bolívar	99
Sumapaz	1
<b>Total</b>	<b>1.143</b>

Fuente: SED. Sistema de Alertas, 2017

El ICBF, desarrolla programas y estrategias para la promoción de derechos de los niños, niñas y adolescentes y la prevención de vulneraciones en el marco de un enfoque integral, entre los cuales se encuentran:

**a) Programa Generaciones con Bienestar:**

Este programa tiene como objetivo promover la protección integral y los proyectos de vida de los niños, las niñas y los adolescentes, a partir de su empoderamiento como sujetos de derechos y del fortalecimiento de la corresponsabilidad de la familia, la sociedad y el Estado, propiciando la consolidación de sus entornos protectores.

---

<sup>58</sup> Se entiende Violencia Sexual, como todos aquellos eventos de vulneración que se encuentran categorizados en el Código Penal Colombiano TITULO IV DELITOS CONTRA LA LIBERTAD, INTEGRIDAD Y FORMACION SEXUALES, Artículos 205 al 219b

Se ejecutan acciones de prevención frente a problemáticas que afectan a los niños, niñas y adolescentes mediante la identificación de factores de riesgo presentes en el contexto en el que se encuentran los participantes y las rutas de prevención institucional que pueden amparar en momentos en que la amenaza sea más fuerte y directa.

#### **b) Estrategia Construyendo Juntos Entornos Protectores:**

Tiene como objetivo contribuir a la promoción de los derechos de la infancia y la adolescencia, a la prevención de sus vulneraciones, al fortalecimiento de los vínculos de cuidado mutuo y la promoción de la convivencia armónica entre padres, madres, cuidadores, docentes, agentes educativos, niños, niñas y adolescentes buscando propiciar entornos protectores, consolidándose como agentes de transformación y desarrollo social; todo lo anterior por medio de espacios de reflexión e intercambio de saberes que les permitan orientar las dinámicas familiares y escolares propias en el marco de la protección integral de la infancia y la adolescencia y el fortalecimiento de las familias y las comunidades.

La explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes consiste en la utilización del cuerpo de una persona menor de edad o su representación con fines de gratificación sexual o lucro a cambio de una retribución o promesa de retribución en dinero o especie para el niño-a o para otra persona o personas. El niño-a es tratado como objeto sexual y como mercancía. Constituye una forma de violencia física, psicológica y sexual equiparable a la tortura y es una clara vulneración de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes. El IDIPRON desarrolla acciones para la atención especializada a niños, niñas y adolescentes víctimas de Explotación Sexual y Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes-ESCNNA, mediante la prevención, atención y acompañamiento en el restablecimiento de derechos vulnerados de dichos niños, niñas y adolescentes, a través de un programa en la modalidad de acogida y desarrollo, o internado con el apoyo del PARD-ICBF, que permite trascender en los procesos de resocialización y brindar la oportunidad de construir con los niños, niñas y adolescentes habilidades para la vida y resignificación de su problemática desde el principio de la corresponsabilidad, fortaleciendo sus capacidades y habilidades para la formulación de un proyecto de vida empoderado en sus derechos y logrando el reconocimiento de la ESCNNA como un delito. Así mismo, implementa la modalidad de atención integral a niños, niñas y adolescentes en riesgo de explotación sexual

La modalidad de Acogida y Desarrollo o Internado, implementa acciones tales como:

Apoyo sociolegal: donde se realiza acompañamiento al proceso de denuncia.

Apoyo psicosocial donde se realiza a través de un plan de atención integral a los niños, niñas y adolescentes víctimas.

Apoyo en salud: Donde se generan estrategias pedagógicas para fortalecer en los niños, niñas y adolescentes el autocuidado y autoconcepto.

Escuela: Que busca fortalecer habilidades, conocimientos básicos académicos para promociones de grado, principios y valores de cada una de los niños, niñas y adolescentes favoreciendo su integralidad e inclusión social.

Espiritualidad: Donde a través de diversas actividades se identifican las habilidades y oportunidades de mejora para la convivencia de los niños, niñas y adolescentes.

Tabla 66 Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de ESCNNA atendidos 2017

LOCALIDAD	ATENCIÓN 2017 EN LA UPI CORESPONDIENTE					
	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		total	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Usaquén					0	0
Chapinero					0	0
Santafé	1			1	1	1
San Cristóbal			1	1	1	1
Usme			1	2	1	2
Tunjuelito			1		1	0
Bosa				1	0	1
Kennedy				2	0	2
Fontibón				1	0	1
Engativá		4	8	56	8	60
Suba				1	0	1
Barrios Unidos					0	0
Teusaquillo					0	0
Los Mártires		2	1	2	1	4
Antonio Nariño				1	0	1
Puente Aranda				1	0	1
La Candelaria				1	0	1
Rafael Uribe Uribe				3	0	3
Ciudad Bolívar	1		3	1	4	1
Sumapaz					0	0
DISTRITAL			1	4	1	4
TOTAL	2	6	16	78	18	84
<b>TOTAL NNA ATENDIDOS</b>					<b>102</b>	

Fuente: OAP IDIPRON

**Nota 1:** La distribución por localidad corresponde al punto de habitabilidad del beneficiario/a.

**Nota 2:** La Localidad Distrital hace referencia a aquellos beneficiarios/as que no relacionaron información de habitabilidad o la desconocen.

**Nota 3:** Los grupos etarios corresponde a: NIÑEZ: 6 a 13 años y ADOLESCENCIA: 14 a 17 años

Realizando una clasificación de dicha población por su grupo étnico se obtiene la siguiente relación:

Tabla 67 Clasificación Étnica Víctimas de ESCNNA 2017

ETNIA				
ETNIA	ATENCIÓN 2017			
	NIÑEZ		ADOLESCENCIA	
	hombre	mujer	hombre	mujer
Blanco	0	0	3	10
Indígena	0	1	0	0
Mestizo	0	1	3	11
Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	0	0	1	3
No se identifica	2	4	8	55
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>79</b>
<b>TOTAL</b>				<b>102</b>

Fuente: OAP IDIPRON

**Nota 1:** "No se identifica" hace relación al número de beneficiarios que no se identificaron con ninguna etnia o no contestaron

De los 102 niños, niñas y adolescentes atendidos durante 2017, 69 no se auto identifican en ninguna etnia, 15 se identifican como mestizos, 13 como blancos y 4 como negro, afro descendiente y uno como indígena.

En la modalidad de riesgo o modalidad externado, atención a niños, niñas y adolescentes en riesgo de la ESCNNA, se desarrolla un proceso preventivo, de atención integral a niños, niñas y adolescentes, que se encuentran bajo el cuidado de sus familiares, pero requieren un abordaje y apoyo institucional de acompañamiento presencial.

El objetivo de la modalidad, es atender y acompañar en el restablecimiento de derechos vulnerados a los niños, niñas y adolescentes; a través de un programa de prevención del riesgo de la ESCNNA que ofrecen los contextos individuales, familiares y sociales de los niños, niñas y adolescentes, mediante una atención especializada en modalidad de externado en la Unidad de Protección Integral- UPI Luna Park.

El proceso inicia con la focalización e ingreso de los niños, niñas y adolescentes a la UPI Luna Park ya sea por condición, opción y/o protección. Continúa con la valoración inicial desde las áreas psicosocial, pedagogía y salud para establecer un plan de intervención y abordaje a ejecutarse en los tiempos de permanencia de los niños, niñas y adolescentes en la Unidad, ya que la asistencia de los mismos es en contra jornada escolar, dónde mediante las actividades pedagógicas y lúdico recreativas se fortalecerán las habilidades individuales, familiares y sociales para mitigar el riesgo de la ESCNNA.

Se adelantaron las siguientes acciones:

- Salud: Atención enfocada a la atención primaria en salud, valoraciones desde enfermería, nutrición, odontología y fonoaudiología; además de acciones enmarcadas en talleres de promoción y prevención en autocuidado y salud sexual y reproductiva, actividades de hábitos de higiene, alimenticios, cuidados del entorno, presentación personal, así como también las normas y comportamientos adecuados

en los diferentes espacios (organización de los espacios físicos del externado, pediculosis, aseo personal)

- **Sociolegal:** La articulación con esta área se realiza con la dupla de trabajo social y abogado asignados para el programa de ESCNNA con quienes mensualmente se realiza una sesión de estudios de caso para orientación y radicación de informes con fines de establecer procesos administrativos de restitución de derechos y/o activación de rutas
- **Psicosocial:** Desde el área psicosocial, se realizan las siguientes acciones con los profesionales de Trabajo Social, Psicología y Psicología Clínica; donde se realiza la valoración Inicial, las Intervenciones Terapéuticas Individuales, la Orientación y seguimiento, Intervención grupal, Intervención en domicilio.
- **Escuela:** Como los niños, niñas y adolescentes beneficiarios se encuentran vinculados académicamente, se realizan valoraciones pedagógicas individualizadas con la finalidad de identificar y evaluar los procesos educativos y desarrollo académico, para de esta manera desarrollar un plan de trabajo de acuerdo a sus dificultades escolares de forma individual.

*Tabla 68 Niños, Niñas y Adolescentes en Riesgo de ESCNNA Atendidos en 2017*

LOCALIDAD	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		total	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Usaquén	0	0	0	1	0	1
Chapinero	0	1	0	0	0	1
Santafé	34	44	26	18	60	62
San Cristóbal	1	2	3	2	4	4
Usme	1	1	2	5	3	6
Tunjuelito	0	0	0	0	0	0
Bosa	0	0	5	2	5	2
Kennedy	5	10	0	1	5	11
Fontibón	0	0	0	0	0	0
Engativá	0	0	0	0	0	0
Suba	0	0	2	0	2	0
Barrios Unidos	0	0	0	0	0	0
Teusaquillo	0	0	0	0	0	0
Los Mártires	22	28	14	12	36	40
Antonio Nariño	4	7	2	0	6	7
Puente Aranda	21	7	9	4	30	11
La Candelaria	2	3	4	1	6	4
Rafael Uribe Uribe	3	1	1	7	4	8
Ciudad Bolívar	16	19	14	17	30	36
Sumapaz	0	0	0	0	0	0
DISTRITAL	3	3	9	10	12	13
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>126</b>	<b>91</b>	<b>80</b>	<b>203</b>	<b>206</b>
<b>TOTAL Niños, Niñas y Adolescentes Atendidos</b>					<b>409</b>	

Fuente: OAP IDIPRON

**Nota 1:** La distribución por localidad corresponde al punto de habitabilidad del beneficiario/a.

**Nota 2:** La Localidad Distrital hace referencia a aquellos beneficiarios/as que no relacionaron información de habitabilidad o la desconocen.

**Nota 3:** Los grupos etarios corresponde a: Niñez: 6 a 13 años Adolescencia: 14 a 17 años

*Tabla 69 Clasificación Étnica Niños, Niñas y Adolescentes en Riesgo de ESCNNA 2017*

Grupo Étnico				
ETNIA	NIÑEZ		ADOLESCENCIA	
	hombre	mujer	hombre	mujer
	Blanco	3	3	10
Indígena	4	3	4	2
Mestizo	15	23	24	15
Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	6	5	8	1
Raizal del archipiélago de san Andrés y providencia	0	0	1	
No se identifica	84	92	44	50
<b>TOTAL</b>	<b>112</b>	<b>126</b>	<b>91</b>	<b>80</b>
<b>TOTAL</b>				<b>409</b>

Fuente: OAP IDIPRON

**Nota 1:** "No se identifica" hace relación al número de beneficiarios que no se identificaron con ninguna etnia o no contestaron

*Tabla 70. NNA atendidos en Riesgo de ser Víctimas de ESCNNA.*

En Riesgo	2014	2015	2016
Mujer	178	253	188
Hombre	155	235	161
Total	333	488	349

Fuente: OAP IDIPRON

Si se analiza dicha cifra en comparación a la población atendida en años anteriores, se observa que la cifra guarda una coherente relación con lo que históricamente se ha venido atendiendo desde octubre del 2014 al año 2016, ya que en 2014 se atendieron 333 niños, niñas y adolescentes, en 2015, 488 y en 2016 se atendieron 349 niños, niñas y adolescentes en riesgo de explotación sexual comercial.

El Instituto Distrital de Turismo-IDT comprometido con el Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos", fortalece la cultura turística de la ciudad a través de diferentes acciones de formación con los prestadores de servicios turísticos, Instituciones de educación superior, el programa Colegios Amigos del Turismo y con las empresas de taxis de la ciudad. En este marco se realizan acciones de prevención de la ESCNNA en el contexto de viajes y turismo; promoviendo así el disfrute responsable del destino y, previniendo la comisión de este delito a partir de:

Jornadas de Sensibilización y Capacitación: Dirigidas a prestadores de servicios turísticos, la cadena de valor y a las localidades con vocación turística. Son objetivos de este proceso:

- Sensibilizar y capacitar a los prestadores de servicios turísticos para que generen entornos responsables que garanticen los derechos de los niños, niñas y adolescentes.
- Lograr que los prestadores de servicios turísticos asuman la prevención de la ESCNNA, como parte de la responsabilidad social empresarial.
- Asumir la ESCNNA como un delito que debe ser combatido
- Fomentar la implementación de la Norma Técnica Sectorial de Turismo Sostenible-NTS TS, así como la adopción de la certificación en The Code<sup>59</sup>.

Durante el año 2017 se logró realizar 35 talleres, en los que se capacitaron a 614 personas vinculadas laboralmente.

Construcción de entornos protectores de la niñez en las localidades con vocación turística: Estrategia que pretende empoderar a los residentes locales para que asuman la prevención de la ESCNNA como parte de su corresponsabilidad, e involucra a los líderes sociales en la dinamización de procesos en función de la prevención que se requieran en la comunidad.

La estrategia consta de tres fases: Posicionamiento Territorial, Diagnóstico y Plan de Acción. Y actualmente se está llevando a cabo en cuatro localidades: La Candelaria, Chapinero, Usaquén y Teusaquillo.

Por otra parte, en el marco de las violencias en contra de los niños, niñas y adolescentes, la Secretaría Distrital de Gobierno quien ejerce la secretaria técnica del Comité Distrital para la Lucha Contra la Trata de Personas de Bogotá D.C., el cual fue creado por el Decreto 484 de 2015, tiene la competencia de brindar y articular la atención, así como realizar acciones en materia de prevención, para las víctimas del delito de trata de personas.

A partir de estos dos escenarios, esta entidad ejecuta acciones encaminadas a activar la ruta de Atención Distrital en el marco, tanto de la asistencia inmediata como de la mediata, a las víctimas del delito de trata de personas que sean identificadas por los sectores miembros del Comité, independientemente de la modalidad, finalidad de la conducta punible y/o edad de la víctima; así mismo esta instancia ha ejercido la función de articular la atención, a través de la Ruta Distrital de Atención, la cual se explica a continuación:

La Ruta de Atención Distrital a las víctimas del delito de trata de personas, se activa a través de la línea telefónica 350-3085507 y el correo electrónico: [lucha.trata@gobiernobogota.gov.co](mailto:lucha.trata@gobiernobogota.gov.co), canales de atención que se encuentran a cargo de la Secretaría Distrital de Gobierno; mediante el Programas de asistencia y protección a víctimas de la trata de personas, es de señalar que la asistencia inmediata está relacionada con el retorno de las víctimas a su lugar de origen, en caso de que estas lo soliciten, así como con aspectos de seguridad, alojamiento digno, asistencia médica, psicológica y material, e información y asesoría jurídica respecto de los derechos y procedimientos legales a seguir. La Secretaría Distrital de Gobierno, tras efectuar el debido reporte al

---

<sup>59</sup> Es una herramienta de prevención de la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes, asociada a viajes y turismo, que fue creada en 1997 por operadores turísticos escandinavos y ECPAT Suecia, con el apoyo de la Organización Mundial del Turismo y ha sido reconocida por UNICEF.

Centro Operativo Anti Trata de Personas-COAT del Ministerio del Interior, brinda a las víctimas del delito de trata de personas, en el marco de la asistencia inmediata, las medidas de orientación y acompañamiento psico - jurídico, alojamiento digno y asistencia material relacionada con kit de aseo, vestuario y alimentación.

En este sentido, las demás medidas otorgadas en razón de la Ruta de Atención, se garantizan a través de la articulación con las autoridades competentes, pertenecientes al Comité. Durante 2016 y 2017 se han atendido 80 casos de trata de personas, de los cuales más del 66% de los casos (53) son con finalidad de explotación sexual.

El siguiente cuadro, representa la atención de casos de trata de personas por finalidad en niños, niñas y adolescentes, en los últimos tres años, cuya atención es articulada en coordinación con la entidad de competencia prioritaria, como es el ICBF.

*Tabla 71 Casos de trata de personas identificados por finalidad en niños, niñas y adolescentes en los últimos dos años*

FINALIDAD	2016	2017
Explotación sexual	0	3
Matrimonio servil	0	0
Mendicidad ajena	0	0
Otras formas de explotación	0	0
Servidumbre	0	0
Trabajos o servicios forzados	0	0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>3</b>

Fuente: Dirección de Derechos Humanos.

De acuerdo a lo anterior, se puede señalar que, en relación con la atención de niños, niñas y adolescentes, la Secretaría Distrital de Gobierno atendió dos casos de menores víctimas indirectas de este delito, es decir, que contaban con alguna relación o parentesco con un adulto víctima directa de trata. Por otra parte, en el caso del otro niño, niña o adolescente que recibió atención directa por parte de la Secretaría, se realizó la articulación con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, quien realizó la verificación de garantías de derechos de los niños, niñas o adolescentes.

De otro lado, y en el marco de la Mesa Técnica de Prevención del Comité de la Lucha contra la Trata de Personas de Bogotá D.C., se han realizado campañas y procesos de formación y sensibilización.

A continuación, presentamos las acciones de formación y sensibilización que se realizaron en las IED y Colegios Privados en la vigencia del 2017, entre estudiantes de 7 y 17 años, en las siguientes localidades:

*Tabla 72 Sensibilizaciones y/o formaciones realizadas en prevención de Trata de Personas, a estudiantes entre 7 y 17 años.*

Localidad	Número de estudiantes formados	IED y Colegios privados	Género
Teusaquillo	255	IED Manuela Beltran, Colegio Gimnasio William McKinley.	Mujeres: 110 Hombres: 145
Tunjuelito	412	Colegio San Carlos, Colegio Cooperativo Nuevo Muzú, estudiantes del Foro Local de Educación y Personeros estudiantiles.	Mujeres: 200 Hombres: 210 Trans: 2
Santa Fé	53	Aulas Colombianas Sede A y Escuela Nacional de Comercio	Mujeres: 21 Hombres: 32
Engativá	381	Las Mercedes, Colsubsidio	Mujeres: 220 Hombres: 161
Usaquén	211	Unión Colombia	Mujeres: 120 Hombres: 91
Mártires	39	Estudiantes de diferentes colegios distritales de la localidad	Mujeres: 17 Hombres: 22
San Cristóbal	53	Estudiantes del Colegio Rafael Niñez	Mujeres: 33 Hombres: 20
<b>Total</b>	<b>1404</b>		

Fuente: Dirección de Derechos Humanos

De acuerdo a los datos registrados, se han realizado formaciones en las diferentes localidades en las cuales, quinientos setenta y nueve (579) fueron hombres y setecientos ochenta y cuatro (784) correspondieron a mujeres, para un total de mil cuatrocientos cuatro (1404) formaciones o sensibilizaciones en IED, cumpliendo de esta manera con la meta establecida para la vigencia de 2017. El objetivo de estas formaciones a niños, niñas y adolescentes es generar un proceso de sensibilización en torno a la trata de personas, dirigido a estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad, con el fin de compartir conceptos y herramientas para prevenir dicha problemática.

Desde la Secretaría Distrital de la Mujer y en armonización con el Eje 1 Niños, niñas y adolescentes en ciudadanía plena de la Política Pública de Infancia y Adolescencia, para el año 2017 se realizaron 3 procesos de sensibilización:

- En la UPI Cra. 27 de IDIPRON, con la participación de 15 mujeres adolescentes en 10 sesiones de sensibilización en las cuales se promovió los derechos de las mujeres especialmente a una cultura libre de sexismo y participación y representación con equidad. Este proceso estuvo en el marco de Convenio Interadministrativo entre la Secretaría Distrital de la Mujer e IDARTES.
- Realización de 2 jornadas informativas frente al derecho a la paz y la diversidad, una jornada con 14 mujeres adolescentes del Hogar Femenino Luis Amigó-OFLA-Responsabilidad Penal Adolescente- y una segunda jornada Fundación Otelo-Internado para Adolescentes en el marco de la conmemoración de la No violencia contra las mujeres.
- Realización del III Festival de Mujeres Adolescentes y Jóvenes con la participación de 300 mujeres adolescentes escolarizadas, el festival contó con dos espacios de diálogo, un primer momento académico dirigido por las adolescentes y segundo momento artístico, se promovió el derecho a la paz y la convivencia con equidad y una vida libre de violencias.

- Desarrollo de proceso de fortalecimiento con 50 mujeres adolescentes integrantes de la Instancia Escolar del IED Liceo Femenino Mercedes Nariño, para la promoción del derecho a la participación y representación con equidad.

De otro lado, la Secretaría Distrital de la Mujer, a través del papel primordial de las Casas Refugio, las cuáles son el escenario principal para dar cumplimiento a la línea de acción, de prevención, atención y protección de las mujeres víctimas de violencias, junto con sus hijas e hijos, en el marco de los lineamientos de la Política Pública de mujeres y Equidad de Género adoptados mediante el acuerdo Distrital 584 de 2015, buscó brindar acogida a las mujeres víctimas de violencias al interior de las familias y sus hijos e hijas, quienes llegan en virtud de una medida de protección. A través de un equipo interdisciplinario se realizó asesoría y asistencia técnico legal; acompañamiento psicosocial, psicopedagógico y ocupacional, con miras a la reconstrucción de sus proyectos de vida, bajo el principio entre otros, de la corresponsabilidad. Es así que se alcanzaron los siguientes logros:

- 55.512 actividades cuidado y asistencia de niños, niñas y adolescentes.
- 921 orientaciones/acompañamientos y/o refuerzos.
- Talleres relacionados con prevención y tipos de las violencias: Reconociendo mis derechos, hábitos de higiene. hábitos de vida saludable. Conociendo mi cuerpo. proyecto de vida con niños, niñas y adolescentes.
- Actividades físicas relacionadas con juegos y bailes, salidas pedagógicas a 754 Niñas, niños y adolescentes.

## **OTRAS VIOLENCIAS**

En este apartado agrupa los indicadores de otro tipo de violencias intencionadas como no intencionadas, tales como: violencia interpersonal, accidentes fatales, hostigamiento escolar, violencia registrada por la Instituciones Educativas Distritales y víctimas de suicidio. Estas violencias, se asocia a la negligencia, iniciando por los espacios como hogar y espacios público y la violencia autoinflingida, como el suicidio.

### **2.4.6. Número de niños, niñas y adolescentes (primera infancia, infancia y adolescencia) víctimas de violencia interpersonal**

En cuanto al indicador número de niños, niñas y adolescentes víctimas de Violencia Interpersonal-VIP en 2017, según los datos suministrados por IMLCF, en Bogotá durante el año 2017 se presentaron 3.185 casos, de estos 345 se presentaron en Kennedy, 296 en Ciudad Bolívar, 270 en San Cristóbal, 253 en Bosa y 208 en Engativá, es decir, que el 43% de los casos de violencia interpersonal, tiene origen en solo seis (6) localidades. Frente al género encontramos que de los 3.185 casos reportados encontramos un el 55% son hombre y el 45% son mujeres.

Tabla 73 Población Víctima de VIP-2017

Localidad del hecho/sexo víctima	2016			2017		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Antonio Nariño	41	15	56	20	21	41
Barrios Unidos	58	22	80	28	26	54
Bosa	164	56	220	111	142	253
Chapinero	22	9	31	41	24	65
Ciudad Bolívar	175	197	372	141	155	296
Engativá	138	87	225	105	103	208
Fontibón	67	44	111	64	35	99
Kennedy	440	248	688	198	147	345
La Candelaria	13	19	32	16	13	29
Mártires	74	29	103	65	31	96
Puente Aranda	53	38	91	48	25	73
Rafael Uribe Uribe	121	106	227	74	100	174
San Cristóbal	164	146	310	152	118	270
Santafé	65	26	91	30	34	64
Suba	131	99	230	101	80	181
Sumapaz	0	0	0	1		1
Teusaquillo	21	8	29	19	7	26
Tunjuelito	80	44	124	54	40	94
Usaquén	47	37	84	46	37	83
Usme	117	88	205	75	85	160
Sin información	162	189	351	353	220	573
<b>Total</b>	<b>2153</b>	<b>1507</b>	<b>3660</b>	<b>1742</b>	<b>1443</b>	<b>3185</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

En relación con los datos 2016, la VIP en el 2017 da cuenta de una disminución significativa de 475 casos, de los cuales 411 son hombres. Frente a los rangos de edad de víctimas de VIP, encontramos alarmantes datos de niños y niñas de 0 a 4 años con 53 casos, al igual que 66 casos entre 5 y 9 años; aunque el mayor número de niños, niñas y adolescentes víctimas de VIP se encuentran en el rango de edad entre 10 a 17 años, correspondiente al 96% de los 3.185 casos registrados por Medicina Legal.

Tabla 74 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de VIP 2017

Rango de edad/	Hombre	Mujer	Total
0 a 4 años	29	24	53
05 a 09 años	39	27	66
10 a 14 años	296	508	804
15 a 17 años	1378	884	2262
<b>Total</b>	<b>1742</b>	<b>1443</b>	<b>3185</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

#### 2.4.7. Número de casos de accidentes (fatales) en primera infancia, infancia, adolescencia

Frente al indicador de número de niños, niñas y adolescentes en accidentes de tránsito fatales, el IMLCF reporta que durante el 2017 en Bogotá se presentaron 21 casos, de los cuales 15 son hombres y 6 mujeres. El rango de edad que predominante en los casos de accidentes fatales es la adolescencia, seguida de los niños entre los 0 y 4 años de edad.

*Tabla 75 Número de Niños, niñas y adolescentes lesionados fatales en Accidentes de Tránsito Fatales 2017*

Grupo de edad/sexo de la víctima	Hombre	Mujer	Total
0 a 4 años	4	1	5
5 a 9 años	3	1	4
10 a 14 años	3		3
15 a 17 años	5	4	9
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>21</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

La localidad de la cual se reportan el mayor dato de accidentes fatales para el 2017, es Ciudad Bolívar con un total de 6 casos, 5 hombres y 1 mujer, seguidos de la localidad de Kennedy, Suba y Bosa con un registro de 3 casos cada uno.

*Tabla 76 Número de Niños, Niñas y Adolescentes lesionados fatales en Accidentes de Tránsito Fatales 2017*

Localidad del hecho/sexo víctima	Hombre	Mujer	Total
Antonio Nariño		1	1
Bosa	2	1	3
Chapinero	1		1
Ciudad Bolívar	5	1	6
Fontibón	1		1
Kennedy	1	2	3
Rafael Uribe Uribe		1	1
San Cristóbal	1		1
Suba	3		3
Usme	1		1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>21</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

#### 2.4.8. Número de niños, niñas y adolescentes (primera infancia, infancia, adolescentes) víctimas de Suicidio.

Según datos presentados por el IMLCF, durante el años 2017 se presentaron 36 casos de suicidio, de los cuales el 50% (18) de los casos se presentaron en la franja de edad de 10 a los 14 años y de estos a su vez más del 60% fueron niños y el resto fueron niñas. Un 47% (17) restante se encontraban entre los 15 a 17 años. Ahora bien, se presentó un preocupante caso de suicidio de un niño entre los 5 y los 9 años.

Ahora bien, la localidad con mayor suicidio de niños, niñas y adolescentes, es Bosa con nueve (9) casos correspondiente al 16%, seguido de Kennedy con seis (6) correspondiente a 5 casos correspondiente al 13,8%. Es de resaltar, que en cuanto a las causas de muertes violentas por suicidio, estas no son claras, ya que de los datos que presenta Medicina Legal, de los 36 casos, 20 no tiene información.

*Tabla 77 Número de Niños, niñas y adolescentes Muerte Violenta suicidio, 2017*

Grupo de Edad	Hombre	Mujer	Total general
5 a 9 años	1		1
10 a 14 años	11	7	18
15 a 17 años	10	7	17
<b>Total general</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>36</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

*Tabla 78 Número de Niños, Niñas y Adolescentes Muerte Violenta suicidio, Distribución por Localidad 2017*

Localidad del hecho/sexo	Hombre	Mujer	Total
Antonio Nariño	1		1
Bosa	8	1	9
Ciudad Bolívar	1	4	5
Engativá	1	1	2
Kennedy	2	4	6
Puente Aranda	1		1
Rafael Uribe Uribe	1		1
San Cristóbal		1	1
Santa fe	1		1
Suba	1	1	2
Usaquén	1	1	2
Usme	2	1	3
Sin Información	2		2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>36</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

Tabla 79. Número de Niños, niñas y adolescentes Muerte Violenta suicidio, 2017

Posible razón/ sexo victima	Hombre	Mujer	Total
Conflicto con pareja o ex-pareja	1	1	2
Desamor	1	4	5
Enfermedad física o mental	1		1
Escolares - educativas	4		4
Maltrato físico - sexual - psicológico	1		1
Otras	2	1	3
Sin información	12	8	20
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>36</b>

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses GCRNV-CRRV  
 Nota: los datos correspondientes al 2017\* son preliminares, sujetos a actualización.

En este mismo sentido, la SED durante 2017 reportó, 14 presuntos casos de suicidio consumado, presentándose 3 casos en Bosa, 2 en Suba y Ciudad Bolívar y un caso en Usaquén, San Cristóbal, Usme, Kennedy, Engativá, Barrios Unidos y Rafael Uribe Uribe

Tabla 80 Consolidado de presuntos casos de suicidio consumado reportados en el Sistema de Alertas, Distribución por Localidad 2017

Localidad	Total
Usaquén	1
Chapinero	0
Santa Fe	0
San Cristóbal	1
Usme	1
Tunjuelito	0
Bosa	3
Kennedy	1
Fontibón	0
Engativá	1
Suba	2
Barrios Unidos	1
Teusaquillo	0
Los Mártires	0
Antonio Nariño	0
Puente Aranda	0
Candelaria	0
Rafael Uribe Uribe	1
Ciudad Bolívar	2
Sumapaz	0
<b>Total</b>	<b>14</b>

Fuente: SED. Sistema de Alertas, 2017

#### 2.4.9. Número de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de hostigamiento escolar

Ahora bien, frente al indicador de número de niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de hostigamiento escolar, la SED a través del Sistema de Alertas reportó durante 2017, 432 casos de presuntos casos de hostigamiento escolar, de los cuales nuevamente el 50% de ellos se presentan en cinco (5) localidades, con Rafael Uribe Uribe con 51 casos correspondiente al 11%, San Cristóbal con 45 (10%) casos, Kennedy con 42 (9.7%), Suba con 41 (9.4%) y Ciudad Bolívar con 39 (9%) casos, es de resaltar que dos localidades no reportan ningún caso de presunto casos de hostigamiento, Candelaria y Sumapaz.

*Tabla 81 Consolidado de presuntos casos de hostigamiento escolar reportados en el Sistema de Alertas, Distribución por Localidad 2017*

Localidad	Total
Usaquén	5
Chapinero	4
Santa Fe	12
San Cristóbal	45
Usme	22
Tunjuelito	18
Bosa	29
Kennedy	42
Fontibón	22
Engativá	28
Suba	41
Barrios Unidos	8
Teusaquillo	4
Los Mártires	6
Antonio Nariño	35
Puente Aranda	21
Candelaria	0
Rafael Uribe Uribe	51
Ciudad Bolívar	39
Sumapaz	0
<b>Total</b>	<b>432</b>

Fuente: SED. Sistema de Alertas, 2017

#### 2.4.10. Número de casos de Violencia de niños, niñas y adolescentes registrados por IED.

De igual forma, la SED reportó 4.881 casos de presunto abuso y violencia, de los cuales el 52% (2.550) nuevamente corresponde a las mismas cinco localidades que los indicadores anteriores; distribuidos de la siguiente manera: San Cristóbal 665, Rafael Uribe 511, Kennedy con 510, Suba 453 y finalmente Ciudad Bolívar 411 casos reportados.

*Tabla 82 Consolidado de presuntos casos de abuso y violencia reportados en el Sistema de Alertas, Distribución por Localidad 2017*

Localidad	Total
Usaquén	101
Chapinero	30
Santa Fe	99
San Cristóbal	665
Usme	385
Tunjuelito	223
Bosa	432
Kennedy	510
Fontibón	142
Engativá	290
Suba	453
Barrios Unidos	86
Teusaquillo	20
Los Mártires	94
Antonio Nariño	232
Puente Aranda	191
Candelaria	4
Rafael Uribe Uribe	511
Ciudad Bolívar	411
Sumapaz	2
<b>Total</b>	<b>4881</b>

Fuente: SED. Sistema de Alertas, 2017

Es importante mencionar que no es posible tener la información discriminada por colegio debido a que la SED ha hecho un esfuerzo por no estigmatizar y/o revictimizar a las comunidades educativas a partir de la elaboración de listados o de información individualizada de los hechos, situaciones o problemáticas que las involucre.

Ahora bien, las acciones desarrolladas por Secretaría de Educación del Distrito para abordar estos dos indicadores, se desarrollan adelante, en n para subsanar estos dos indicadores

A continuación, se presentan las acciones desarrolladas durante la vigencia 2017 en el marco del desarrollo del Programa Integral de Mejoramiento de los Entornos Escolares – PIMEE de la SED.

Fortalecimiento de competencias socioemocionales de los estudiantes:

El 19 de septiembre de 2017 se firmó el Contrato de Servicios de Asesoría Reembolsables 2491 con el Banco Mundial, con el propósito de definir una “ruta pedagógica y metodológica para que los docentes fortalezcan el desarrollo de las competencias socioemocionales de los establecimientos educativos de Bogotá de manera articulada con la implementación de la Cátedra de paz con enfoque de cultura ciudadana”. Como resultado de este proceso la

SED tiene una ruta de formación de competencias socioemocionales que tiene los siguientes propósitos:

- Formar docentes para trabajar con sus estudiantes en el fortalecimiento de sus competencias socioemocionales.
- Fortalecer las siguientes competencias socioemocionales en los estudiantes:
  - Hacerse cargo de emociones.
  - Entenderse con los demás.
  - Interactuar con cuidado y respeto.
- Brindar herramientas concretas para implementar la Cátedra de paz con enfoque de cultura ciudadana.

Adicionalmente, la ruta contiene un marco conceptual y la descripción de un programa de aula para estudiantes de básica primaria para fortalecer sus competencias socioemocionales. Este programa contempla formación de un equipo territorial para acompañar el proceso, la formación de docentes, así como la entrega de materiales para docentes y estudiantes. Además, contempla una propuesta de evaluación de impacto.

### **Protocolos para la atención integral**

En el marco del Comité Distrital de Convivencia Escolar, en 2016 se aprobaron los protocolos de atención que establece la Ley 1620 de 2013<sup>60</sup> para abordar integralmente los casos en los que se vea afectada la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en los niveles educativos de preescolar, básica y media. Los protocolos establecen un conjunto de actividades, pautas y orientaciones que deben seguir los establecimientos educativos en el Distrito cuando identifiquen o tengan conocimiento de una situación que afecte la convivencia escolar o que amenace o vulnere un derecho fundamental. Las actividades contemplan acciones para la articulación con las entidades del orden distrital o nacional que tienen competencia en procesos de atención integral y de restablecimiento de derechos, así como acciones para realizar los seguimientos correspondientes. A continuación, se relacionan los protocolos de atención aprobados por el Comité Distrital de Convivencia Escolar, los cuales hacen parte del “Directorio de protocolos de atención integral para la convivencia escolar y el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos”. Este documento está disponible para consulta y descarga en el siguiente enlace: <http://www.educacionbogota.edu.co/es/temas-estrategicos/convivencia-escolar>.

1. Protocolo de atención para situaciones de presunto maltrato infantil por castigo, humillación, malos tratos, abuso físico y/o psicológico.
2. Protocolo de atención para situaciones de presunto maltrato por incumplimiento de responsabilidades por parte de los adultos.
3. Protocolo de atención para situaciones de presunto maltrato por trabajo infantil y sus peores formas, incluyendo mendicidad.
4. Protocolo de atención para situaciones de presunta ideación o amenaza suicida.

---

<sup>60</sup> Ley 1620 de 2013 “Por la cual se crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y Mitigación de la Violencia Escolar.”

5. Protocolo de atención para situaciones de presunto intento de suicidio.
6. Protocolo de atención para situaciones de presunto suicidio consumado.
7. Protocolo de atención para situaciones de presunta violencia sexual.
8. Protocolo de atención para situaciones de presunta agresión y/o acoso escolar.
9. Protocolo de atención para situaciones de embarazo adolescente, paternidad y/o maternidad temprana.
10. Protocolo de atención para situaciones de presunta violencia intrafamiliar.
11. Protocolo de atención para situaciones de presuntos casos que competen al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA).
12. Protocolo de atención de niños, niñas y adolescentes con presunto consumo de sustancias psicoactivas (SPA).
13. Protocolo de atención para situaciones de presunta violencia contra la mujer por razones de género.
14. Protocolo de atención para situaciones de presunto hostigamiento y/o discriminación por condiciones étnicas, raciales y orientaciones sexuales no normativas.
15. Protocolo de atención de niños, niñas y adolescentes víctimas y afectados por el conflicto armado residentes en Bogotá.
16. Protocolo de atención para la prevención del reclutamiento forzado de niños, niñas y adolescentes en Bogotá.
17. Protocolo de prevención de conflictos asociados a la presencia de habitantes de calle en los entornos escolares.
18. Protocolo de atención de siniestros viales para establecimientos educativos del Distrito Capital.

Durante la vigencia 2017 la SED, desarrolló jornadas de divulgación de los protocolos de atención integral para garantizar la vivencia de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los niños, las niñas y adolescentes de la ciudad. Al cierre de la vigencia se había acompañado 137 espacios de divulgación, de los cuales 93 fueron dirigidas a miembros de la comunidad educativa y los 44 restantes a otros actores. En el caso particular de los espacios dirigidos a la comunidad educativa, se contó con la participación de representantes de entidades como la Personería de Bogotá, Policía de Infancia y Adolescencia, ICBF, SDIS, SDS, Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia-SSCJ, Secretaría Distrital de la Mujer, Defensoría del Pueblo y la Fiscalía General de la Nación-FGN.

El ejercicio de difusión contó con una asistencia total de 5.538 personas, de las cuales 3.906 son parte de la comunidad educativa (rectores, orientadores, coordinadores, docentes, estudiantes y otros). Las restantes corresponden a profesionales corresponsables de garantizar la vivencia de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de los niños, las niñas y adolescentes de la ciudad.

Por otra parte, la SDIS, durante el año 2017 inició la implementación de la Estrategia de Prevención de Vulneración de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y ejecutó acciones de prevención en contextos comunitarios, institucionales y familiares, de situaciones de inobservancia, amenaza, vulneración, violencia intrafamiliar y sexual, que afectan el goce efectivo de los derechos de niñas, niños, adolescentes y sus entornos familiares, de acuerdo con lo definido en la Política Pública de Infancia y Adolescencia en Bogotá 2011-2021 y la Política Pública para las Familias 2011 – 2025.

Así las cosas, en el año 2017 se ejecutó un proceso de formación de estrategias de prevención con 600 niñas y niños entre los 6 a 13 años y 11 meses de edad sobre derechos, mecanismos de prevención de violencia y maltrato en las niñas, niños y adolescentes, formación en ciudadanía, convivencia y paz, proyecto de vida, mecanismos de denuncia y riesgos en entornos digitales (Sexting, Grooming, Sexortorsión y Cibebullyng); y un proceso de formación con 600 adolescentes de 14 a 17 años y 11 meses de edad en prevención de violencia intrafamiliar y sexual.

De igual manera, se adelantó el foro "Enrutémonos por el Buen Trato. Protección en Entornos Digitales para Niños, Niñas y Adolescentes" en la Semana del Buen Trato.

También se desarrollaron actividades que responden a la línea de prevención de consumo de SPA; en dicha línea se planteó la prevención del consumo con adolescentes vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA. Es así, como se llevaron a cabo dos encuentros intergeneracionales de prevención de consumo de SPA con adolescentes y jóvenes vinculados al SRPA, un proceso de cualificación de los equipos psicosociales de los Centros Forjar y se avanzó en la elaboración de materiales de prevención de consumo de SPA.

Con respecto a la cobertura, la estrategia de prevención, para la vigencia del 2017, benefició a 1.211 niñas, niños y adolescentes de las localidades de San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Usme en situación de riesgo en entornos digitales, maltrato y violencia intrafamiliar y sexual, según se observa en la siguiente tabla:

*Tabla 83 Número de Niños, Niñas y Adolescentes con acciones de Prevención frente a riesgo en entornos digitales, maltrato y violencia intrafamiliar y sexual*

Localidad	Ciudad Bolívar	Usme	San Cristóbal	Usme	Usme	Usme
<b>Colegio</b>	Colegio María Mercedes Carranza	Colegio Rafael Umaña	Alemania Unificada	Colegio Federico García Lorca	Colegio Fundación Usme	Colegio Fundación Usme
<b>Grupo etario</b>	6 a 13 años	14 a 17 años	14 a 17 años	14 a 17 años	6 a 13 años	14 a 17 años
<b>Número de NNA</b>	541	60	420	120	35	35

Fuente: Subdirección para la Infancia – Secretaría Distrital de Integración Social

Ahora bien, como avance y logro se estipula la primera versión de la Guía Orientadora para el desarrollo de estrategias de prevención de vulnerabilidad de derechos de niños, niñas y adolescentes en el Distrito capital, en la cual se definen tres líneas de acción:

Comunicación y sensibilización, línea que permite generar herramientas de divulgación, concientización y apropiación de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, tomando como agentes receptores a éstos, su núcleo familiar, su entorno educativo y los espacios públicos en los cuales se desarrolla su cotidianidad.

Gestión de capacidades y conocimientos pretende generar herramientas metodológicas y prácticas necesarias que operen como complemento a las acciones en materia de comunicación y sensibilización para consolidar una ruta de prevención que involucre las capacidades y conocimientos individuales de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de lograr una transformación positiva de sus realidades y la construcción de su proyecto de vida. En este aspecto se encuentran plasmados los elementos de prevención inespecífica, como la promoción del sano aprovechamiento del tiempo libre, el deporte, la cultura, el arte, el liderazgo, la participación incidente, el emprendimiento y la educación.

Trabajo en red, la cual se desarrolla como un proceso de articulación interinstitucional, en el cual se engranan los resultados de las acciones en materia de sensibilización y formación, descritos en los apartados anteriores. En tal sentido, a partir de la oferta de servicios de prevención para las niñas, niños y adolescentes a nivel distrital, nacional, privado e internacional, se busca consolidar una red que genere acceso a servicios que les permitan desarrollar adecuadamente su proyecto de vida de forma sostenible. Así mismo se pretenden generar entornos protectores y una ciudadanía activa en la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

En el marco de la guía orientadora, se establecieron actividades para la estrategia de prevención atendiendo a las tres líneas de acción, a decir: el diseño del plan de atención integral para el desarrollo de capacidades, la conformación de espacios alternativos de prevención que apoyen la generación de iniciativas organizativas de redes de niñas, niños y adolescentes, la activación de la RIA para garantizar el acceso y participación, el acompañamiento individual y grupal a las familias y el seguimiento a la operación del servicio garantizando continuidad.

Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Código de la Infancia y la Adolescencia, la adopción, se define como una medida de protección a través de la cual, bajo la suprema vigilancia del Estado, se establece de manera irrevocable la relación paterno-filial entre personas que no la tienen por naturaleza. En este sentido, la misma Ley determina la exigencia de establecer el Programa de Adopción del ICBF, entendido como el conjunto de actividades tendientes a restablecer el derecho fundamental de un niño, niña o adolescente a tener una familia.

La misma Ley establece que los niños, niñas y adolescentes son adoptables cuando:

- Son declarados en situación de adoptabilidad por el Defensor de Familia, mediante resolución, o por el Juez de Familia, cuando el primero pierde competencia, mediante sentencia.
- El Defensor de Familia autoriza la adopción, según los casos previstos en el Artículo 66 del Código, es decir, falta del padre o de la madre, no solamente por su muerte, sino también por una enfermedad mental o grave anomalía psíquica, certificada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Quienes ejercen la patria potestad manifiestan ante el Defensor de Familia su consentimiento para entregar en adopción a su hijo o hija menor de edad y este queda en firme en los términos, requisitos y condiciones previstos en el Código y la jurisprudencia. Dicho consentimiento debe estar libre de toda presión, engaño, fuerza o coerción. Así mismo, debe haberse otorgado con la previa información y asesoría suficientes sobre las consecuencias psicosociales y jurídicas de la

decisión, lo cual configura su validez civil e idoneidad constitucional, acorde con lo establecido en el artículo 66 del Código.<sup>61</sup>

A continuación se relacionan las acciones realizadas por el ICBF respecto a adoptabilidad; así, como las emprendidas por la SDIS a través de la Subdirección para la Familia, en los Centros Proteger.

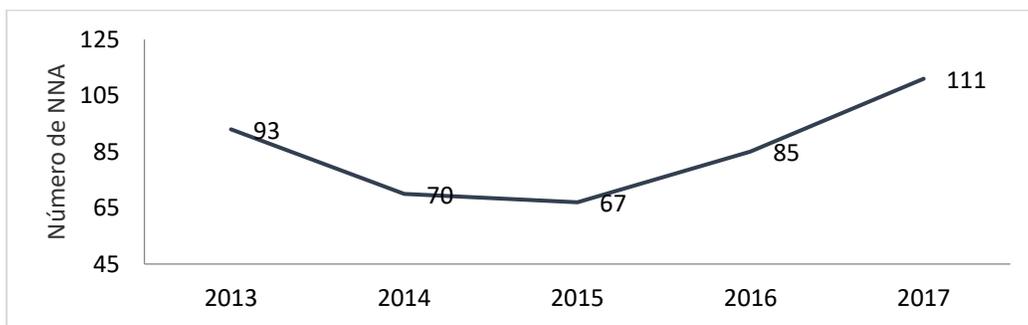
#### **2.4.11. Número de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años declarados en situaciones de adoptabilidad.**

El ICBF en su misionalidad de trabajar con calidad y transparencia por el desarrollo y la protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias colombianas, organiza sus acciones para la garantía, disfrute y goce de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en servicios y atenciones para aquellos a quienes se les ha vulnerado, amenazado o inobservados los mismos. Es así como a través de la adoptabilidad garantizan el derecho fundamental a la familia.

Para el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017, 3.075 niños, niñas y adolescentes, vinculados a Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos-PARD, fueron declarados en adoptabilidad por disposición del defensor-a de familia. Con relación a esto se reporta la siguiente información, con los niños y niñas a quienes se le garantiza el derecho a la familia y una vida digna:

- **Niños, niñas y adolescentes en situación de adoptabilidad en firme, SIN características especiales presentadas al Comité de Adopciones, con familia asignada. Indicadores 2013-2017.**

*Gráfica 65 Niños, niñas y adolescentes en situación de adoptabilidad en firme, SIN características especiales*



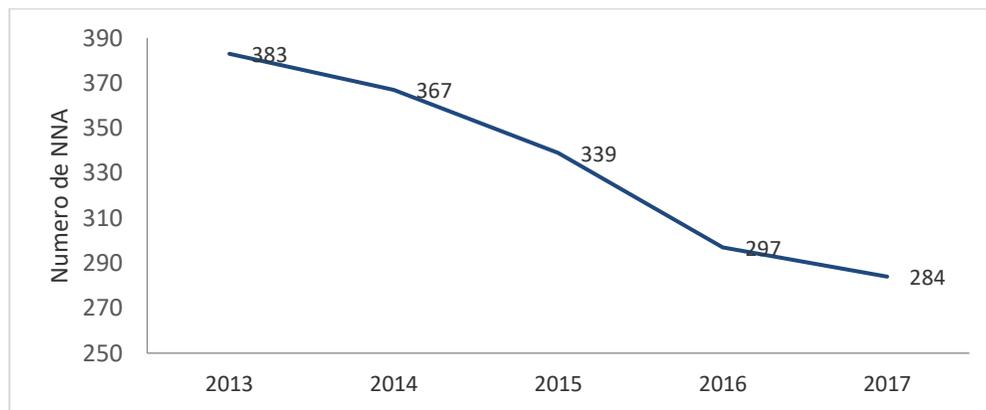
Fuente: Grupo Adopciones Regional Bogotá. Actas de Comité de Adopciones y Sistema de Información Misional "Modulo Adopciones"

<sup>61</sup> Sobre la procedencia del consentimiento para la adopción, el Convenio de La Haya de 1993 relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, hace referencia en los artículos 4, 16, y 27

Para el período 2013-2017, un total de 426 niños, niñas y adolescentes sin características y necesidades especiales, fueron presentados al Comité de Adopciones de la Regional Bogotá, a los cuales al 100% les fue asignada familia.

- **Niños, niñas y adolescentes en situación de adoptabilidad en firme, CON características y necesidades especiales y posibilidad de adopción presentados a comité de adopciones, con familia asignada.**

*Gráfica 66 Niños, niñas y adolescentes en situación de adoptabilidad en firme, CON características especiales*



Fuente: Grupo Adopciones Regional Bogotá. Actas de Comité de Adopciones y Sistema de Información Misional "Modulo Adopciones"

Con relación a los niños, niñas y adolescentes con características y necesidades especiales por la condición de salud, edad y grupo de hermanos, 1.670 niños, niñas y adolescentes fueron asignados a familia durante el período evaluado, siendo el 2013 el año que registra un mayor número de niños, niñas y adolescentes con asignación de familias.

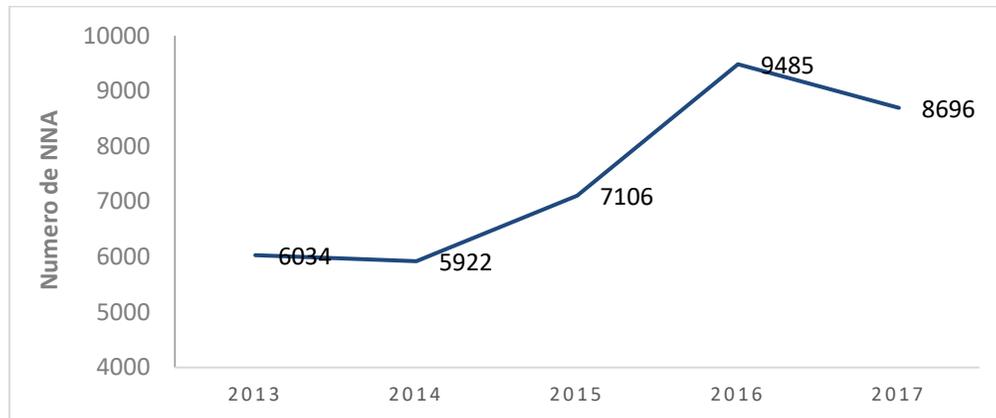
El ICBF Regional Bogotá, trabaja conjuntamente con organismos internacionales, para la búsqueda y posterior asignación a familias idóneas, para los niños, niñas y adolescentes que presentan características especiales.

Ahora bien, respecto al grupo etario el 55% de los niños, niñas y adolescentes con características y necesidades especiales, presenta una edad mayor a los 8 años.

Respecto al género, se evidencia que el 57%, corresponde al género femenino y el 43% a género masculino.

De acuerdo con el indicador número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con PARD, se reporta la siguiente información:

*Gráfica 67 Número Ingresos de NNA a Proceso Administrativo De Restablecimiento De Derechos- PARD 2013 - 2017*



**Fuente:** Sistema de Información Misional SIM – Subdirección de Restablecimiento de Derechos, Sede Nacional- Base de datos consolidado PARD 2013-2017.

Para el período comprendido entre el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017, fueron vinculados a PARD un total de 37.243 niños, niñas y adolescentes con derechos amenazados, inobservados o vulnerados.

Durante el 2016, se presentó el mayor número de vinculaciones a PARD, cifra que presentó una disminución para el año 2017 en 789 casos, sin embargo, los años 2016 y 2017 ostentan el mayor número de niños, niñas y adolescentes vinculados a PARD en los últimos cinco años.

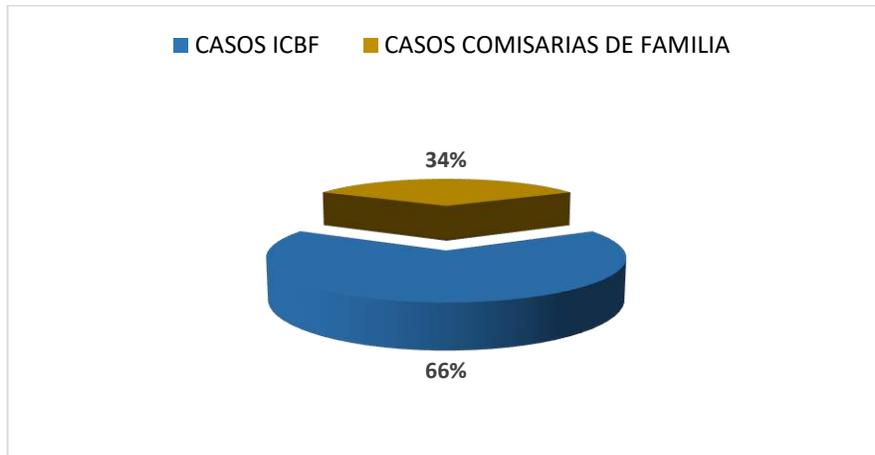
Así mismo, los Centros Proteger se constituyen en espacios donde se brinda atención integral para la garantía de derechos de niños, niñas, adolescentes en edades comprendidas entre 0 a 9 años 11 meses y hermanos con edad hasta 10 años 11 meses cuyos derechos se encuentran inobservados, amenazados o vulnerados. espacios que garantizan la protección y ambientes propicios para llevar a cabo procesos de restablecimiento de derechos a niños, niñas y adolescentes los cuales buscan reparar el daño causado y crear contextos que posibiliten la construcción de individuos integrales para el efectivo goce de sus derechos

La SDIS a través de sus seis (6) Centros Proteger ha implementado herramientas y estrategias orientadas a garantizar la oportunidad de tiempos preestablecidos en la normatividad vigente para los procesos de protección y restablecimiento de derechos con el objetivo de brindar no solo un adecuado proceso a través del trabajo interdisciplinario, sino también con estrategias de fortalecimiento al servicio que promuevan principalmente la garantía de derechos a los niños niñas y adolescentes y su derecho a tener una familia que brinde las condiciones y garantías necesarias para su desarrollo integral.

A continuación se describe la gestión correspondiente al año 2017 en procura de la adecuada garantía y restablecimiento de derechos de nuestros niños, niñas y adolescentes.

Los ingresos por autoridad competente para el año 2017, se evidencia un alto porcentaje remisiones por parte de las diferentes defensorías zonales de ICBF, así como del Centro Especializado Revivir ICBF. El porcentaje de casos atendidos y remitidos por ICBF es de 65.6 %, y el de Comisarías de Familia el 34.4% restante.

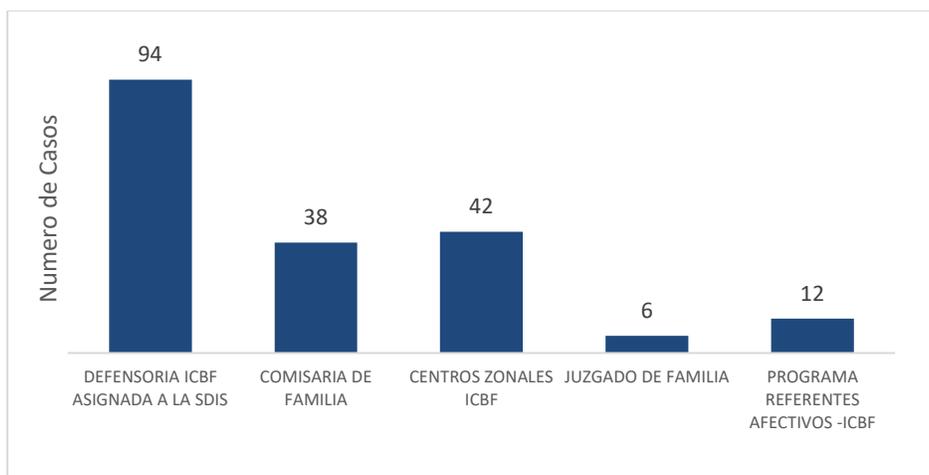
Gráfica 68 Porcentaje de Ingresos de niños, niñas y adolescentes por autoridad competente 2017



Fuente: Sistema de Información SIRBE - Ingresos por autoridad competente año 2017  
Conteo Subdirección Para La Familia. Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

El comportamiento del promedio mensual de casos, diferenciados por autoridad competente que adelantó el caso, entre ellas las Comisarías de Familia, Defensoría de Familia ICBF asignada a la Secretaría de Integración Social, Centros Zonales de ICBF, Juzgados de Familia y Programa de Referentes Afectivos de ICBF.

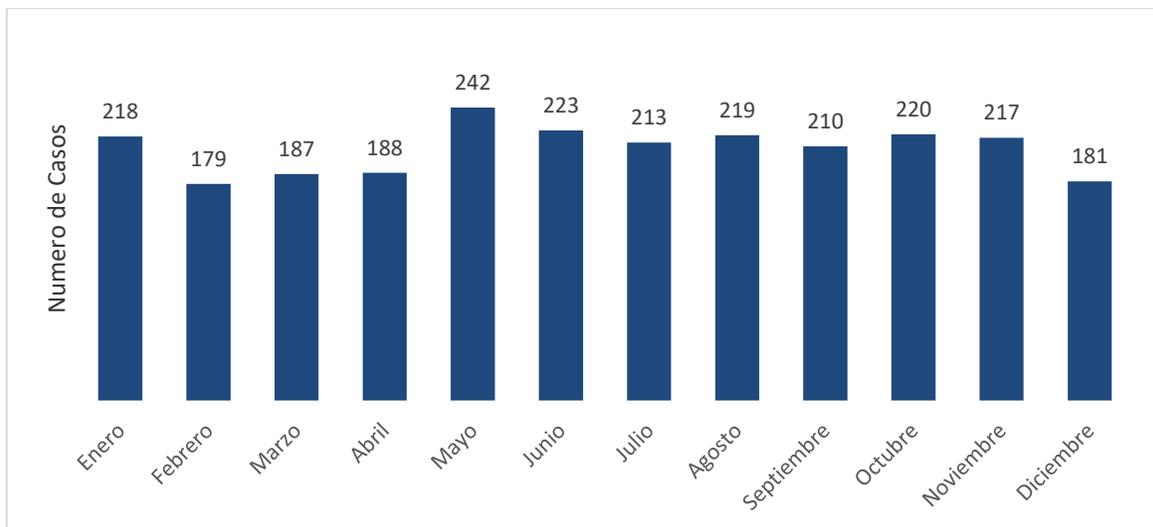
Gráfica 69 Promedio Casos por Autoridad Competente 2017



Fuente// Herramienta de seguimiento a permanencia en los Centros Proteger diciembre 2017.  
Fuente// Sistema de Información SIRBE  
Conteo Subdirección Para La Familia.  
Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

La gráfica evidencia la mayor concentración de casos en la Defensoría de Familia ICBF adscrita a la SDIS, es importante tener en cuenta que desde la SDIS se trabajó interinstitucionalmente para lograr que todos los casos de Centros Zonales ICBF, fueran asumidos por la Defensoría de Familia adscrita al Centro Único de Recepción Niños – Niñas-CURNN, lo anterior facilitando la atención y toma de decisiones oportunas que redundan en la movilidad de los casos y el adecuado y oportuno restablecimiento de derechos de los niños, niñas adolescentes y sus familias que hacen uso del servicio.

*Gráfica 70 Cobertura Mensual Centros Proteger año 2017*



Cobertura Global Centros Proteger periodo enero – diciembre de 2017

Fuente// Sistema de Información SIRBE

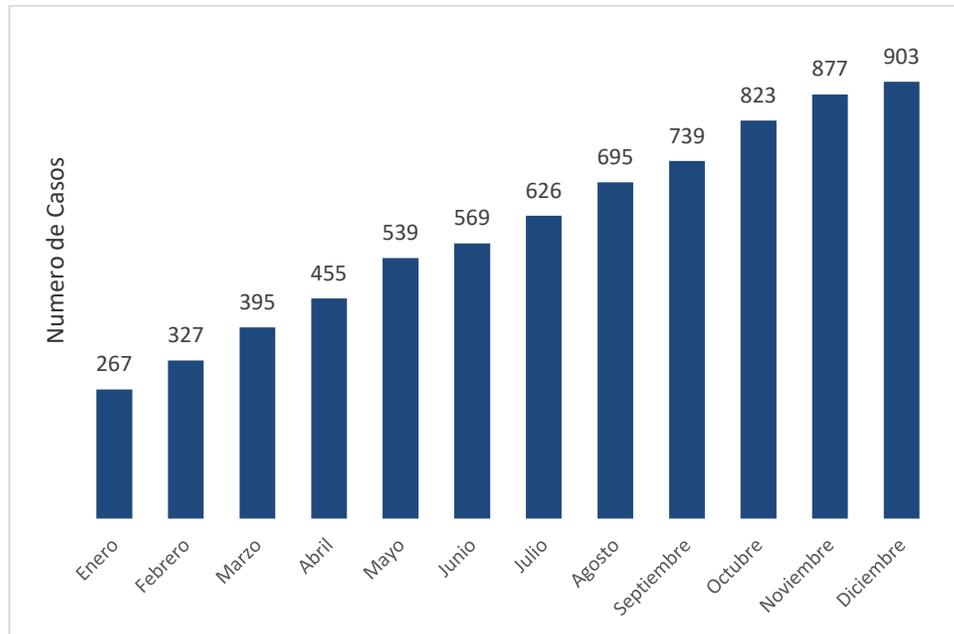
Conteo Subdirección Para La Familia.

Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

Así mismo se evidencia que en relación al año inmediatamente anterior disminuyó el total de ingresos en un 15.3%, lo que permite que las autoridades competentes realicen remisiones coherentes con el perfil de ingreso de los Centros y la consideración de otras alternativas para el acogimiento y restablecimiento de derechos diferente a la institucionalización.

Durante el año 2017 en los Centros Proteger se atendieron un total de 903 niñas, niños y adolescentes.

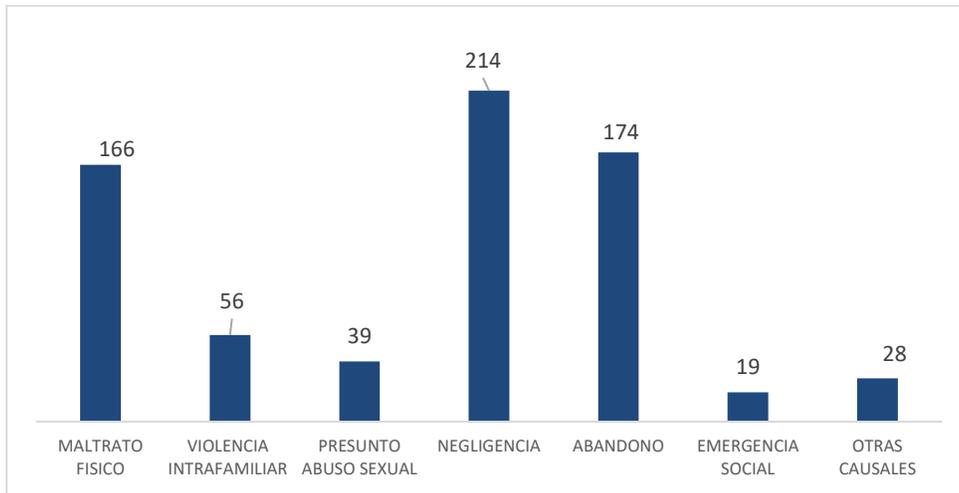
Gráfica 71 Número de Ingresos por Mes a Centros Proteger año 2017



Ingresos Centros Proteger periodo enero – diciembre de 2017  
 Fuente// Sistema de Información SIRBE  
 Conteo Subdirección Para La Familia.  
 Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

Es importante mencionar que todos los ingresos se realizan a través del CURNN, procurando definir los casos en el menor tiempo posible a través del trabajo interdisciplinario, tanto con los niños, niñas y adolescentes como sus familias; sin embargo, dadas las particularidades de cada caso y cuando proyectan mayor permanencia para su resolución, se hace traslado a centros donde se da continuidad al proceso abordando el caso de manera interdisciplinaria, procurando la oportuna y adecuada resolución de los mismos.

Gráfica 72 Ingresos a Centros Proteger de Niños Niñas y Adolescente por motivo de ingreso 2017

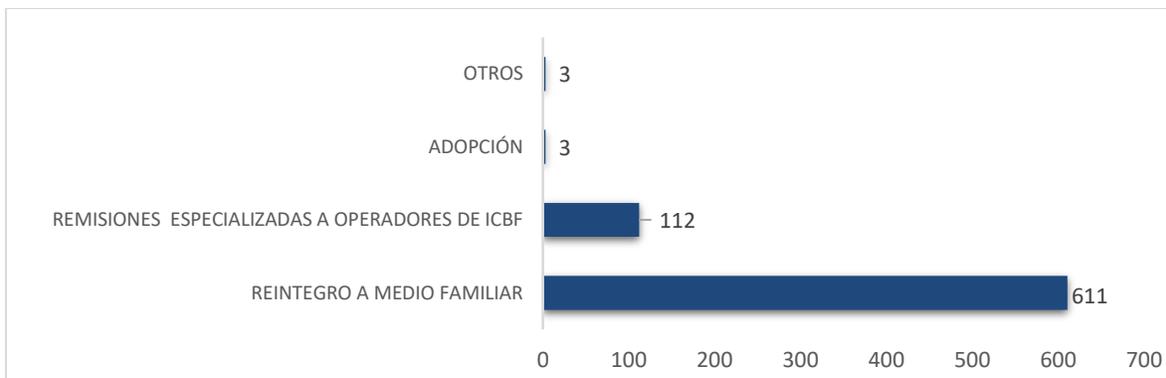


Ingresos Centros Proteger por causal periodo enero- diciembre de 2017  
Fuente// Sistema de Información SIRBE  
Coteo Subdirección Para La Familia.  
Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

Los ingresos bajo medidas de protección, emergencia o restablecimiento de derechos en los Centros Proteger tienen diversas causales, entre ellas se evidencia la negligencia, el abandono y el maltrato físico como las causales con mayor número de casos representando estas tres el 80 % de los casos atendidos durante el 2017.

Los egresos durante el año 2017 se incrementaron en reintegro familiar, lo que indica que el trabajo interdisciplinario en los Centros Proteger se orienta principalmente a procurar ésta modalidad de restablecimiento de derechos dando cumplimiento en lo establecido en la Ley 1098 de 2006, privilegiando el derecho del niño, niña o adolescente a tener una familia y no ser separado de ella.

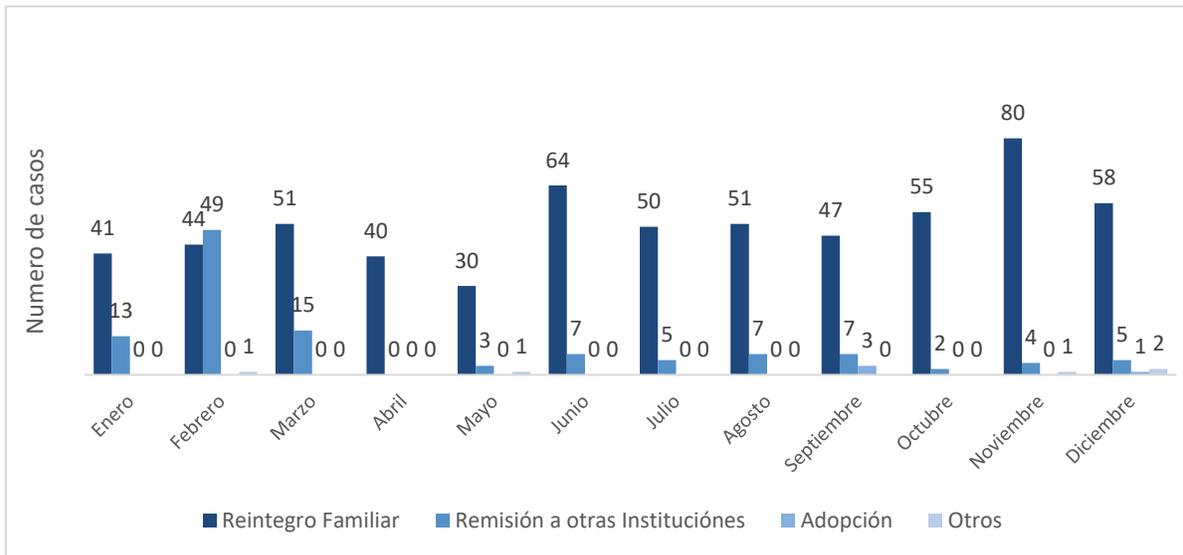
Gráfica 73 Número de egresos de Centros Proteger Caracterizados por Causal



Egresos Por causal Centros Proteger periodo enero – diciembre de 2017  
Fuente// Sistema de Información SIRBE. Coteo Subdirección Para La Familia.  
Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

A continuación se describe en la gráfica las causales de egreso presentadas por cada uno de los meses durante el año 2017:

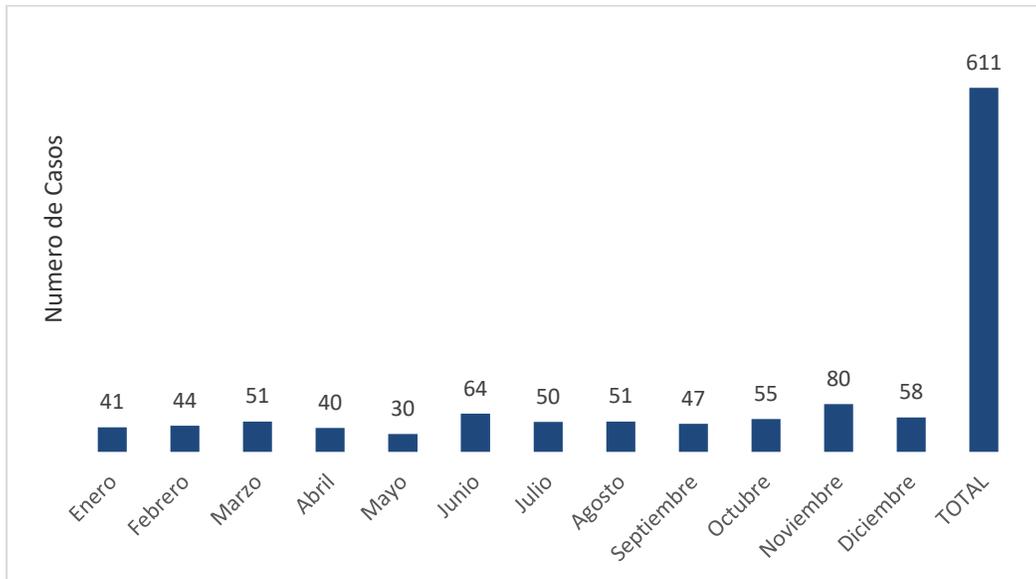
*Gráfica 74 Número de Egresos por Mes Caracterizados por Causal Centros Proteger 2017*



Egresos Centros Proteger periodo enero – diciembre de 2017  
Fuente// Sistema de Información SIRBE. Conteo Subdirección Para La Familia.  
Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

Es de resaltar que, dentro del PARD existen diversas variables para los traslados institucionales de los niños, niñas y adolescentes, entre ellas está, el contar con antecedentes o apertura previa de medidas o PARD, proyección a otras modalidades de acogimiento, requerimiento de atención especializada entre otras variables. El traslado garantiza continuidad de su proceso en procura de la adecuada garantía en el restablecimiento de sus derechos.

Gráfica 75 Restablecimiento de derechos con reintegro a medio familiar. Centros Proteger 2017



Familias Atendidas Centros Proteger periodo enero – diciembre de 2017  
 Fuente// Sistema de Información SIRBE Conteo Subdirección Para La Familia.  
 Dirección de Análisis y Diseño Estratégico – DADE

Teniendo en cuenta el total de niños, niñas y adolescente atendidos durante el año 2017, se logra que el 68% de los casos hayan tenido proceso de fortalecimiento y reintegro a medio familiar. Como muestra la gráfica se puede observar que durante los meses de junio y noviembre el número de niños reintegrados a sus familias es superior a los demás meses del año, lo que evidencia que durante los periodos previos a las vacaciones de fin de año las familias ya han realizado procesos que les permite el reintegro a su medio, de igual manera se puede asociar este resultado a que durante este periodo las familias muestran mayor compromiso en el cumplimiento de sus objetivos.

Los Centros Proteger, en el Proceso de atención, realizan acciones específicas de acompañamiento y desarrollo de factores de generatividad y fortalecimiento de redes lo cual permite mejorar las condiciones para el cuidado y atención de los niños, niñas y adolescentes en el medio familiar, realizando procesos de seguimiento continuo con el acompañamiento del equipo interdisciplinario de atención y la autoridad competente en procura de la no repitencia de nuevos episodios de vulneración de derechos..

En los Centros Proteger se alcanzó durante el año 2017 el 92% de promedio de oportunidad en la atención de los casos, es decir que los tiempos de permanencia de los casos que se atienden en los Centros Proteger tienen un importante avance en el cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente y superando la meta del 80% trazada para el año 2017. Es importante mencionar que durante el proceso de seguimiento se realizaron diferentes gestiones tanto con autoridades competentes como con los equipos psicosociales con el fin de movilizar los casos y poder cumplir con los tiempos establecidos por la Ley. Esta cifra hace parte de las metas trazadas por la SDIS en las que se esperan que al final del cuatrienio se pueda garantizar el 100% de oportunidad en los casos atendidos.

Durante el año 2017 se fortaleció el proceso de seguimiento a casos en los Centros Proteger, el cual consiste en crear un mecanismo de control y seguimiento que permite conocer el estado actual de cada caso de niñas, niños y adolescentes durante el periodo de atención, para ello se construyó una herramienta virtual con diferentes variables las cuales identifican tiempos de permanencia, autoridad competente, traslados, alarma de permanencia, alarma de oportunidad lo cual es indispensable para la garantía en tiempos y control de actuaciones orientadas a garantizar la oportunidad en la atención.

## **CONTEXTO CONFLICTO ARMADO**

Dentro del apartado “otras violencias”, se encuentran los niños, niñas y adolescentes de víctimas del conflicto armado, quienes tienen diversas afectaciones a causa de los hechos victimizantes caracterizados por un alto grado de violencia y quienes según la Corte Constitucional son sujetos de especial protección y requieren una oferta especial.

Es así que atendiendo la Política Pública de Infancia y Adolescencia 2011 – 2021, en donde se tiene contemplada esta problemática como una situación de inobservancia, vulneración y amenaza, se vienen adelantando en el Distrito acciones que aportan a la reparación integral de las víctimas, así mismo, estas acciones contribuyen a la superación de la situación de vulnerabilidad y al goce efectivo de derechos, obligación que tiene el Estado en el marco de la Ley 1448 de 2011 y otras normativas, tanto nacionales como internacionales.

Es importante mencionar que las acciones que se implementan en el Distrito para la atención de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado, se realizan de manera articulada y están orientadas a la construcción de paz, reconciliación y memoria. De igual forma es necesario decir que los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado tienen prioridad en la inclusión en los planes, programas o proyectos que conforman la oferta institucional, a continuación se presentan los indicadores en relación con esta vulneración.

### **2.4.12. Número de estudiantes víctimas del conflicto armado, matriculados**

La SED implementa estrategias diferenciales para la garantía del derecho a la educación de estudiantes víctimas del conflicto armado, por medio del acompañamiento a IED priorizadas por la cantidad de matrícula de estudiantes caracterizados como población víctima de conflicto armado.

*Tabla 84 Matrícula oficial víctimas del conflicto Bogotá D.C. 2012 – 2015*

Víctimas del conflicto	2012	2013	2014	2015
Desvinculados de grupos armados	620	424	393	304
En situación de desplazamiento	35.888	26.196	20.957	21.774
Hijos de adultos desmovilizados	270	264	249	203
<b>Total</b>	<b>36.778</b>	<b>26.884</b>	<b>21.599</b>	<b>22.281</b>

Fuente: Anexo 6A - Fecha de corte febrero de cada anualidad  
Elaboración y cálculos: Oficina Asesora de Planeación - Grupo Gestión de la información

*Tabla 85 Matrícula víctimas del conflicto Bogotá D.C. 2016 - 2017*

	2016	2017
Abandono o despojo forzado de tierras (inmueble -abandono)	2	0
Abandono o despojo forzado de tierras (inmueble -no identifica abandono o despojo) (muebles)	1	0
Abandono o despojo forzado de tierras (muebles)	2	0
Acto terrorista / atentados / combates / enfrentamientos / hostigamientos	55	17
Amenaza	1.497	56
Delitos contra la libertad y la integridad sexual en desarrollo del conflicto armado	22	7
Desaparición forzada	84	36
Desplazamiento forzado	58.683	65.019
Eventos masivos	127	0
Homicidio	458	207
Lesiones personales y psicológicas que no produzcan incapacidad permanente	2	0
Lesiones personales y psicológicas que produzcan incapacidad permanente	3	0
Mina antipersonal, munición sin explotar y artefacto explosivo improvisado	10	11
Pérdida de bienes muebles o inmuebles	3	2
Reclutamiento ilegal de menores	1	0
Secuestro	7	4
Tortura	8	0
Vinculación de niños, niñas y adolescentes a actividades relacionadas con grupos armados	9	8
<b>Total</b>	<b>60.974</b>	<b>65.367</b>

Fuente: Registro Único de Víctimas - Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas

Para vigencia del 2017 se obtuvieron los siguientes logros en atención a población víctima así:

Se benefician 9.184 estudiantes víctimas de conflicto armado en 37 IED de nueve (9) localidades de Bogotá, a través del acompañamiento pedagógico en el marco de la paz, la reconciliación, memoria histórica y garantías de no repetición desde los contextos escolares.

- Se identifican 65.367 estudiantes víctimas de conflicto en las IED a través del cruce de base de datos entre el Sistema Integrado de Matrícula – SIMAT y el Registro Único de Víctimas - RUV

- Se realizó el Foro: “Escuelas Cultoras de Paz” que contó con la participación de 200 personas entre estudiantes, docentes, directivos docentes, comunidad educativa organizaciones aliadas en el tema e institucionalidad distrital.
- 165 docentes y orientadores escolares participaron de procesos formativos y abordaje pedagógico a estudiantes víctimas de conflicto armado y procesos de memoria histórica, paz y reconciliación desde los contextos escolares.

El sistema educativo Distrital avanza en el desarrollo de acciones que fortalecen las estrategias pedagógicas con enfoque diferencial para aportar al fortalecimiento institucional en los procesos de memoria histórica, paz y reconciliación.

De acuerdo a la información del Registro Único de Víctimas de la Unidad para las Víctimas, suministrada por la Alta Consejería para los derechos de las víctimas la Paz y la Reconciliación-ACPDVPR, en Bogotá residen 352.873<sup>62</sup> víctimas del conflicto armado. De esta población, 109.499 víctimas están entre los 0 y los 17 años, representando el 31% del total de las víctimas que habitan la ciudad. La distribución por grupo etario de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado se muestra en la tabla a continuación.

*Tabla 86 Distribución por grupo etario*

Grupo Etario	Número de víctimas	Porcentaje respecto al total
0 a 5 años	20.488	5,8%
6 a 11 años	43.802	12,4%
12 a 17 años	45.209	12,8%
<b>Total</b>	<b>109.499</b>	<b>31%</b>

Fuente: RUV – RNI. Corte 01/01/2018

De acuerdo a la información de la Red Nacional de Información, la distribución por sexo de los niños, niñas y adolescentes víctimas muestra que de las 109.499 víctimas menores de 18 años, 53.127 son niñas, 56.074 son niños, 37 son LGBTI, 261 no reportan información sobre su sexo. En la tabla a continuación se muestra el detalle por grupo etario.

*Tabla 87 Distribución por sexo*

Grupo Etario	Mujer	Hombre	LGBTI	No informa	Total
0 a 5 años	9.995	10.447	3	43	20.488
6 a 11 años	21.115	22.547	23	117	43.802
12 a 17 años	22.017	23.080	11	101	45.209
<b>Total</b>	<b>53.127</b>	<b>56.074</b>	<b>37</b>	<b>261</b>	<b>109.499</b>

Fuente: RUV – RNI. Corte 01/01/2018

De las 109.499 víctimas del conflicto que se encuentran entre los 0 y los 17 años de edad y residen en Bogotá, de acuerdo al Registro Único de Víctimas, 13.639 son negros o afrocolombianos, 1.672 son indígenas, 44 son raizales, 33 son gitanos, 3 son palenqueros y 90.154 no tienen una pertenencia étnica específica. En la tabla a continuación se muestra el detalle de la pertenencia étnica por grupo etario de los niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado.

<sup>62</sup> Fuente: RUV – RNI. Corte 01/01/2018

*Tabla 88 Pertenencia étnica*

Pertenencia étnica	De 0 a 5 años	De 6 a 11 años	De 12 a 17 años	Total
Negro, afrocolombiano	1.553	6.008	6.078	13.639
Indígena	113	511	1.048	1.672
Raizal	1	10	33	44
Gitano o ROM	8	11	14	33
Palanquero	-	1	2	3
Ninguna	18.813	36.995	37.346	93.154
<b>Total</b>	<b>20.488</b>	<b>43.802</b>	<b>45.209</b>	<b>109.499</b>

Fuente: RUV – RNI. Corte 01/01/2018

Con el fin de posicionar el tema de víctimas en los espacios de articulación de la política pública de infancia y adolescencia en el Distrito, la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación en la vigencia 2017 realizó las siguientes acciones:

En el marco del CODIA, se realizaron nodos técnicos con el propósito de tratar los temas relacionados específicamente a esta población. En esta instancia se dio prioridad al tema de prevención del reclutamiento y utilización de niños, niñas y adolescentes por grupos armados organizados al margen de la ley o grupos delincuenciales organizados, para lo cual se consolidó una alianza con la Consejería Presidencial para los Derechos Humanos y se generó un esquema de trabajo de acuerdo al cual se conformó una mesa técnica entre la Secretaría de Integración Social, la Consejería Presidencial de Derechos Humanos y la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación con el propósito de avanzar en esta materia. Este espacio tendría el propósito de definir lineamientos técnicos y consolidar una estrategia para trabajar el tema de prevención del reclutamiento y utilización de menores en la ciudad de Bogotá.

Pensando en generar una interlocución entre las políticas públicas de infancia y adolescencia y de víctimas del conflicto armado, se acordó presentar los resultados en el tema de prevención del reclutamiento y utilización de menores realizado en el CODIA al Subcomité Temático de Prevención, Protección y Garantías de No Repetición que se realiza previo al Comité Distrital de Justicia Transicional, máxima instancia de articulación de la política pública de víctimas en el Distrito Capital.

De otro lado, las acciones desde la Política Pública de Víctimas, Paz y Reconciliación, que beneficiaron directamente a niños, niñas y adolescentes, durante la vigencia 2017 son:

En los CLAVS, se atendieron 1.579 niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto<sup>63</sup> armado por medio de 2.117 atenciones en los servicios de acompañamiento psicosocial, jurídico u orientación a oferta del nivel distrital o nacional.

Desde el trabajo que se realiza con los sujetos de reparación colectiva reconocidos en el Distrito Capital, se apoyó la estrategia de rehabilitación psicosocial diferencial afro denominada 'la huerta del perejil' dirigida a niños y niñas de la organización AFROMUPAZ. A partir de este trabajo, se realizó la revisión y edición de una cartilla titulada 'Los cuentos de la Huerta' que fue creada con la participación de treinta (30) niños y niñas de la

<sup>63</sup> Fuente: SIVIC. Corte 01/01/2017 al 31/12/2017

organización AFROMUPAZ. En esta cartilla se narran, a través de cuentos y de la creación de héroes y heroínas, diferentes experiencias traumáticas que han tenido que vivir los niños y las niñas como consecuencia del conflicto armado interno.

Desde el Centro de Memoria, Paz y Reconciliación se llevó a cabo la iniciativa 'Viaje en el Tiempo' que involucró a veinte (20) niños y niñas de las localidades de Ciudad Bolívar y La Candelaria en un proceso de construcción de memoria que se desarrolló a lo largo de ocho talleres. Este proceso se logró con la colaboración de la Fundación Tiempo de Juego, la Biblioteca Luis Ángel Arango y el Centro Nacional de Memoria Histórica. Este fue un proceso dirigido a estimular el auto-reconocimiento de las niñas y los niños como portadores de memoria y constructores de paz a través de la literatura infantil, el juego, la expresión corporal, la creación artística y la realización de acciones simbólicas.

Adicionalmente, desde el Centro de Memoria, Paz y Reconciliación se promovió la realización de visitas guiadas de niños, niñas y adolescentes de Bogotá como una herramienta de construcción de memoria. Esto se realiza con la colaboración de colegios públicos y privados. Las visitas permitieron conocer el Centro de Memoria, Paz y Reconciliación, su significado histórico y arquitectónico, así como la relevancia de las acciones y procesos que allí se realizan como aporte a la construcción de una cultura de paz y reconciliación en la ciudad.

En cuanto al acceso de la educación superior, el cual es uno de los elementos de la reparación integral; si bien los beneficiarios fueron principalmente las personas víctimas mayores de edad, en este caso, mediante la convocatoria al Fondo de Educación Superior – capítulo Bogotá – abierta a finales de 2017, uno de los beneficiarios era menor de 18 años.

En articulación con la SDIS, se trabajó en la definición de una ruta para la implementación del protocolo de participación de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 623 de 2014 de la Unidad para las Víctimas. Esta propuesta se trabajó para que se articulara con la participación efectiva de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado en los Consejos Consultivos de niños y niñas y adolescentes instalados en las localidades.

Por su lado, la SDIS, establece como criterio de priorización para el ingreso a los servicios sociales de la Secretaría a los niños, niñas y adolescentes víctimas o afectados por el conflicto armado.

Así mismo, se priorizó la implementación específicamente de la estrategia Atrapasueños, dirigida a las niñas, niños y adolescentes víctimas y afectados por el conflicto armado, a través del fortalecimiento técnico de la atención a la primera Infancia, atención en Casas de Memoria y Lúdica y atención por Papalotl de sueños.

En Casas de Memoria y Lúdica, las cuales son escenario de atención diferencial dirigida a niñas, niños, adolescentes y familias víctimas del conflicto armado, ubicadas en los CLAVS de la ACPDVPR, albergues, Casa Refugio, en un Centro de Atención Penal Integral a Víctimas (CAPIV) de la FGN y en tres proyectos de vivienda gratuita, se acogieron a niñas, niños y adolescentes desde los 2 años hasta los 17 años y 11 meses, desarrollando

acciones de juego, interacción constante, construcción y resignificación de sentires frente al conflicto, goce y disfrute con pares, experiencias artísticas, pedagógicas y en pro de la reparación simbólica.

*Tabla 89 Atención integral a niños y niñas – Casa de Memoria y Lúdica*

<b>LOCALIDAD</b>	<b>HOMBRE</b>	<b>MUJER</b>	<b>TOTAL</b>
Chapinero	185	184	<b>369</b>
Puente Aranda	122	136	<b>258</b>
Ciudad Bolívar	75	97	<b>172</b>
Bosa	53	75	<b>128</b>
Kennedy	61	62	<b>123</b>
Rafael Uribe Uribe	38	41	<b>79</b>
Suba	16	28	<b>44</b>
<b>TOTAL</b>	<b>550</b>	<b>623</b>	<b>1173</b>

Fuente: DADE – SDIS.

Con Papalotl de Sueños (Equipo Territorial), se implementaron 42 grupos focales, 129 escuelas de memoria y paz, promoviendo acciones y estrategias desde la interculturalidad, generando procesos reflexivos frente a situaciones de discriminación y exclusión. A través de la articulación con la SED, se priorizaron 64 IED, brindando atención a niñas, niños y adolescentes en 41 IED a través del proceso del ingreso, conformación y atención de Grupos Focales y Escuelas de Memoria y Paz. Estas últimas, permitieron la construcción de memoria histórica por parte de los participantes, fortaleciendo el tejido social posicionando a Bogotá como ciudad de Paz.

Tabla 90 Atención de Niños, niñas y adolescentes de Papalotl de Sueños.

LOCALIDAD	HOMBRE	INTERSEXUAL	MUJER	TOTAL
Ciudad Bolívar	244		227	<b>471</b>
Kennedy	223		247	<b>470</b>
Bosa	243	1	214	<b>458</b>
Rafael Uribe	243		189	<b>432</b>
Usme	195		196	<b>391</b>
Tunjuelito	134		127	<b>261</b>
Santa fe	98		109	<b>207</b>
Mártires	98		107	<b>205</b>
San Cristóbal	66		77	<b>143</b>
Engativá	66		75	<b>141</b>
Suba	64		73	<b>137</b>
Usaquén	53		52	<b>105</b>
Fontibón	57		40	<b>97</b>
Puente Aranda	32		44	<b>76</b>
Chapinero	2		2	<b>4</b>
Barrios unidos	1		2	<b>3</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1819</b>	<b>1</b>	<b>1781</b>	<b>3601</b>

Fuente: DADE – SDIS.

Así mismo, la Estrategia desarrolló 75 encuentros de movilización social dirigida a funcionarios, cuidadores y población en general, con un promedio de 30 participantes por cada encuentro, estos se realizaron en torno a la inclusión social, reparación simbólica de las afectaciones, recuperación de memoria, entre otras. En articulación con la SED, participaron 100 docentes de diferentes IED, situando la importancia de reconocer su rol como garante del aporte a la reparación integral.

De otro lado, la Secretaría de la Mujer, a través de su Casa Violeta, reconocida como un espacio donde se atiende a mujeres víctimas del conflicto armado y su familia, remitidas por la Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación y/o a través de los Centros locales de Atención a Víctimas, Personería y Defensoría del Pueblo. A continuación se describen los niños, niñas y adolescentes atendidos durante el periodo de enero a diciembre de 2017.

Tabla 91 Niños, niñas y adolescentes en Casa Violeta Ley 1448 de 2011 durante el año 2017.

Mes	Adolescente. Mujer	Adolescente Hombre	NIÑAS	NIÑOS	BB. NIÑA	BB. NIÑO	TOTAL
Enero	2	0	0	0	1	1	4
Febrero	1	1	2	5	0	1	4
Marzo	0	0	4	3	3	3	13
Abril	0	0	3	4	0	1	8
Mayo	2	1	6	12	13	4	38
Junio	0	0	4	2	1	0	7
Julio	0	0	1	1	0	0	2
Agosto	0	1	8	3	1	2	15
Septiembre	0	0	5	1	1	2	9
Octubre	0	0	2	1	0	0	3
Noviembre	1	0	2	1	3	0	6
Diciembre	0	1	1	3	1	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>123</b>

Fuente: Secretaría Mujer

En 2017 se atendieron 123 niños, niñas y adolescentes, de estas 36% son niñas y adolescentes mujeres, y el 32% corresponde a niños y adolescentes hombres; el 20% refiere a niñas menores de 5 años, y el 12% a niños menores de 5 años.

## TRABAJO INFANTIL

### 2.4.13. Índice de Trabajo Infantil Secretaría Distrital de Planeación.

Para iniciar el análisis del índice de trabajo infantil, es importante realizar una conceptualización de lo que Distrito a través de la Mesa Distrital de Erradicación y Prevención del Trabajo Infantil Ampliado, ha definido sobre el trabajo Infantil, el cuál es entendida como “toda actividad económica y/o estrategia de supervivencia, remunerada o no, realizada niñas, niños y adolescentes, menores de 18 años bajo las siguientes características: el trabajo realizado es peligroso para la salud y desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes; el trabajo realizado vulnera el derecho a la educación o afecta el desempeño escolar; el trabajo realizado implica roles de parentalización”. Estos a su vez se relacionan con la realización de oficios domésticos y/o cuidado a terceros, por más de 15 horas semanales.

El trabajo infantil también se presenta como una alternativa en los hogares con situaciones económicas sociales y culturales específicas, para atender a las condiciones de vida en términos de satisfacer necesidades básicas. Es importante mencionar que, dentro de las principales causas del trabajo infantil, se encuentra el desempleo y empleo precarizado, y falta de oportunidades que se traducen en actividades económicas informales en las familias que hacen que vinculen a los niños y adolescentes al trabajo.

A continuación, se describen otras condiciones que perpetúan el trabajo infantil en la ciudad:

- Encierro parentalizado representado en el cuidado de otras personas como niños y personas mayores, y desarrollo de actividades propias del hogar.
- Apoyo a la actividad productiva de la familia que generalmente se da en el sector informal de la economía y que puede darse en un establecimiento o actividades en calle, con punto estacionario o ambulante, que se constituyen en fuentes de peligro para el desarrollo integral de los niños y adolescentes.
- No se asocia estrictamente con la pobreza extrema, pues el tema cultural se ha convertido en una fuente de trabajo infantil, así como su reconocimiento como una pauta de crianza al interior de las familias.
- Diversidad de formas de trabajo infantil, las localidades con áreas rurales tienen en el trabajo una de las fuentes de esta problemática, si bien debe establecerse que, desde óptica de la socialización, algunas condiciones y/o formas son legítimas desde la propia cultura de los territorios.
- Debido a las frágiles redes de apoyo para las familias vulnerables, los niños y adolescentes necesitan trabajar para apoyarlas económicamente, exponiéndose a factores de riesgo y peligros que afectan su desarrollo integral.
- Cambio de roles al interior de las familias, involucran a los niños en la actividad productiva o economía de la familia.
- El proceso de emulación de familiares hace que se perpetúe el trabajo infantil en las familias.

De igual forma, es importante mencionar que el Distrito Capital ha avanzado de manera significativa en la gestión para la erradicación progresiva del trabajo infantil; a través de la implementación de las orientaciones estratégicas definidas desde la Política Pública para la Infancia y Adolescencia, acogiendo el enfoque de protección integral; el desarrollo de la gestión integral, que reconoce la importancia de los territorios, en la formulación e implementación de las políticas públicas, a partir de la lectura comprensiva de las diferentes realidades que se dan en los territorios sociales y la movilización social que busca fortalecer la corresponsabilidad de la ciudadanía y de las instituciones públicas y privadas para apoyar las acciones de prevención y erradicación del trabajo infantil.

Ahora bien, frente al índice de trabajo infantil, es el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) en colaboración con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), el Ministerio del Trabajo y el Programa de Información Estadística y Monitoreo en Materia de Trabajo Infantil (SIMPOC) de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), quienes proponen los indicadores de trabajo infantil mediante módulos aplicados, iniciando en el 2011 con la encuesta a profundidad de trabajo infantil, la cual se incorporó para los años siguientes y actualmente se les hace seguimiento anual a través del módulo de Trabajo infantil, en la Gran Encuesta Integrada de Hogares.

A continuación se presenta la siguiente gráfica que contiene el comportamiento de la tasa de trabajo infantil ampliado, de los últimos 5 años:

*Tabla 92. Tasa de Trabajo Infantil Ampliado en Bogotá*

<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
9.5	11.0	9.4	6.8	<b>5.3</b>

Fuente: DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH

La tasa de trabajo infantil ampliado, ha venido presentando en Bogotá una variación porcentual desde el 2014 al 2017, del 5.18según datos obtenidos en el módulo de trabajo infantil de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el DANE. Entre el 2016 y el 2017, la disminución fue de 1.5%; para el 2017, la tasa de trabajo infantil ampliado, fue de 5.3% mostrando un avance en la búsqueda de la erradicación progresiva del trabajo infantil, a partir de acciones intencionadas como se establece en la Política Pública de Infancia y Adolescencia.

Uno de los factores que aporta a la disminución de la cifra de la situación de inobservancia, responde al fortalecimiento de la articulación transectorial, intersectorial, interinstitucional y comunitaria; así como de las acciones realizadas desde la Mesa Distrital para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil Ampliado-PETIA y a nivel local, desde los Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia-COLIA, que han incluido en sus agendas el tema de trabajo infantil, enriqueciendo la oferta y la capacidad de respuesta de las instituciones frente a la problemática de trabajo infantil en los territorios intervenidos.

Algunas de las estrategias para la prevención y erradicación del trabajo infantil, han sido las campañas realizadas en el marco de la Mesa Distrital PETIA y el incremento de programas y proyectos, principalmente desde la Secretaria de Salud con las acciones en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, la Secretaria de Educación Distrital con la Estrategia Suma de sueños, la Secretaria de Integración Social mediante dos modalidades de atención como son los Centros Amar y la Estrategia Móvil, y el ICBF quien interviene con los Equipos Móviles para la Protección Integral –EMPI y los reportes de la ciudadanía a través de la línea 141 del ICBF, los cuales responden a la garantía y restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación o riesgo de trabajo infantil.

#### **2.4.14. Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que participan en actividades económicas remuneradas o no.**

Este indicador relaciona el número de niños y adolescentes trabajadores entre los 5 y 17 años de edad identificados a través de acciones propuestas en el marco del Plan de Salud para Intervenciones Colectivas (PSPIC) en el periodo 2013 al 2017; con un total de 22.248 niños, niñas y adolescentes trabajadores intervenidos.

Por lo anterior, la SDS realiza búsqueda activa de niños, niñas y adolescentes trabajadores en las diferentes localidades de la ciudad, con el fin de ejecutar actividades con ellos, la familia y la comunidad para promover la desvinculación del trabajo infantil.

*Gráfica 76 Número de NNA entre 5 y 17 años, que participan en actividad remunerada o no y desvinculación de NNA del trabajo infantil atendidos por salud. Bogotá D.C. Años 2013-2017*



Fuente: Secretaria Distrital de Salud - Equipo GESI Aplicativo Espacio Trabajo 2017

En el Distrito, se han consolidado espacios especializados en la actividad económica y administrativa; para el caso de trabajo infantil se evidencian espacios característicos como las calles, plazas de mercado que tienen a su alrededor comercio callejero, pasajes comerciales, y parques principales de la localidades, en los que se incrementa el trabajo de niños, niñas y adolescentes en temporadas de estrategia comercial como fechas especiales y vacaciones escolares; además de los establecimientos dedicados a diversas actividades económicas. Con relación a lo anterior, la concentración de niños y adolescentes trabajadores se encuentra principalmente en la localidad Ciudad Bolívar con el 13% (2.177), seguida de Usme con el 11% (1.712), Bosa 10% (1.658) y Kennedy 9% (1427). Para el resto de localidades se presentan entre el 6% y el 1% de los casos identificados.

La presentación de este evento en las localidades mencionadas se encuentra asociado posiblemente al contexto social, cultural y económico de las familias de estos niños, niñas y adolescentes, originando que por el escaso ingreso familiar esta población sea vinculada a la actividad económica de la familia.

De otro lado, para la línea de prevención y erradicación del trabajo infantil, se definieron acuerdos intersectoriales en el marco del proceso de implementación de política para la salud y calidad de vida de los trabajadores, con la SED, para la asignación de cupos escolares, con la SDIS para acceder a proyectos sociales como Centros Amar o Estrategia Móvil de Prevención y Erradicación del trabajo infantil, además de otras instituciones de orden privado que hacen presencia en la ciudad y aportan con este proceso. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se registran las cifras de desvinculación de niños y adolescentes intervenidos por la SDS.

Dentro de los resultados más representativos, se tiene el proceso de desvinculación de niños y adolescentes del trabajo infantil, el cual para el año 2013 alcanzó un 91% (n= 533 NNA trabajadores) del total de niños intervenidos, en el año 2014, obtuvo un 74% (n= 4.354 NNA trabajadores) del total de niños y adolescentes identificados e intervenidos; Hacia el

año 2015 se disminuyó la respuesta de desvinculación a un 32% (n= 2.633 NNA trabajadores), probablemente asociado a la ausencia de respuesta social o voluntad de la familias. Para el año 2016, el porcentaje de desvinculación incrementa hacia un 55% (n= 728 NNA trabajadores) debido al fortalecimiento y definición de acuerdos intersectoriales y propuesta metodológica para su intervención. Finalmente, en el 2017, se alcanza un 48% (n= 10.677 NNA trabajadores), dando continuidad a la estrategia definida desde el PSPIC.

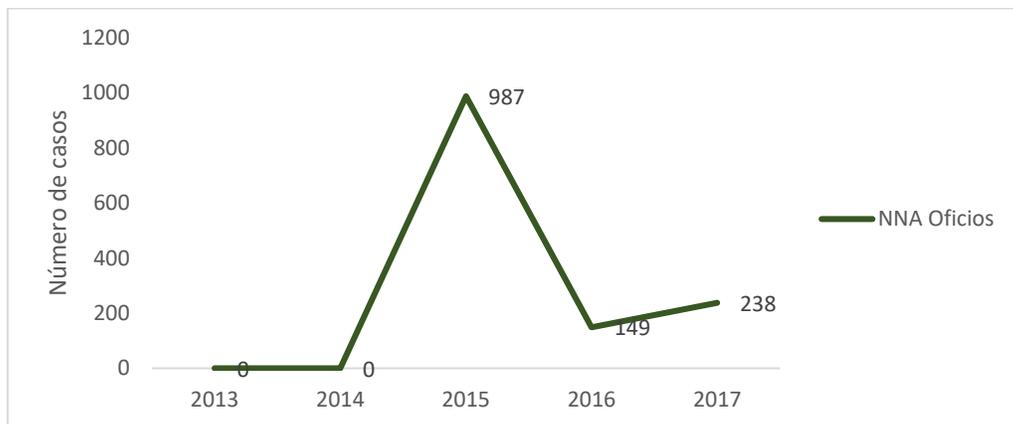
Para seguir avanzando contra el trabajo infantil, son necesarias políticas que promuevan alternativas de generación de ingresos y acelerar el tránsito a una protección social universal debido a que ayuda a prevenir que los hogares pobres tengan que recurrir al trabajo infantil como un mecanismo de supervivencia.

Para el año 2015 se identificó el 12% (987) de los niños y adolescentes trabajadores con desarrollo de oficios en el hogar, para el 2016, el 11% (149), y finalmente para el 2017, el 4% (238) del total de los niños y adolescentes intervenidos desarrollaban oficios en el hogar.

**2.4.15. Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que trabajan más de 15 horas en oficio del hogar.**

Este indicador permite evidenciar del total de niños y adolescentes trabajadores identificados durante el periodo 2013 al 2017 (n=22.328), cuales realizan oficios en el hogar, es decir dedican más de 15 horas en la semana para desarrollar actividades domésticas, incluyendo el cuidado de otros miembros de la familia. Al respecto, es importante señalar que la SDS inició la identificación y seguimiento de esta forma de trabajo infantil a partir del año 2015.

*Gráfica 77 Número de Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, que trabajan más de 15 horas en oficios del hogar. Años 2013-2017.*



Fuente: Secretaria Distrital de Salud - Equipo GESI Aplicativo Espacio Trabajo 201

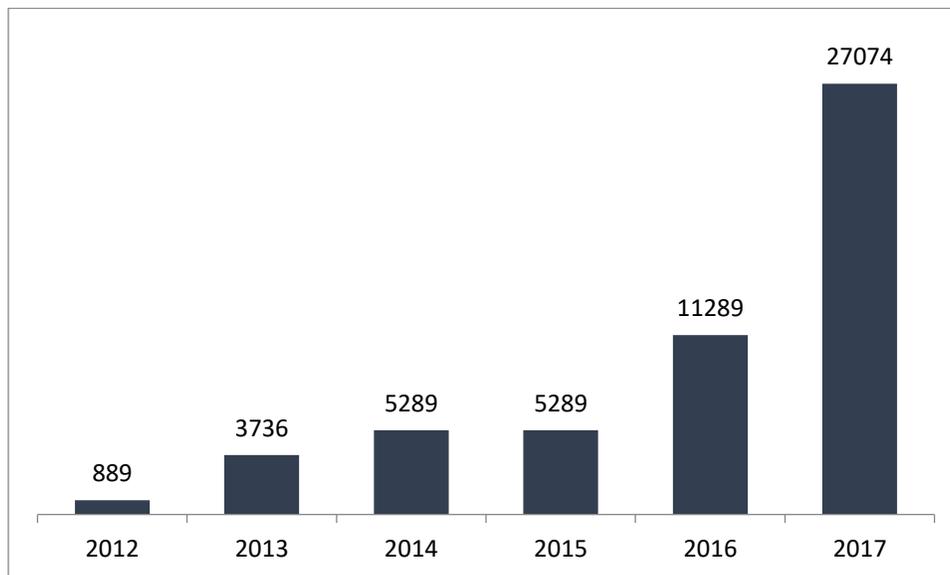
Teniendo en cuenta lo anterior, para el año 2015, se identificaron 987 niños (equivalentes al 12%) para el 2016 149 NNA (equivalentes 11%) y para el 2017 238 NNA (equivalentes al 4%). Estos porcentajes hacen referencia al total de los niños, niñas y adolescentes identificados como trabajadores en la ciudad de Bogotá identificada por la SDS.

Dentro de los principales factores que conllevan al desarrollo de oficios en el hogar por parte de niños y adolescentes existen aspectos, relacionados principalmente con los modelos sociales y culturales entre ellos la perpetuación de los papeles y responsabilidades tradicionalmente adjudicadas a las mujeres, dentro y fuera del hogar, así como la percepción de que este trabajo forma parte del “aprendizaje” para la edad adulta también contribuyen a su persistencia como una forma de trabajo infantil. Adicionalmente se evidencian situaciones asociadas a la pobreza, y exclusión social; la falta de educación, la discriminación étnica y de género; la violencia de la cual son víctimas los niños y niñas en sus hogares.

#### 2.4.16. Número de estudiantes en trabajo infantil

A continuación se presentan las diferentes acciones que se llevaron a cabo con los niños, niñas y adolescentes matriculados en las IED, encaminadas a la erradicación progresiva del trabajo infantil ampliado, a través del acceso y permanencia en el Sistema Educativo

*Gráfica 78 Acciones realizadas desde la Secretaría de Educación del Distrito.*

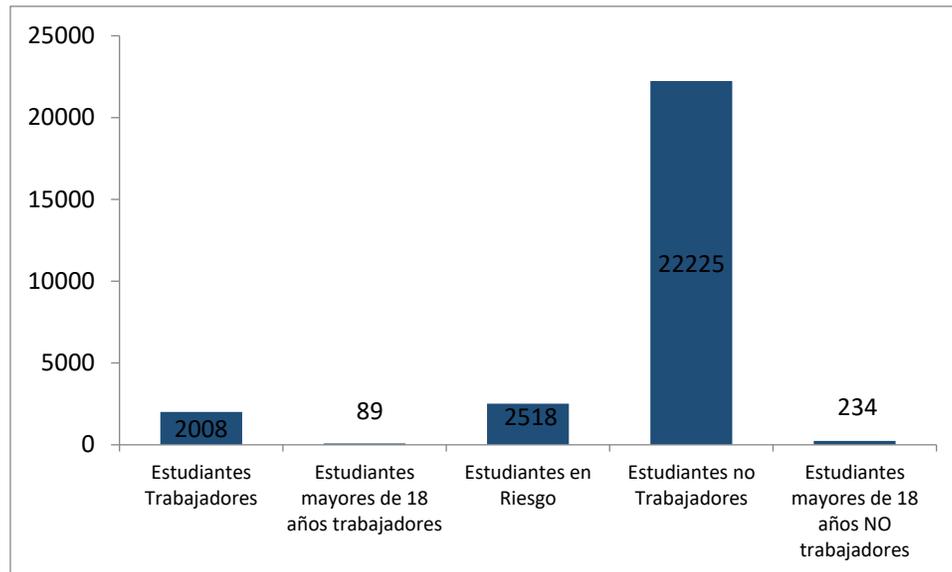


Fuente: Análisis de resultados, aplicación encuesta SED –DIIP 2017, Instrumento de Identificación de niños, niñas y adolescentes y la caracterización de sus actividades escolares y no escolares.

De la gráfica anterior, es importante mencionar que desde el 2012 hasta el 2015, se presenta la atención directa en contra jornada a niños, niñas y adolescentes trabajadores a través de alianza público-privada. Particularmente en el año 2016 se realizó la aplicación de 26,995 instrumentos al mismo número de estudiantes de 50 IED de manera muestral, para la identificación de estudiantes trabajadores o en riesgo de estarlo y la caracterización de sus tipos de trabajo, dando como resultado un total de 5289 niños, niñas y adolescentes en esta situación.

Por su lado, en el 2017, se realizó la aplicación de un instrumento a 27.074 estudiantes en 30 IED, en donde como resultado se encontró lo siguiente:

*Gráfica 79 . Resultados de la Encuesta*



Fuente: Análisis de resultados, aplicación encuesta SED –DIIP 2017, Instrumento de Identificación de niños, niñas y adolescentes y la caracterización de sus actividades escolares y no escolares.

Como se observa en la gráfica anterior, y como resultado de la aplicación del instrumento para identificar niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil, se encontró que hay 2008 niños, niñas y adolescentes en esta situación y 2518 en riesgo de estarlo, es por esto que la SED con el propósito de atender y prevenir a los estudiantes en riesgo de trabajo infantil, se implementó la estrategia “Suma de Sueños”, con el fin de fortalecer la capacidad sectorial en materia de prevención de trabajo infantil y sus peores formas.

Así mismo, se promovieron estrategias en los establecimientos educativos para abordar de manera pertinente el proceso de educación formal de estudiantes identificados (as) en situación de trabajo infantil.

1. En este sentido, el plan estratégico de la SED, tiene como fin garantizar el derecho a la educación en condiciones óptimas, que promuevan la permanencia escolar y evitar la deserción a causa del trabajo infantil. Se adelantaron acciones en el 31% (120) de las IED, a través de dos ejes de atención, Identificación y caracterización de estudiantes vinculados a dinámicas de trabajo infantil o en riesgo de serlo.
2. Implementación de la Estrategia para abordar el Trabajo Infantil desde la Escuela “Suma de Sueños”.

### **Gestión Acciones y resultados**

Desde la Secretaria Distrital de Integración Social, se viene brindando dos servicios, los Centros Amar y la Estrategia Móvil PETI en coherencia con el Modelo de Atención integral

para niñas, niños y adolescentes en riesgo o situación de trabajo infantil, los cuales han estado focalizadas en identificar la población infantil y adolescente, así como orientar y acompañar a las familias para el conocimiento y apropiación de la oferta de los servicios sociales de la Entidad y del Distrito como alternativas a esta situación de riesgo y vulneración de derechos.

Es así, que los Centros Amar brindan una oferta de actividades que desarrolla un equipo interdisciplinario, buscando fortalecer las capacidades y habilidades de las niñas, niños y adolescentes, desde el manejo adecuado del tiempo libre, el incentivo a la creatividad, el desarrollo y promoción de actividades recreativas y deportivas, la garantía de sus derechos, involucrando a sus familias y promoviendo la corresponsabilidad para superar las causas que generan la situación de trabajo infantil.

Por su parte, la Estrategia Móvil realiza procesos de atención itinerantes a través de acciones interdisciplinarias psicosociales, pedagógicas y artísticas a niñas, niños y adolescentes ha logrado movilizar a las familias y a la sociedad civil en general, a través de los procesos de sensibilización que tienen como base la corresponsabilidad. De igual forma, la inclusión de la familia al proceso de atención potencializó la desconstrucción de la connotación de trabajo infantil como una alternativa en el tiempo libre

Es entonces como la atención de los Centros Amar se ha desarrollado en las localidades donde históricamente se presenta la problemática y por su lado, la Estrategia Móvil atendió en aquellas localidades donde el trabajo infantil es dinámico y cambiante. De igual forma, teniendo en cuenta que el trabajo infantil se agudiza en consecuencia al cese de actividades escolares, como la semana santa, las vacaciones de mitad de año, la semana de receso escolar y la temporada decembrina, incrementando así el trabajo infantil en las principales zonas comerciales de la ciudad; desde el servicio y la Estrategia Móvil se han desarrollado acciones para atender a las niñas, niños y adolescentes en riesgo o situación de trabajo infantil.

De igual forma desde la estrategia Móvil y los Centros Amar, se ha identificado que en Bogotá las dinámicas territoriales de las localidades con presencia de trabajo infantil, están caracterizadas por ser territorios con ventas ambulantes, zonas comerciales entre las principales calles o avenidas, zonas de reciclaje y de consumo de SPA, zonas de inseguridad y de riesgo social, delincuencia juvenil, micro tráfico, bajos ingresos para las familias, zonas de invasión e informalidad. Y dando resultado a un ejercicio de mapeo y georreferenciación, se identificaron las principales localidades con nichos de trabajo infantil dentro de las que se encuentran Bosa, Ciudad Bolívar, Santa Fe, Mártires, Suba, San Cristóbal, Kennedy, Rafael Uribe, Usme, Fontibón, Chapinero, Usaquén y Engativá. Es por esto que, la SDIS ha desarrollado acciones en estas localidades para garantizar la atención de niñas, niños y adolescentes en esta situación de vulneración de derechos.

Para el avance de la meta con corte a 31 de diciembre de 2017 se atendió un total de 5826 niños, niñas y adolescentes, a continuación se muestran el siguiente cuadro de atención por localidad:

*Tabla 93 Total niñas, niños y adolescentes en riesgo o situación de trabajo infantil atendidos hasta 31 de diciembre del 2017.*

LOCALIDAD	Total general
Los Mártires	590
Ciudad Bolívar	662
Kennedy	630
Bosa	521
Santa Fe	456
Usme	418
San Cristóbal	377
Engativá	372
Suba	473
Usaquén	141
Rafael Uribe Uribe	235
Chapinero	312
Fontibón	238
Puente Aranda	65
Tunjuelito	175
Candelaria	161
<b>Total general</b>	<b>5826</b>

Fuente: Sistema de Información Misional SIRBE/  
Secretaría Distrital de Integración Social –SDIS  
Reporte con corte a 31 de diciembre 2017.

Así como se observa en el cuadro, en la localidad de Mártires se atendieron 590 niñas, niños y adolescentes a través de los 2 Centros Amar de 12 horas y 24 horas. Por su parte en la Localidad de Bosa se identificaron y atendieron a 521 niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil; la dinámica de esta localidad está marcada por el reciclaje, en donde los padres, madres y/o cuidadores tienen pocas o nulas redes de apoyo, lo que conlleva al acompañamiento laboral de sus hijos e hijas en sus contextos de trabajo donde están expuestos a riesgos inminentes.

De manera paralela en la localidad de Ciudad Bolívar se atendieron 662 niñas, niños y adolescentes, donde sus familias presentan dificultades económicas por la carencia de ingresos, desempleo y necesidades básicas insatisfechas lo que conlleva a la economía informal en venta ambulante o largos desplazamientos de la población para trabajar en otros sectores de la ciudad; razón por la cual los padres, madres y/o cuidadores dejan a sus hijos solos por largas jornadas, a cargo de los oficios del hogar o que los acompañen para realizar actividades que les incrementen los ingresos.

De otro lado la identificación y atención en Rafael Uribe Uribe fue de 235 niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil, dado que esta localidad no cuenta con el servicio del Centro Amar, se prioriza la atención a través de la Estrategia Móvil en la UPZ Diana Turbay y Marruecos, territorios marcados por zonas de riesgo y de alto conflicto social

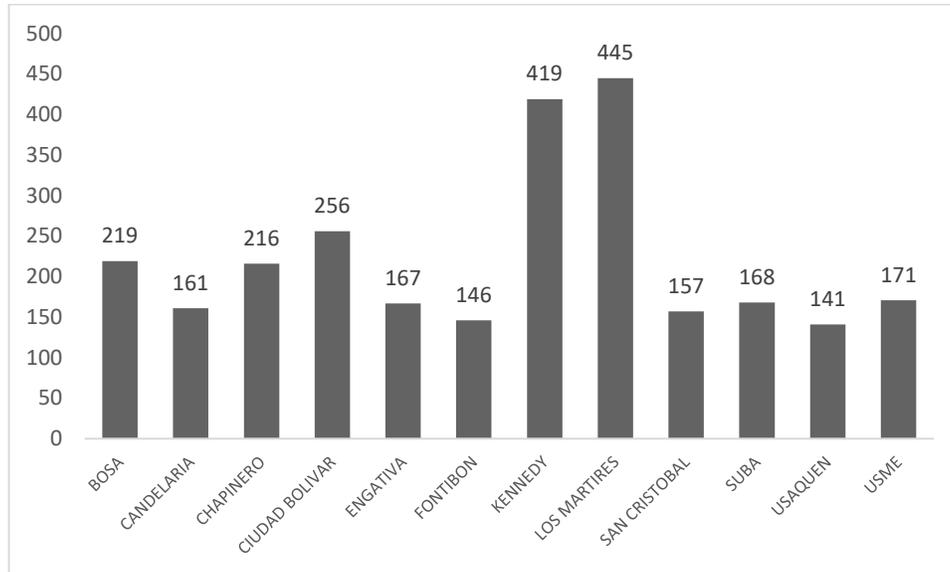
para niñas, niños y adolescentes, como la creación de pandillas juveniles, el expendio, microtráfico y consumo de SPA; lo que conlleva a que las familias consideren el acompañamiento como un recurso de protección para sus hijos e hijas, evitando de esta manera el riesgo al consumo o la delincuencia juvenil.

Por su lado, en la localidad de Kennedy se han atendido 630 niñas, niños y adolescentes en los territorios priorizados como María Paz, Kennedy Central, El Amparo y Patrio Bonito. Dadas las acciones de sensibilización se ha evidenciado que las modalidades de trabajo infantil predominantes son en plaza de mercado caracterizado por dinámicas de sucesión generacional de actividades, el acompañamiento laboral de la primera infancia, el inicio en las ventas desde los 4 y 10 años, mientras que en los adolescentes se desempeñan como cargueros o “coteros”; en venta ambulante y/o estacionaria, en encierro parentalizado donde las niñas, niños y adolescentes asumen roles domésticos que le corresponden a los adultos como el cuidado de sus hermanos, adultos mayores, personas con discapacidad y/o oficios del hogar.

Es así que, la SDIS atendió a 5.826 de niñas, niños y adolescentes en situación de trabajo infantil en el avance de la meta hasta 31 de diciembre del 2017. Como se señala a continuación en las 2 Gráficas siguientes, se discrimina la atención brindada por los 13 Centros Amar y la brindada por los 15 equipos de la Estrategia Móvil.

A continuación se presenta la siguiente gráfica que muestra los 2.666 NNA identificados y atendidos por los Centros Amar por las localidades atendidas:

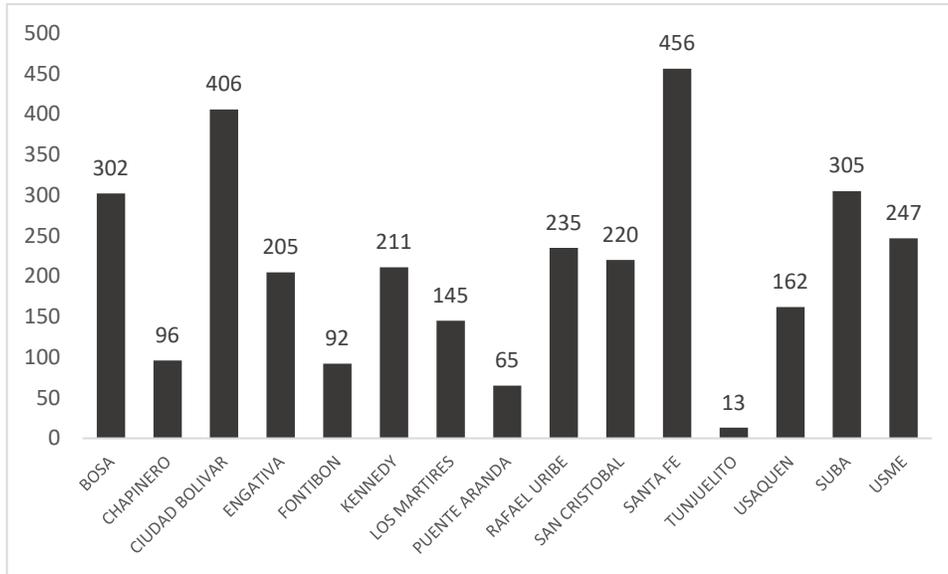
*Gráfica 80 . Numero de niñas, niños y adolescentes identificados y atendidos por los Centros Amar por localidad hasta diciembre del 2017.*



Fuente: Sistema de Información Misional SIRBE. Secretaria Distrital de Integración Social –SDIS  
Reporte con corte a 31 de diciembre 2017.

Por su lado, se presenta a continuación la gráfica de los 3.160 NNA atendidos por la estrategia Móvil PRINTI por localidad:

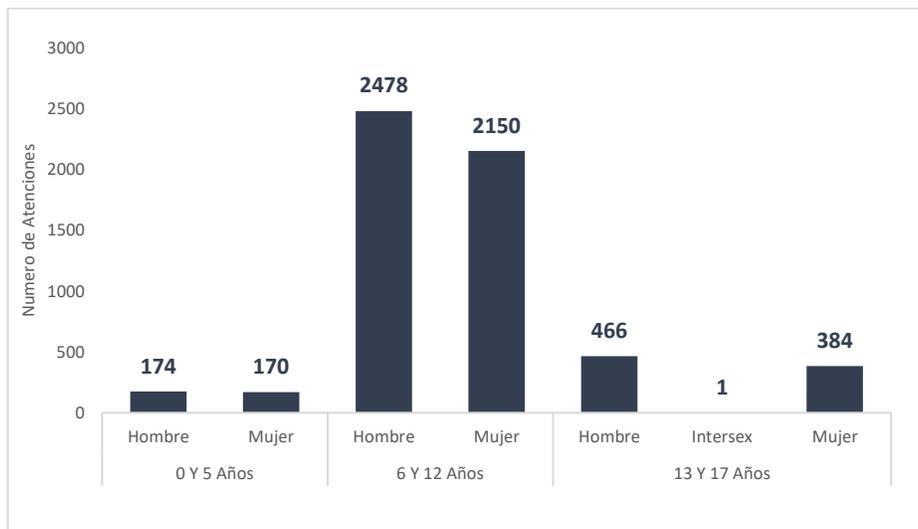
*Gráfica 81 Numero de niñas, niños y adolescentes identificados y atendidos por la Estrategia Móvil para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil por localidad hasta 31 de diciembre del 2017.*



Fuente: Sistema de Información Misional SIRBE. - Secretaría Distrital de Integración Social –SDIS

A continuación se presenta una gráfica, en la que se muestra la atención por parte de la Estrategia Móvil PRINTI y los Centros Amar, discriminado por género:

*Gráfica 82 Distribución por sexo y momento del ciclo vital de la población atendida por la SDIS*

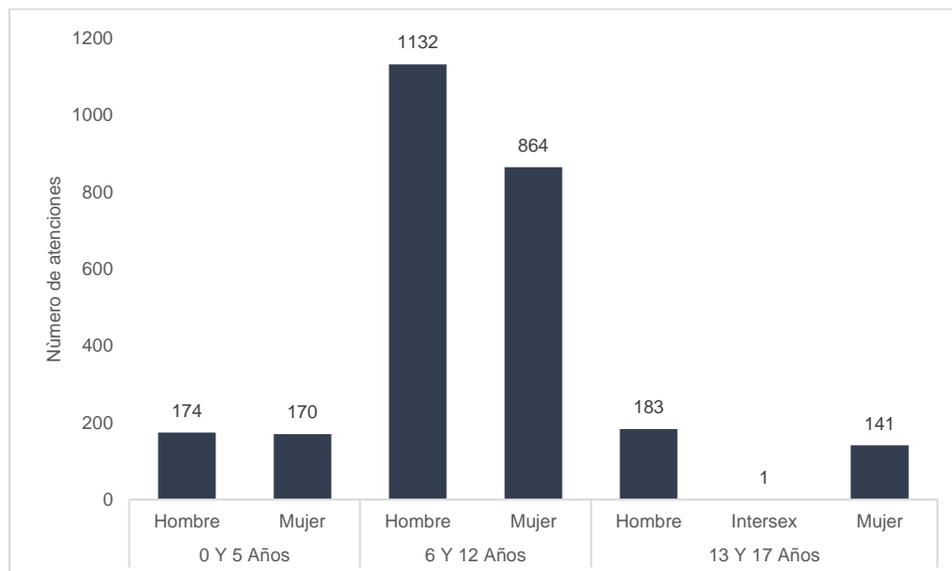


Fuente: Secretaría Distrital de Integración Social – SDIS  
Fuente: Sistema de Información Misional SIRBE.  
Reporte con corte a 31 de diciembre 2017.

De acuerdo a lo anterior, 2.478 son niños entre los 6 y 12 años de edad lo que representa el 42,53% de la población atendida, y el 36,9% son 2.150 niñas en el mismo rango de edad. En un porcentaje menor del 8%, los adolescentes son 466 mientras que las adolescentes representan un 6,5% siendo 384, entre los 13 y 17 años de edad. Esto evidencia que, la mayor parte de la población atendida por la SDIS está entre los 6 y 12 años de edad, un rango etario vital para el desarrollo integral de la niñez dado que es recurrente encontrar a la población infantil desarrollando el acompañamiento al espacio laboral del cuidador de manera permanente, aspecto que se aumenta en temporada de vacaciones o eventos particulares, lo que genera un alto grado de vulnerabilidad y mayor riesgo para la vinculación temprana al trabajo.

Como se evidencia en la gráfica la SDIS atendió a 170 niñas y 174 niños de primera infancia en los Centros Amar de 24 horas, los cuales responden a las necesidades específicas del contexto del territorio, razón por la cual se atendió en las localidades de Mártires, Ciudad Bolívar, Engativá, Bosa, Chapinero y Kennedy. Así mismo se realizaron espacios de sensibilización con el padre, madre y/o cuidador respecto a la corresponsabilidad del cuidado y a las actividades que potencian el desarrollo pleno de la niña y el niño.

*Gráfica 83 Niñas, niños y adolescentes por rango etario atendidos por los Centros Amar*



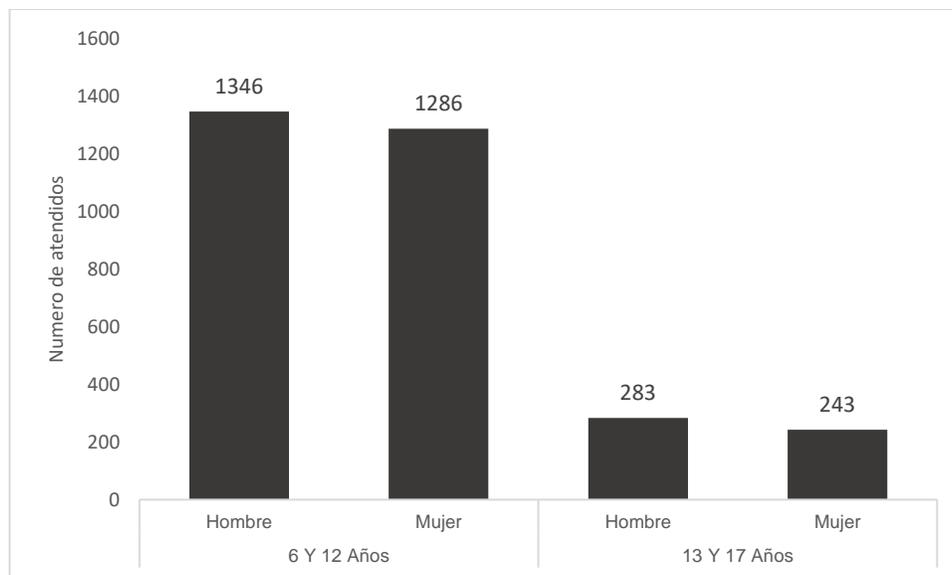
Fuente: Sistema de Información Misional SIRBE. Secretaria Distrital de Integración Social –SDIS  
Reporte con corte a 31 de diciembre 2017

Para la población infantil entre los 6 a los 12 años de edad, 1.132 niños y 884 niñas, se fomentó y potencializó áreas del desarrollo físico, psicológico y cognitivo mediante acciones de participación por medio de actividades, acompañamientos y gestiones realizadas. Las niñas y niños gozaron de actividades deportivas y recreativas. Todo ello con el fin de propiciar espacios de conocimiento, diversión, aprendizaje e intercambio de experiencias que los alejan del trabajo infantil.

Teniendo en cuenta el ciclo vital y de desarrollo de la población de los 13 a los 17 años, se brindaron espacios para la participación que permitieron el empoderamiento, la identificación como sujetos de derechos, la movilización y la generación de proyectos de vida. Desde cada Centro Amar, se realizaron actividades que permitieron el reconocimiento de las ofertas interinstitucionales para el desarrollo de proyectos productivos y de educación técnica superior.

Las gestiones y las articulaciones se realizaron con el SENA, la Corporación Volver a la Gente, para formación ocupacional por un periodo de tres meses y posteriormente lograr vinculación laboral, Cámara de Comercio de Bogotá, Feria de jóvenes emprendedores Corferias para la orientación a procesos vocacionales como parte del proyecto de vida. Todo ello potencializa el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, garantizando una serie de experiencias y aprendizajes significativos que contribuyeron en el fortalecimiento de habilidades sociales, desde un enfoque diferencial y de género. Partiendo de la dinamización de sus capacidades; a través de los canales de participación como ciudadanos, en respuesta a sus necesidades e intereses. Igualmente, las gestiones realizadas permitieron avances significativos, logrando establecer contactos y alianzas intersectoriales que favorecen a las niñas, los niños, las y los adolescentes y sus familias, permitiendo implementar otro tipo de estrategias y metodologías incluyentes.

*Gráfica 84 Niñas, niños y adolescentes por rango etario atendidos por la Estrategia Móvil para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil.*



*Fuente: Sistema de Información Misional SIRBE. Secretaría Distrital de Integración Social –SDIS  
Reporte con corte a 31 de diciembre 2017*

Durante el 2017 la Estrategia Móvil:

- Logró aportar herramientas a las familias para desincentivar el Trabajo Infantil en la modalidad de acompañamiento laboral y encierro parentalizado. La experiencia realizada permitió a los ciudadanos participantes (padres de familia, docentes, orientadores, líderes comunitarios y cuidadores) reconocer la problemática y cómo

esta, obstaculiza el desarrollo y ejercicio pleno de los derechos de la niñez y la adolescencia de la Ciudad.

- Se buscó que los niños, niñas y adolescentes reconocieran su rol activo en el ejercicio de su ciudadanía, lo cual permitió reconocer la importancia de su participación en asuntos de su comunidad y entorno, para incentivar el ejercicio de la participación como derecho. De igual forma, se propició que las familias en las localidades reconocieran la voz de las niñas, niños y adolescentes como interlocutores válidos y en ejercicio de su ciudadanía.
- Se realizaron acompañamientos pedagógicos individuales e implementaron acciones para desnaturalizar los roles parentalizados que con frecuencia las niñas y niños entre los 6 y 12 años de edad interiorizan como su responsabilidad. Así mismo, se promovió el goce del ciclo vital desde experiencias artísticas que posibilitaron el reconocimiento y confianza sobre saberes propios, otorgando un lugar de disfrute frente al ser niña, niño y adolescente.
- Desarrolló acciones para mejorar pautas de crianza, promoción del proyecto de vida y fortalecimiento de las redes sociales.
- Se orientó permanentemente frente a la importancia de identificación, uso y reconocimiento de redes de apoyo, visitas domiciliarias en las viviendas donde habitan las niñas, niños y adolescentes las cuales permitieron identificar situaciones de vulnerabilidad asociadas a la precariedad económica, a la ausencia de alguno de los dos progenitores, dinámicas familiares que afectan el desarrollo social de las niñas, niños y adolescentes; así como también permitió identificar condiciones habitacionales deficientes, ausencia de adultos durante largas jornadas del día, dificultades para establecer normas, entre otros.
- Se fortaleció la articulación con las organizaciones comunitarias, quienes desde su posición de corresponsables en la protección de las niñas, los niños, las y los adolescentes aportaron su conocimiento para incentivar su participación a través de las diferentes expresiones artísticas urbanas, permitiendo a su vez, un acercamiento de los participantes de la Estrategia Móvil, conocer y hacer parte de los diferentes colectivos locales y desde allí hacer un ejercicio de ciudadanía para la construcción de alternativas frente a las problemáticas que afectan a las niñas, niños y adolescentes, como el trabajo infantil, las situaciones de violencia, microtráfico, entre otros, y de esa manera hacer parte de las denuncias frente a las situaciones que vulneran sus derechos.

Por su parte desde la Secretaría Distrital de Educación adelantó acciones como:

- Se avanzó en la institucionalización de la prevención del trabajo infantil en escenarios escolares. En este sentido se llega a un total de noventa y seis (96) IED, se estima que son 95.809 estudiantes beneficiados.
- Se aplicó el instrumento de identificación de niños, niñas y adolescentes y la caracterización de sus actividades escolares y no escolares a 27.074 estudiantes de los grados de 4º a 10º a las 30 IED.

- Se realizó el análisis de 27.074 instrumentos de identificación aplicados en 30 IED, encontrando 2.008 estudiantes vinculados a dinámicas de trabajo infantil y 2.518 estudiantes en riesgo de ingresar al trabajo infantil.
- 474 docentes y directivos docentes participaron en dos encuentros de asistencia técnica y cualificación para la atención pedagógica en el marco de la prevención del trabajo infantil.
- Se promovieron espacios de encuentro intersectoriales para abordar de manera integral a los y las estudiantes identificados en dinámicas de trabajo infantil y/o riesgo de estar. De esta manera se da cumplimiento a la Ley 1098 de 2006, que insta al sector educación en el artículo 44 numeral 9 “(...) las instituciones educativas deberán reportar a las autoridades competentes, las situaciones de abuso, maltrato o peores formas de trabajo infantil detectadas en niños, niñas y adolescentes”.
- Se creó un aplicativo en el portal electrónico de la SED al cual tendrán acceso las IED para realizar la aplicación del instrumento para la detección de estudiantes en situación de trabajo infantil y/o riesgo de serlo.

Finalmente desde la Secretaría Distrital de Salud en el marco del PSPIC, desarrolló una acción integrada orientada a la desvinculación progresiva del trabajo infantil en niños entre los 5 a 17 años de edad; como aporte del sector para el restablecimiento de los derechos de los niños y adolescentes trabajadores, la cual incluye:

- Recorrido en las localidades, identificando en los espacios característicos del trabajo infantil, situaciones de trabajo y de acompañamiento al trabajo de los padres o acudientes de los niños y adolescentes.
- Caracterización de factores de riesgos en salud, socioeconómicos, culturales y psicológicos que determinan actitudes y comportamientos en las familias que los lleva a incorporar a los niños, niñas y adolescentes en el trabajo.
- Acompañamiento a familias para promover habilidades para la vida, como una herramienta que promueva su retiro del trabajo, su autocuidado y desarrollo integral.
- Activación de la ruta de atención sectorial (procesos de aseguramiento en salud o barreras de acceso a los servicios de salud) e intersectorial que responda a las particularidades de los niños, niñas y adolescentes trabajadores y sus familias.
- Acciones colectivas para promover la desvinculación del trabajo infantil, a niños, niñas, adolescentes trabajadores, familias y adultos participantes de la actividad productiva, identificados en zonas de concentración comercial como calles o plazas de mercado en jornada diurna o nocturna, para el desarrollo de habilidades para la vida.
- Para la línea de prevención y erradicación del trabajo infantil, se definieron acuerdos intersectoriales en el marco del proceso de implementación de política para la salud y calidad de vida de los trabajadores, con la SED, para la asignación de cupos escolares, con la SDIS para acceder a proyectos sociales como Centros Amaros o Estrategia Móvil de Prevención y Atención de niños, niñas y adolescentes en situación o riesgo de trabajo infantil, además de otras instituciones de orden privado que hacen presencia en la ciudad y aportan con este proceso. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se registran las cifras de desvinculación de niños y adolescentes intervenidos por la SDS.

- Consolidación de las acciones relacionadas con el seguimiento y activación de ruta a servicios de salud y sociales, de casos identificados a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud.
- Socialización de las acciones de promoción de la salud, a través de la construcción de un plan de trabajo con las familias con el fin de alejar a los niños, niñas y adolescentes del trabajo infantil.

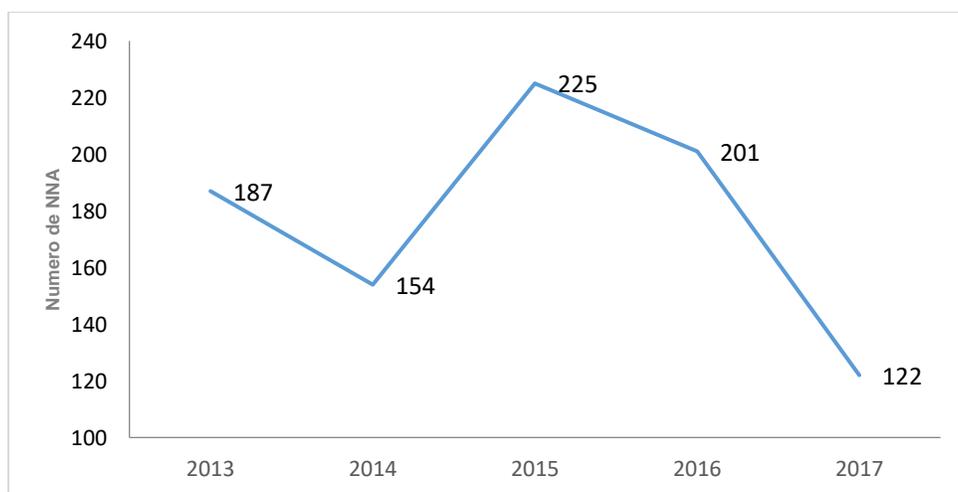
## HABITABILIDAD EN CALLE

### 2.4.17. Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF con proceso administrativo de restablecimiento de Derechos -PARD, identificados en situación de calle.

En relación a la situación de vida en calle, el numeral 9 del artículo 20 de la Ley 1098 de 2006 establece claramente que todos los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos contra dicha realidad. Por otro lado, el numeral 1 de este mismo artículo, estipula que todos los niños, niñas y adolescentes deben ser protegidos contra: “El abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención”.

Es el ICBF la instancia que expide el lineamiento técnico para el Programa Especializado de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Vida en Calle con sus Derechos Amenazados, Inobservados o Vulnerados, para la atención de niños, niñas y adolescentes que habitan las calles del Distrito Capital. En su cumplimiento a la garantía y calidad de vida, para la gestión 2017, el ICBF reconoce los siguientes aportes, dando cuenta de la trazabilidad en sus atención del 2013 al 2017.

*Gráfica 85 Niños, niñas y adolescentes en PARD por situación de vida en calle*



Fuente: Sistema de Información Misional SIM – Subdirección de Restablecimiento de Derechos, Sede Nacional- Base de datos consolidado PARD 2013-2017.

Para 2013, fueron vinculados a PARD, 187 niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle, para 2014 el ingreso fue de 154 con una disminución del 18%.

Con relación al año 2015, los casos aumentaron con respecto al año anterior en 71 casos, siendo el año de mayor número de niños, niñas y adolescentes ingresaron a PARD por situación de vida en calle, para 2016 se observa una leve disminución de número de niños, niñas y adolescentes y en el 2017 se registra la cifra más baja con 122 casos, que representa el 54% de casos menos, respecto al año 2015.

Por otro lado y teniendo en cuenta que el IDIPRON concentra sus esfuerzos para que los niños, niñas y adolescentes no habiten la calle en ninguno de los contextos de la ciudad, cuenta con más de 80 facilitadores sociales que se encargan de realizar la búsqueda de dicha población en todos los barrios de la ciudad, a fin de identificar los niños, niñas, adolescentes en situación de vida en calle e iniciar la estrategia de **Operación Amistad**, en donde se definen y afianzan los lazos que darán inicio al restablecimiento de derechos de dicha población.

La Operación Amistad es una estrategia que se desarrolla en la primera etapa del modelo pedagógico que ofrece el IDIPRON; esta actividad consiste principalmente en establecer lazos de confianza y empatía entre el facilitador social y el habitante de calle, a fin de identificar sus antecedentes familiares y personales, sus habilidades, así como su estado de vulneración de derechos, para de esta manera realizar una motivación más asertiva que incentive al habitante de calle a ingresar de manera voluntaria a las Unidades de Protección Integral que ofrece el Instituto para el Restablecimiento de sus Derechos. La operación amistad también contempla aquellas situaciones cuando el habitante de calle no acepta ingresar al IDIPRON y más aún cuando se trata de menores de edad, ante estas circunstancias el IDIPRON activa la ruta de atención con el centro zonal más cercano del ICBF y con la Policía de Infancia y Adolescencia a fin de que se tomen las medidas necesarias para que el menor de edad no continúe habitando la calle.

Las acciones que se adelantan en territorio para el abordaje y motivación a la población en cuestión son:

- Identificación y traslado de la población en situación de vida en calle y en riesgo de habitarla.
- Activación de redes interinstitucionales e Identificación de zonas estratégicas para el desarrollo de actividades.
- Cartografía social y sensibilización a la comunidad y a la población sujeto de atención.
- Identificación y articulación de oferta interinstitucional
- Diálogo con los niños, niñas y adolescentes para ganar empatía y amistad de una manera desapercibida para identificar sus necesidades, habilidades, destrezas e intereses a través de chocolatadas y actividades pedagógicas, lúdico - recreativas y deportivas.

Acciones que se adelantan en las Unidades de Protección Integral tales como Liberia y la Vega las cuales están dedicadas a la atención de niños, niñas y adolescentes en situación de vida en calle están centradas principalmente en:

- Restablecer derechos con el modelo de atención SE3 (Según las iniciales de las áreas de derecho de salud, sicosocial, sociolegal, escuela, emprender y espiritualidad).
- Brindar atención integral con servicios calificados de vivienda, los 7 días de la semana y las 24 horas del día.
- Fortalecer la etapa de acogida al IDIPRON, la cual busca romper con las dinámicas de calle por medio de atención psicosocial y familiar.
- Entrega de vestuario y servicio de lavandería.
- Alimentación (Desayuno, almuerzo, cena y dos meriendas diarias)
- Seguimiento nutricional.
- Escuela formal con servicios de alfabetización especial (nivelación y módulos flexibles), instrucción deportiva, talleres de manualidades y recreación.
- Acompañamiento psicosocial y acercamiento a la red familiar.
- Apoyo legal desde la justicia restaurativa.
- Gestión para la consecución de documentos de identidad.
- Afiliación al SGSSS y servicio de odontología.
- Acciones para mitigación de consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA a través de medicina alternativa.

La población de niños, niñas y adolescentes habitantes de calle atendidos en el 2017 en todas las dinámicas de atención del IDIPRON fue la siguiente:

*Tabla 94 Niños, Niñas y Adolescentes habitantes de calle atendidos 2017*

Localidad	Niñez (6 – 13 años)		Adolescencia 14 – 17 años		TOTAL	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
	1. Usaquén	0	0	1	0	1
2. Chapinero	0	0	0	0	0	0
3. Santafé	2	0	2	0	4	0
4. San Cristóbal	0	0	3	0	3	0
5. Usme	0	0	4	2	4	2
6. Tunjuelito	0	0	1	0	1	0
7. Bosa	0	0	1	2	1	2
8. Kennedy	1	1	1	0	2	1
9. Fontibón	0	0	0	0	0	0
10. Engativá	1	0	1	0	2	0
11. Suba	0	0	2	0	2	0
12. Barrios Unidos	0	0	0	0	0	0
13. Teusaquillo	0	0	0	0	0	0
14. Los Mártires	1	0	11	7	12	7
15. Antonio Nariño	0	0	0	1	0	1
16. Puente Aranda	0	0	0	0	0	0
17. La Candelaria	0	0	0	0	0	0
18. Rafael Uribe Uribe	0	0	2	4	2	4
19. Ciudad Bolívar	0	0	6	1	6	1
20. Sumapaz	0	0	0	0	0	0
DISTRITAL	1	2	4	0	5	2
TOTAL	6	3	39	17	45	20
TOTAL HABITANTES DE CALLE					65	

Fuente: OAP IDIPRON

**Nota 1:** La distribución por localidad corresponde al punto de habitabilidad del beneficiario/a.

**Nota 2:** La Localidad Distrital hace referencia a aquellos beneficiarios/as que no relacionaron información de habitabilidad o la desconocen.

**Nota 3:** Los grupos etarios corresponde a: NIÑEZ: 6 a 13 años y ADOLESCENCIA: 14 a 17 años.

Teniendo en cuenta que la gestión del IDIPRON no solo aborda la población habitante de calle, para efectos del presente informe también se hace necesario mencionar las cifras alcanzadas en el marco de la prevención con la población en riesgo de habitar la calle. A continuación se muestra el total de población en riesgo de habitar la calle atendida en el 2017 por el IDIPRON como estrategia de prevención.

Tabla 95 . Niños, Niñas y Adolescentes en riesgo de habitar calle atendidos 2017

Localidad	Niños, Niñas y Adolescentes en riesgo de habitar calle atendidos 2017					
	Niñez (6 – 13 años)		Adolescencia 14 – 17 años		TOTAL	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Usaquén	37	20	52	18	89	38
Chapinero	11	12	6	1	17	13
Santafé	83	58	96	41	179	99
San Cristóbal	121	93	84	58	205	151
Usme	87	79	147	91	234	170
Tunjuelito	2	0	2	6	4	6
Bosa	68	49	132	110	200	159
Kennedy	52	19	165	62	217	81
Fontibón	0	0	3	2	3	2
Engativá	2	2	5	3	7	5
Suba	21	14	54	13	75	27
Barrios Unidos	1	0	0	2	1	2
Teusaquillo	1	0	2	0	3	0
Los Mártires	38	13	44	24	82	37
Antonio Nariño	0	2	1	18	1	20
Puente Aranda	1	0	6	7	7	7
La Candelaria	26	16	28	4	54	20
Rafael Uribe Uribe	70	60	48	44	118	104
Ciudad Bolívar	102	91	196	157	298	248
Sumapaz	0	0	0	0	0	0
DISTRITAL	34	24	59	30	93	54
TOTAL	757	552	1130	691	1887	1243
	<b>TOTAL HABITANTES EN RIESGO DE CALLE</b>				<b>3130</b>	

Fuente: OAP IDIPRON

### Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes-SRPA

El SRPA, está constituido por el conjunto de principios, normas, procedimientos, autoridades judiciales especializadas y entes administrativos que rigen o intervienen en la investigación y juzgamiento de delitos cometidos por personas que tengan entre catorce (14) y dieciocho (18) años al momento de cometer el hecho punible.<sup>64</sup> Se encuentra regido por los principios de protección integral, interés superior de los niños, niñas y adolescentes, la prevalencia de sus derechos, la articulación de las políticas, la integralidad del sistema jurídico, el debido proceso y la corresponsabilidad, entre otros. Dicho Sistema permite ampliar la visión en relación con el adolescente, la conducta delictiva, y la responsabilidad individual, familiar y social,<sup>65</sup> al desarrollarse a través de un proceso de justicia restaurativa, donde se garantiza la verdad y la reparación del daño causado, a partir de la imposición de medidas de carácter pedagógico, específico y diferenciado respecto del sistema de adultos.<sup>66</sup>

<sup>64</sup> Código para la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006.

<sup>65</sup> La Política de Infancia y Adolescencia En Bogotá D.C. 2011 - 2021

<sup>66</sup> Código para la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098 de 2006.

La justicia restaurativa es un modelo que permite contemplar la sanción del crimen de manera alternativa, reconociendo al adolescente o niño como una persona en desarrollo, responsable en la medida de sus capacidades y grado de desarrollo. De esta manera, acoge el principio del interés superior del niño, considerándolo no sólo sujeto de derechos sino también de obligaciones y responsabilidades. Tiene por objetivos acercar a la víctima y al menor infractor a través de la reparación de cada uno, promoviendo la reconciliación entre las partes. Igualmente, pretende superar el castigo a través de herramientas pedagógicas y reparadoras, restablecer la paz social a través de la satisfacción de los intereses de las víctimas, y ver al victimario como sujeto de derechos con el fin último de que éste reintegrese a la sociedad y se forme como ciudadano.<sup>67</sup>

En las diferentes fases del proceso de Responsabilidad Penal Adolescente-RPA en el Sistema concurren, la FGN, la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, el ICBF, la Policía de Infancia y Adolescencia, jueces penales adolescentes (de control de garantías y de conocimiento), el Consejo Superior de la Judicatura (Sala Administrativa), y las entidades territoriales.<sup>68</sup> En cumplimiento de los deberes en la materia, Bogotá en su condición de entidad territorial, partícipe en el SRPA, creó el Comité de Coordinación Distrital de Responsabilidad Penal para Adolescentes-CCDRPA, instancia de coordinación y articulación interinstitucional, intersectorial e intersistémica a nivel distrital y entre el Distrito y la Nación, cuyo objetivo es el de orientar y dar seguimiento a la implementación de acciones desde un enfoque de justicia restaurativa en el Distrito Capital, y establecer los parámetros técnicos en el diseño, ejecución y evaluación de la política pública de infancia y adolescencia al interior del Distrito Capital.<sup>69</sup> En el desarrollo de sus funciones, el Comité articula su labor con el CODIA.

La SSCJ, está encargada de liderar, planear, implementar y evaluar la política pública en materia de seguridad, convivencia y acceso a la justicia, así como de trabajar de manera articulada y armónica con otras entidades del Distrito Capital como del nivel nacional, para garantizar la seguridad, y la protección de los derechos y libertades de los ciudadanos en Bogotá. En este sentido, y atendiendo el principio de corresponsabilidad que opera en materia de garantías de derechos de los niños, niñas y adolescentes, donde tanto la familia, como la sociedad y todos los sectores e instituciones del Estado son responsables de su cuidado y protección integral, en virtud del Acuerdo Distrital 637 de 2016<sup>70</sup>, se ha entregado a la SSCJ la misión de liderar, orientar y coordinar políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a la prevención del delito en niños, niñas y adolescentes, y las competencias del Distrito frente al SRPA en coordinación con el ICBF. De esta manera, atendiendo el mandato legal, durante la vigencia 2017, la SSCJ ha implementado las siguientes acciones:

- Fortalecimiento a la Policía de Infancia y Adolescencia: durante la vigencia 2017 se adelantaron acciones de fortalecimiento a la Policía de Infancia y Adolescencia para el cumplimiento de sus obligaciones dentro del SRPA, con el propósito de reducir

<sup>67</sup> Bernal, Carolina y LaRota, Miguel. (2011). Monitoreo de sanciones a adolescentes. Bogotá. De justicia.

<sup>68</sup> Ídem

<sup>69</sup> Decreto Distrital 420 de 2017 "Por medio del cual se crea el Comité de Coordinación Distrital de Responsabilidad Penal para Adolescentes y se dictan otras disposiciones"

<sup>70</sup> Acuerdo Distrital 637 de 2016 "Por el cual se crean el Sector Administrativo de Seguridad, Convivencia y Justicia, la Secretaría *Distrital* de Seguridad, Convivencia y Justicia, se modifica parcialmente el *Acuerdo Distrital* 257 de 2006 y se dictan otras disposiciones"

los índices de criminalidad, mejorar la atención de emergencias en la ciudad, y brindar garantías para la protección integral de la población vinculada. Dentro de las medidas desarrolladas se encuentran: la ampliación del parque automotor, y la adquisición de equipos de comunicación y tecnológicos.

- Estrategia para la Prevención de la Violencia Juvenil: En implementación de la política pública Distrital para “fortalecer programas orientados al monitoreo del comportamiento de la violencia y de la participación de los y las jóvenes en estos”, en convenio con la SED, la SSCJ ha desarrollado una estrategia de prevención de la violencia juvenil, diseñada con base en los modelos Becoming a Man-BAM, la cual tiene como objetivo prevenir la vinculación y reincidencia de adolescentes y jóvenes en conductas delictivas, a través de un modelo, adaptado al contexto local, conformado por tres componentes: (i) terapias de aprendizaje cognitivo-conductual, (ii) talleres de refuerzo al pensamiento lógico matemático e (iii) intervenciones psicosociales con familias.

Durante la primera fase de su ejecución en el segundo semestre de 2017, se consolidó un equipo multidisciplinar que adaptó los protocolos de atención e implementó las sesiones de psicología y matemáticas con estudiantes de cinco IED, vinculadas al programa “Volver a la Escuela” de la SED, llegando a atender 355 estudiantes en el 2017, en las localidades de Suba, Rafael Uribe Uribe y Kennedy. En el mismo periodo se desarrollaron terapias psicológicas y se implementó el componente de matemáticas, a través de sesiones de refuerzo al pensamiento lógico, para elevar los niveles de persistencia y tolerancia a la frustración. Asimismo, en el componente de intervención a familias, se realizaron sesiones para motivar la vinculación de los padres o acudientes de los adolescentes y jóvenes.

- Creación del CCDRPA a través del Decreto Distrital 420 de 2017, el cual empezó a sesionar en octubre del mismo año. Para su operativización se han instalado siete mesas técnicas de trabajo en las líneas estratégicas de Seguridad, Salud, Prevención, Justicia Restaurativa, Infraestructura, Educación y Proyecto de Vida, y Sistema de Información, que cuentan con planes de acción presentados y aprobados por el Comité Distrital en enero de 2018.
- Programa Distrital de Justicia Juvenil Restaurativa - PDJJR - Principio de Oportunidad con suspensión de procedimiento a prueba. Creación de la primera casa en el Distrito y en el País, para la atención de los adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley, sus familias y las víctimas en el marco de la justicia juvenil restaurativa, donde se atiende a los adolescentes beneficiarios del principio de oportunidad con suspensión de procedimiento a prueba, labor para cuyo cumplimiento se implementó una ruta jurídica dentro del proceso de articulación con los operadores judiciales (FGN, ICBF, Defensoría del Pueblo, Consejo Superior de la Judicatura-CSJ). En 2017, se contó con 46 casos en la ruta jurídica del programa y 165 atenciones a víctima - ofensor en el PDJJR.
- Fortalecimiento al proceso de conciliación: Dentro de la implementación de la conciliación entre víctimas y ofensores, como una de las líneas estratégicas de intervención del PDJJR, se estructuró una estrategia piloto con enfoque de justicia restaurativa, con la participación de la FGN, la SED y el Ministerio de Justicia y del

Derecho- Minjusticia, en el marco de los delitos por lesiones personales en entornos escolares.

- Programa Piloto en Entornos Escolares: En articulación con el Minjusticia, la FGN y la SED, en el marco de la Ley 1620 de 2013<sup>71</sup>, ejecutó el programa piloto de justicia restaurativa en entornos escolares, seleccionando 30 expedientes de colegios públicos y privados de 6 localidades, Bosa, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Kennedy y Suba para adelantar prácticas restaurativas que permitan finalizar los procesos penales a través de la conciliación con enfoque restaurativo.

#### **Atención a Población Privada de la Libertad:**

- Centro de Atención Especializada-CAE Bosconia: En la vigencia 2017 se atenderon 96 adolescentes y jóvenes en la modalidad privativa de la libertad en el centro de atención especializado Bosconia para el cumplimiento de la sanción impuesta por la autoridad judicial competente. De los cuales, 7 adolescentes se vincularon al curso de pre ICFES de la Universidad de los Andes, 4 a procesos de educación superior a través del “Proyecto Sueño Oportunidades para Volar” liderado por el ICBF y 4 a la oferta de carreras técnicas y tecnológicas del SENA.

- Programa CBT: Se estructuró el programa de Terapia Cognitivo Conductual-CBT, que atiende tres componentes: Terapia cognitivo conductual, familiar y lógico matemático, implementado en el CAE El Redentor con 100 adolescentes y jóvenes seleccionados para atención.

▪ **Modelo Pedagógico de Atención Diferencial y Restaurativo para Adolescentes y Jóvenes del SRPA con Sanción Privativa de la Libertad:** Se construyó un modelo pedagógico de atención diferencial y restaurativo para adolescentes y jóvenes del SRPA con sanción privativa de la libertad. El modelo está compuesto por enfoques, componentes, y fases que comienzan su desarrollo en el momento en que el adolescente o joven ingresa. Los enfoques tienen como punto de partida el marco normativo internacional y nacional, y el desarrollo de propuestas que buscan la atención integral de los adolescentes y jóvenes en el SRPA. El modelo orienta la acción pedagógica hacia los enfoques: i) diferencial, ii) justicia restaurativa, iii) derechos, y acción sin daño, iv) género y v) participación. Los componentes, siendo elementos transversales en el proceso de atención están basados en el enfoque de derechos y promueven el trabajo en materia de: i) Espiritualidad y sentido de vida, ii) Actitudes, habilidades y capacidades, iii) Proyecto de vida, iv) Salud mental, sexual y reproductiva, y v) Acompañamiento psicosocial.

En este sentido, a continuación se presentan los indicadores que dan cuenta del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente.

#### **2.4.18. Número de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA.**

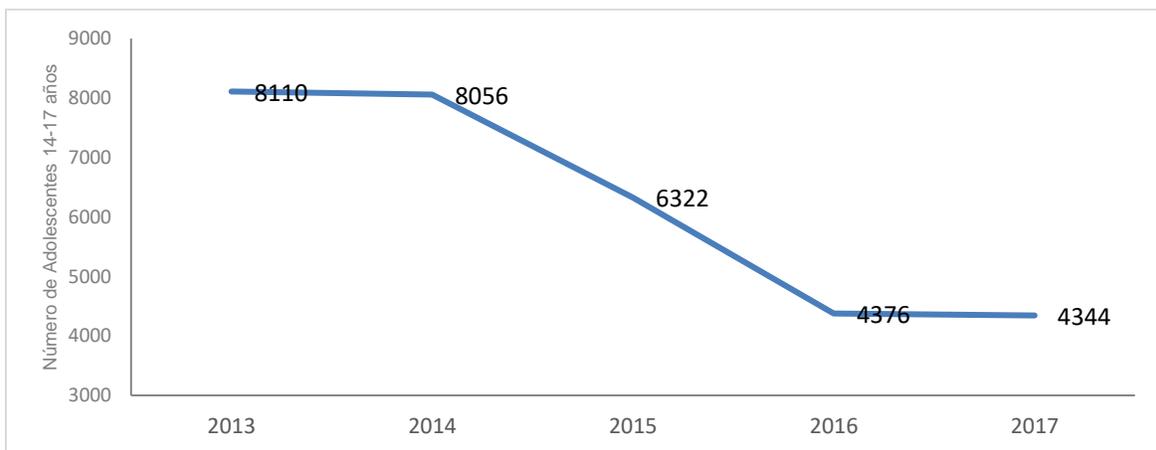
---

<sup>71</sup> Ibid SED

De conformidad con el Código para la Infancia y la Adolescencia, el ICBF en su calidad de institución competente de coordinar el Sistema Nacional de Bienestar Familiar-SNBF, está encargado de definir las directrices técnicas que las entidades deben cumplir para garantizar los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes, y asegurar su restablecimiento, colaborando con los entes nacionales, departamentales, distritales y municipales en la ejecución de sus políticas públicas.<sup>72</sup> De esta manera, en el marco del SRPA el Instituto en coordinación con la SSCJ debe orientar y coordinar las políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a la prevención del delito en niños, niñas y adolescentes en el Distrito Capital,<sup>73</sup> garantizando además la protección integral de aquellos que ya se encuentran vinculados al SRPA, diseñando los lineamientos para la ejecución de las sanciones que sean impuestas con base en el principio de fortalecimiento a la familia, las cuales deben cumplirse en programas especializados del SNBF, así como prestando sus servicios para el logro de este objetivo al interior del proceso de justicia restaurativa, a través de las Defensoría de Familia.<sup>74</sup>

En el ejercicio de sus funciones, el ICBF registró que para el período comprendido entre el 2013 y el 2017, treinta y un mil doscientos ocho (31.208) adolescentes ingresaron al SRPA.

*Gráfica 86 Histórico de Ingresos de Adolescentes Infractores al SRPA*



**Fuente:** ICBF - Centro Especializado Puente Aranda CESPA- Regional Bogotá, Valija 2013-2017.

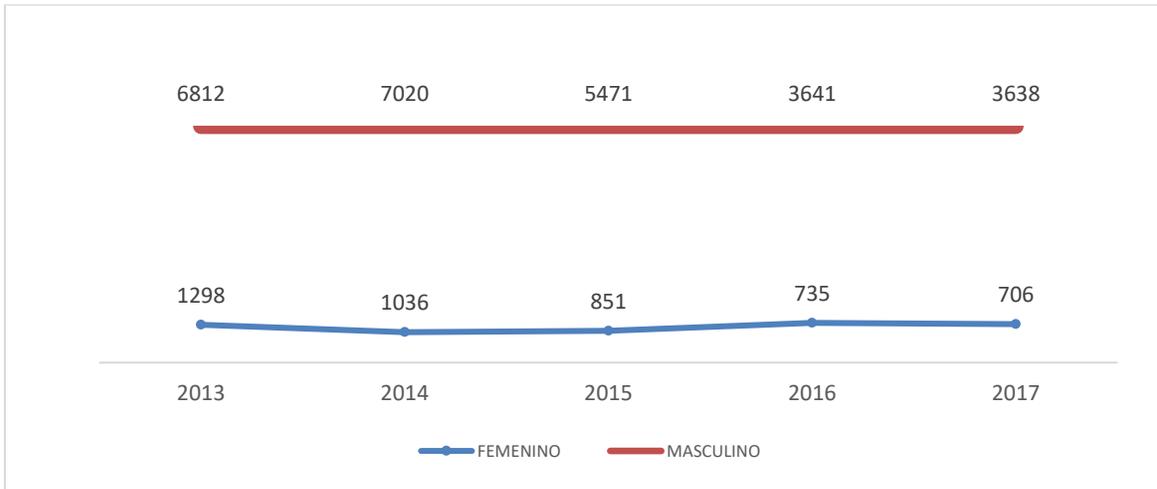
Con relación al comportamiento del indicador, durante el 2013, 8.110 adolescentes, fueron vinculados al SRPA, siendo este el año que presentó mayor ingreso de los jóvenes al SRPA. Para el período 2014 – 2017, la cifra disminuyó considerablemente, registrando así, para el año 2017 una disminución del 46% de los jóvenes que ingresaron al Sistema de Responsabilidad Adolescente en comparación con el año 2013.

*Gráfica 87 Número de casos de adolescentes infractores, por sexo y año*

<sup>72</sup> Ley 1098 de 2006

<sup>73</sup> Decreto Distrital 420 de 2017

<sup>74</sup> idem.



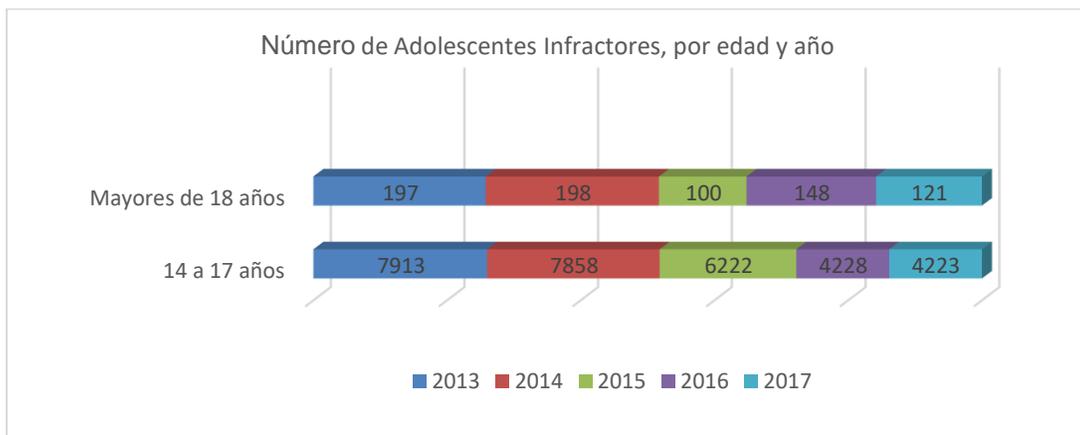
Fuente: ICBF - Centro Especializado Puente Aranda CESPA- Regional Bogotá, Valija 2013-2017.

Al realizar el análisis por sexo y año de ingreso, el 20% de los adolescentes infractores de la ley penal, corresponden al sexo femenino y el 80% restante al sexo masculino.

Con relación al ingreso de adolescentes de sexo femenino, para el año 2013, mil doscientas noventa y ocho (1298) adolescentes fueron vinculadas al SRPA. Para el período comprendido entre el 2014 y 2017 existe una notable disminución del número de casos, registrando así, para el año 2017 una reducción del 45% de las jóvenes que ingresaron al Sistema de Responsabilidad Adolescente en comparación con el año 2013.

Para el caso de los adolescentes de sexo masculino, vinculados al SRPA, entre los años 2013 y 2014 existe un incremento de los números de casos. A partir del 2015 se observa una disminución significativa de casos de adolescentes que ingresaron al SRPA.

*Gráfica 88 Número de casos de adolescentes infractores, por edad y año*



Fuente: ICBF - Centro Especializado Puente Aranda CESPA- Regional Bogotá, Valija 2013-2017

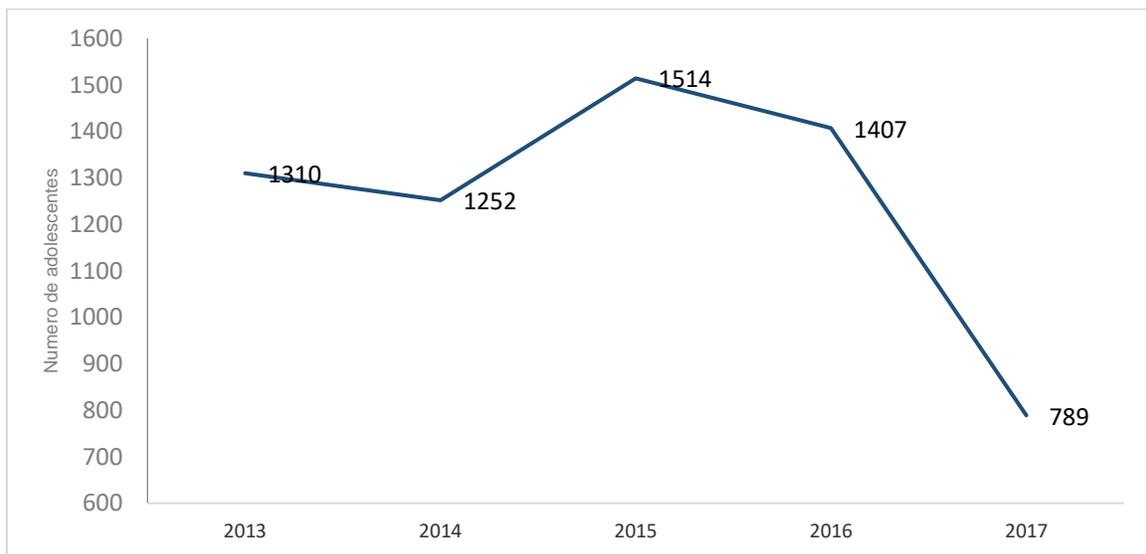
Los adolescentes cuyas edades oscilan entre los 14 y 17 años, son el rango de edad que mayor ingreso se registra al SRPA durante los últimos 5 años, siendo relevante que existe una notable disminución para el año 2017 (4423), con relación al año 2013 (7913).

#### 2.4.19. Adolescentes entre 14 y 17 años privados de libertad procesados conforme a la Ley.

Para el período comprendido entre el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017, ingresaron a SRPA con medida privativa de la libertad seis mil doscientos setenta y dos (6272) adolescentes, cifra que ha disminuido considerablemente para el año 2017 donde se registró el menor número de adolescentes con medida privativa en los últimos cinco años (789), esto se debe a la ampliación de la oferta de medidas no privativas de la libertad, que han permitido que los adolescentes vinculados a SRPA, sean atendidos desde otras modalidades.

El año, en el cual se registró mayor número de adolescentes privados de la libertad, corresponde al año 2015, en el cual mil quinientos jóvenes, ingresaron a SRPA con medida privativa de libertad.

*Gráfica 89 Adolescentes Con Medidas Privativas de la Libertad*



**Fuente:** ICBF - Centro Especializado Puente Aranda CESPA- Regional Bogotá, Valija 2013-2016, Grupo Protección SRPA Regional Bogotá.

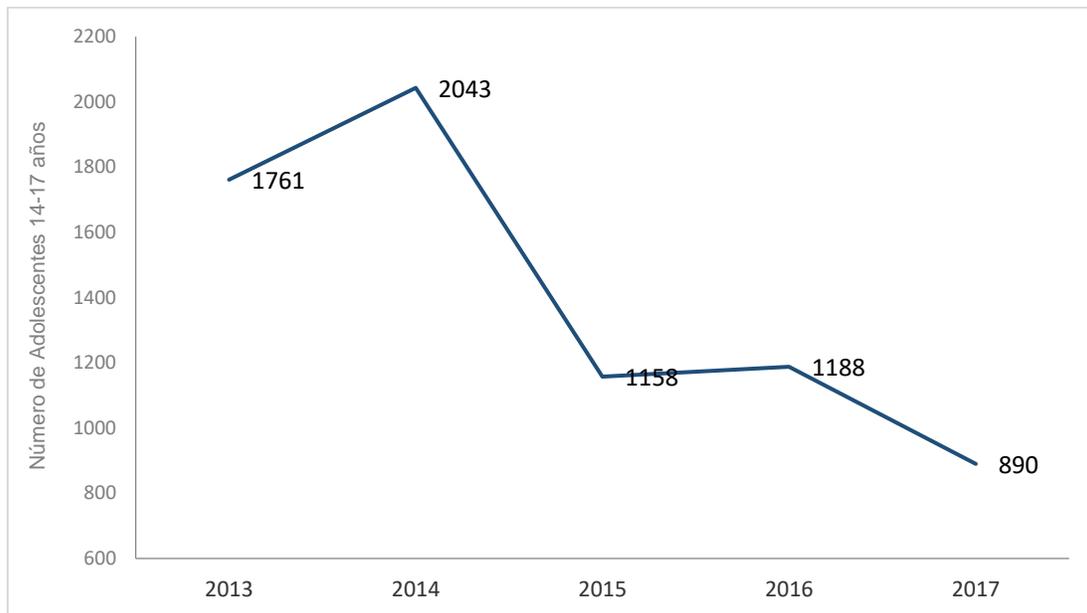
#### 2.4.20. Reincidencia del delito en el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes

Para el período evaluado, ingresaron por reincidencia al SRPA, un total de siete mil cuarenta (7040) adolescentes.

Con relación al número de casos que se registran por reincidencia del delito, se aprecia que en el 2014 se presentó un aumento en 282 casos respecto al año 2013 (1761), siendo el 2014 el año donde más ingresos por reincidencia se presentaron.

Durante los años 2015 a 2017, se presentó una tendencia decreciente de ingresos por año, para el año 2017 se registra menor número de casos por reincidencia a SRPA (890).

*Gráfica 90 Reincidencia del Delito SRPA*



Fuente: ICBF - Centro Especializado Puente Aranda CESPA- Regional Bogotá, Valija 2013-2017

El ICBF, durante el periodo comprendido entre 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017, ha implementado estrategias encaminadas a mejorar la atención y el servicio prestado a los adolescentes y/o jóvenes del SRPA, en articulación con agentes del SNBF y organismos internacionales.

A través de estas estrategias, se desarrollan actividades tendientes a fortalecer el sentido restaurativo de las sanciones, logrando alianzas que aportan de manera significativa en la construcción de los proyectos de vida de los adolescentes y jóvenes del SRPA, contribuyendo así a su transformación personal, la materialización de nuevas oportunidades y la plena garantía de sus derechos, entre las acciones más relevantes se encuentran:

Garantía de acceso a deporte, recreación, cultura y arte

- Vinculación de los adolescentes en programas culturales en articulación con el Ministerio de Cultura.
- Realización de jornadas deportivas y recreativas, a través de convenio con el Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el

Aprovechamiento del Tiempo Libre-COLDEPORTES, impactando así en sus hábitos y actitudes, como un instrumento para la recuperación del tejido social.

- Apoyo en la generación de estrategias productivas, a través de las cuales los adolescentes vinculados al SRPA participan en actividades de comercialización de los productos tanto de madera, como de panadería y repostería que elaboran como parte de su proceso.

#### Garantía de acceso a servicios de Educación y Salud

- Promoción de acciones para el restablecimiento de derechos a la identidad, a través de la gestión adelantada con la Registraduría Nacional del Estado Civil-RNEC.
- Vinculación de los jóvenes al sistema educativo a través de estrategias encaminadas no solo a garantizar la educación básica primaria o secundaria, sino proporcionar la oportunidad de acceso a educación superior en la modalidad técnica, tecnológica y profesional.

Con el objetivo de garantizar la protección integral en el marco de la Política Pública de Infancia y Adolescencia y la justicia restaurativa, la SDIS a través de los Centros Forjar brinda atención especializada a los adolescentes vinculados al SRPA y a sus familias, en la fase de ejecución de sanciones para el medio abierto, familiar y socio comunitario, con el objetivo de atender sus necesidades, prevenir la reincidencia, fortalecer los procesos de inclusión social y potenciar el desarrollo humano a partir del afianzamiento de capacidades para la construcción de proyectos de vida basados en la cultura de la legalidad, el acceso a oportunidades y el ejercicio de la ciudadanía. En el ejercicio de sus competencias, las SDIS ha adelantado las siguientes acciones:

- Implementación de un Modelo de Atención Especializada.

Para la atención integral de adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley penal y sus familias, los Centros Forjar cuentan con un modelo de atención que para el año 2017 se proyectó implementar con 910 participantes vinculados al SRPA en sus tres unidades operativas: Ciudad Bolívar (300 cupos), Suba (200 cupos), Rafael Uribe (200 cupos) y en rotación<sup>75</sup> (210 cupos). Como resultado de la gestión se logró una cobertura mayor a la esperada con un total general de 1566 adolescentes y jóvenes, entre hombres (H), mujeres (M) e intersexuales (I) atendidos, cumpliendo sanciones impuestas por el SRPA, como se evidencia en el siguiente cuadro:

---

<sup>75</sup> Los 210 cupos que se dejaron teniendo en cuenta la rotación debido a que las sanciones tienen límite legal de seis(6) meses y dos (2) años para Prestación de Servicios a la Comunidad y Libertad Asistida/Vigilada, respectivamente y la medida de Apoyo a la Administración de Justicia cuatro (4) meses prorrogable por dos (2) meses más.

Tabla 96. Número de adolescentes y jóvenes atendidos en los Centros Forjar 2017

UNIDAD OP.	13 Y 17 AÑOS			18 Y 25 AÑOS			TOTAL GENERAL
	Hombre	Mujer	Intersexual	Hombre	Mujer	Intersexual	
Ciudad Bolívar	185	37	0	375	51	0	648
Rafael Uribe	256	55	1	200	26	0	538
Suba	94	22	1	237	26	0	380
<b>Total</b>	<b>535</b>	<b>114</b>	<b>2</b>	<b>812</b>	<b>103</b>	<b>0</b>	<b>1566</b>

Secretaría Distrital de Integración Social –SDIS. Fuente: Sistema de Información Misional SIRBE. Reporte con corte a 31 de diciembre 2017 en el marco del plan de desarrollo BMT

- Remisiones del SRPA y atenciones en los Centros Forjar: A partir del trabajo de articulación adelantado a nivel inter institucional, se ha logrado posicionar el Centro Forjar dentro del Sistema, incrementando el número de remisiones e ingresos, como se evidencia en las siguientes tablas:

Tabla 97 Número de Remisiones por modalidad efectuadas por parte de las Defensorías de Familia y Juzgados de Conocimiento SRPA 2017

Modalidades de Atención	Ciudad Bolívar	Rafael Uribe Uribe	Suba	Total
Intervención de apoyo en Conflicto con la Ley – Restablecimiento de Derechos	83	110	84	277
Intervención de Apoyo Libertad Asistida	123	111	66	300
Prestación de Servicios a la Comunidad	97	97	32	226
<b>Total</b>	<b>303</b>	<b>318</b>	<b>182</b>	<b>803</b>

Fuente. SDIS. Informes Cuantitativos Centros Forjar. 2017.

Tabla 98 Ingreso de adolescentes y jóvenes a los Centros Forjar – Periodo enero - diciembre 2017.

MODALIDADES DE ATENCIÓN	CIUDAD BOLÍVAR	RAFAEL URIBE URIBE	SUBA	TOTAL
Intervención de apoyo en Conflicto con la Ley – Restablecimiento de Derechos	74	89	75	238
Intervención de Apoyo Libertad Asistida	113	100	52	265
Prestación de Servicios a la Comunidad	80	70	31	181
<b>Total</b>	<b>267</b>	<b>259</b>	<b>158</b>	<b>684</b>

Fuente: SDIS

Los 684 adolescentes y jóvenes que efectivamente se vincularon al servicio contaron con el acompañamiento y seguimiento correspondiente por parte de los profesionales del Centro, quienes desde el modelo restaurativo propendieron por estrategias orientadas a la responsabilidad, restauración e inclusión social de los participantes.

- **Componente Psicosocial:** Durante el año 2017, se propendió por el fortalecimiento del acompañamiento psicosocial en los niveles individual, grupal, familiar y multifamiliar, así como en el acercamiento al contexto domiciliario. Es así como se lograron efectuar 1884 acompañamientos individuales. De igual manera, se registraron atenciones por bina psicosocial a 1466 familias, y 1918 integrantes de familias participaron de Encuentros Multifamiliares, espacios a través de los cuales se logró el fortalecimiento de la dinámica familiar, las relaciones vinculares y la apropiación de herramientas para abordar de manera asertiva las situaciones de conflicto de los adolescentes y jóvenes.

Se identifican 2036 acompañamientos psicosociales grupales, como espacios reflexivos en los que se abordaron líneas temáticas mediante estrategias pedagógicas que buscaron facilitar los procesos restaurativos, la resignificación de la trayectoria de vida en relación con los conflictos con la ley penal, el fortalecimiento de auto esquemas, las interacciones en los diferentes contextos relacionales, situaciones como el consumo de psicoactivos, las violencias, la cultura de la legalidad y la no reincidencia, entre otros aspectos.

Así mismo, se registran 701 visitas socio familiares a través de las cuales los equipos psicosociales lograron el reconocimiento del contexto familiar y barrial al ingreso de los participantes al servicio, el seguimiento durante la ejecución de la medida o sanción, la búsqueda de no vinculados, el reenganche de participantes con inasistencia al servicio, así como atenciones en casa para el acompañamiento individual y familiar, en aquellos casos en los que por diversas razones los participantes no podían asistir al servicio (condiciones de salud, riesgo en los territorios, ejecución de una medida de detención domiciliaria entre otras).

- **Componente Pedagógico:** En los Centros Forjar durante el año 2017, se continuaron fortaleciendo las estrategias y acciones conducentes a la materialización de la finalidad pedagógica de las sanciones. Asimismo, en el marco del PARD, se desarrollaron encuentros pedagógicos para el fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía y su relación con el tema de la legalidad vs. la ilegalidad en un contexto de ciudad; llegando a atender a 1706 en estos escenarios. Además, se desarrollaron acciones para el reconocimiento de escenarios, nuevos contextos y apropiación del territorio, por medio de salidas pedagógicas de orden histórico, cultural, lúdico y ambiental, de las cuales se beneficiaron (575) adolescentes y jóvenes.

- **Eje Personal – Familiar:** en este ámbito se lograron 1198 atenciones en orientación ocupacional – vocacional, como una acción relevante para facilitar la estructuración del proyecto de vida, mediante la identificación de intereses, expectativas y necesidades que permiten agenciar las elecciones ocupacionales.

- **Salud:** En cuanto a los avances de la gestión en salud, es importante precisar que a través de la Línea de Referenciación, se apostó por tres acciones estratégicas de acuerdo con las necesidades identificadas: 1. La gestión para el aseguramiento mediante la cual se logró la vinculación efectiva de 132 participantes del servicio con EPS del régimen subsidiado, Capital Salud y Unicajas principalmente, 2. las acciones para la Promoción y Prevención en Salud centradas en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, jornadas de vacunación, orientación en salud sexual y reproductiva, tamizajes y pruebas

presuntivas para VIH e ITS's, planificación familiar y 3. jornadas de salud visual, principalmente, lográndose la participación de 813 adolescentes y jóvenes en acciones para las cuales se articuló con las sub redes de salud de la SDS. En el mismo sentido, se adelantaron gestiones para la atención en salud centrado en el apoyo para la asignación de citas y acompañamientos para la atención en las áreas de medicina general, odontología, psicología clínica, psiquiatría, toxicología, así como se apoyó y acompañó en la atención por urgencias, logrando beneficiar a 156 adolescentes y jóvenes de los Centros Forjar, según la demanda presentada.

- Implementación en procesos de Formación en Artes, Oficios y Deportes: Se logró dar alcance no sólo a los participantes del servicio sino a adolescentes y jóvenes en post egreso, como un aspecto importante para el acceso a oportunidades reales que incidan en la prevención de la reiteración en el delito. En 2017, se identifica que se han efectuaron 3484 atenciones de formación en artes y oficios, en el cual se dio inicio a las actividades con participantes, lográndose la certificación de 251 adolescentes, jóvenes y familias del primer periodo de formación, en los oficios de marroquinería (40), maderas (58), expresión artística (82), joyería (14), cestería (12) cocina y repostería (45). Como resultado de los procesos de formación, se logró la participación en la Feria Expoartesánías en el mes de diciembre de 2017, espacio que facilitó la visibilización y comercialización de algunos productos elaborados por los participantes. Así mismo, se registran 1651 atenciones en prácticas deportivas y la participación de 230 adolescentes y jóvenes en salidas pedagógicas.

- Iniciativas productivas: En el marco del componente de Orientación, Gestión y Fortalecimiento para la Generación de Ingresos, se han entregado (11) iniciativas productivas y se avanza en la consolidación de nuevas iniciativas, como una acción importante en el fortalecimiento de la economía familiar, en las localidades de Ciudad Bolívar, Rafael Uribe Uribe y Suba.

- Gestión de oportunidades: Se construyó una Guía para la Gestión de Oportunidades para los Adolescentes y sus familias durante la ejecución de las medidas o sanciones y en el Post Egreso, cuya elaboración contó con la participación de éstos, bajo la dirección de un pedagogo y de los equipos interdisciplinarios de los Centros Forjar. La guía fue socializada entre otros espacios en: 1. Instancias de política, COLIA y Comités de Juventud en las Localidades de Suba, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar; Unidad de Apoyo Técnico-UAT de Ciudad Bolívar y Red del Buen Trato Rafael Uribe Uribe, y 2. En encuentros multifamiliares, donde se hizo reconocimiento de las acciones referidas a los derechos de identidad, salud, educación, participación, recreación, cultura, deporte y acceso a estrategias de generación de ingresos, y se exploró el reconocimiento de oportunidades que han tenido a través del proceso en los Centros Forjar, identificándose las necesidades en el ejercicio de cada uno de los derechos.

En el marco del SRPA, en garantía del principio de protección integral, el IDIPRON, adelanta gestiones encaminadas a la prevención de la comisión de conductas delictivas de los niños, niñas y adolescentes beneficiarios, tanto en la calidad de víctimas como de victimarios, y a la vinculación de éstos en las redes de delincuencia. Dentro de las acciones adelantadas, en este sentido, podemos observar:

- El reporte y acompañamiento de PARD ante el ICBF.
- La orientación, atención y acompañamiento en asuntos de índole jurídico-legal a los niños, niñas y adolescentes y sus familias.
- La orientación y el trámite de documentación de identidad, desde registros civiles de nacimiento y tarjetas de identidad.
- El seguimiento del proceso de egreso de acuerdo a los procedimientos establecidos, a través del cual se busca la inclusión a su contexto social y familiar con la promoción y el goce adecuado de sus derechos

Igualmente, se adelantan acciones estratégicas en materia de prevención de la delincuencia y la reincidencia cuando ya los adolescentes y jóvenes se encuentra vinculados al SRPA, apostándole al modelo de justicia restaurativa de responsabilización, reparación y reintegración. Entre las medidas implementadas se encuentran:

- a. Implementación del modelo pedagógico “El IDIPRON como una posibilidad de vida” en los CAE del SRPA en la ciudad de Bogotá
- b. Reintegración de adolescentes y jóvenes en detención (privados de la libertad) en BOGOTÁ “Esto es Otra Vuelta”. Ofreciendo a los y las adolescentes y jóvenes privados de la libertad, posibilidades para su reintegración y construcción de su proyecto de vida después de haber cumplido con su sanción, por medio de estrategias de orientación académica y laboral.

*Tabla 99 Número de Niños, Niñas y Adolescentes atendidos a través de estrategias de prevención de la vinculación o prevención en la reincidencia al SRPA en el 2017*

LOCALIDAD	NNA atendidos en conflicto o en riesgo con la ley					
	NIÑEZ		ADOLESCENCIA		total	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Usaquén			12	2	12	2
Chapinero		1	1	3	1	4
Santa fe	3	1	31	14	34	15
San Cristóbal	1	2	12	2	13	4
Usme	4		26	5	30	5
Tunjuelito			3		3	0
Bosa	4	1	19	13	23	14
Kennedy		4	15	8	15	12
Fontibón			1	1	1	1
Engativá			4		4	0
Suba	4	1	8	1	12	2
Barrios Unidos				1	0	1
Teusaquillo			1		1	0
Los Mártires	1		28	13	29	13
Antonio Nariño					0	0
Puente Aranda	1		9	3	10	3
La Candelaria	1		1		2	0
Rafael Uribe Uribe	1	1	28	13	29	14
Ciudad Bolívar	3	2	64	42	67	44
Sumapaz					0	0
DISTRITAL	1	1	29	13	30	14
TOTAL	24	14	292	134	316	148
	<b>TOTAL NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS</b>					<b>464</b>

Fuente: OAP IDIPRON

*Tabla 100 Número de Niños, Niñas y Adolescentes por grupo étnico atendidos a través de estrategias de prevención de la vinculación o prevención en la reincidencia al SRPA en el 2017*

Etnia	Atencion 2017			
	Niñez		Adolescencia	
	hombre	mujer	hombre	mujer
Blanco	2	1	22	14
Indígena	1		3	3
Mestizo		1	50	24
Negro(a), mulato(a), afro colombiano(a) o afro descendiente	0		5	3
Palenquero(a) de sab basilio	0	1		
No se identifica	21	12	212	89
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>15</b>	<b>292</b>	<b>133</b>
<b>TOTAL</b>				<b>464</b>

Fuente: OAP IDIPRON

#### **2.4.21. Familias con niños, niñas y adolescentes Reasentadas.**

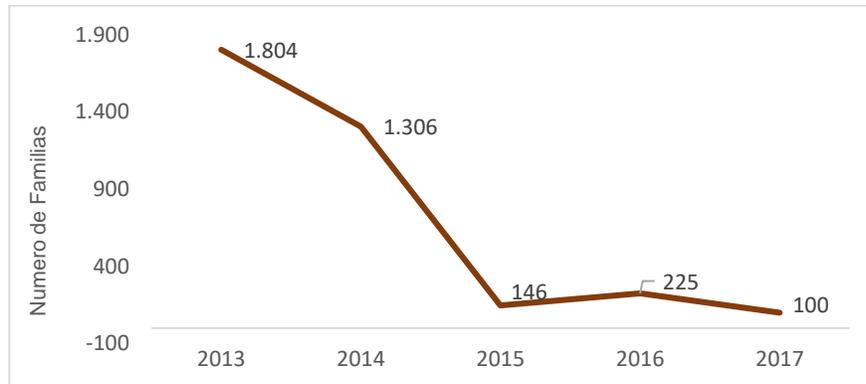
El IDIGER, en el marco de la Ley 388 de 1997<sup>76</sup>, con el fin de incorporar los predios a las zonas de reserva para la protección del medio ambiente y los recursos hídricos, coadyuva en la realización de los trámites para la adquisición predial de las áreas objeto de reasentamiento, conforme a las funciones establecidas en el artículo 3 del Decreto 173 de 2014<sup>77</sup>; para lo cual realiza el acompañamiento social, jurídico y catastral de las familias propietarias o poseedoras con las que se adelanta la enajenación voluntaria del predio, de ahí que la relación entre predio y familia es de uno a uno.

El IDIGER durante los últimos 5 años ha realizado las siguientes acciones, el reporte de indicadores se hace, para el periodo 2013 al primer semestre de 2016 por familias en reasentamiento y desde el segundo semestre de 2016 al 31 de diciembre de 2017 por predios adquiridos. (Ver cuadro).

<sup>76</sup> Ley 388 de 1997 "Por la cual se modifica la Ley 9 de 1989, y la Ley 2 de 1991 y se dictan otras disposiciones."

<sup>77</sup> Decreto 173 de 2014 "Por medio del cual se dictan disposiciones en relación con el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - IDIGER, su naturaleza, funciones, órganos de dirección y administración."

*Gráfica 91 Familias con niños, niñas y adolescentes reasentadas*



Fuente: La información reporta de 2013 a (1 Semestre) 2016, fue tomada de la meta reportada en el PDD Bogotá Humana- Reporte Oficial SEGPLAN. Meta: Promover que 4030 familias ubicadas en zonas de riesgo sean reasentadas en forma definitiva. Y la información 2016 (2 semestre) -2017 fue tomada de la meta reportada en el PDD Bogotá Mejor Para Todos- Reporte Oficial SEGPLAN.

Para el año 2017 se realizó la adquisición de 100 viviendas, localizadas en zonas de alto riesgo no mitigable por avenidas torrenciales, de las cuales 91 fueron adquiridas con recursos Fondo Distrital para la Gestión de Riesgos y Cambio Climático - FONDIGER por COP 11.940 M y 9 fueron adquiridas con recursos IDIGER por COP 1.167 M. A continuación se discriminan las viviendas adquiridas por localidad:

*Tabla 101 Viviendas adquiridas 2017*

Localidad	No. De Predios Adquiridos
Rafael Uribe Uribe	2
Ciudad Bolívar	55
San Cristóbal	32
Usme	11
Total general	100

#### **2.4.22. Número de personas atendidas por incidentes, emergencias y desastres con respuesta integral y coordinada del 48SDGR-CC.**

Una de las funciones del IDIGER es el de coordinar la asistencia técnica, humanitaria y logística para la atención a la población afectada, de manera directa o indirecta, por incidentes, emergencias y/o desastres, que requieran la activación del Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático-SDGR-CC.

*Tabla 102 Número de personas atendidos por el IDIGER.*

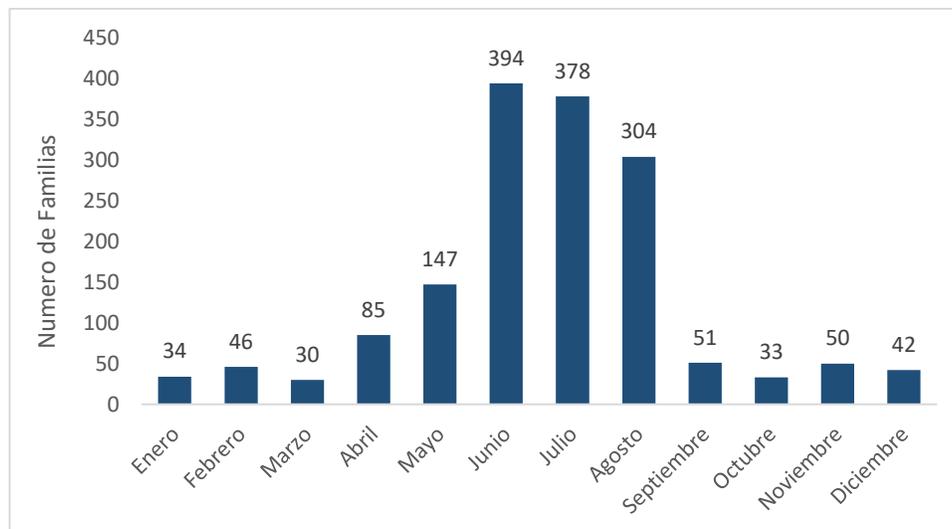
Indicador	2013	2014	2015	2016	2017
Número de personas (niños) atendidos por incidentes, emergencias y desastres con respuesta integral y coordinada del SDGR-CC	7.307	5.605	3.939	6.384	4.471

Fuente: Sistema de Información de Gestión de Riesgos y Cambio Climático- SIRE

La atención de personas por incidentes, emergencias y desastres se reporta con la Meta 03 – Implementar y operar 1 Centro Distrital Logístico y de Reserva y la Central de Información y Telecomunicaciones del IDIGER (CITEL). Centro Distrital Logístico y de Reserva

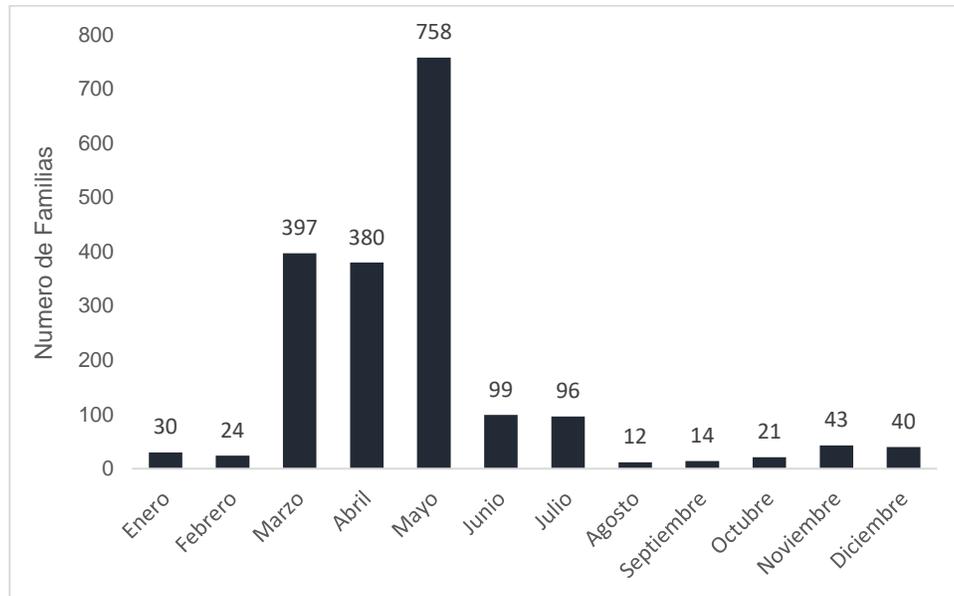
Durante el periodo de enero a diciembre 31 de 2017, se entregaron ayudas humanitarias a 3.508 familias, 1.594 recibieron ayuda pecuniaria - AHCP - y 1.914 ayudas en especie - AHE -.

*Gráfica 92 Familias Beneficiadas con Ayuda Humanitaria de Carácter Pecuniario - AHCP-2017*



Fuente: IDIGER – Gestión de Educación.

Gráfica 93 Familias Beneficiadas con Ayuda Humanitaria en Especie - AHE 2017



Fuente: IDIGER – Gestión de Educación

Las ayudas en especie corresponden a kits noche, kits limpieza, tejas, kits cocina, vidrios, estufas, plástico, entre otros así:

TIPO DE AYUDA	ENE	FEB	MAR	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SEPT	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Colchonetas	48	58	213	1150	952	95	27	34	28	54	98	45	2802
Frazadas	48	58	229	1837	1904	190	54	68	56	108	196	90	4838
Almohadas	48	58	213	1150	952	95	27	34	28	54	98	45	2802
Kits limpieza	25	15	335	33	685	99	92	10	13	18	33	19	1377
Kits cocina	8	12	24	350	47	9	8	8	6	11	10	11	504
Estufas	8	11	9	6	16	5	7	6	5	9	9	11	102
Tejas de zinc	98	83	59	72	337	55	206	63	63	62	102	121	1321
Sábanas			16	1149	952	95	27	15	27	54	98	45	2478
Pijamas	50	65	71	35	28	65	27	33	24	54	72	38	562
Camarotes	22	30	67	22	17	45	11	19	16	28	22	25	324
Plástico negro (m2)	36	12	45	94	272	12	1103	32	60	55	7	162	1890
Plástico blanco (m2)				13	191			14				11	229
Vidrios		103	33										136
Cercos de madera 3m	24	16	4	21	39	24	37	11	18	32	6	29	261
<b>TOTAL AYUDAS ENTREGADAS</b>	<b>415</b>	<b>521</b>	<b>1318</b>	<b>5932</b>	<b>6392</b>	<b>789</b>	<b>1626</b>	<b>347</b>	<b>344</b>	<b>539</b>	<b>751</b>	<b>652</b>	<b>19626</b>
Suma de FAMILIAS	30	63	358	380	758	99	96	12	14	21	43	40	1914
Suma de PERSONAS	80	186	1192	1263	2846	448	338	48	54	83	143	129	6810

Se reportan familias por que la ayuda va el núcleo familiar y es recibida por un adulto responsable.

#### 2.4.23. Formación en seguridad vial a niños, niñas y adolescentes.

La Secretaria Distrital de Movilidad ejecuta acciones y estrategias orientadas a la prevención de la siniestralidad de peatones, ciclistas, pasajeros, motociclistas y conductores en la ciudad de Bogotá, entre ellas, acciones pedagógicas dirigidas a la sensibilización de la ciudadanía frente a la necesidad de adoptar hábitos, actitudes y comportamientos adecuados en vía, promoviendo con ello la seguridad vial, la cultura ciudadana, la sana convivencia y el buen aprovechamiento del espacio público en Bogotá.

El desarrollo de la estrategia pedagógica (que tuvo énfasis en el componente comportamental como fundamento para el desarrollo de acciones que permitan en el corto, medio y largo plazo mejorar las condiciones de seguridad vial de todos los actores viales) se basó en los ejes transversales de educación en seguridad vial que se relacionan a continuación:

- La vida como valor supremo
- El espacio público y ciudadanía
- La seguridad vial como un bien común
- El sentido y apropiación de la norma

Las acciones se desarrollaron con el objetivo de favorecer y garantizar el desarrollo integral de los actores de la vía, tanto a nivel de conocimientos sobre la normativa, reglamentación y señalización vial, como a nivel de hábitos, comportamientos, conductas, y valores individuales y colectivos.

El siguiente cuadro relaciona el número de personas atendidas en los 5 años anteriores:

*Tabla 103 Personas atendidas en formación de seguridad vial*

INDICADOR	AÑO				
	2013	2014	2015	2016	2017
Formación de personas en temas de seguridad vial	151506	143735	178104	127179	135730

Fuente: Secretaria de Movilidad 2017

Ahora bien, para el año 2017, se realizó la atención 52.302 niños y niñas en varias localidades de la siguiente manera:

*Tabla 104 Número de niños, niñas y adolescentes con procesos de formación e informados en temas de seguridad vial. Distribución por Localidad 2017*

LOCALIDAD	FORMADOS	INFORMADOS
	NIÑOS	NIÑOS
Antonio Nariño	2603	0
Barrios Unidos	2033	0
Bosa	1468	30
Candelaria	52	40
Chapinero	515	0
Ciudad Bolívar	5194	0
Engativá	1630	0
Fontibón	2214	180
Kennedy	1579	0
Mártires	3830	0
Puente Aranda	2460	38
Rafael Uribe	3444	0
San Cristóbal	426	0
Santafé	1836	400
Suba	6663	0
Teusaquillo	472	0
Tunjuelito	4592	0
Usaquén	7020	0
Usme	3583	0
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>51614</b>	<b>688</b>

Fuente: Secretaría de Movilidad 2017

#### **2.4.24. Revisión de vehículos que prestan servicio de transporte especial escolar.**

Con el objetivo de garantizar la seguridad de niños, niñas, jóvenes y adolescentes, la Administración Distrital, mediante el Acuerdo 281 de 200778, reglamentó la existencia de operativos especiales sobre vehículos de servicio público especial, que presten sus servicios bajo contrato de transporte escolar (Rutas Escolares).

A través del programa Ruta Pila, se desarrollaron operativos, para la verificación del cumplimiento normativo y condiciones de seguridad de las Rutas Escolares que presten sus servicios en Bogotá, sea en planteles formativos, en empresas transportadoras o sobre corredores viales de la ciudad.

El objetivo fue fomentar el cumplimiento de las normas de tránsito en los vehículo de servicio especial de transporte escolar, verificando en cada operativo el cumplimiento a los requisitos establecidos para la debida prestación sus servicios y promoviendo desplazamientos bajo condiciones de seguridad; todo ello en virtud de las actividades para

<sup>78</sup> Acuerdo 281 de 2007 "Por el cual se dictan normas de tránsito para la protección de niños y jóvenes en el Distrito Capital"

la coordinación e implementación de operativos específicos de control, liderados por la Secretaría Distrital de Movilidad en conjunto con la Policía Metropolitana de Tránsito.

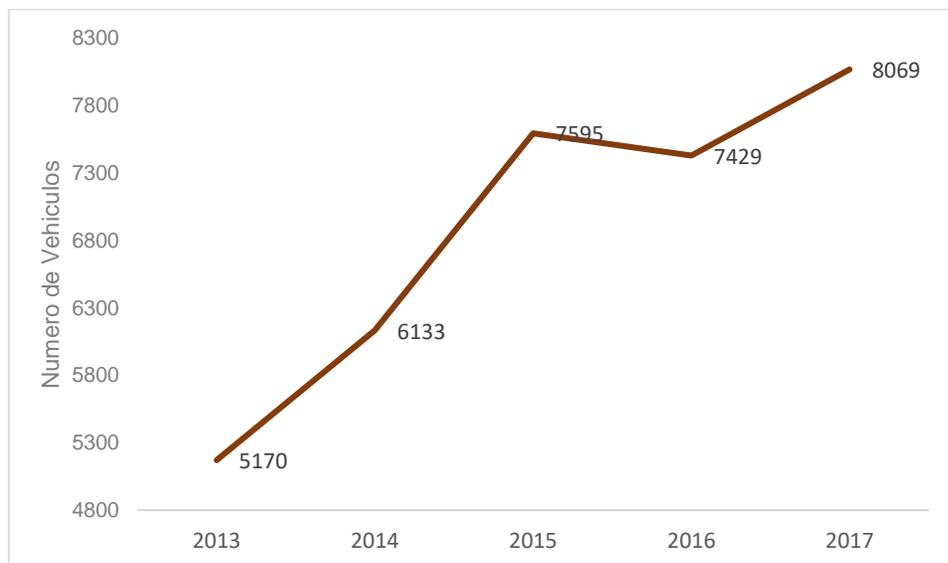
*Tabla 105 Resultado de los operativos del Programa Ruta Pila 2017*

Resultados integrales	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre	Meta POAVs Ejecución Mensual	Metas POA ajustada en diciembre 2017.
Metas POA	306	200	800	650	800	650	650	800	800	650	500	194	7000	8000
Ejecución: Vehículos revisados.	338	210	799	618	1149	907	549	1012	656	1321	441	69	8069	
Cantidad de órdenes de comparendos	59	51	136	93	133	84	86	192	82	125	71	10	1122	
Cantidad de vehículos inmovilizados	22	22	38	26	18	22	32	53	25	49	36	6	350	
Cantidad de operativos ejecutados a 31 de diciembre de 2017	10	7	33	22	19	13	13	23	13	15	17	5	190	

Fuente: Secretaría de Movilidad. 2017

De igual forma a continuación se discrimina la información en los 5 años anteriores donde

*Gráfica 94 Número de Vehículos revisados - programa "RUTA PILA"*



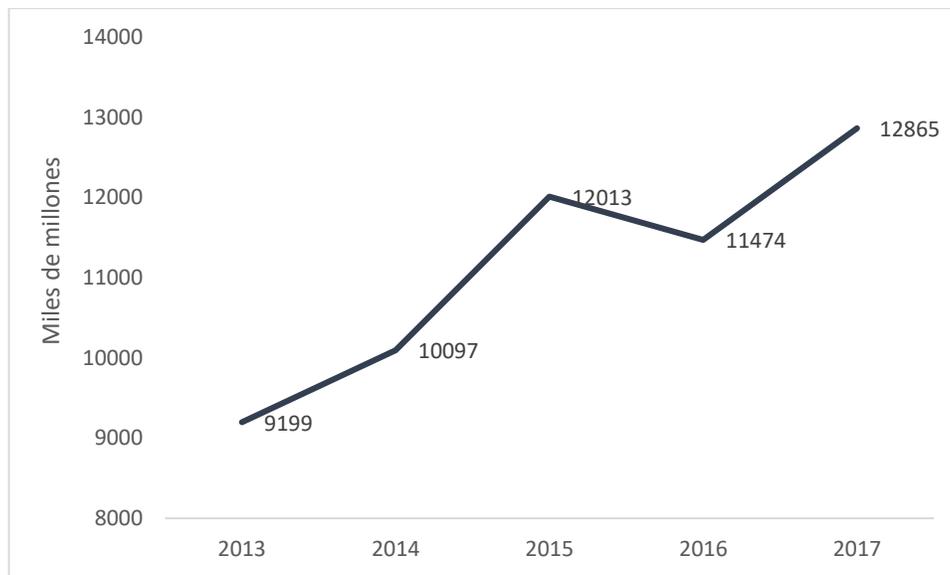
Fuente: Secretaria de Movilidad

Se evidencia el aumento en este indicador.

## 2.5. INDICADORES FINANCIEROS.

El gasto social en el distrito comprende a todos los programas, proyectos y servicios que se encuentran dentro de cada sector o entidades, es así como el presupuesto que se presenta en las siguientes gráficas, hace referencia a toda la población del distrito, usuaria de uno o varios servicios ofrecidos, contenida así la población de niños, niñas y adolescentes.

*Gráfica 95 Presupuesto de Inversión Social 2015 a 2017.*



Fuente: SHD - Libro 0 - Presupuesto de cada vigencia

La inversión social entre el 2016-2017 creció un 12.13% para tales periodos, llegando a los \$ 12.865.356.302.000 de pesos, con lo cual se apuesta en una mayor disponibilidad de recursos para la población que más lo requiere.

Tabla 106 Inversión Social por Sector o Entidad 2013 - 2017

Sector / Entidad	Inversión Social 2013	Inversión Social 2014	Inversión Social 2015	Inversión Social 2016	Inversión Social 2017
Gobierno, Seguridad y Convivencia	8.3%	9.5%	7.6%	8.4%	6.2%
Seguridad, Convivencia y Justicia	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
Hacienda	3.1%	2.1%	22.8%	22.7%	22.7%
Planeación	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
Mujeres	0.0%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
Desarrollo Económico, Industria y Turismo	1.4%	0.9%	0.6%	0.5%	0.5%
Educación	33.3%	28.5%	26.3%	25.3%	25.2%
Salud	23.7%	22.6%	17.9%	16.9%	17.3%
Integración Social	8.6%	7.1%	8.4%	6.6%	7.8%
Cultura, Recreación y Deporte	2.4%	3.6%	3.6%	4.2%	4.1%
Ambiente	0.9%	1.1%	0.9%	1.0%	1.1%
Movilidad	13.8%	20.1%	7.8%	12.2%	10.1%
Hábitat	4.4%	4.2%	3.7%	1.9%	2.3%

Fuente: Secretaría de Hacienda Distrital

La creación de la Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia que nace en esta administración para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de la Ciudad, para el 2017 tiene una participación en inversión social del 2.6%. Los sectores o entidades que más tienen y han tenido participación son Educación, quien ocupa el primer puesto con un 25.2%, Hacienda con el 22.7% y el sector salud con 17.3%, Por último, La Secretaría de Integración Social tuvo una participación de 7.8% y un aumento de 1.2% entre 2016 y 2017, pero en toda el periodo analizado, este ha venido oscilando entre 8.6% en el 2013 y 6.6% donde tuvo la menor participación.

## CAPITULO 3. APUESTAS DEL PLAN DE DESARROLLO “BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS”

### **Implementación de la Ruta Integral de Atenciones. Secretaría Distrital de Integración Social Infancia RIA desde la gestación hasta la adolescencia.**

La Ruta Integral de Atenciones en el Distrito Capital, se fundamentan en las disposiciones normativas de carácter internacional, nacional y distrital que regulan la protección integral así como el goce de los derechos de las niñas y los niños desde la gestación a la adolescencia.

En ese contexto, la Ley 12 de 1991 Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 1989; la *Constitución Política de Colombia*, el *Código de la Infancia y la Adolescencia Ley 1098 de 2006*, el *Decreto 520 de 2011 por medio del cual se adopta la Política Pública de Infancia y Adolescencia de Bogotá D.C. 2011-2021* y la *Ley 1804 de 2016*; conducen la gestión intersectorial y definen el ejercicio de articulación.

La Política de Estado de Cero a Siempre, que entró en vigor a partir de la expedición de la Ley 1804 de 2016, tiene como objetivo sentar las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral de la Primera Infancia.

La Política de Infancia y Adolescencia de Bogotá 2011-2021, propone tres ejes:

1. Niños, niñas y Adolescentes en ciudadanía plena.
2. Bogotá construye ciudad con los niños, niñas y adolescentes.
3. Gobernanza por la calidad de vida de la infancia y la adolescencia

A partir de estos ejes, se expresa la integralidad que la caracteriza y establece los objetivos específicos, organiza conceptos, relaciones, acciones y decisiones que están dirigidos a la garantía y el ejercicio de los derechos de las niñas, los niños y los adolescentes en el contexto específico del Distrito Capital.

Además, en coherencia con lo propuesto en El plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 -2020 “Bogotá Mejor para Todos”, que enfoca su objetivo en el desarrollo de las potencialidades de sus habitantes para alcanzar la felicidad, ser mejores y vivir mejor; define una meta distrital de 232.687 niñas y niños atendidos integralmente. Para lograr esta meta estableció la Ruta Integral de Atenciones a la primera infancia – RIA como la herramienta mediante la cual se definen las acciones y procesos que tienen incidencia en el desarrollo de los niños y las niñas entre los cero (0) y los seis (6) años de edad, con el fin de asegurar la atención integral, el goce efectivo de sus derechos y la potenciación de habilidades, destrezas, capacidades y expresiones que configuran el desarrollo integral.

Por lo anterior, se formula el proyecto de Inversión 1096 “*Desarrollo Integral desde la gestación hasta la adolescencia*”, proyecto que se asocia al Pilar 1 “Igualdad de calidad de vida” que busca la inclusión social mediante la ejecución de programas orientados

prioritariamente a la población más vulnerable y especialmente a la primera infancia, que es una prioridad para la SDIS y la Ciudad y cuyo objetivo es “*Contribuir al desarrollo integral con enfoque diferencial de niños, niñas y adolescentes de Bogotá que se encuentren en situación de amenaza, inobservancia o vulneración de derechos*”; brindando una oferta de servicios y estrategias flexibles de atención integral con calidad y pertinencia desde el enfoque diferencial y fortaleciendo el rol protector de padres, madres y cuidadores.

En el proyecto de inversión en referencia, se formulan las siguientes metas para el cuatrienio:

- Diseñar e implementar una ruta integral de atenciones desde la gestación hasta la adolescencia.
- Diseñar e implementar una metodología de monitoreo y seguimiento a la corresponsabilidad de las familias y cuidadores.
- Diseñar e implementar una herramienta de información que permita el seguimiento niño a niño.
- Atender integralmente en 61.241 cupos a niños y niñas de 0 a 5 años en ámbitos institucionales con enfoque diferencial.
- Atender integralmente 15.000 mujeres gestantes, niñas y niños de 0 a 2 años con enfoque diferencial.
- Atender integralmente 43.000 niños, niñas y adolescentes de 6 a 17 años y 11 meses en riesgo o situación de trabajo infantil, víctimas y/o afectados por el conflicto armado, o vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente en medio abierto en el marco de la ruta integral de atenciones.
- Alcanzar 76.054 cupos de ámbito institucional con estándares de calidad superiores al 80%.
- Atender integralmente 17.530 niñas, niños y adolescentes pertenecientes a grupos poblacionales históricamente segregados

Es así como la Ruta Integral de Atenciones – RIA, en el marco de la Política de Cero a Siempre, la Política de Infancia y Adolescencia de Bogotá y del Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”, asegura la atención integral de todos los niños y niñas y adolescentes desde la gestación; garantizando mediante procesos y acciones intersectoriales, intencionadas, relacionales y efectivas que se generan en cada entorno condiciones, interacciones y oportunidades que posibilitan experiencias que potencian su autonomía, su participación con incidencia, y que redundan en su desarrollo integral, bienestar y felicidad, en tanto contribuyen a la realización de sus derechos en pleno reconocimiento de sus capacidades, habilidades, intereses y singularidades.

Para el cumplimiento de este objetivo, el distrito decidió avanzar hacia la formulación e implementación de la RIA en dos momentos: El primero corresponde a la RIA de primera infancia – RIAPI que reconoció la experiencia del Distrito organizando y definiendo la atención integral de manera prioritaria para los menores de 6 años, siendo la primera Ruta Integral de Atenciones construida de manera intersectorial. Seguidamente, se avanza en la definición de la RIA de Infancia y Adolescencia – RIAIA que dará cuenta de un proceso continuo para la atención de los niños, niñas y adolescentes mayores a 6 años y hasta los 18 años.

## Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia

La Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia (RIAPI) comprende las acciones y procesos que tienen incidencia en el desarrollo de los niños y las niñas entre los cero (0) y los seis (6) años de edad, con el fin de asegurar la atención integral, el goce efectivo de sus derechos y la potenciación de habilidades, destrezas, capacidades y expresiones que configuran el desarrollo integral; comprendiendo que la familia, la sociedad y el Estado son corresponsables para el pleno reconocimiento de niñas y niños como sujetos de derechos, protagonistas de su propio desarrollo y sujetos de especial protección constitucional.

En Bogotá D.C., en concordancia con lo establecido en la Ley 1804 de 2016, título II artículo 7: *Gestión intersectorial para la atención integral*, se ha estructurado la Ruta Integral de Atenciones respondiendo a un ejercicio de articulación en el que mediante la Mesa Intersectorial Distrital de Primera Infancia, mesa técnica adscrita al Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia - CODIA, en la cual participan la Secretaría Distrital de Salud (SDS), la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), la Secretaría de Educación del Distrito (SED), Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte (SCRD) e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Regional Bogotá (ICBF), y la asistencia técnica de la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI); se han desarrollado todos los avances de la RIAPI atendiendo a lo definido en la Ley.

El proceso de definición de la RIAPI atiende a las fases establecidas en la misma ley artículo 8, a decir:

### 1. *Identificación:*

La Mesa Intersectorial para la Primera Infancia inició este momento con la definición de la oferta institucional distrital para la atención a la primera infancia; es decir, cada entidad identificaba desde sus planes, programas y proyectos las propuestas para la atención dispuesta para las niñas y los niños menores a seis años. Además, reconociendo las características y necesidades que presentaban las niñas y los niños que atendían, así como las condiciones propias de su ejecución. Lo anterior, permitió reconocer la arquitectura institucional con la que contaba el distrito para atender a las niñas y los niños, y proyectar las acciones tendientes a la integralidad y a potenciar el desarrollo infantil.

### 2. *Formulación:*

Con base en la información suministrada por la Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI) sobre las atenciones establecidas a nivel nacional -cerca de ciento ochenta y tres (183) atenciones y priorizadas ocho (8) para el cumplimiento y reporte nacional; se realizó un ejercicio de focalización de las atenciones que Bogotá adelantaba hacia su cumplimiento y sostenibilidad. Aunado al ejercicio de la identificación de la oferta institucional, así como las necesidades y características de las niñas y los niños se inició un proceso de selección de las atenciones definitivas para Bogotá.

Como resultado, se seleccionaron y definieron veintiocho (28) atenciones de la RIAPI, a saber:

1. Mujeres y hombres en edad fértil conocen sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos para su ejercicio responsable.
2. Mujeres y hombres en edad fértil deciden responsablemente ser madre y padre.
3. Mujeres y hombres, en ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, se preparan física y emocionalmente para vivenciar la maternidad y la paternidad responsable.
4. Adolescentes y jóvenes asumen sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos para prevenir la maternidad y paternidad temprana.
5. Gestantes, niños y niñas cuentan con afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
6. Familias gestantes participan en procesos de atención y educación alimentaria y nutricional, para incidir positivamente en su condición de salud y nutrición.
7. Gestantes cuentan con controles prenatales para la detección oportuna de alteraciones y activación de rutas especializadas.
8. Gestantes y sus familias son atendidas y orientados para su cuidado y el de su bebé en diálogo, reconocimiento y resignificación desde sus prácticas culturales.
9. Gestantes y sus recién nacidos participan de un nacimiento humanizado.
10. En el postparto a la mujer, el recién nacido y su familia se les garantiza atención integral.
11. Mujeres post evento obstétrico tienen acceso a métodos anticonceptivos en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos
12. Recién nacidos cuentan con tamizajes para la detección oportuna de riesgos de su salud.
13. Niñas y niños cuentan con registro civil de nacimiento.
14. Niñas y niños con esquema de vacunación completo acorde con su edad.
15. Niñas y niños desde el nacimiento hasta los 6 meses alimentados con leche materna exclusiva, y hasta los 2 años o más con leche materna y una adecuada alimentación complementaria.
16. Niños y niñas cuentan con valoración y seguimiento al crecimiento y al desarrollo integral.
17. Niños y niñas participan en una modalidad de educación inicial inclusiva y de calidad que potencia su desarrollo integral.
18. Niños y niñas con suministro alimentario y atención oportuna cuando se identifique situación de riesgo nutricional.
19. Niños y niñas con atención integral de las enfermedades prevalentes en la primera infancia.

20. Niñas y niños cuentan con las condiciones necesarias para el ejercicio de su derecho a la participación.
21. Niños y niñas interactúan con cuidadores que garanticen el cuidado sensible y el buen trato.
22. Niños y niñas cuentan con ambientes e interacciones que favorecen el desarrollo de su autonomía.
23. Niñas y niños participan en experiencias que favorecen la construcción de identidad y el disfrute de la diversidad.
24. Gestantes, niñas y niños tienen acceso a contenidos y materiales pertinentes y de calidad para el fortalecimiento de su desarrollo integral.
25. Gestantes, niñas, niños y sus familias participan en experiencias e interacciones de calidad donde disfrutan, aprecian, crean y se apropian de las artes.
26. Gestantes, niñas y niños en primera infancia interactúan en entornos que los protegen integralmente para el ejercicio pleno de sus derechos.
27. Gestantes, niñas y niños cuentan con ambientes diseñados, adecuados y dotados para el fortalecimiento de su desarrollo, concebidos desde sus particularidades, historias de vida e identidades culturales.
28. Familias, cuidadores y agentes institucionales, sociales y comunitarios participan en procesos y/o acciones orientadas a favorecer la crianza, el cuidado y el rol de las familias en el fortalecimiento del desarrollo integral de las niñas y niños.

Desde los Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión (2013), se advierten que *“Si bien el desarrollo ocurre a lo largo del ciclo vital, está demostrado que existen momentos particularmente sensibles que son ventanas de oportunidad para actuar en favor de la salud, la nutrición, el crecimiento, desarrollo y bienestar de las niñas y los niños, los cuales deben ser considerados al identificar las acciones para emprender la atención integral”*.

Lo anterior indica, que la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia en Bogotá D.C., está estructurada en momentos del transcurso vital (Gestación, Nacimiento al primer mes, Primer mes a los cinco años, Gestación a los cinco años); momentos que además de constituirse en el primer organizador de la Ruta, permiten acentuar no sólo en las atenciones requeridas para el periodo crítico de los primeros mil días de vida, sino además, en las atenciones que en su conjunto inciden en la potenciación del desarrollo, a través de procesos de interacción y configuración de condiciones propicias para el ejercicio pleno de la ciudadanía durante la primera infancia.

En ese sentido, es determinante realizar intervenciones orientadas a materializar las atenciones para garantizar el desarrollo armónico e integral; aspecto que quedó explícito en las veintiocho (28) fichas técnicas elaboradas en la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia en Bogotá.

### **Fundamentación conceptual de las atenciones definidas en la RIAPI**

Con el fin de ofrecer orientaciones generales para la comprensión e implementación de la RIAPI, la Mesa Distrital Intersectorial para la Primera Infancia actualmente se encuentra en la revisión y ajuste de un documento denominado “*Orientaciones conceptuales y metodológicas para la implementación de la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia en Bogotá D.C.*” el cual define las bases conceptuales, normativas, políticas y técnicas y los mecanismos de articulación entre las entidades oficiales del Distrito que atienden integralmente a niños y niñas de primera infancia de manera intersectorial.

Este documento recoge las discusiones y acuerdos logrados en el marco de la mesa intersectorial en el cual participaron las Secretarías de: Salud; Cultura, recreación y deporte; Integración social y Educación; así como el Instituto Colombiano de Bienestar familiar – Regional Bogotá.

### **Las Fichas Técnicas**

Bogotá asume la perspectiva de las atenciones consagrada en los fundamentos técnicos, políticos y de gestión de la estrategia de atención integral a la primera infancia de *Cero A Siempre* y avanza en comprender que los derechos se garantizan a través de acciones concretas y trazables dirigidas a las gestantes, las niñas, los niños, sus familias y sus cuidadores y por tanto todas las instituciones presentes en el territorio deben concertar los mínimos básicos que las materializan.

Por lo anterior, se construyeron 28 fichas técnicas por cada una de las atenciones definidas en la RIAPI, que reúne las condiciones y acuerdos pactados intersectorialmente, para el cumplimiento de cada atención. El diseño de las fichas técnicas para cada una de las atenciones comprende cuatro apartados, así:

1. El marco de referencia que expone los conceptos fuerza que encuadran la atención y que están explícitamente enunciados en el título.
2. Las acciones de corresponsabilidad sectorial indican lo mínimo que debe recibir la gestante, la niña, el niño, sus familias o cuidadores para garantizar que han recibido la atención propuesta; bajo esta lógica, dichas acciones están redactadas ubicando en el centro a los niños y niñas y no los ajustes institucionales necesarios para implementación de la RIAPI, en tanto estos se describen en la línea de acción de gestión territorial.
3. Enuncia los criterios de verificación entendidos como un mecanismo para comprobar que una atención se le entregó al niño, la niña o la gestante.
4. La bibliografía, donde se referencian los documentos utilizados para construir el marco de referencia y otros documentos para ampliar los conceptos fuerza de la atención.

Para construir las versiones aprobadas de las fichas se desarrolló un proceso de producción y ajuste de los contenidos técnicos de las mismas, con las instituciones participantes en la Mesa intersectorial para la primera infancia: Secretaría Distrital de Salud (SDS), Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), Secretaria de Educación Distrital (SED), Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte (SCRD) e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Regional Bogotá (ICBF); en un primer momento cada institución, de acuerdo a la pertinencia

y experiencia misional, redactaron las primeras versiones; que posteriormente fueron discutidas, ajustadas y validadas, concertando los horizontes conceptuales y de acción para implementar en la atención de la primera infancia en las localidades de Bogotá.

Las veintiocho (28) fichas técnicas están dirigidas, a los agentes institucionales, sociales y comunitarios presentes en el Distrito y que desarrollan acciones en pro de la primera infancia. Es preciso aclarar, que, si bien se reconoce que el Estado es el principal garante de los derechos de las niñas y los niños, se incluyen a los actores sociales y comunitarios, invocando el principio de corresponsabilidad consagrado en el artículo 10 del código de la infancia y la adolescencia Ley 1098 de 2006: “(...) *se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección (...)*. No obstante lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes”.

### 3. Implementación

El proceso de implementación de la RIAPI se viene adelantando en las veinte (20) localidades de Bogotá. El ejercicio inició con la instalación de Mesas Locales de la Ruta Integral de Atenciones, en el marco de los Comités Operativo Locales de Infancia y Adolescencia (COLIA)- con la participación de un delegado de cada una de las entidades citadas como corresponsables en la Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia y en ese sentido, están representadas: la Secretaría de Educación del Distrito, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Bogotá.

Atendiendo al Artículo 8 numeral 3, de la Ley en mención, se han adelantado las siguientes acciones para la implementación:

- ✓ *Cuenta con un equipo territorial definido, responsable de la construcción, gestión y evaluación de la RIA:* Cada Mesa Local cuenta con el plan de trabajo que guía la gestión sobre RIA con procesos generales a desarrollar de manera articulada para el objeto de comprender tanto la situación de derechos de la primera infancia en los territorios, como la oferta institucional de atención a la primera infancia y la valoración de las atenciones a la luz de los atributos de Calidad referidos para la atención integral, en la Ley 1804 de 2016 Art. 4 literal d.
- ✓ *Cuenta con el diagnóstico de la situación de derechos de los niños y niñas en primera infancia y ha diligenciado totalmente el formato de la RIAPI:* El equipo de la mesa local RIA generó la revisión de la situación del estado de realización de los derechos de las gestantes, las niñas y niños en primera infancia y analiza bajo la perspectiva de las RIAPI, las atenciones y la oferta disponible en la localidad; esto con la información enviada por el nivel distrital y los complementa con la información disponible en las entidades de cada sector de la localidad. En un segundo momento, se valoró el estado actual de cada atención con el concurso de los agentes institucionales que atienden a la primera infancia en la localidad.

- ✓ *Ha establecido acciones prioritarias a partir del diagnóstico de situación y de la RIA:* a partir de los resultados de la valoración de las atenciones se avanza en la construcción de los Planes de Gestión para el Fortalecimiento de la Atención Integral (PGFAI) por cada localidad, con la intervención activa de las Mesas RIA de la localidad y la asistencia técnica de la Mesa Intersectorial para la Primera Infancia. El plan de gestión se comprende entonces como un instrumento que ordena el fortalecimiento de la atención integral, en coherencia con la definición de la RIAPI y presenta el tipo de acción de mejora, señalando niveles de responsabilidad del cumplimiento de las acciones para avanzar en el fortalecimiento de atención integral, desde contexto local y de nivel central.

#### 4. Seguimiento:

Con el fin de ordenar y articular la información que producen todos los sectores responsables de estas acciones, en el año 2017, se decidió suscribir el convenio marco 8503 de 2017 (numeración SDIS) entre las Secretarías de Integración Social, Educación, Salud, Cultura, Recreación y Deporte y el ICBF-Regional Bogotá, para el diseño del sistema de seguimiento –SSNN– cuyo objeto es *“Aunar esfuerzos técnicos, físicos, administrativos y financieros entre las partes, para apoyar el diseño, implementación, puesta en marcha, soporte y sostenimiento, en el nivel Distrital y Local, de una herramienta en su versión piloto, para el seguimiento a las atenciones integrales definidas en la Ruta Integral de Atenciones – RIA- de gestantes, niñas y niños en primera infancia, infancia y adolescencia”*.

Este convenio marco permite la colaboración armónica y decidida de las entidades involucradas, para la creación del Sistema de Información de Seguimiento Niño a Niño, a partir del diseño, desarrollo, pruebas, implementación y puesta en marcha utilizando la plataforma tecnológica del sistema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) de la Secretaría Distrital de Salud. Lo anterior teniendo en cuenta que en la plataforma PAI se registra desde hace nueve (9) años la información de seguimiento nominal de gestantes, niñas y niños en primera infancia, infancia y adolescencia; lo cual facilita el acopio y procesamiento de la información proveniente de los responsables de prestar todas las atenciones previstas en la RIA.

En este sentido, para cumplir con el objeto del convenio, el distrito cuenta el SSNN que funciona como un repositorio integrado de información poblacional y territorial que genera alertas a las instituciones involucradas sobre atenciones que no han sido garantizadas y medir permanentemente el avance en los programas de atención a la primera infancia. Este sistema considera parte de su alcance los siguientes servicios:

- Búsqueda y consulta de los sujetos de seguimiento (niños, niñas, gestantes, entre otros) y de las atenciones recibidas durante un período.

- Carga de la información de las entidades y/o sectores que intervienen en el convenio, relacionada con los sujetos y las atenciones.
- Generación de alertas y notificaciones de monitoreo y seguimiento, a partir de la información asociada a cada sujeto de seguimiento, según sus atenciones ya sea por sector, localidad, edad, entre otros.
- Consumo de servicios web para carga y/o actualización de datos, que provean este tipo de servicios.
- Administración, seguridad y auditoría

Como parte del proceso del diseño del sistema de seguimiento desde la Mesa Intersectorial para la Primera Infancia se definieron los criterios de verificación para cada una de las veintiocho atenciones (28) identificando los mínimos necesarios que debe recibir cada gestante, niña y niño.

### **Ruta Integral de Atenciones para la Infancia y la Adolescencia**

La Ruta Integral de Atenciones para la Infancia y la Adolescencia – RIAIA retoma los concepciones definidas para la RIAPI y comprende las acciones y procesos que tienen incidencia en el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes desde los seis (6) años hasta los dieciocho (18) años con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos y la potenciación de habilidades, destrezas, capacidades y expresiones que configuran su desarrollo integral.

En concordancia con lo establecido en la Ley 1804 de 2016 y en la experiencia del Distrito adquirida con el proceso de formulación de la RIAPI, para la RIAIA se han desarrollado acciones correspondientes a las dos primeras fases con sus respectivas acciones de la siguiente manera:

#### *1. Identificación:*

Inicialmente se identificaron las entidades que brindan atención a la infancia y la adolescencia corresponsable de la garantía las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos de niñas, niños y adolescentes. En el marco del CODIA, se convocó al equipo de trabajo con la participación de las siguientes entidades: Secretaría de Educación del Distrito, Secretaría de Ambiente, Secretaría del Hábitat, Policía de Infancia y Adolescencia, SENA Regional Bogotá, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Bogotá, Secretaría de Salud, Secretaría de Gobierno, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, Instituto Distrital de las Artes (IDARTES), Instituto distrital de la participación y acción comunal (IDPAC), Instituto Distrital de Recreación y Deporte, IDIPRON; junto a la Secretaría Distrital de Integración Social se trabaja en el diseño de la Ruta Integral de Atenciones para la infancia y la Adolescencia desde Noviembre de 2017 en adelante.

Para el año 2018 se consolida la mesa de trabajo definiendo el plan de acción que a la fecha se viene ejecutando con la participación de las entidades mencionadas.

#### *2. Formulación:*

Se avanza en la identificación de la oferta institucional disponible en el Distrito Capital para la infancia y la adolescencia y a la luz de los ejes de la política pública de Infancia y Adolescencia del Distrito Capital, en el marco de la Mesa Intersectorial se proponen las atenciones necesarias para el fortalecimiento del desarrollo de los niños, las niñas y adolescentes. En tal sentido, se retoma el modelo de las fichas técnicas de primera infancia y los diferentes sectores se encuentran en el proceso de construcción del marco de referencia y las acciones de corresponsabilidad.

Así a la fecha se han identificado catorce (14) atenciones. Es preciso indicar que éstas se encuentran en construcción y sujetas a modificaciones:

Paralelamente y tomando como principal insumo el documento “*Orientaciones conceptuales y metodológicas para la implementación de la Ruta Integral de Atenciones a la Primera Infancia en Bogotá D.C.*” se ha identificado, de una parte, los conceptos que se mantienen para orientar la atención integral a la infancia y la adolescencia y de otra, la necesidad de fortalecer los conceptos técnicos. Adicionalmente se espera integrar el informe 2017 producido por la entidades que conforman el sistema de monitoreo de condiciones de vida de infancia y adolescencia (SMIA)

## **CAPITULO 4. INSTANCIAS DE ANÁLISIS Y SEGUIMIENTO A LA POLÍTICA PÚBLICA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA – BOGOTÁ 2011-2021.**

### **Avances Plan de Acción del Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia – CODIA.**

El Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia - CODIA es la instancia de coordinación para la implementación de la Política Pública de Infancia y Adolescencia. Está reglamentado mediante la Resolución 1613 de 2011 en desarrollo a lo establecido en el artículo 12 del Decreto 460 de 2008, que actualiza el Consejo Distrital de Política Social - CPS. Esta instancia se replica en sus funciones en el ámbito local a través de los Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia – COLIA. Estos, bajo los parámetros del Decreto en mención, congregan la arquitectura institucional pública y privada, representantes de la comunidad que se encargan de la coordinación y seguimiento a la implementación de la Política Pública de Infancia y Adolescencia distrital y local, aportando criterios técnicos en territorio, que posibilitan la materialización de acciones y la construcción de la agenda social ante el Consejo Distrital y los Consejos Locales de Política Social – CLOPS.

La Resolución 1613 de noviembre 15 de 2011, en el Artículo 5°, define las funciones del CODIA, entre las cuales se encuentra la elaboración anual de un plan de trabajo. Al respecto, en sesión CODIA del mes de marzo de 2017, se presentó y aprobó el plan de acción del CODIA, que fue elaborado en el marco del nodo CODIA, y que cuenta un eje transversal: Gobernanza por la Calidad de la Infancia y la Adolescencia y con dos líneas estratégicas.

A continuación se relacionan los avances:

**Línea Estratégica 1.** Seguimiento a la implementación de la política: Sistema de monitoreo y gestión del conocimiento. Cuenta con tres líneas de acción:

**Análisis cuantitativo, cualitativo a la realización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes:** Para el cumplimiento de lo definido en esta línea, desde la instancia se coordinó la elaboración del Informe del Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y Adolescencia de Bogotá, D.C., 2016, que, acorde con lo dispuesto en el Acuerdo 238, se debe entregar durante el primer trimestre del año al Concejo de Bogotá. De otra parte y de acuerdo con el Decreto 171 de 2013, se elaboró el informe Cualitativo de Seguimiento al plan de acción de la Política de Infancia y Adolescencia correspondiente al período 2012 – 2016 armonizado con Plan de Desarrollo “Bogotá Humana”.

De otra parte, en sesión CODIA del 31 de mayo, se socializó y aprobó, con los representantes de sectores e instituciones integrantes de la instancia, la proyección del acto administrativo que adopta la nueva Batería de Indicadores para el seguimiento a la Política Pública de Infancia y Adolescencia y el Sistema Monitoreo de las condiciones de vida de la Infancia y la Adolescencia en la Ciudad. El acto administrativo, que la adopta, es emitido

por la Secretaría de Integración social, quien es la responsable de la administración del Sistema.

De igual manera, en la sesión del CODIA del mes de noviembre, se inició el proceso de concertación tendiente al levantamiento de la información requerida para la elaboración del informe de monitoreo de condiciones de vida de la infancia y adolescencia año 2017, que debe ser entregado al consejo de Bogotá en marzo 2018.

### **Seguimiento al Plan acción de la Política Pública de Infancia y Adolescencia:**

Para el proceso de elaboración y aprobación del Plan de Acción de la Política 2017-2020, se realizaron las siguientes actividades en las sesiones CODIA:

- Se retomaron los insumos consolidados en sesiones CODIA año 2016, los cuales fueron: (i) Armonización Plan de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” con la Política Pública de Infancia y Adolescencia – PPIA; (ii) Memorias de los diálogos intersectoriales y transectoriales por Categorías de Derechos, Ejes y Componentes de la Política; (iii) y construcción concertada de apuestas de ciudad para la implementación de la PPIA.
- Posteriormente se identificaron, de manera intersectorial y transectorial, los programas y proyectos de orden Distrital y Nacional, que aportan a la implementación de la Política Pública de Infancia y Adolescencia para el cuatrienio 2016 – 2020. De igual manera, se identificaron acciones que algunas organizaciones de la sociedad civil aportaron en cumplimiento de la Política Pública.
- Obtenida esta información, se consolidó en la matriz establecida por la Secretaría de Planeación Distrital- Dirección de Equidad y Políticas Poblacionales, teniendo en cuenta las tres líneas estratégicas de Política concertadas en la instancia, con sus objetivos, metas e indicadores: Equiparación de oportunidades y capacidades desde la gestación hasta la adolescencia para el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes con la aplicación y materialización de los enfoques de derechos de la Protección Integral, diferencial e inclusión social, poblacional y territorial; Movilización Social para la transformación de imaginarios que posicionen como criterio ordenador de las acciones y comportamiento de la ciudadanía, el interés superior y prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; y Fortalecimiento de las familias, sociedad y Estado hacia la realización de acciones intencionadas, articuladas y diferenciales para la protección integral de la infancia y la Adolescencia (gobernanza).
- En sesión CODIA del mes de marzo, se realizó la socialización de la versión preliminar de Plan de Acción de la Política, recogiendo los aportes brindados por los diferentes sectores e instituciones de orden Distrital, Nacional y Sociedad Civil, a partir de encuentros programados con los respectivos delegados y con el liderazgo de la Secretaria de Integración Social, como secretaria técnica de la instancia y la metodología concertada entre SDIS y Planeación Distrital como responsable del seguimiento de la misma. Posteriormente, la Secretaría de Planeación, mediante la Circular 006 de abril 11 de 2017, presentó la guía para el seguimiento a la política a través de la “Matriz de Plan de Acción y Seguimiento”, instrumento que fue diligenciado por los sectores instituciones y organizaciones que desarrollan acciones para el

reconocimiento, garantía, prevención y restablecimiento de derechos de las niñas, niños y adolescentes.

El Decreto 171 de 2013 “unifica el plazo para la formulación o ajuste de los Planes de Acción de las Políticas Públicas Poblacionales y los Planes de Acción Integrales de Acciones Afirmativas de Bogotá, D.C”, estableciendo como plazo máximo para su adopción el 30 de abril del año siguiente al que haya sido expedido el Plan de Desarrollo Distrital. Es importante recalcar que este decreto determina que en estos planes de acción se deben articular y armonizar “los objetivos y/o líneas de acción de la Política Pública, los ejes, programas y proyectos del Plan de Desarrollo Distrital vigente, y contemplar adicionalmente las actividades a desarrollar en el cuatrienio, línea base, metas, indicadores, recursos, responsables y un sistema unificado de seguimiento, monitoreo y evaluación.” De acuerdo a lo anterior, en sesión CODIA del día 28 del mes de abril, se realizó validación y aprobación del Plan de Acción de la Política, formulado intersectorialmente. Este Plan de Acción se entrega de manera oficial a la Secretaría distrital de Planeación.

Durante los meses de agosto y septiembre, se realizaron encuentros con cada uno de los sectores e instituciones para realizar los ajustes y validación de las acciones, indicadores, fórmulas de cálculo y metas anualizadas, acorde a las observaciones solicitadas por la Secretaría Distrital de Planeación. Es así como a la fecha se cuenta con un plan de acción de política donde diez sectores de la administración distrital, tres entidades del orden nacional y una organización de la sociedad civil plasmaron 94 acciones a favor de la infancia y la adolescencia y se comprometen a suministrar la información con la periodicidad requerida para su seguimiento.

### **Ruta Integral de Atenciones (RIA) para la infancia y adolescencia**

La Ruta Integral de Atenciones se comprende como una herramienta que contribuye a ordenar la gestión en el territorio, de manera articulada y consecuente con la situación de derechos de los niños y las niñas en sus respectivos contextos.

Dando cumplimiento a lo acordado en la mesa técnica constituida para la Ruta, se trabajó un producto articulado entre los equipos de la Política Pública de Infancia y Adolescencia y de la Ruta Integral de Atenciones, en una primera fase sólo para primera infancia y posteriormente incluyendo la infancia y la adolescencia.

En este sentido, desde el Equipo de Seguimiento a la Implementación de la Política de la Secretaría de Integración Social, se realizó asistencia técnica a la elaboración del documento de conceptualización de la primera infancia, en el marco de la construcción de la RIA.

En el proceso de identificación, formulación, implementación y seguimiento de la Ruta, se definieron, como primer escenario de socialización de avances y actividades necesarias para su implementación en lo local, los Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia – COLIA, realizando acompañamiento desde lo distrital y definiendo en cada uno de ellos conformación e instalación de las Mesas RIA, en donde se inscribe como una mesa técnica del Comité. Además, se avanzó en la conformación de los equipos locales,

en la elaboración y aprobación del plan de acción de la mesa, así como en el cronograma, la caracterización y el plan de fortalecimiento. Estas mesas se desarrollaron de acuerdo a las dinámicas locales, en los nodos COLIA o en las mismas fechas de sesión COLIA o en la conformación de Mesas técnicas de RIA.

Conformaron estas mesas los delegados de los cinco (5) sectores del Distrito: Salud SDS – Subredes respectivas; Educación - SED, Integración Social – SDIS (Referente de Infancia, Creciendo en familia y Creciendo en familia en la ruralidad), Cultura recreación y deporte - SCRD, con la participación de profesional de IDARTES y en algunas localidades del IDR y del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Regional Bogotá. Este espacio sesionó por cuatro meses una vez al mes y logró: la ejecución de los 20 Planes de trabajo acordados para los 4 meses, la elaboración de los 20 panoramas locales de primera infancia y la recopilación de la caracterización de las 28 Atenciones en cada uno de los servicios presentes en lo local y la concertación de los 20 Planes de Gestión para el Fortalecimiento de la Atención Integral – PGFAI.

**Línea Estratégica 2.** Movilización y Participación Social. Cuenta con dos líneas de acción:

**Vinculación de los niños, niñas y adolescentes en las acciones deliberatorias y de toma de decisiones frente a la PPIA:**

En lo que respecta a los procesos de Participación de niños, niñas y adolescentes, se ha avanzado en la articulación con los diferentes sectores que hacen parte en las localidades del Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia (COLIA), a partir de la inclusión de acciones para la promoción de la participación en los planes de acción de la instancia. Se han adelantado acciones para la dinamización de los Consejos Consultivos de niños, niñas y adolescentes en las localidades, en un trabajo articulado entre las Direcciones Locales de Educación, el ICBF Regional Bogotá, organizaciones sociales y servicios de la Secretaría Distrital de Integración Social. Así mismo, se ha contado con un espacio de interlocución con el Concejo de Bogotá para la promoción de la participación de los niños, niñas y adolescentes representantes del Consejo Distrital en este escenario.

Con el propósito de fortalecer las acciones de movilización social y dar conocer el plan de acción de la Política orientadas a las realizaciones de la política pública para la promoción del ejercicio de derechos de niños, niñas y adolescentes, el CODIA, respondiendo a lo definido en el plan de trabajo de la instancia en lo relacionado con la corresponsabilidad de los actores que tienen compromisos con la infancia y la adolescencia en la ciudad, realizó en junio un encuentro con 180 niños, niñas y adolescentes de la ciudad. Estos niños, niñas y adolescentes eran procedentes de los Consejos Locales de Niños y Niñas, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, Aldeas SOS, World Visión, Fundación Creciendo Unidos. Esta actividad les permitió dar inicio a un ejercicio de veeduría de las acciones que permitan el goce efectivo de sus derechos.

En el marco del encuentro distrital de CLOPS, en el mes de diciembre se realizó una sesión donde se proyectó la elaboración de una agenda conjunta para la conformación de una red distrital de consejeros.

### **Agenciamiento y posicionamiento de la Política Pública de Infancia y Adolescencia:**

Durante el año, se han realizado actividades de sensibilización y divulgación de la PPIA con funcionarios y funcionarias, referentes de políticas y servicios, coordinadores de jardines y maestros, trabajadores de Organizaciones No Gubernamentales- ONG y comunidad en general, incluyendo niños, niñas y adolescentes. Desde el nivel distrital se realizaron jornadas con entidades del orden nacional y dentro de la SDIS con funcionarios y funcionarias tanto de distintas dependencias, de los niveles profesional, técnico y administrativo.

### **Avances Plan de Acción COLIA:**

La asistencia técnica y acompañamiento a los Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia - COLIA, durante el año 2017, inició con la revisión, ajustes y concertación de los planes de acción de esta instancia, armonizándolos con las líneas de acción del CODIA. Esta asistencia fue realizada por parte de las profesionales del equipo de Política Pública de Infancia y Adolescencia de la Subdirección para la Infancia a las profesionales delegadas por el Subdirector (a) Local para la Dinamización de los COLIA o COLIAF.

En este sentido, se consolidaron 19 Comités operativos locales, que cuentan con la participación de la institucionalidad y de la sociedad civil. Igualmente, se aprobaron sus planes de acción para el año 2017, armonizados con el plan de acción del Comité Distrital de Infancia y Adolescencia –CODIA. Se incluyeron las acciones para el avance de las mesas técnicas locales de prevención y erradicación del trabajo infantil, de participación Infantil en el contexto de los Consejos Locales de Niños, Niñas y Adolescentes; así como una acción relacionada con la RIA, dirigida a la socialización, elaboración y seguimiento al plan de implementación de la ruta en lo local.

En síntesis, en los COLIA se consolidó un documento de panorama situacional que da cuenta de las condiciones de vida de los niños, niñas y adolescentes en cada localidad. Se formularon los planes de acción local de política, a partir del trabajo articulado entre los sectores e instituciones participantes, aportando acciones que en los territorios dan cuenta de la implementación de la política pública.

De igual forma, en las instancia COLIAS, se lograron el posicionamiento y el agenciamiento de jornadas de sensibilización en la Política Pública de Infancia y Adolescencia, a partir de la realización de las sesiones de los COLIA y COLIAF, taller de sensibilización en política, así como en los CLOPS de Infancia y otros espacios a solicitud de entidades y organizaciones participantes de la instancia que solicitaron dichas jornadas.

A continuación se relacionan los avances por cada COLIA y COLIAF:

**COLIA Usaqué:** Elaboración del plan de acción del COLIA de acuerdo a la estructura propuesta desde el CODIA; socialización de la Política Pública de Infancia y Adolescencia y de la ley 1804. Además de los portafolios de servicios de salud, ICBF, SDIS, Cultura, IDEPAC; Planeación y ejecución de la jornada de prevención del trabajo infantil; Socialización en la UAT de la panorámica local, del plan de acción y de la necesidad de tener en cuenta la planeación de un CLOPS de infancia; Elaboración del plan de acción de Política teniendo en cuenta el análisis situacional y socialización del plan de acción en el

COLIA donde fue aprobado; y Conformación de la Mesa técnica de la RIA articulada con el nodo coordinador del COLIA.

El COLIA funcionó completamente articulado con las instituciones, realizando las coordinaciones necesarias para dar cumplimiento a las acciones que como COLIA se deben tener en cuenta. Se dio cumplimiento al plan de acción y acompañamiento a las acciones propuesta en la localidad: Realización del CLOPS de Infancia, actualización de la panorámica local, acompañamiento al Consejo de niños y niñas, articulación a las acciones de la Mesa PETI y socialización de los avances en cada una de la sesiones del COLIA, socialización de la oferta institucional, elaboración del análisis situacional y del mapeo social y construcción del pronunciamiento local.

**COLIA Chapinero:** Se contó con el Plan de Acción de la instancia; se realizó la armonización de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con el Plan de Desarrollo Local y se actualizó la Panorámica Local de la Infancia y Adolescencia. También se adelantó el Plan de Acción local de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con el concurso de todos los sectores que participan en el Comité. Este proceso estuvo antecedido y alimentado por un mapeo social que identificó las problemáticas más relevantes en la localidad, para luego realizar un análisis situacional de dichas situaciones.

Así mismo, se concertó la agenda local para el inicio de la implementación de la Ruta Integral de Atenciones, que funcionó de manera paralela con los actores claves de la primera infancia en la localidad. De otra parte, de manera permanente, se socializó el accionar de la Mesa Interlocal de Trabajo Infantil y la evolución del Consejo Consultivo de Niños y niñas. Finalmente, en el mes de diciembre, se realizó un Consejo Local de Política Social, sobre Ruta Integral de Atenciones.

**COLIA Santa Fé y La Candelaria:** elaboró el plan de trabajo de la instancia año 2017, que incluye líneas de acción en coherencia con las del CODIA, logrando el fortalecimiento de la participación institucional y de sociedad civil. Se brindaron elementos técnicos así como información para consolidar el documento de panorama situacional que da cuenta de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes de cada localidad. Se contó con los Planes de Acción de política de cada una de las dos localidades, aprobados y validados por los diferentes sectores, instituciones y sociedad civil participante de la instancia así como de comunidad. Previo a ello, se realizaron ejercicios de cartografía social donde se recogió información relacionada con priorización de problemáticas, oferta y acciones complementarias en relación con la política de infancia y adolescencia.

La estrategia RIA hace parte de la tercera línea de acción del plan de acción y se cumplieron todos los cinco productos definidos. Así, se agenció el tema RIA en la instancia, concertando la socialización de sus avances en las sesiones COLIA, se conformó la Mesa local, previa presentación de esta estrategia tanto en el Nodo como en la sesión del COLIA y la realización de análisis diversos sobre la conveniencia de las diferentes opciones, se contribuyó en las dinámicas que condujeron al logro del acuerdo frente a la instancia de trabajo para la RIA, definiéndose realizarlo en el nodo. Cuenta con el plan de trabajo en la agenda local.

**COLIA San Cristóbal:** Se logró el fortalecimiento de la participación institucional y comunitaria en la instancia, la formulación del Plan de Acción Operativo de manera participativa y concertada con las instituciones, así como la armonización de la Política Pública, el Plan de Desarrollo Distrital y el Plan de Desarrollo local.

Se cuenta con el Plan de acción local de la política pública de infancia y adolescencia aprobado y se proyectaron temas y territorios priorizados que se han trabajado en la articulación con la UAT. De igual manera, se avanzó en la socialización de la Ruta Integral de Atenciones y se definió la mesa como un espacio independiente cuyos avances se socializaron en las sesiones COLIA.

**COLIA Usme:** Elaboración del plan de acción de la instancia año 2017, en concordancia con las tres líneas definidas en el plan de acción CODIA; Articulación transectorial para la realización de las actividades en el marco del mes de la niñez y conmemoración del día internacional para la erradicación del trabajo infantil; Armonización del Plan de Desarrollo Local con la PPIA. Se cuenta con un documento de panorámica situacional de infancia y adolescencia, así como un portafolio de servicios en la localidad. Se cuenta con el plan de acción local de PPIA para el cuatrienio, aprobado por la instancia y validado en la UAT. En su formulación, se desarrollaron todas las fases del proceso que incluyó dos sesiones para la cartografía social con comunidad e instituciones, así como encuentros de trabajo con los sectores para la identificación de acciones que aportan a la implementación de la PPIA en lo local. Se articuló la Ruta Integral de Atenciones para la primera infancia al Comité, quedando incorporada como una mesa técnica de este.

Se realizaron tres talleres de sensibilización de política, donde participaron en total 153 maestras y profesionales psicosociales de las organizaciones sociales, que operan los Centros de Desarrollo Infantil Institucional del ICBF en la localidad.

Se fortaleció la participación de la sociedad civil en el Comité, se aportó para la realización de tres CLOPS de infancia, uno de ellos en territorio rural.

**COLIA Tunjuelito:** Entre los avances reportados durante el año por el Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia en la localidad se tiene la consolidación del plan de trabajo de la instancia, formulado en coherencia con las líneas estratégicas del plan de acción del CODIA. Acorde a los productos contemplados en dicho plan, se elaboró un documento de panorama situacional de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes, consolidado a partir de la línea técnica brindada desde el acompañamiento técnico del equipo de política. De otra parte, se realizaron acciones de movilización social, que responden a dicha línea en el contexto de las actividades de trabajo infantil. En sesión COLIA, se concertó la conformación de la mesa RIA como mesa adscrita al Comité.

También se adelantó el Plan de Acción local de la Política Pública de Infancia y Adolescencia, formulado de manera intersectorial. Para su formulación se realizaron ejercicios de cartografía social donde se recogió información relacionada con priorización de problemáticas, oferta y acciones complementarias en relación con la política de infancia.

Se presentó la oferta institucional de sectores e instituciones que trabajan en la localidad el tema de infancia y adolescencia, aportando en la implementación de la política pública a través de los diferentes programas, proyectos y estrategias que desarrollan en el territorio.

De otra parte, de manera permanente, se socializaron los avances del Consejo Consultivo de niños, niñas y adolescentes de la localidad, así como la concertación de los sectores e instituciones que en la localidad realizan acciones en relación con la prevención y erradicación del trabajo infantil.

**COLIA Bosa:** Durante el año se avanzó en la consolidación del plan de trabajo de la instancia año 2017, que incluyó tres líneas de acción en coherencia con las líneas del CODIA, logrando el fortalecimiento de la participación institucional y de sociedad civil. Con el acompañamiento técnico del equipo de política, se brindaron elementos técnicos así como información para consolidar el documento de panorama situacional que da cuenta de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes de la localidad.

Se agenció el tema de la Ruta Integral de Atenciones - RIA en la instancia, concertando la conformación de la Mesa técnica de la RIAPI que, durante cuatro meses, sesionó en el espacio de Nodo COLIA. Como resultado de la mesa se logró la formulación de plan de acción, panorama situacional de primera infancia, organización de los resultados de los ejercicios de caracterización de las 28 atenciones y planes de gestión para el fortalecimiento de la atención integral - PGFAT.

Se socializó la oferta institucional de sectores e instituciones que trabajan en la localidad el tema de infancia y adolescencia, aportando en la implementación de la política pública a través de los diferentes programas, proyectos y estrategias que desarrollan en el territorio.

Se posicionó el Consejo Consultivo Local de niños, niñas y adolescentes, a partir de la participación en los diferentes CLOPS y actividades concertadas con la Alcaldía Local. De otra parte se socializaron los avances en las sesiones COLIA.

**COLIA Kennedy:** Se avanzó en la elaboración y aprobación plan 2017; Armonización de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con el Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos"; Avance en la consolidación de un documento técnico de análisis situacional y panorama local de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes; Construcción y aprobación del plan de acción local de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con participación de la comunidad; Acompañamiento técnico a diferentes espacios locales como UATs ampliadas en el marco de la consolidación del plan de acción local de la Política y el posicionamiento de la misma y sensibilización frente a la Política Pública de Infancia y Adolescencia en el marco de dos Comités Rectores de la Subdirección Local.

Se logró el fortalecimiento de la participación de las diferentes entidades con presencia en la localidad y se cuenta con un portafolio de servicios. Adicional a esto, conformó la mesa técnica de la Ruta Integral de Atenciones - RIA para la primera infancia.

**COLIA Fontibón:** Se avanzó en elaboración del Plan de acción de la instancia, en donde se recoge el análisis del panorama local frente a la garantía de derechos de los niños, niñas

y adolescentes, priorizando temáticas; así como la articulación con el Plan de acción del CODIA y la articulación con el Plan de acción de la Unidad de Apoyo Técnico de la localidad. Se mantuvo articulación y participación activa en la UAT, realizando diálogo permanente con las demás políticas poblacionales. La elaboración del panorama local y el análisis situacional fueron insumos para la formulación y aprobación del Plan de Acción local de la Política de infancia. También se realizó el seguimiento al plan de acción de la instancia con su respectiva proyección a diciembre de 2017.

Como balance, se dio cumplimiento el plan de acción del año 2017 del comité operativo local de infancia y adolescencia local. Uno de los aspectos a resaltar es la articulación interinstitucional que se logró gracias a la permanente socialización de los servicios sociales de las diferentes entidades. Así mismo, se fortaleció la realización de acciones de movilización social y territorialización de la política, así como la articulación con las políticas para las familias y la de juventud. Se realizó de manera permanente un trabajo conjunto con la estrategia de abordaje territorial.

**COLIA Engativá:** Durante el año se avanzó en la consolidación del plan de trabajo de la instancia año 2017, que incluyó tres líneas de acción en coherencia con las líneas del CODIA, se avanzó en la realización de documentos técnicos de panorama y análisis situacional, la implementación de la Ruta Integral de Atenciones - RIA para la primera infancia, ejercicios de cartografía social con instituciones y la población infantil y el Plan de Acción Local de la Política Pública. Se cuenta con el plan de acción local de PPIA para el cuatrienio, aprobado por la instancia.

**COLIA Suba:** Durante el año el Comité Local de Infancia y Adolescencia de la localidad de Suba avanzó en la consolidación del Plan de Acción de la instancia, en la armonización de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con el Plan de Desarrollo Local y en la elaboración de la Panorámica Local de la Infancia y Adolescencia, que se convirtió en insumo en el alistamiento para el Ruta Integral de Atenciones.

También se elaboró y validó el Plan de Acción local de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con el concurso de todos los sectores que participan en el Comité. Este proceso estuvo antecedido y alimentado por un mapeo social que identificó la problemáticas más relevantes en la localidad, para luego realizar un análisis situacional de dichas situaciones.

Así mismo, se concertó la agenda local para el inicio de la implementación de la Ruta Integral de Atenciones, que funcionó como un Nodo coordinador con las participación de los actores claves del primera infancia en la localidad. Adicionalmente, de manera permanente, se socializó el accionar de la Mesa Interlocal de Trabajo Infantil y la evolución del Consejo Consultivo de Niños y niñas y la oferta local institucional pública y privada. Realización del Consejo Local de Política Social, sobre la Política Pública de Infancia y Adolescencia liderado por niños de los servicios sociales de integración social.

**COLIA Barrios Unidos y Teusaquillo:** Durante el año 2017, el COLIA funcionó completamente articulado con las instituciones, realizando las coordinaciones necesarias para dar cumplimiento a las acciones que como COLIA se deben tener en cuenta. Se

elaboró y dio cumplimiento al plan de acción de la instancia de acuerdo a la estructura propuesta desde el CODIA y acompañamiento a las acciones propuesta en la localidad.

De igual manera, se socializó la Política Pública de Infancia y Adolescencia, la ley 1804, así como los portafolios de servicios de salud, ICBF, SDIS, IDRD, IDEPAC. En el mes de abril se celebró el día del niño.

Se elaboró un análisis situacional y un mapeo social, que aportaron para la elaboración del plan de acción de Política y que fue socializado en el COLIA, donde fue aprobado. De igual manera se llevó a cabo la construcción del pronunciamiento local.

De otra parte, se realizó el CLOPS de infancia, con énfasis en el tema de participación donde se socializaron los avances en la materia. Se dio acompañamiento al Consejo de niños y niñas y se participó en la conformación de la Mesa técnica de la RIA.

Para la localidad de Teusaquillo con el sector Habitat, se avanzó en la actualización del mapeo social identificando los puntos, polígono y corredores donde ocurren las problemáticas.

**COLIA Los Mártires:** Se elaboró y desarrolló el plan de trabajo de la instancia año 2017, que incluye líneas de acción en coherencia con las del CODIA, logrando el fortalecimiento de la participación institucional y de sociedad civil. Se cuenta con un panorama local de infancia y adolescencia, retroalimentado por los sectores e instituciones participantes. Se cuenta con plan de acción local de política aprobado y validado por los diferentes sectores, instituciones y sociedad civil participante de la instancia así como de comunidad. Previo a ello, se realizaron ejercicios de cartografía social donde se recogió información relacionada con priorización de problemáticas, oferta y acciones complementarias en relación con la política de infancia y de familia.

Se logró constituir la Mesa Local de la RIA, con participantes de los cinco sectores y que sesiona de manera independiente.

Se acompañó la realización del Consejo Local de Política Social - CLOPS, orientado a la Política de Infancia y Adolescencia, en el que se presentaron los propósitos y avances de la RIA a la ciudadanía de la Localidad, con metodologías diseñadas y trabajadas por parte de cada uno de los sectores involucrados en la estrategia, solicitando a la vez sus aportes para la misma.

Se dio cumplimiento a lo programado: la organización y el ejercicio realizado desde la Secretaría Técnica de la instancia, contribuyó con este ejercicio. Los avances del Consejo de niños y niñas, están en el abordaje de diversos temas relacionados con la etapa que viven y la identificación de la percepción que tienen sobre la construcción de familia, el estudio, la salud.

**COLIA Antonio Nariño:** se destacan los siguientes avances: Evaluación plan de acción del COLIA 2016, elaboración y aprobación plan 2017; Armonización de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con el Plan de Desarrollo "Bogotá Mejor para Todos"; realización del Consejo Local de Política Social - CLOPS orientado a la Política de Infancia y Adolescencia. Vinculación a diferentes escenarios locales como la Unidad de Apoyo Técnico - UAT, en torno al agenciamiento y posicionamiento de la Política; Consolidación

de un documento técnico de análisis situacional y panorama local de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes; Construcción y aprobación del plan de acción local de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con participación de la comunidad. Socialización, armonización y contextualización con la Ruta Integral de Atenciones – RIA.

**COLIA Puente Aranda:** se destacan los siguientes avances: elaboración y aprobación plan de acción de la instancia en coherencia con las líneas del plan CODIA; Armonización de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con el Plan de Desarrollo Local; Consolidación de un documento técnico de análisis situacional y panorama situacional de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes; Ejercicio de cartografía social realizado a través de la articulación COLIA y Consejo Consultivo de Niños, Niñas y Adolescentes; construcción y aprobación del plan de acción local de la Política Pública de Infancia y Adolescencia con participación de la comunidad. Socialización, armonización y contextualización con la Ruta Integral de Atenciones – RIA.

**COLIA Rafael Uribe Uribe:** Se dio la reactivación de la instancia desde el mes de marzo, logrando actualización del directorio institucional y de oferta de servicios. Se elaboró y aprobó el Plan de Acción de la instancia año 2017, en armonía con el Plan de acción del CODIA al cual se le dio cumplimiento, en cuenta la evaluación y los ajustes realizados en el mes de julio. Se consolidó la metodología desarrollada para el CLOPS de infancia, adolescencia y juventud, previa revisión y aprobación por UAT. Se elaboró el documento que da cuenta del panorama y análisis situacional de la localidad, así como de la aprobación del Plan de Acción local de Política de infancia. Uno de los aspectos a resaltar es la articulación interinstitucional que se logró gracias a la permanente socialización de los servicios sociales de las diferentes entidades.

**COLIAF Ciudad Bolívar:** Durante el año el Comité Operativo Local de Infancia, Adolescencia y Familia de la localidad de Ciudad de Bolívar avanzó en la consolidación del plan de trabajo de la instancia donde se articuló con las líneas de estrategias del plan de acción del CODIA, se incorporaron acciones en el marco de la política pública para las familias. Se consolidó un documento de documento de panorama situacional de las condiciones de vida de niños, niñas y adolescentes, a partir de la línea técnica brindada desde el acompañamiento técnico del equipo de política. En ello se resaltó el accionar de los sectores e instituciones específicamente en temas de infancia y adolescencia. De otra parte, se realizaron acciones de movilización social, que responden a dicha línea en el contexto de las actividades de trabajo infantil, y para el fortalecimiento del consejo de niños y niñas.

De igual manera, para el mes de agosto en sesión COLIA se concertó la conformación de la mesa RIA, como una mesa adscrita al Comité Local. Es de resaltar que, previo a dicha instalación de la mesa, se realizaron en dos sesiones del COLIAF para sensibilizar y dar a conocer la RIA como una herramienta para la garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes. Como logros de dicha mesa se resalta la formulación del plan de trabajo de la mesa, diligenciamiento de los instrumentos de caracterización, elaboración y validación del panorama situacional para primea infancia y la caracterización de los servicios sociales de la localidad.

También se cuenta con Plan de Acción local de la Políticas Públicas de Infancia y para las Familias formulado de manera intersectorial. Para su consolidación se realizaron ejercicios de cartografía social desde el COLIAF y el área rural con la participación de habitantes de Mochuelo Alto y Quiba, donde se recogió información relacionada con priorización de problemáticas, oferta y acciones complementarias en relación con la política de infancia y adolescencia, a través de mesas de trabajo con cada uno de los sectores para recibir y socializar ofertas institucionales y servicios sociales que permitan dar cuenta de la implementación de política.

De manera permanente se socializó en el COLIAF los avances del Consejo Consultivo de niños, niñas y adolescentes de la localidad, en articulación con los Consejeros del ICBF. Se identificaron los sectores e instituciones que en la localidad realizan acciones en relación con la prevención y erradicación del trabajo infantil y se generó un proceso importante de participación y articulación de las estrategias móvil y atrapasueños.

Adicionalmente en la línea de movilización social y articulación intra e interinstitucional, se generaron espacios y escenarios de participación para los adolescentes vinculados al servicio de atención integral Centros Forjar Oportunidad de Cambio. Se realizaron actividades en el pro de la recreación y sano esparcimiento de la infancia y adolescencia.

**COLIA Sumapaz:** Elaboración del plan de acción de la instancia año 2017, en concordancia con las tres líneas definidas para el plan de acción del CODIA; Articulación transectorial para la realización de las actividades en el marco del mes de la niñez y conmemoración del día internacional para la erradicación del trabajo infantil; Difusión en medios locales de información sobre la problemática de trabajo infantil; Armonización del Plan de Desarrollo Local con la PPIA mediante el desarrollo de talleres específicos para este fin.

Se cuenta con un documento preliminar de la panorámica de la infancia y la adolescencia, con el plan de acción de PPIA para el cuatrienio, aprobado por la instancia y validado en la UAT para la formulación. Se desarrollaron todas las fases del proceso, dentro del cual se realizaron dos sesiones de trabajo para la cartografía social, con comunidad e instituciones, jornadas de trabajo con los sectores para llegar a un análisis situacional donde se plasmó la identificación de acciones que aportan a la implementación de la PPIA en lo local. De igual manera, los insumos obtenidos en los talleres de armonización fueron tenidos en cuenta para la elaboración del plan de acción local de Política de Infancia.

Se participó en la definición de la metodología y acompañamiento en la realización de los CLOPS de infancia realizados en los territorios de Nazareth y San Juan y en la elaboración del portafolio de servicios en la localidad que aporta información de primera infancia necesaria para el proceso de implementación de la RIA. En este sentido, se socializó la ruta integral de atenciones para la primera infancia, se presentó el cronograma, se conformó el equipo local para su implementación y se socializaron los avances en la agenda establecida.

Se fortaleció la articulación intersectorial con el esfuerzo de construcción de una agenda local articulada. De igual manera, se cuenta con plan de acción local de política, que debe ser ajustado según las directrices emanadas de Planeación Distrital. De otra parte, se realizó una sesión del comité en territorio y una sesión conjunta con el Consejo Consultivo

de niños y la Alcaldesa donde se recogieron aportes para el análisis situacional desde la presentación de las propuestas de acción de los niños y niñas del Consejo.

De igual manera se generó compromiso, participación y articulación de la mesa RIAPI en los procesos del COLIA y articulación del Comité al proceso de construcción del lineamiento para el abordaje en atención a los niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil rural.

### **Mesas Temáticas**

La resolución 1613 de 2011, en los artículos 10 y 11, establece que “se conformarán Mesas Técnicas de Trabajo - o se adoptarán mesas ya creadas-, que servirán como equipos satélite a través de las cuales se profundizará en procesos de análisis específicos y servirán como medio de articulación interinstitucional y comunitaria para la generación o aplicación de estrategias de intervención”. En este sentido, se han desarrollado la Mesa Distrital de Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil Ampliado –PETIA y la Mesa de Identidad de Género y Orientaciones Sexuales desde la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia – IGOS.

#### **a). Mesa Distrital para la Prevención y el Trabajo Infantil**

La Mesa Distrital para la Prevención y erradicación del Trabajo Infantil Ampliado establece acuerdos y acciones que buscan, de manera intersectorial, avanzar en la meta de la erradicación progresiva del Trabajo Infantil Ampliado, movilizar y articular acciones tendientes al restablecimiento de derechos de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en esta situación de vulneración.

Desde el 2016, la Mesa Distrital para la Prevención y Erradicación de Trabajo Infantil Ampliado estableció 3 compromisos firmados por los delegados de los Sectores que han participado regularmente, los cuales se han venido cumpliendo paulatinamente, en especial frente a la articulación entre sectores y organizaciones participantes para posicionar la problemática de trabajo infantil en Bogotá y que hacen parte del Plan de acción de la instancia. Estos compromisos se refieren a:

- Definir conjuntamente con los sectores los lineamientos técnicos, operativos y de gestión para unificar criterios y definición de roles institucionales, respecto a la meta distrital de prevenir y erradicar progresivamente el trabajo infantil ampliado.
- Diseñar e implementar una estrategia de articulación intersectorial, que permita optimizar las acciones distritales en relación con esta situación de vulneración en sus diversas formas y desde un enfoque diferencial y de desarrollo de capacidades de los niños, niñas, adolescentes y sus familias.
- Construir e implementar un mecanismo armonizado de información, identificación, monitoreo y evaluación, que permita un mejoramiento continuo de los procesos de prevención, atención y movilización contra la situación de Trabajo Infantil.

Para el 2017, la Mesa Distrital PETIA realizó varias acciones para dar alcance a estos compromisos. En especial, se realizaron actividades de sensibilización de manera conjunta o desde los compromisos sectoriales de las entidades participantes, para aportar en la disminución progresiva del trabajo infantil en Bogotá. Entre ellas:

- Campañas de sensibilización con el lema “No le Voy al Trabajo Infantil”.
- Acciones articuladas para la Conmemoración del Día Mundial contra el Trabajo Infantil, identificando los territorios considerados nichos de trabajo infantil e interviniendo con actividades para la sensibilización de la población adulta respecto a la prevención y erradicación del trabajo infantil y adelantando actividades para la promoción de los derechos de niños, niñas y adolescentes a través de la oferta artística, cultural, literaria, recreativa y deportiva en las localidades y en la ciudad en general.
- En el marco de la Mesa, se realizó el muro de compromisos y sentires respecto al trabajo infantil, realizado en las Plazas del 20 de julio, con la participación de la ciudadanía en general, comerciantes y los niños y niñas que acompañan a sus padres al lugar de trabajo, al interior y exterior de la plaza de mercado.
- Se avanzó en la realización de cruces en las bases de datos de la población atendida por Secretaria de Educación, Secretaria de Salud y Secretaria de Integración social, con el fin de articular proceso de atención y canalización de los servicios y avanzar en la identificación de los territorios con nichos de trabajo infantil, que no han sido aún atendidos o presentan una escasa oferta institucional.
- Se establecieron tres mesas técnicas para la unificación de criterios en aspectos que requieren ser revisados para la definición de orientaciones técnicas en las localidades, frente a Trabajo Infantil: la Mesa de enfoque diferencial, enfatizando en los temas de trabajo infantil rural y étnico; la Mesa de indicadores y la Mesa para el apoyo y orientación técnica a las Mesas Inter-locales.
- La vinculación de la UAESP, desde junio de 2017, ha permitido la identificación de niños, niñas y adolescentes cuyas familias tienen como medio de subsistencia las actividades asociadas al reciclaje, y se espera, desde la intersectorialidad, contribuir en la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes, identificados en actividades de reciclaje, fortaleciendo la corresponsabilidad de las familias en su desvinculación.

Entre los retos contemplados desde la Mesa están:

- Avanzar en la construcción de una Ruta de atención para la garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes, identificados en situación o riesgo de trabajo infantil.
- Diseño de estrategias de atención con enfoque diferencial para la identificación y referenciación de la población en situación de mendicidad y para la construcción de orientaciones técnicas para la atención a niños, niñas y adolescentes en situación de trabajo infantil de las zonas rurales y de grupos étnicos (población indígena).
- Fortalecimiento de la Mesa Distrital de Prevención y Erradicación del trabajo Infantil

Ampliado con la vinculación de nuevos actores.

- Fortalecimiento de la corresponsabilidad de las familias.
- Fortalecimiento de la Estrategia Móvil con 30 nuevos equipos Territoriales y Estrategia EMPI con 22 equipos más.
- Seguimiento a los compromisos de identificación en las cadenas de producción de NNA en situación del Trabajo Infantil Ampliado con el sector empresarial. La mesa tiene representación, como aliado estratégico, en la Red Global contra el trabajo infantil, que tiene como uno de sus propósitos garantizar la no inclusión del trabajo infantil al interior de las empresas afiliadas a la Red.

**b). Mesa de Identidad de Género y Orientaciones Sexuales desde la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia.**

La Mesa de Identidad de Género y Orientación Sexual – IGOS da respuesta al eje No. uno (1) Niños, niñas y adolescentes en “ciudadanía plena” y al componente cuatro (4) de la Política Pública de Infancia y Adolescencia “igualdad de oportunidades para vivir la identidad de género para niños y niñas para la primera infancia”, donde participan el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- Dirección Nacional y Regional Bogotá y las Secretarías Distritales de Integración Social, Planeación, Educación, Salud, Gobierno y el Instituto Distrital de la Protección de la Niñez-IDIPRON.

Para el 2017 se desarrollaron 15 encuentros, en donde se entregaron recomendaciones al documento de lineamiento de implementación de enfoque diferencial por orientación sexual, identidad de género y estados intersexuales para la atención a niñas, niños y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial.

En el marco del Día Internacional de la Niña, se desarrollaron procesos de formación y cualificación de agentes educativos corresponsables de la protección integral de la primera infancia, infancia y adolescencia desde el enfoque de derechos diferencial, en relación con las identidades de género y orientación sexual, identificación y acompañamiento a infantes intersexuales. Desde la Secretaría Distrital de Gobierno se diseñó e implementó la metodología Género-con-Ciencia, a través de una jornada de mediación formativa dirigida a 20 estudiantes de básica primaria (grados 4to y 5to) de manera simultánea en ocho (8) colegios. La actividad promovió el reconocimiento de los derechos de las niñas a través de una estrategia pedagógica que moduló conceptos científicos para la comprensión de la vivencia de los derechos de las niñas desde una perspectiva de género.

Así mismo, se desarrolló una metodología con personas de los sectores sociales LGBTI, donde se identificaron retos institucionales desde el enfoque diferencial en relación con orientaciones sexuales e identidades de género, las cuales son prioridad y alcance de la ciudad. A continuación se describen los retos identificados:

**La Familia como entorno protector.** Desarrollar estrategias de acompañamiento a las familias de niñas, niños y adolescentes para el reconocimiento y respeto de los derechos humanos, ante situaciones de construcción de orientaciones sexuales e identidades de

género, privilegiando entornos protectores desde el amor y la comprensión en aras de disminuir situaciones de maltrato y discriminación.

**La Educación asumiendo la diversidad de niñas y niños.** Agentes educativos y culturales fortalecidos para reconocer y garantizar los derechos de la niñez y la adolescencia desde el enfoque diferencial en relación con orientaciones sexuales e identidades de género, con herramientas para la escucha activa, dispuestos a reaprender y a construir relaciones de respeto con las niñas, niño y adolescentes, capaces de transformar imaginarios que legitiman las violencias en razón a construcción de identidades.

**Salud con calidad, acogedora, incluyente.** La salud como un derecho integral, con dignidad y libre de violencias, con profesionales idóneos para responder a los retos en la atención diferencial, respetuosos de los procesos de identidad de género y orientaciones sexuales.

**Ciudad protectora.** Una ciudad que protege a niñas, niños y adolescentes de diferentes tipos de violencias basadas en la construcción de sexo, identidades de género y orientaciones sexuales, generando lazos de confianza y superando las barreras para la garantía integral de derechos.

**Cultura y comunicación.** Prácticas culturales y comunicativas incluyentes libres de lenguajes sexistas que instrumentalizan el cuerpo, reproduciendo estereotipos de género.

Finalmente, desde la Mesa se concluyó la importancia de continuar estableciendo acciones en clave de política Pública para el fortalecimiento de entornos protectores, acogedores, sensibles y seguros, que promuevan los procesos de exploración, búsqueda y construcción autónoma de la identidad de género y la orientación sexual en la primera infancia, infancia y adolescencia; como un imperativo ético imprescindible de la percepción de niñas, niños y adolescentes como agentes políticos de derechos.