



Rendición Pública De Cuentas Para La Garantía De Los Derechos De La Infancia, Adolescencia y Juventud



"UNIDOS POR LA PROSPERIDAD DE BOLÍVAR"

ALBERTO BERNAL JIMÉNEZ

GOBERNADOR

2010 - 2011



ALBERTO BERNAL JIMÉNEZ
Gobernador de Bolívar.

FEDERICO GARCIA CANO
Director Departamento Administrativo de Planeación.

CARMEN FRANCO PÉREZ
Directora Departamento Administrativo de
Control Interno.

JAVIER DORIA ARZUZA
Director Departamento Administrativo de
Jurídica.

JOSE LOPEZ AMARIS
Secretario Privado.

ANTONIO BARRIOS BARRIOS
Secretario de Educación.

ROBERTO CAMARGO PAYARES
Secretario de Interior.

MERY CASTRO PEREIRA
Secretaria de Apoyo Logístico.

WILLIAM VALDERRAMA HOYOS
Secretario de Hacienda.

SANTIAGO CARRASQUILLA SOTOMAYOR
Secretario de Obras Públicas.

MICHELT VERGARA CONTRERAS
Secretario de Agua Potable y
Saneamiento Básico.

LESTER ROMERO MERCADO
Secretaria de Minas y Energía.

EDILBERTO MENDOZA GOEZ
Secretario de agricultura.

RUGERO CHICA DURANGO
Secretario de Talento Humano.

DUMEK TURBAY PAZ
Gerente IDERBOL.

ALVARO VILORIA ROMERO
Gerente PDA de Bolívar

WILSON JAIMES CASTAÑO
Agente Interventor Secretaria de Salud.



EQUIPO TÉCNICO INTERNO

ANIBAL MILLAN GANDARA
Cordinador Unidad de
Desarrollo Económico.

NOHORA FACIOLINCE
Coordinadora Unidad Gestión Social

RODOLFO MEJIA FONTALVO
Jefe Unidad de Prensa.

GABRIEL GANDARA DE LA ESPRIELLA
Jefe Unidad de Presupuesto.

EDGAR LARIOS
Cordinador CREPAD Bolívar.

LARRY LAZA BARRIOS
Cordinador Unidad de Salud Pública.

AYDA ZABALETA
Profesional Universitario
Unidad de Desarrollo Social,
Cultural y Etnias.

LIGIA HERRERA MESTRE
Profesional Especializado.
Secretaria de Salud.

WALTER TORRES
Medico Epidemiólogo
Secretaria de Salud.

AURI SANCHEZ
Profesional Universitario.
Secretaria de Salud.

RAMIRO TURIZO
Profesional Especializado.
Secretaria de Educación.

JHAN CARLOS VASQUEZ
Profesional Universitario.
Secretaria de Educación.

ENITH SALGADO
Profesional Universitario.
Secretaria de Educación.

CIRA VELASQUEZ
Profesional Especializado.
Secretaria de Interior.

ALVARO VARGAS
Profesional Especializado.
Secretaria de Minas y Energía.

JUANA MARCELA CARRILLO
Consultoría y Asistencia Técnica.
Fundación Santa Fe-UNICEF





CONTENIDO

ALCANCE.....	21
1. INFORMACIÓN DE CONTEXTO TERRITORIAL E INSTITUCIONAL.....	22
1.1. CONTEXTO TERRITORIAL.....	23
1.1.1. Características Generales del Departamento.	25
Clima.....	25
Fisiografía.	25
Hidrografía.	25
Vías de Comunicación.....	26
1.1.2. Dinámica Demográfica.	26
Tamaño.....	28
Estructura.	26
Niñez, Infancia, Adolescencia y Juventud en Bolívar.	27
Movilidad.	30
1.1.3. Dinámica Social.	34
Pobreza en el Departamento.	34
1.1.4. Dinámica Económica.	36
Actividad económica.	36
Turismo.....	38
Tasa de ocupación, desempleo y subempleo.	42
Comercio Exterior.	44
1.1.5. Dinámica Ambiental.	46
1.1.5.1. Ambiente Natural.....	46
1.1.5.2. Ambiente Construido.....	47
Cobertura de agua, saneamiento básico, agua potable.....	47
Diagnostico del departamento en materia de servicios públicos.....	48
Calidad del agua.....	50
Diagnostico del departamento en materia de servicios públicos.....	50
1.1.5.3. Ola Invernal.	52
1.2. GASTO PÚBLICO.	60
Indicadores de Referencia.	65
Prioridad fiscal del Gasto Publico Social (GPS) Ejecutado.	66
Prioridad macroeconómica del Gasto Publico Social del Departamento (GPS).....	66
Gasto Publico Social (GPS) Per – cápita.....	67
1.2.1. Prioridad del Gasto Publico Social Primera infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud en GPS.....	67
Gasto Público Social (GPS) en Salud.....	67
Participación del gasto en Educación para la Primera infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud en GPS.	68
Participación del gasto en Vivienda en el GPS.....	69
Participación del gasto en Agua Potable en el GPS.	69
Participación del gasto en Recreación y Deporte en el GPS.	70
Participación del gasto en Cultura en el GPS.	70
1.3. ANÁLISIS DE LOS DERECHOS POR CICLO DE VIDA.	80
1.3.1. PRIMERA INFANCIA.	80
1.3.1.1. CATEGORÍA EXISTENCIA.	72
1.3.1.1.1. Objetivo de política: Todos Vivos.	72
Mortalidad Materna.....	72
Razón de mortalidad materna.	72
Mortalidad Infantil.	80
Tasa de mortalidad en menores de 1 año.	80
Mortalidad en la Niñez.....	84
Tasa de mortalidad de niños, niñas de 0 a 5 años.	84
Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas entre los 0 y 5 años.	90
1.3.1.1.2. Objetivo de política: Ninguno Desnutrido.	92
Lactancia Materna.....	93



	Porcentaje de niños, niñas entre 0-6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y que reciben lactancia materna exclusiva.....	93
	Mujeres Gestantes con anemia nutricional.	94
	Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de anemia nutricional.	94
	Bajo Peso al Nacer.	94
	Porcentaje de niños, niñas con bajo peso al nacer.....	94
	Desnutrición.	101
	Porcentaje niños y niñas menores 5 años valorados con desnutrición aguda, crónica y global.	101
1.3.1.1.3.	Objetivo de política: Todos Saludables.	107
	Coberturas de Vacunación.	108
	Cobertura de inmunización contra el BCG en niños y niñas menores de 1 año.	110
	Cobertura de inmunización contra el Polio, DPT, Hepatitis B, en niños y niñas menores de 1 año.	111
	Cobertura de inmunización contra el Rotavirus en niños y niñas menores de 1 año.	112
	Cobertura de inmunización contra el neumococo en niños y niñas de 1 año.	113
	Cobertura de inmunización contra la Triple viral en niños y niñas de 1 año.	113
	Cobertura de inmunización contra la influenza en niños y niñas menores de 1 año.	115
	VIH SIDA Materno Infantil.	117
	Porcentaje de mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH (Elisa).	117
	Tasa de transmisión materno infantil de VIH.	118
	Sífilis.	118
	Porcentaje de mujeres gestantes con sífilis que han sido diagnosticadas y tratadas antes de la semana 17.	118
	Tasa de sífilis congénita.	119
	Morbilidad Infantil.....	120
	Cinco primeras causas de morbilidad en menores de 5 años.	120
	Tasa de morbilidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) - ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años.....	121
1.3.1.2.	CATEGORÍA DESARROLLO.	122
1.3.1.2.1.	Objetivo de política: Ninguno Sin Educación.	122
	Educación Inicial.	123
	Porcentaje de niños, niñas vinculados a programas de educación inicial.	123
1.3.1.3.	CATEGORÍA CIUDADANÍA.....	126
1.3.1.3.1.	Objetivo de política: Ninguno Sin Registro.	126
	Registro.	126
	Proporción de niños y niñas menores de 1 año registrados según lugar de nacimiento.	126
1.3.2.	INFANCIA	129
1.3.2.1.	CATEGORÍA DESARROLLO.	129
1.3.2.1.1.	Objetivo de política: Ninguno Sin Educación.	130
	Cobertura Escolar.....	130
	Tasa Neta de cobertura escolar para educación básica primaria.	130
	Repitencia Escolar.....	131
	Tasa de repitencia en educación básica primaria.	131
	Desempeño Pruebas Saber.	134
	Puntaje promedio de las pruebas SABER - 5 grado.	134
	Deserción Escolar.....	137
	Tasa de deserción interanual de básica primaria.	137
1.3.3.	ADOLESCENCIA.	139
1.3.3.1.	CATEGORÍA EXISTENCIA.	139
1.3.3.1.1.	Objetivo de política: Todos Saludables	140
	Embarazos Mujeres Adolescentes.....	140
	Porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes.	140
1.3.3.2.	CATEGORÍA DESARROLLO.	143





1.3.3.2.1.	Objetivo de política: Ninguno Sin Educación.	143
	Cobertura Escolar.....	144
	Tasa Neta de cobertura escolar para educación básica secundaria.	144
	Tasa Neta de cobertura escolar para educación media.	145
	Deserción Escolar.	147
	Tasa de deserción escolar inter-anual de Básica Secundaria.	147
	Tasa de deserción escolar interanual de Básica Media.	148
	Desempeño Pruebas.	149
	Puntaje promedio de las pruebas SABER - 9 grado.	149
	Puntaje promedio en las pruebas ICES.	152
1.3.3.3.	CATEGORÍA PROTECCIÓN.	155
1.3.3.3.1.	Objetivo de política: Adolescentes Acusados de	
	Violar la Ley Penal con su debido proceso.....	155
	Adolescentes Infractores.	155
	Número de adolescentes entre 14 y 17 años	
	infractores de la Ley Penal vinculados a procesos judiciales.	155
	Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años infractores	
	de la ley penal reincidentes.	157
	Adolescentes Privados de la Libertad.	158
	Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años privados	
	de libertad procesados conforme a la ley.	158
1.3.4.	JUVENTUD.	159
1.3.4.1.	Población Juvenil en el Departamento de Bolívar.	160
1.3.4.1.1.	Los jóvenes bolivarenses en la estructura	
	demográfica del país y del departamento.	161
1.3.4.1.2.	Población Joven Económicamente Activa.	162
1.3.4.1.3.	Desempleo y Subempleo en jóvenes en el departamento de bolívar.	163
1.3.4.2.	CATEGORÍA EXISTENCIA.	164
1.3.4.2.1.	Objetivo de política: Todos Vivos.....	164
	Mortalidad en la Juventud.	164
	Tasa de mortalidad en jóvenes.....	164
1.3.4.3.	CATEGORÍA DESARROLLO.....	165
1.3.4.3.1.	Objetivo de política: Todos con Educación.....	165
	Educación Superior.	165
1.3.4.4.	CATEGORÍA CIUDADANÍA.	169
1.3.4.4.1.	Objetivo de política: Todos Participando en Espacios Sociales.	169
	Consejos de Juventud.	169
	Porcentaje de Consejos de Juventud Municipales conformados.	170
1.3.4.5.	Experiencia exitosa en el diseño y formulación de la	
	Política Pública de Juventud del Departamento de Bolívar.....	170
1.3.4.6.	Jóvenes como Titulares de Derecho en la Legislación Internacional y Nacional.	173
1.3.5.	CICLOS DE VIDA DE 0 A 17 AÑOS.....	174
1.3.5.1.	CATEGORÍA EXISTENCIA.	174
1.3.5.1.1.	Objetivo de política: Todos Vivos.....	175
	Mortalidad por Causas Extremas.	175
	Tasa de mortalidad de 0 a 17 años por causas externas	
	(homicidio, suicidio, accidentes, violencia intrafamiliar).....	175
1.3.5.1.2.	Objetivo de política: Ninguno Desnutrido.	177
	Desnutrición.....	177
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados	
	con desnutrición crónica y Global.	177
1.3.5.1.3.	Objetivo de política: Ninguno Sin Familia.	178
	Adoptabilidad.....	178
	Número de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años	
	declarados en situación de adoptabilidad.	178
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años	
	declarados adoptables, dados en adopción.	179
	Personas en situación de Calle.	181



	Número estimado de personas entre los 0 y 17 años en situación de Calle.	181
1.3.5.2.	CATEGORÍA DESARROLLO.....	182
1.3.5.2.1.	Objetivo de política: Todos Jugando.	182
	Programas de Lectura.....	182
	Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que asisten a bibliotecas.	182
	Programas de Recreación y Deporte.	183
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años matriculados o inscritos en programas de recreación y deporte.....	183
	Programas artísticos, lúdicos y culturales.....	189
	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años, inscritos o matriculados en programas artísticos, lúdicos o culturales.....	189
1.3.5.2.2.	Objetivo de política: Todos Capaces de Manejar Afectos, Emociones y Sexualidad.....	191
	Orientación en Educación Sexual y Reproductiva.	191
	Número de niño, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años, que recibieron orientación en educación sexual y reproductiva.	191
1.3.5.3.	CATEGORÍA CIUDADANÍA.	191
1.3.5.3.1.	Objetivo de política: Todos Participando en Espacios Sociales.....	191
	Gobiernos Escolares.	192
	Porcentaje de gobiernos escolares operando.....	192
1.3.5.4.	CATEGORÍA PROTECCIÓN.	192
1.3.5.4.1.	Objetivo de política: Ninguno Maltratado, Abusado o Víctima del Conflicto Interno Generado por Grupos al Margen de la Ley.	192
	Maltrato en niños, niñas y adolescentes.	193
	Número de casos denunciados de maltrato en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años.....	193
	Abuso Sexual en niños, niñas y adolescentes.....	195
	Número de casos de denuncia por abuso sexual en niños, niñas y adolescente entre 0 y 17 años.....	195
	Tasa de informes periciales sexológicos en niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años.....	199
1.3.5.4.2.	Objetivo de política: Ninguno en Actividad Perjudicial.....	200
	Trabajo Infantil.	200
	Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, que participan en una actividad remunerada o no.	200
	Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que trabajan 15 o más horas en oficios del hogar.	201
	Número de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años explotados sexualmente.	202
1.4.	ARQUITECTURA INSTITUCIONAL EN INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.....	203
1.5.	BUENAS PRÁCTICAS.	206
CAPÍTULO II		212
2.	INFORMACIÓN DE INTERÉS DE LA CIUDADANÍA.....	212
2.1.	CONSULTA A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES.	212
CAPÍTULO III		215
3.	EVALUACIÓN PROSPECTIVA SOBRE EL PROCESO DE GESTIÓN PARA LA GARANTÍA DE DERECHOS DE INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.....	215
CAPÍTULO IV		216
4.	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL,	216





CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1. GENERALIDADES DE BOLÍVAR.....	23
TABLA 2. PROYECCIÓN POBLACIÓN DE PRIMERA INFANCIA 2005- 2010.....	28
TABLA 3. PROYECCIÓN POBLACIÓN DE INFANCIA 2005- 2010.....	28
TABLA 4. PROYECCIÓN POBLACIÓN DE ADOLESCENCIA 2005- 2010.....	29
TABLA 5. PROYECCIÓN POBLACIÓN DE LA JUVENTUD 2005- 2010.	30
TABLA 6. TOTAL DE HOGARES Y PERSONAS INCLUIDAS EN EL RUPD SEGÚN LUGAR DE EXPULSIÓN.....	31
TABLA 7. TOTAL DE HOGARES Y PERSONAS INCLUIDAS EN EL RUPD SEGÚN LUGAR DE RECEPCIÓN- DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.	33
TABLA 8. NBI - MUNICIPIOS BOLÍVAR – PROYECCIONES DANE 2008.....	35
TABLA 9. PARTICIPACIÓN DE LAS ESPECIES POR UNIDADES.....	38
TABLA 10. POBLACIÓN EN EDAD DE TRABAJAR, ECONÓMICAMENTE ACTIVA, OCUPADOS, DESOCUPADOS E INACTIVOS. DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR Y OTROS DEPARTAMENTOS 2010.	43
TABLA 11. COBERTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS.	49
TABLA 12. COBERTURA DE ACUEDUCTO, ALCANTARILLADO Y GAS NATURAL.	49
TABLA 13. CUMPLIMIENTO DE POTABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.	50
TABLA 14. SUMINISTRO DE AGUA POTABLE PARA SUS HABITANTES.	50
TABLA 15. COBERTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS EN EL DEPARTAMENTO.	51
TABLA 16. VALOR DE INVERSIÓN PARA COBERTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS.	52
TABLA 18. PAGOS TOTALES ACREENCIAS ARPM2.....	61
TABLA 19. PAGOS TOTALES ACREENCIAS ARPM2 – PRESTADORES DE SERVICIOS MAYORES DE 200 MILLONES.....	61
TABLA 20. PAGOS TOTALES ACREENCIAS ARPM2 – PRESTADORES DE SERVICIOS MENORES DE 200 MILLONES.	62
TABLA 21. PRESTADORES AUDITORIAS DEFINITIVAS-SALDOS NEGATIVOS.....	62
TABLA 22. PAGOS CUOTAS PARTES PENSIONALES ENTIDADES CON ACUERDO.	63
TABLA 23. PAGOS CUOTAS PARTES PENSIONALES ENTIDADES CON ACUERDO.	63
TABLA 24. ACREENCIAS POR PAGAR.	63
TABLA 25. CONTRATOS TRIPARTITOS \$ MILLONES.	64
TABLA 26. OTROS ACREEDORES – GRUPO 2.	64
TABLA 27. CONTRATOS TRIPARTITOS \$ MILLONES.	65
TABLA 28. OTROS ACREEDORES \$ MILLONES.	65
TABLA 29. TEMAS E INDICADORES TRAZADORES. GASTO PÚBLICO SOCIAL.	65
INDICADORES DE REFERENCIA.	65
TABLA 30. GPS PERCAPITA.	67
TABLA 31. PRIMERA INFANCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS VIVOS.....	72
TABLA 32. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM) EN LOS DEPARTAMENTOS DE LA COSTA ATLÁNTICA. 2005 – 2009.....	75
TABLA 33. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR MUNICIPIO DE RESIDENCIA EN BOLÍVAR 2005 – 2009.	77
TABLA 34. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN BOLÍVAR 2005 – 2009.	77
TABLA 35. COMPARATIVO TASA DE MORTALIDAD MENORES DE 1 AÑO REGIÓN CARIBE.	81
TABLA 36. TASA MORTALIDAD MENORES DE 1 AÑO EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.....	82
TABLA 37. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS.....	85
TABLA 38. COMPORTAMIENTO DE LA INCIDENCIA DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS POR MUNICIPIO – AÑOS 2005 A 2009.....	86
TABLA 39. COMPARATIVO DE LA TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS CON DEPARTAMENTOS DE LA COSTA CARIBE - AÑO 2005 – 2009.....	89
TABLA 40. PRIMERA INFANCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO DESNUTRIDO.....	93
TABLA 41. DISTRIBUCIÓN DE BAJO PESO AL NACER POR MUNICIPIOS 2005-2010 EN BOLÍVAR.	96
TABLA 42. PRIMERA INFANCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS SALUDABLES.....	107
TABLA 43. COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON BCG EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO BOLÍVAR 2005- 2010.....	110
TABLA 44. COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON ANTIPOLIO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO BOLÍVAR 2005- 2010.....	111



TABLA 45. COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON ANTI POLIO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO BOLÍVAR 2005- 2010.....	112
TABLA 46. COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON ANTI- ROTAVIRUS BOLÍVAR 2009- 2010.	113
TABLA 47. COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON TRIPLE VIRAL EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO BOLÍVAR 2005- 2010.....	114
TABLA 48. COBERTURAS DE VACUNACIÓN CON ANTI- INFLUENZA BOLÍVAR 2009- 2010.	116
TABLA 49. PRIMERA INFANCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO SIN EDUCACIÓN.....	123
TABLA 50. PRIMERA INFANCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO SIN REGISTRO.	126
TABLA 51. INFANCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO SIN EDUCACIÓN.	130
TABLA 52. ADOLESCENCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS SALUDABLES.	140
TABLA 53. COMPORTAMIENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR EN LOS AÑOS 2005 A 2009 COMPARADA CON LA NACIONAL.	141
TABLA 54. ADOLESCENCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO SIN EDUCACIÓN.	143
TABLA 55. PUNTAJE PROMEDIO PRUEBAS SABER GRADO 9.....	149
TABLA 56. PROMEDIOS POR ÁREA GRADO 9 –NACIÓN Y BOLÍVAR.....	149
TABLA 57. PROMEDIOS AJUSTADOS POR ÁREA GRADO 9 –NACIÓN Y BOLÍVAR.	150
TABLA 58. BOLÍVAR-REGIÓN CARIBE-GRADO 9.	151
TABLA 59. BOLÍVAR-REGIÓN CARIBE-GRADO 9.	151
TABLA 60. SABER 11- COMPARATIVO DEPARTAMENTO-NACIÓN.....	154
TABLA 61. ADOLESCENCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS PARTICIPANDO EN ESPACIOS SOCIALES.	155
TABLA 62. PROYECCIÓN POBLACIONAL DE LOS JÓVENES EN BOLÍVAR.....	162
TABLA 63. JUVENTUD. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS VIVOS.	164
TABLA 64. JUVENTUD. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS CON EDUCACIÓN.....	165
TABLA 65. POBLACIÓN EN EDUCACIÓN SUPERIOR.	166
TABLA 66. COBERTURA BRUTA EN EDUCACIÓN SUPERIOR.....	166
TABLA 67. MATRICULA TOTAL EDUCACIÓN SUPERIOR.....	167
TABLA 68. MATRÍCULA POR SECTOR EN BOLÍVAR EDUCACIÓN SUPERIOR.	168
TABLA 69. GRADUADOS POR NÚCLEOS BÁSICO DE CONOCIMIENTO EN BOLÍVAR EDUCACIÓN SUPERIOR.	168
TABLA 70. JUVENTUD. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS PARTICIPANDO EN ESPACIOS SOCIALES.	169
TABLA 71. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS VIVOS.	175
TABLA 72. MORTALIDAD DE 0-17 AÑOS POR CAUSAS EXTERNAS (HOMICIDIO, SUICIDIO, ACCIDENTES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.....	175
TABLA 73. COMPORTAMIENTO DE LAS PRINCIPALES CAUSAS EXTERNA DE MUERTE DE 0 A 17 AÑOS EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR 2005-2009.....	176
TABLA 74. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO DESNUTRIDO.....	176
TABLA 75. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO SIN FAMILIA.	178
TABLA 76. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS JUGANDO.....	182
TABLA 77. ESCUELAS DE FORMACIÓN DEPORTIVA DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.....	185
TABLA 78. INFRAESTRUCTURA DEPORTIVA MEJORADA – AÑOS 2005-2010	187
TABLA 79. INFRAESTRUCTURA DEPORTIVA CONSTRUIDA-AÑO 2005-2010	187
TABLA 80. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS CAPACES DE MANEJAR AFECTOS, EMOCIONES Y SEXUALIDAD.	191
TABLA 81. ADOLESCENCIA. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA TODOS PARTICIPANDO EN ESPACIOS SOCIALES.	192
TABLA 82. INDICADORES TRAZADORES. OBJETIVO DE POLÍTICA NINGUNO MALTRATADO, ABUSADO O VÍCTIMA DEL CONFLICTO INTERNO GENERADO POR GRUPOS AL MARGEN DE LA LEY.....	193
TABLA 83. TASA DE DICTÁMENES SEXOLOGICOS EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES ENTRE 0 Y 17 AÑOS.	199
TABLA 84. POBLACIÓN DE 13 A 17 AÑOS.	199
TABLA 85. NUMERO DICTÁMENES SEXOLOGICOS REALIZADOS EN PERSONAS 13 A 17 AÑOS.	200
TABLA 86. LA POBLACIÓN ATENDIDA POR EL ICBF.....	200
TABLA 87. INDICADORES SECTORIALES.	205





CONTENIDO DE GRÁFICAS



GRAFICA 1. PROYECCIÓN POBLACIÓN DEPARTAMENTO BOLÍVAR 2005 – 2010.....	26
GRAFICA 2. PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR. FUENTE: CENSO DANE 2005.....	27
GRAFICA 3. POBLACIÓN POR EDADES QUINQUENALES.....	27
GRAFICA 4. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL PRINCIPALES PRODUCTOS AGRÍCOLAS POR PRODUCCIÓN.....	37
GRAFICA 5. DESEMPLEADOS EN BOLÍVAR.....	42
GRAFICA 6. DESEMPLEO EN CARTAGENA.....	43
GRAFICA 7. PRINCIPALES PRODUCTOS DE EXPORTACIÓN.....	45
GRAFICA 8. PRINCIPALES DESTINOS.....	45
GRAFICA 9. COMPARATIVO DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR Y LA NACIÓN A NIVEL URBANO.....	48
GRAFICA 10. COMPARATIVO DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR Y LA NACIÓN A NIVEL RURAL.....	48
GRAFICA 11. COBERTURAS DE ALCANTARILLADO.....	49
GRAFICA 12. PROPORCIÓN DE NIÑOS CUENTAN CON INFRAESTRUCTURA DE ACUEDUCTO.....	51
GRAFICA 20. PRIORIDAD FISCAL DEL GPS EJECUTADO.....	66
GRAFICA 21. PRIORIDAD MACROECONÓMICA DEL GPS DEL DEPARTAMENTO.....	66
GRAFICA 22. GPS EN SALUD.....	68
GRAFICA 23. EDUCACIÓN EN EL GPS.....	65
GRAFICA 24. VIVIENDA EN EL GPS.....	65
GRAFICA 25. AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO EN EL GPS.....	69
GRAFICA 26. RECREACIÓN Y DEPORTE EN EL GPS.....	70
GRAFICA 27. CULTURA EN EL GPS.....	70
GRAFICA 28. TENDENCIA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN BOLÍVAR – COLOMBIA. 2005-2009.....	74
GRAFICA 29. COMPORTAMIENTO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA COSTA ATLÁNTICA. 2005-2009.....	75
GRAFICA 30. DISTRIBUCIÓN DE MUERTES MATERNAS SEGÚN GRUPOS DE EDAD. BOLÍVAR.....	77
GRAFICA 31. TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE 1 AÑO – AÑOS 2005-2008.....	80
GRAFICA 32. TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS – AÑOS 2005 A 2009.....	86
GRAFICA 33. TENDENCIA DE NIÑOS Y NIÑAS CON BAJO PESO A NACER SEGÚN BOLÍVAR SEGÚN LA NACIÓN 2005 – 2011.....	95
GRAFICA 34. TENDENCIA DE NIÑOS Y NIÑAS CON BAJO PESO A NACER SEGÚN BOLÍVAR SEGÚN REGIÓN CARIBE 2005 – 2011.....	95
GRAFICA 35. HISTÓRICO COBERTURAS ADMINISTRATIVAS DE VACUNACIÓN BOLÍVAR 2005- 2010.....	108
GRAFICA 36. HISTÓRICO COBERTURAS ADMINISTRATIVAS DE VACUNACIÓN BOLÍVAR (NO INCLUYE CARTAGENA) 2005- 2010.....	109
GRAFICA 37. COMPARATIVO DE COBERTURAS ADMINISTRATIVAS - DEPARTAMENTO-COSTA ATLÁNTICA Y PAÍS 2005- 2010.....	109
GRAFICA 38. COBERTURAS DE SARAMPIÓN RUBEOLA EN NIÑOS Y NIÑAS DE 1 A 8 AÑOS BOLÍVAR 2010.....	114
GRAFICA 39. COBERTURA DE VACUNACIÓN CON VACUNA “SR”.....	115
GRAFICA 40. PORCENTAJE DE MUJERES GESTANTES QUE ASISTIERON A CONTROL PRENATAL Y SE PRACTICARON LA PRUEBA DE VIH.....	117
GRAFICA 41. TASA DE TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DE VIH.....	118
GRAFICA 42. CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL.....	118
GRAFICA 43. NÚMERO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA.....	119
GRAFICA 44. COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD DE EDA – IRA EN BOLÍVAR EN MENORES DE 5 AÑOS 2005- 2010.....	121
GRAFICA 45. MUNICIPIOS CON LA MÁS ALTA INCIDENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS EN BOLÍVAR AÑO 2010.....	122
GRAFICA 46. NÚMERO DE NIÑOS, NIÑAS ENTRE 0 A 5 AÑOS VINCULADOS A PROGRAMAS DE EDUCACIÓN INICIAL.....	123
GRAFICA 47. COMPARATIVO REGIONAL MATRICULA PRIMERA INFANCIA.....	124
GRAFICA 48. TASA DE COBERTURA NETA TRANSICIÓN DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR & REGIÓN CARIBE.....	125
GRAFICA 49. NIÑOS Y NIÑAS CON REGISTRO.....	126
GRAFICA 50. TASA DE COBERTURA NETA BÁSICA PRIMARIA.....	130
GRAFICA 51. TASA DE REPITENCIA EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA.....	131



GRAFICA 52. TASA REPITENCIA NACIONAL	132
GRAFICA 53. TASA REPITENCIA DEPARTAMENTO-NACIÓN.....	133
GRAFICA 54. REPITENCIA BOLÍVAR & REGIÓN CARIBE.....	134
GRAFICA 55. PUNTAJE PROMEDIO PRUEBAS SABER 5 GRADO.....	134
GRAFICA 56. PROMEDIOS POR ÁREA 5 –NACIÓN Y BOLÍVAR.....	135
GRAFICA 57. PROMEDIOS AJUSTADOS POR ÁREA 5 –NACIÓN Y BOLÍVAR.....	135
GRAFICA 58. GRADO 5. BOLÍVAR-NACIÓN.....	135
GRAFICA 59. BOLÍVAR - REGIÓN CARIBE.....	136
GRAFICA 60. BOLÍVAR - REGIÓN CARIBE.....	136
GRAFICA 61. RESULTADOS POR MUNICIPIO GRADO 5, AÑOS 2005 Y 2009.....	137
GRAFICA 62. DESERCIÓN BÁSICA PRIMARIA AÑOS 2006-2008 BOLÍVAR.....	138
GRAFICA 63. PROPORCIÓN DE ADOLESCENTES ALGUNA VEZ EMBARAZADAS, REGIÓN CARIBE. ENDS 2005-2010.....	141
GRAFICA 64. TASA NETA DE COBERTURA ESCOLAR PARA BÁSICA SECUNDARIA.....	144
GRAFICA 65. TASA COBERTURA NETA BÁSICA SECUNDARIA DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR & REGIÓN CARIBE.....	145
GRAFICA 66. TASA COBERTURA NETA EN EDUCACIÓN MEDIA.....	146
GRAFICA 67. TASA COBERTURA NETA MEDIA BOLÍVAR & REGIÓN CARIBE.....	147
GRAFICA 68. DESERCIÓN BÁSICA SECUNDARIA AÑOS 2006-2008 BOLÍVAR.....	148
GRAFICA 69. DESERCIÓN MEDIA AÑOS 2006-2008 BOLÍVAR.....	148
GRAFICA 70. GRADO 9.BOLÍVAR-NACIÓN.....	150
GRAFICA 71. RESULTADOS POR MUNICIPIO GRADO 9, AÑOS 2005 Y 2009.....	152
GRAFICA 72. MUNICIPIOS-SABER 11-COMPARATIVO 2005-2010.....	152
GRAFICA 73. MUNICIPIOS DESTACADOS PRUEBAS ICFES.....	153
GRAFICA 74. MUNICIPIOS-SABER 11-COMPARATIVO CON BASE EN PROMEDIO DE LOS 5 AÑOS. FUENTE: BASES DE DATOS DEL ICFES.....	154
GRAFICA 75. NÚMERO DE DELITOS SEXUALES.....	156
GRAFICA 76. DELITOS SEXUALES POR GÉNERO.....	156
GRAFICA 77. NÚMERO DE DELITOS POR CLASIFICACIÓN.....	157
GRAFICA 78. NÚMERO DE DELITOS POR TIPIFICACIÓN 2010.....	157
GRAFICA 79. MUNICIPIOS CON MAYOR POBLACIÓN JOVEN EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.....	161
GRAFICA 80. PROYECCIÓN POBLACIONAL DE LOS JÓVENES EN BOLÍVAR.....	162
GRAFICA 81. TASA DE PEA. BOLÍVAR (POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA).....	162
GRAFICA 82. TASA DE PEA. BOLÍVAR VS. NACIONAL (POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA).....	163
GRAFICA 83. TASA DE DESEMPLEO BOLÍVAR.....	163
GRAFICA 84. TASA DE SUBEMPLEO BOLÍVAR.....	164
GRAFICA 85. MORTALIDAD EN JÓVENES EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.....	165
GRAFICA 86. TASA DE COBERTURA EDUCACIÓN SUPERIOR.....	166
GRAFICA 87. MATRICULA TOTAL BOLÍVAR EDUCACIÓN SUPERIOR.....	167
GRAFICA 88. MATRICULA TOTAL NACIONAL EDUCACIÓN SUPERIOR.....	167
GRAFICA 89. MATRÍCULA POR SECTOR EN BOLÍVAR EDUCACIÓN SUPERIOR.....	168
GRAFICA 90. PROPORCIÓN DE CONCEJOS MUNICIPALES DE JUVENTUDES DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.....	170
GRAFICA 91. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DADOS EN ADOPCIÓN EN BOLÍVAR.....	180
GRAFICA 92. PARTICIPACIÓN REGIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DADOS EN ADOPCIÓN.....	180
GRAFICA 93. COMPORTAMIENTO REGIONAL DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DADOS EN ADOPCIÓN.....	181
GRAFICA 94. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INSCRITOS EN PROGRAMAS DEPORTIVOS Y RECREATIVOS.....	189
GRAFICA 95. PORCENTAJE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES INSCRITOS O MATRICULADOS EN PROGRAMAS ARTÍSTICOS, LÚDICOS O CULTURALES.....	190
GRAFICA 96. NÚMERO DE CASOS DENUNCIADOS DE MALTRATO DE 0 A 5 AÑOS.....	194
GRAFICA 97. NÚMERO DE CASOS DENUNCIADOS DE MALTRATO DE 6 A 11 AÑOS.....	194
GRAFICA 98. NÚMERO DE CASOS DENUNCIADOS DE MALTRATO DE 12 A 17 AÑOS.....	194
GRAFICA 99. NÚMERO DE CASOS DENUNCIADOS DE ABUSO SEXUAL DE 0 A 5 AÑOS.....	198
GRAFICA 100. NÚMERO DE CASOS DENUNCIADOS DE ABUSO SEXUAL DE 6 A 11 AÑOS.....	198
GRAFICA 101. NÚMERO DE CASOS DENUNCIADOS DE ABUSO SEXUAL DE 12 A 17 AÑOS.....	199





CONTENIDO DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1. MAPA DE DIVISIÓN DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR POR ZODES.	24
ILUSTRACIÓN 2. PREVALENCIA POR TIPO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS. BOLÍVAR. 2005.	103
ILUSTRACIÓN 3. DATOS DE DESNUTRICIÓN EN BOLÍVAR Y LA NACIÓN.	103
ILUSTRACIÓN 4. ENTREGA DE PRENDAS DE VESTIR, ACOMPAÑAMIENTO DEFENSA CIVIL.	104
ILUSTRACIÓN 5. ENTREGA DE DESPARASITARIOS.	105
ILUSTRACIÓN 6. EXPOSICIÓN DEL TEMA DESARROLLADO.	105
ILUSTRACIÓN 7. TALLER EDUCATIVO.	105
ILUSTRACIÓN 8. MUESTRA DE CÓMO SE ALIMENTAN NUESTROS NIÑOS EN BOLÍVAR.	106
ILUSTRACIÓN 9. TARJETÓN ELECCIÓN CONSEJOS MUNICIPALES.	169
ILUSTRACIÓN 10. EFECTOS QUE CAUSA LA MALNUTRICIÓN.	177
ILUSTRACIÓN 11. INAUGURACIÓN INTERCOLEGIADOS.	184
ILUSTRACIÓN 12. CINCO SUBCOMITÉS DENTRO DEL CONSEJO DE POLÍTICA SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR.	202



INTRODUCCIÓN

Bolívar es un territorio rico, extenso, con grandes potencialidades, sumado a la exuberante riqueza y diversidad de recursos, unida a su estratégica localización en la confluencia de las vertientes hidrográficas más importantes del país y sus amplias zonas inundables de amortiguamiento, junto a exóticos paisajes de montaña que en su conjunto, son su mayor fortaleza; pero bolívar también es un lugar de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

El siguiente documento recoge los elementos fundamentales de la política de **Infancia, Adolescencia y Juventud**, así como las directrices impartidas en los 3 (tres) planes de desarrollo: “Por el Bolívar Que Todos Queremos” del señor ex gobernador Libardo Simancas Torres, 2004- 2007, “Salvemos todos a Bolívar 2008 – 2010” del doctor Joaco Berrio Villareal y El Plan de Desarrollo Departamental **“UNIDOS POR LA PROSPERIDAD DE BOLIVAR”** 2010- 2011, del señor Gobernador, **Alberto Bernal Jiménez**, este último plan corresponde a un periodo atípico de gobierno de 11 meses.

La responsabilidad con la Infancia, Adolescencia y Juventud fue asumida por el Señor Gobernador, Alberto Bernal Jiménez que por medio del Plan de Desarrollo Departamental plasma una línea estratégica (**Prosperidad Social con Equidad y Solidaridad**) la cual involucra el mejoramiento de la cobertura y la calidad de la educación, la salud y el saneamiento básico, con tendencia hacia la universalización en todo el departamento, así como el gran esfuerzo de planificación y gestión de recursos ante el gobierno nacional y la cooperación internacional para garantizar a miles de bolívarenses afectados por la pobreza extrema (**ancianos, niños en abandono, adolescentes, discapacitados, madres cabeza de hogar**, etc.) y aquellos que viven en zonas de alto riesgo o han sido afectados por fenómenos naturales, especialmente a la gente de las poblaciones ubicadas en las riberas del Canal del Dique, y en los ríos Magdalena y Cauca, la atención de sus necesi-

dades básicas y/o humanitarias y la prevención y atención de desastres naturales o de otra índole.

Este informe comprende el análisis de información desde el año 2005 hasta el año 2010 y consta de tres capítulos:

El primero, se presenta la información de contexto e Institucional, se encuentra dividido en cuatro secciones: 1. Contexto territorial (contiene la dinámica demográfica básica, las dinámicas: social, económica y ambiental del departamento y el municipio), 2. Análisis de los derechos por ciclo de vida (primera infancia, infancia, adolescencia y juventud), 3. Arquitectura institucional territorial para infancia, adolescencia y juventud y 4. Buenas prácticas.

El segundo capítulo presenta la percepción y el análisis de la ciudadanía sobre el cumplimiento de los derechos en la infancia, adolescencia y juventud, la cual se realizó con algunos niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como con Organizaciones sociales que trabajan este tema y sociedad civil adulta no organizada del Departamento.

El tercer capítulo, la evaluación prospectiva sobre el proceso de gestión en el Departamento para la garantía de derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes; así como se identificaron las dificultades que desde nivel Nacional pueden afectar su cumplimiento.

Y el cuarto capítulo, el plan de mejoramiento el cual consiste en la identificación de los procesos que deben mejorar para la garantía de los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud en el departamento o en el municipio.

Este documento se constituye con el trabajo, que durante 5 años orientó la Administración Departamental en el tema de Infancia, adolescencia y Juventud, y la propuesta para construir una visión donde los municipios, la sociedad, los entes del orden nacional e internacional, puedan articular programas y proyectos con el propósito de participar activamente en su implementación y ejecución.



Se hace necesario resaltar que la pasada ola invernal de 2010 que convirtió a nuestro departamento en el más damnificado del país con 40 de los 46 municipios afectados por inundaciones que arrasaron viviendas, cultivos, escuelas, centros de salud, etc., generando crisis y situaciones adversas en el territorio y alteraciones en los indicadores sociales.

Para enfrentar los grandes retos sociales que tiene el departamento, especialmente en reducir la pobreza y generar empleo de calidad, así como atender conjuntamente con el gobierno nacional las necesidades apremiantes de salud, Educación, Saneamiento Básico de la población de la Infancia, Adolescencia y Juventud, es necesario realizar la transformación institucional del departamento para poder llevar a cabo las estrategias y acciones que requiere el territo-

rio, como son la generación de oportunidades para la dinamización del aparato económico departamental en especial en el sector agrario para avanzar hacia el crecimiento sostenido de nuestra economía, y la de brindar más y mejores accesos a los servicios sociales del estado a la población más necesitada, en especial a la que está en situación de extrema pobreza.

Para finalizar, reiteramos el compromiso de esta Administración, de todo el equipo de gobierno, funcionarios y colaboradores en general, garantizar los derechos de la infancia, la adolescencia y la juventud tal como lo señala la Constitución Política de Colombia al definir a él Estado, la sociedad y a la familia como los responsables directos de la garantía de los derechos de los niños, niñas, y adolescentes sin importar religión, raza, sexo, edad ó nivel social.





ALCANCE

“El informe de rendición pública de cuentas sobre la garantía de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes del departamento del Bolívar ha sido elaborado, a partir de la información generada a través de fuentes oficiales Nacionales (DANE, Ministerio de la Protección Social, encuestas realizadas por Profamilia, Acción Social, Ministerio de educación, entre otros), fuentes departamentales.

La Información relacionada con los municipios no ha podido ser presentada en su totalidad, debido a que aunque fue solicitada está no fue entregada, lo que se explica por la precariedad de los sistemas de información a nivel municipal, el escaso recurso humano y tecnológico que hace que mucha de la información existente se realice en forma manual, lo que hace en este momento, imposible su recolección y por ende su análisis. Constituyéndose, por lo tanto en una oportunidad de mejoramiento y objeto de reflexión a Nivel Nacional quién debe formular políticas que permitan el fortalecimiento municipal.

El denominador poblacional utilizado para el cálculo de los indicadores, corresponde al censo 2005 y las proyecciones de población de derivadas de esta fuente. Tal como lo establece la Estrategia hechos y derechos, la tendencia para algunos indicadores, se realizó a partir del 2005 al 2010, de

acuerdo a la disponibilidad de la información.

La información analizada se realizó a partir de los indicadores sociales y financieros propuestos por la estrategia Hechos y derechos, los objetivos planteados en el plan de desarrollo **“UNIDOS POR LA PROSPERIDAD DE BOLIVAR” 2010 -2011**, la percepción de la sociedad civil adulta, niños, niñas, adolescentes y jóvenes y análisis de las quejas, peticiones o acciones emprendidas por la comunidad, relacionadas con el tema.

La mayor limitante en la realización del informe, como se comentó previamente es la dificultad en la consecución y organización de los datos a nivel departamental y municipal, por la carencia de un sistema de información confiable, lo que se constituye en una oportunidad de mejoramiento para el Departamento.

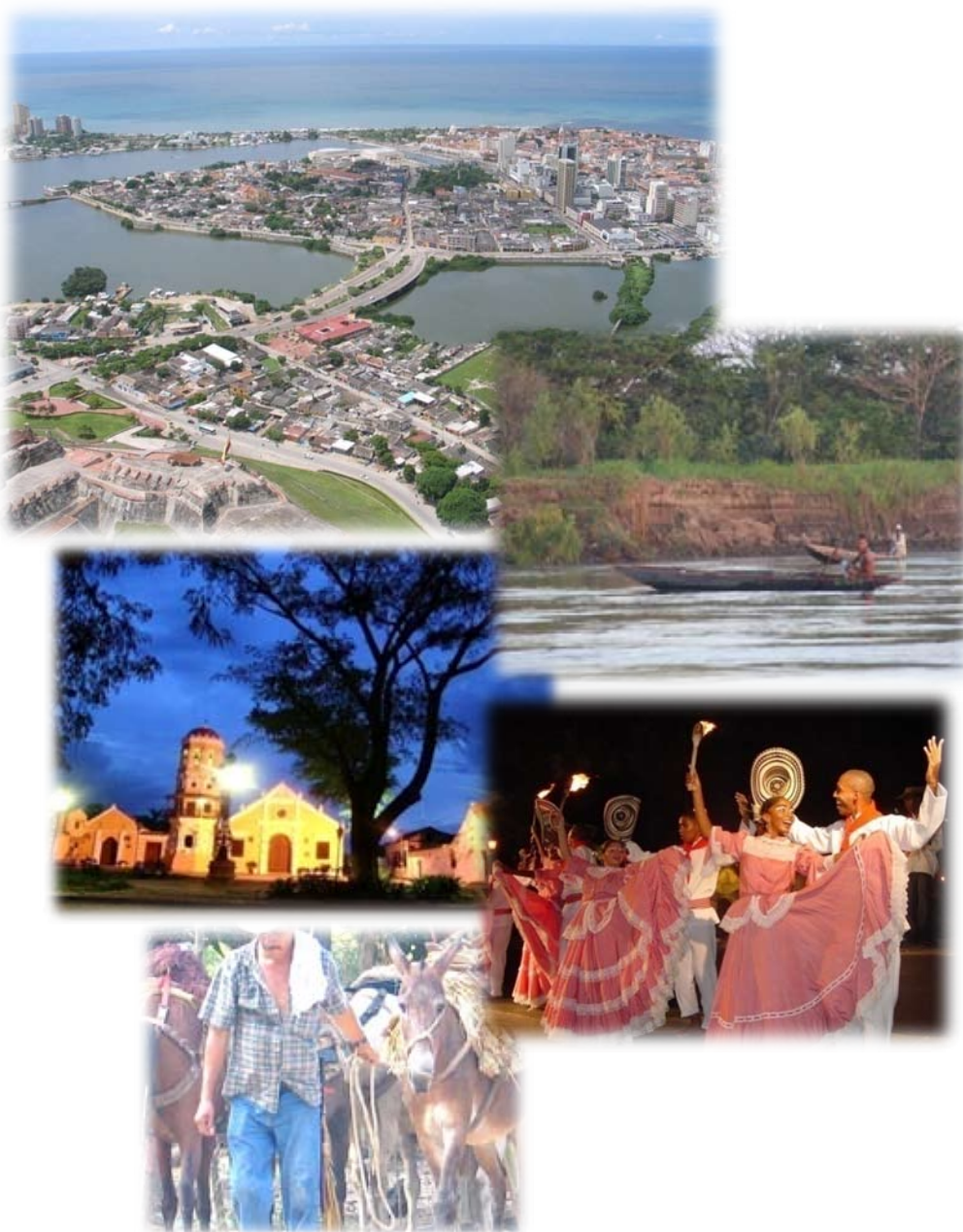
El análisis aquí presentado se realiza por ciclo vital y dentro de cada ciclo se presenta la categoría de derechos y se presenta la situación de acuerdo a los indicadores definidos para tal fin y en los casos en los cuales lo permite la información se realizan comparativos Nacionales, departamentales y municipales.

Finalmente se presenta el plan de mejoramiento y recomendaciones para las próximas administraciones para garantizar los derechos de la infancia, adolescencia y juventud.”



CAPÍTULO I

1. INFORMACIÓN DE CONTEXTO TERRITORIAL E INSTITUCIONAL



1.1. CONTEXTO TERRITORIAL.





1.1.1. Características Generales del Departamento.

Bolívar es uno de los ocho departamentos que conforman la Región Caribe Continental e insular y comprende una importante extensión de su llanura central a lo largo del río Magdalena. Con un área total de 25.975 Km², representa el 20% de la Región Caribe y el 2,3% del territorio nacional, siendo el departamento de mayor tamaño de la Región Caribe y el séptimo a nivel nacional¹.

Se encuentra localizada entre los 7º 0' 3" y los 10º 48' 37" de latitud norte y entre los 73º45' 15" y los 75º 42' 18" de longitud oeste². Limita con el Mar Caribe, con el Río Magdalena, que lo separa de los departamentos de Magdalena, Cesar y Santander, y con los departamentos de Antioquia, Córdoba y Sucre. Se divide administrativamente en 45 municipios. Su capital es la ciudad de Cartagena de Indias³.

Tabla 1. Generalidades de Bolívar.

Capital	Cartagena
Fundación capital	1.533
Entidades administrativas	45 Municipios y 1 Distrito especial
Superficie	25.975 Km
Población	1.979.781 Hab.
PIB (millones) 2006p*	\$254.552919
PIB per-cápita 2006*	\$4.831.195
Tasa de desempleo (ene-mar) 2010	12%
Analfabetismo 2008	9.1%

Fuente: Cámara de Comercio de Cartagena.

Dado su extensión y las características sociales y económicas, la Asamblea Departamental organizó territorialmente a Bolívar desde el 2001 en seis (6) Zonas de Desarrollo Económico y Social ZODES:

Zodes Dique: El Dique bolivarense es el soporte y despensa agropecuaria de Cartagena y Barranquilla, tiene un potencial marítimo y acuícola. Esta cruzado por los principales corredores viales del Caribe Colombiano. Este Zodes forma parte el Distrito de Cartagena de Indias, núcleo industrial, portuario y turístico del departamento. Conformado por lo municipios de Cartagena, Turbaco, Arjona, Calamar, Arroyo Hondo, Clemencia, Mahates, San Cristobal, San Estanislao de Kostla, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, Turbaco, Turbana.

Zodes Montes De María: Es una región con distrito de riego, suelos fértiles, vacación agroindustrial, ganadera, forestal y artesanal, posee una cultura agroexportadora, y esta cruzada por la troncal de occidente y articulada a la troncal del Magdalena Medio. En años recientes se ha venido desarrollando allí un importante complejo agroindustrial de palma de aceite.

Zodes Mojana: Es una región con gran dotación de recursos naturales y biodiversidad, posee vocación minera y agropecuaria y un gran potencial acuícola. Está integrada por los municipios de Magangué, Pinillos, Tiquicio, Achí, Montecristo y San Jacinto del Cauca. Últimamente se ha desarrollado en esta zona el cultivo de cacao.

¹ Pérez, Gersón. Bolívar Industrial, Agropecuario y Turístico. Documento sobre Economía Regional N° 58. Banco de la República. Año 2008.

² Ibarra Consultores. Bolívar: Estructura productiva y productos potenciales. Año 2006

³ Revista Portafolio y Universidad de los Andes, Facultad de Economía, Centro de Estudios de Desarrollo Económico. 2006.

*A pesos constantes de 2008.

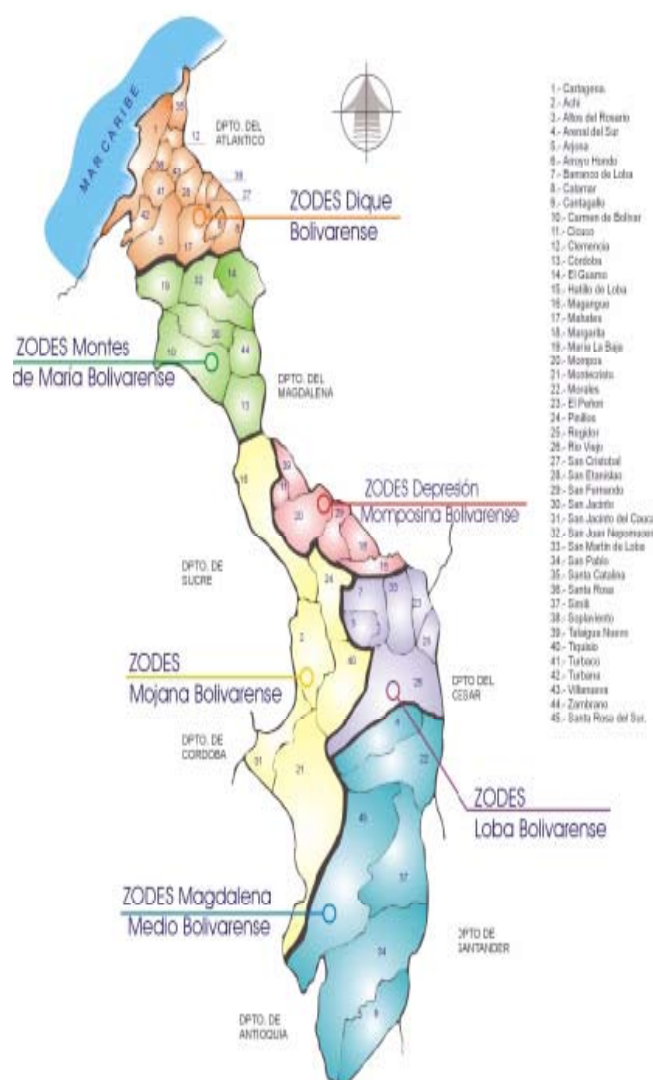


Zodes Depresión Momposina: Región con excelentes suelos, vocación ganadera y artesanal con un gran potencial turístico, orfebrería y ebanistería. Se encuentra ubicada en la parte centro-oriental del Departamento y está conformado por los municipios de Cicuco, Talaigua Nuevo, Mompos, San Fernando, Margarita y Hatillo de Loba.

Zodes Loba: Tiene vocación agropecuaria y minera, posee gran potencial para desarrollar importantes proyectos mineros auríferos y agroindustriales (palma, cacao). Está conformada por los municipios de Altos del Rosario, Barranco de Loba, San Martín de Loba, El Peñón, Regidor y Rioviejo.

Zodes Magdalena Medio: Región rica en dotación de recursos naturales y biodiversidad, con vocación agropecuaria, minera, presenta un gran potencial agro exportador y minero aurífero. Se encuentra conformada por los municipios de Arenal, Cantagallo, Morales, San Pablo, Santa Rosa del Sur y Simití. Con el apoyo de la cooperación internacional USAID y la Unión Europea, a través del programa ADAM y del Laboratorio de Paz – Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, se ha logrado desarrollar en esta zona importantes núcleos agrícolas de palma de aceite, cacao y caucho.

Ilustración 1. Mapa de división del departamento de Bolívar por ZODES.



Fuente: Gobernación del departamento de Bolívar.





La diversidad biológica del departamento de Bolívar es alta, esta se manifiesta en la extraordinaria diversidad de la flora, la vegetación y la fauna, la gran variedad de ecosistemas vinculados a la zona costera, los ríos y a las áreas protegidas. Estas características hacen del departamento de Bolívar un territorio con las condiciones idóneas para que sus habitantes disfruten de los servicios ambientales que prestan sus ecosistemas, la cual debe explotarse racionalmente.

Las zonas mineras que hacen parte de nuestro del Departamento, presenta una serie de actividades en las etapas de exploración, explotación, beneficio y comercialización e impacto ambiental. Toda actividad minera genera un impacto negativo sobre los ecosistemas sino se aplican los correctivos necesarios, es por esto que hay que realizar un trabajo sobre las minas de Oro del Sur de Bolívar y en las Canteras del Centro y Norte de Bolívar, lo que daría una respuesta rápida a la asistencia técnica, para que el minero aproveche y mantenga su entorno a través de técnicas adecuadas, y de esta forma garantizar un mejor desarrollo sostenible al hombre del mañana mediante el aprovechamiento de los recursos minerales.

Clima.

El clima de Bolívar es tropical con temperatura entre 26 y 30°C y lluvias entre los 800 mm anuales, en el norte, y los 2.800 mm, en la serranía de San Lucas. Las lluvias están influidas por la acción de los vientos alisios del noreste y por el desplazamiento de la Zona de Confluencia Intertropical (ZCIT), por lo cual el departamento hay dos períodos lluviosos, el primero entre abril y junio, y el segundo entre agosto y septiembre, igualmente tiene dos temporadas secas, una muy marcada entre octubre y marzo, y otra de corta duración entre junio y julio. Sus tierras están comprendidas en el piso térmico cálido.

Fisiografía.

En el territorio del departamento de Bolívar se pueden distinguir tres grandes unidades fisiográficas; la primera en el norte, de relieve ondulado a quebrado, interrumpida por el Canal del Dique y las numerosas ciénagas que éste forma; por la presencia del Dique se subdivide en dos sectores:

el occidental comprende la faja costera donde sobresalen las bahías de Barbacoas y Cartagena y las puntas Barbacoas, Barú, Canoas, La Garita y Piedras, y las estribaciones de la serranía de San Jacinto; el sector oriental corresponde a la serranía propiamente dicha, con una serie de colinas de alturas hasta los 500 m sobre el nivel del mar.

La segunda unidad hace parte de la depresión Momposina, la región más cenagosa e inundable del país por la gran cantidad de brazos, caños, ciénagas y pantanos que forman los ríos Magdalena, Cauca y San Jorge. La tercera, en el sur del departamento, corresponde a las estribaciones de la cordillera Central, conocida como la serranía de San Lucas por ser el ramal de mayor extensión con un enclave selvático, bosque que contrasta con la vegetación xerófila del norte; otros ramales son la serranía de Santo Domingo y Montecristo, las cuchillas (Altos) de Manzanares y Orejero. Las alturas sobrepasan los 1.600 m sobre el nivel del mar. Allí tienen origen numerosos ríos y quebradas.

Hidrografía.

El eje fluvial de Bolívar es el río Magdalena, que pasa por el costado oriental del departamento marcando el límite con los departamentos de Santander, Cesar y Magdalena, hasta el Canal del Dique. Los principales afluentes del Magdalena son los ríos San Jorge y Cauca. Otras corrientes que llegan al Magdalena son los ríos Boque, Cimitarra, Santo Domingo y Tigüí; la depresión Momposina es el área más inundable del país debido a la fuerte dinámica fluvial que hay en la fosa presente en la región; allí se forma una intrincada red de brazos y caños, gracias a la poca resistencia de los suelos aluviales que constituyen las paredes de los cauces y a los caudales de los ríos.

Los brazos más importantes son el brazo de Loba, brazo Morales, brazo Mompós, brazo Papayal, brazo Quitasol y el brazo Simití. Además del laberinto de cauces, hay numerosas quebradas y arroyos que llevan sus aguas a los tres principales ríos, brazos y ciénagas del departamento. Las ciénagas más importantes del departamento son las de Canaletal, El Dique, El Limón, El Uvero, Garrapata, Grande, Guamalito, Iguana, Jobo, Juan Gómez, La Botija, La Victoria, María La Baja, Mojana, Morales, Morrocoyal, Nervití, Simití, Tesca o La Virgen y Tupe.



Vías de Comunicación.

El departamento de Bolívar carece de una buena infraestructura vial y la red existente no abarca la totalidad de los municipios. Debido a la hidrológica del departamento, un medio de transporte muy usado en Bolívar es el fluvial, por el cual se comunican muchos municipios aprovechando los ríos Magdalena, Cauca, San Jorge y los numerosos brazos y ciénagas de su jurisdicción. Cartagena es un importante puerto del Caribe colombiano ubicado en la bahía del mismo nombre. Igualmente, el departamento cuenta con un aeropuerto internacional, el “Rafael Núñez”, así como en El Carmen de Bolívar, Magangué, Mompós y San Pablo hay aeropuertos para servicio regional de bajas especificaciones.

1.1.2. Dinámica Demográfica.

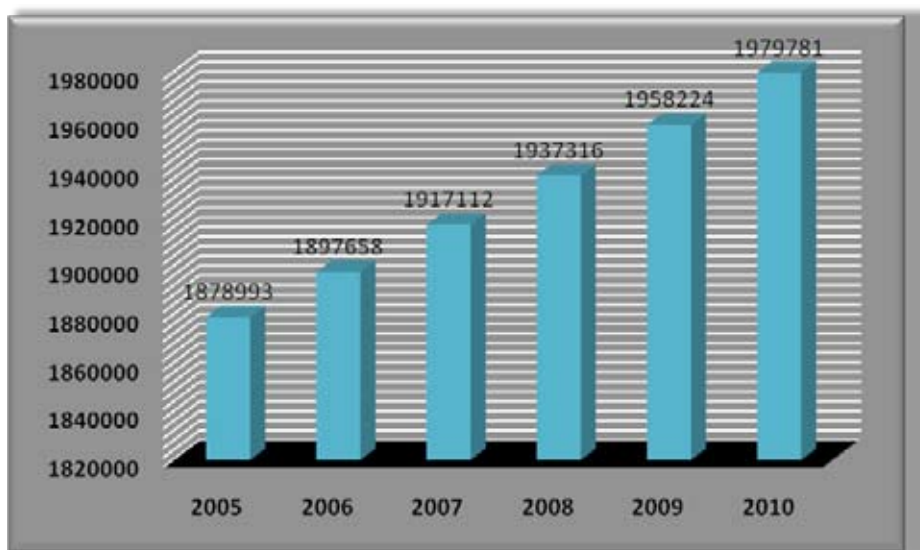
Tamaño.

La población total de Bolívar, según las proyecciones del DANE para el año 2010, asciende a 1.979.781 habitantes aproximadamente, de los cuales el 75,00% habita en cabeceras municipales y el 25.0% restante en zonas rural. La población bolivarense crece a una tasa de 1,05% anual¹ y ocupa el territorio departamental a una razón de 74 habitantes por km².

Cartagena es la ciudad más poblada del departamento, con 921.614 habitantes. Le siguen los municipios de Magangué, el Carmen de Bolívar y Turbaco, con alrededor de 121.021, 66.939 y 66.223 habitantes, respectivamente.



Grafica 1. Proyección Población Departamento Bolívar 2005 – 2010.



Fuente: Censo DANE 2005 y Proyecciones DANE.

Estructura.

A continuación se presenta la proporción

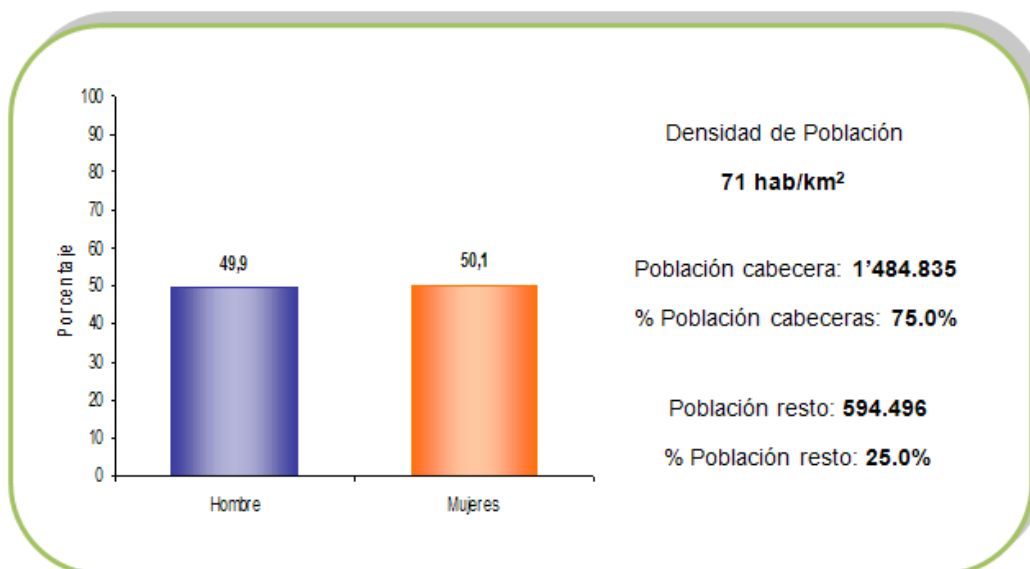
entre hombres y mujeres en Departamento de Bolívar del año 2005 al 2010.

⁴ Crecimiento esperado de la población en el quinquenio 2005-2010, según estimaciones del DANE censo 2005.



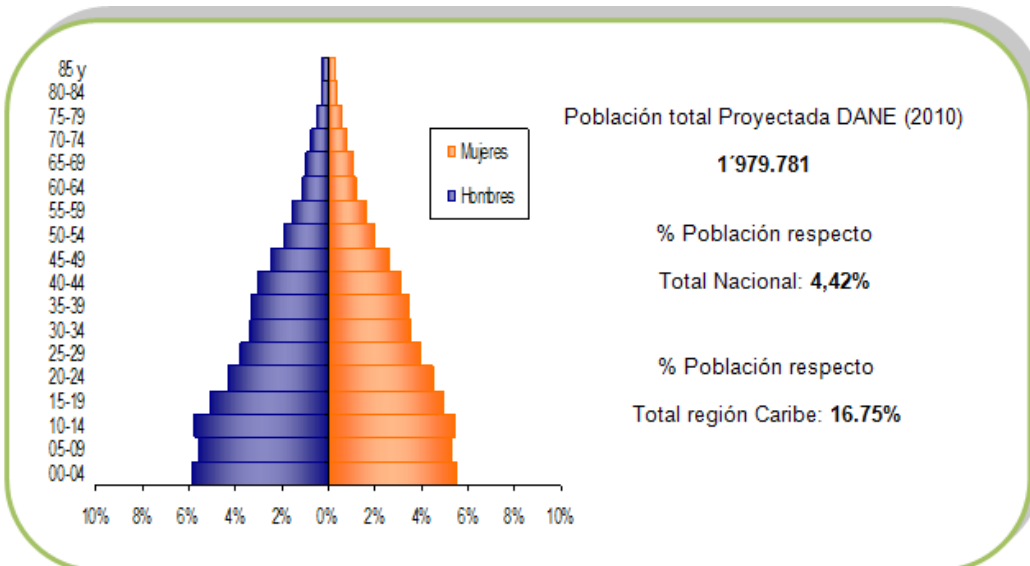


Grafica 2. Proporción de hombres y mujeres del Departamento de Bolívar.



Fuente: Censo DANE 2005.

Grafica 3. Población por edades quinquenales.



Fuente: Censo DANE 2005.

Niñez, Infancia, Adolescencia y Juventud en Bolívar.

Primera Infancia (0-5 años): La primera infancia es la etapa poblacional que va desde la gestación hasta los Cinco (5) años de edad y constituye el inicio del desarrollo, en el cual es vital el cuidado, el afecto y la estimulación para la superviven-

cia y el desarrollo de los niños y niñas. Igualmente es esencial el vínculo familiar.

En el Departamento de Bolívar esta población asciende a 254.144 niños y niñas en el año 2005 y 247.460 en el 2010, de los cuales 126.379 son niños y 121.081 son niñas para esta última vigencia, equivalentes al 27,0% del total de la población de Infancia, Adolescencia y Juventud.



Tabla 2. Proyección población de Primera Infancia 2005- 2010.

EDADES	2005			2006			2007		
0 – 5 AÑOS – PRIMERA INFANCIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	41,487	21,207	20,280	41,636	21,298	20,338	41,709	21,343	20,366
	41,934	21,367	20,567	41,418	21,160	20,258	41,539	21,233	20,306
	42,310	21,509	20,801	41,805	21,299	20,506	41,307	21,092	20,215
	42,612	21,634	20,978	42,149	21,431	20,718	41,636	21,211	20,425
	42,840	21,740	21,100	42,442	21,554	20,888	41,948	21,333	20,615
	42,961	21,752	21,209	42,623	21,638	20,985	42,229	21,453	20,776
	254,144	129,209	124,935	252,073	128,380	123,693	250,368	127,665	122,703
	2008			2009			2010		
	41,719	21,350	20,369	41,694	21,339	20,355	41,641	21,304	20,337
	41,535	21,238	20,297	41,487	21,215	20,272	41,414	21,176	20,238
	41,410	21,150	20,260	41,345	21,123	20,222	41,250	21,075	20,175
	41,172	21,013	20,159	41,270	21,063	20,207	41,154	21,008	20,146
	41,440	21,110	20,330	41,024	20,927	20,097	41,127	20,975	20,152
	41,720	21,222	20,498	41,234	21,004	20,230	40,874	20,841	20,033
	248,996	127,083	121,913	248,054	126,671	121,383	247,460	126,379	121,081

Fuente: Censo DANE 2005- Proyecciones DANE.

28

Infancia (6 -12 Años): Edad que oscila desde los 6 a los 12 años, es la fase del ciclo vital en la cual los niños y las niñas pasan a una etapa de mayor socialización e independencia y se fortalece la autonomía. En el Departamento de Bolívar esta población asciende a 127.625 niños y 123.487 niñas equivalentes al 29,0% del total de la población de Infancia, Adolescencia y Juventud

Tabla 3. Proyección población de Infancia 2005- 2010.

EDADES	2005			2006			2007		
6 – 12 AÑOS - INFANCIA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	43,030	21,882	21,148	42,978	21,798	21,180	42,627	21,619	21,008
	42,938	21,905	21,033	43,018	21,862	21,156	42,856	21,737	21,119
	42,758	21,889	20,869	42,888	21,869	21,019	42,924	21,805	21,119
	42,507	21,844	20,663	42,615	21,819	20,796	42,759	21,797	20,962
	42,209	21,784	20,425	42,290	21,744	20,546	42,409	21,717	20,692
	41,733	21,597	20,136	41,920	21,652	20,268	42,023	21,616	20,407
	255,175	130,901	124,274	255,709	130,744	124,965	255,598	130,291	125,307
	2008			2009			2010		
	42,167	21,422	20,745	41,742	21,220	20,522	41,243	20,990	20,253
	42,423	21,530	20,893	41,949	21,318	20,631	41,493	21,102	20,391
	42,689	21,656	21,033	42,214	21,437	20,777	41,744	21,220	20,524
	42,770	21,723	21,047	42,494	21,563	20,931	42,005	21,341	20,664
	42,571	21,699	20,872	42,571	21,622	20,949	42,281	21,461	20,820
	42,160	21,594	20,566	42,342	21,583	20,759	42,346	21,511	20,835
	254,780	129,624	125,156	253,312	128,743	124,569	251,112	127,625	123,487

Fuente: Censo DANE 2005- Proyecciones DANE.





Adolescencia (13-17 Años): Ciclo que va desde los 13 a los 17 años. Es una etapa especial de transición en el crecimiento y desarrollo en el cual se edifica una nueva identidad a partir del reconocimiento de sus propias necesidades e intereses.

En el Departamento de Bolívar esta población asciende a 205.185 adolescentes equivalentes al 20% del total de la población de Infancia y Adolescencia y Juventud, de los cuales 105.598 son jóvenes varones y 99.587 jóvenes mujeres.

Esta etapa de desarrollo requiere un proceso

de atención integral donde confluyan los esfuerzos de la familia, la sociedad y especialmente el Estado, de tal forma que se pueda crear o fortalecer acciones en materia educativa, tiempo libre, recreación, salud, prevención del consumo de sustancias psicoactivas, salud sexual y reproductiva y principalmente en la generación de oportunidades que conciban al adolescente como un sujeto activo de su desarrollo humano, capaz de proyectar sus capacidades, habilidades y destrezas para generar cambios e impacto en su contexto.

Tabla 4. Proyección población de Adolescencia 2005- 2010.

EADAES	2005			2006			2007		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
13 – 17 AÑOS – ADOLESCENCIA	41,022	21,234	19,788	41,382	21,436	19,946	41,594	21,498	20,096
	40,149	20,748	19,401	40,632	21,050	19,582	41,005	21,257	19,748
	39,240	20,246	18,994	39,731	20,544	19,187	40,221	20,851	19,370
	38,269	19,714	18,555	38,792	20,021	18,771	39,300	20,330	18,970
	37,336	19,170	18,166	37,791	19,469	18,322	38,337	19,791	18,546
	196,016	101,112	94,904	198,328	102,520	95,808	200,457	103,727	96,730
	2008			2009			2010		
	41,723	21,470	20,253	41,888	21,460	20,428	42,091	21,458	20,633
	41,247	21,329	19,918	41,410	21,316	20,094	41,600	21,317	20,283
	40,618	21,068	19,550	40,893	21,154	19,739	41,091	21,157	19,934
	39,807	20,646	19,161	40,231	20,875	19,356	40,544	20,979	19,565
	38,871	20,114	18,757	39,403	20,443	18,960	39,859	20,687	19,172
	202,266	104,627	97,639	203,825	105,248	98,577	205,185	105,598	99,587

Fuente: Censo DANE 2005- Proyecciones DANE.

Juventud (18 - 26 Años): Ciclo que va desde los 18 a los 26 años. Es una etapa de consolidación de la personalidad, es definitiva en el desarrollo de los valores y aptitudes del ser humano y en su etapa de profesionalización. Representa el 27% del total de la Población estudiada con 278.076 jóvenes.



Tabla 5. Proyección población de la Juventud 2005- 2010.

EADAES	2005			2006			2007		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
18 – 26 AÑOS – JUVENTUD	35,719	18,102	17,617	35,985	18,363	17,622	36,341	18,651	17,690
	34,905	17,554	17,351	35,205	17,830	17,375	35,485	18,100	17,385
	34,088	16,997	17,091	34,389	17,279	17,110	34,702	17,565	17,137
	33,235	16,457	16,778	33,575	16,721	16,854	33,891	17,015	16,876
	32,325	15,945	16,380	32,728	16,184	16,544	33,080	16,459	16,621
	31,390	15,460	15,930	31,823	15,678	16,145	32,241	15,927	16,314
	30,493	14,991	15,502	30,897	15,202	15,695	31,343	15,426	15,917
	29,630	14,542	15,088	30,011	14,743	15,268	30,425	14,958	15,467
	261,785	130,048	131,737	264,613	132,000	132,613	267,508	134,101	133,407
	2008			2009			2010		
	36,852	18,983	17,869	37,465	19,343	18,122	38,061	19,699	18,362
	35,868	18,403	17,465	36,415	18,755	17,660	37,064	19,135	17,929
	35,009	17,850	17,159	35,426	18,171	17,255	36,009	18,543	17,466
	34,227	17,316	16,911	34,564	17,617	16,947	35,017	17,956	17,061
	33,420	16,769	16,651	33,786	17,086	16,700	34,158	17,404	16,754
	32,617	16,216	16,401	32,983	16,541	16,442	33,383	16,876	16,507
	31,782	15,687	16,095	32,187	15,993	16,194	32,586	16,336	16,250
	30,895	15,194	15,701	31,363	15,471	15,892	31,798	15,794	16,004
	270,670	136,418	134,252	274,189	138,977	135,212	278,076	141,743	136,333

Fuente: Censo DANE 2005- Proyecciones DANE.

Movilidad.

En el Departamento de Bolívar el fenómeno de la movilidad se da por dos razones fundamentales: La ola invernal que cada año se vuelve más violenta y arrasa con miles de hectáreas de cultivos, semovientes y poblados enteros y el ocasionado por los grupos al margen de la ley.

En cuanto al segundo factor en el departamento de Bolívar, existen 27 municipios afectados por el fenómeno del desplazamiento, siendo El Carmen de Bolívar con 15.000 personas el más expulsor, seguido de San Pablo Sur, Maríalabaja, San Jacinto, Santa Rosa Sur, Zambrano, Río Viejo, etc.

El Departamento de Bolívar con fecha de corte a Septiembre de 2007 ha expulsado 45.161 hoga-

res que representan un total 206.409 personas y al corte de Marzo de 2011 un poco mas de 313.000 personas según registros del RUPD que maneja Acción Social- Presidencia de la República.

El comportamiento del Desplazamiento viene presentando cifras ascendentes incluidas en el RUPD desde 1998 hasta el año 2002. Para ese primer año se registraron 3.531 personas y el año que presento las mayores cifras fue el 2001 con 35.636 personas (ver cuadro). Los municipios del Departamento de Bolívar que mas presentan registros son en su orden: Cartagena con 47.476 personas, El Carmen de Bolívar 26.093, Magangue 14.154, San Pablo 10.223, Marialabaja 8.565, y el municipio que menos personas desplazadas registra es Margarita con 1.





Tabla 6. Total de Hogares y Personas Incluidas en el RUPD Según Lugar de Expulsión.

P I: Primera Infancia

A: Adolescente

P E: Persona Edad

P ED A: Persona Edad Avanzada.

MUNICIPIOS	P I	NIÑO	A	ADULTO	P E	P ED A	PERSONA EDAD MUY AVANZADA	ND	PERSONAS
ACHÍ	448	981	1024	3976	303	191	117	1076	8126
ALTOS DEL ROSARIO	456	721	683	2333	137	82	53	358	4830
ARENAL	256	432	377	1276	72	45	21	488	2973
ARJONA	66	126	126	505	26	19	3	50	924
ARROYO HONDO	12	25	26	83	8	2	3	2	161
BARRANCO DE LOBA	497	1006	1009	3514	192	97	48	1733	8110
CALAMAR	120	274	214	840	54	35	9	88	1636
CANTAGALLO	846	1355	1415	4802	252	152	67	669	9591
CARTAGENA	605	1326	1209	4693	253	145	84	719	9054
CICUCO	28	58	35	198	16	7	4	165	513
CLEMENCIA	42	118	89	330	20	7	2	20	629
CÓRDOBA	1201	2024	1944	8432	671	410	164	2627	17494
EL CARMEN DE BOLÍVAR	3097	7906	8100	31936	2060	1296	731	19553	74781
EL GUAMO	60	138	126	533	50	24	9	78	1020
EL PEÑÓN	126	189	181	712	61	17	21	877	2187
HATILLO DE LOBA	33	50	55	169	11	4	1	11	335
MAGANGUÉ	527	880	738	3006	173	89	43	345	5827
MAHATES	73	182	178	686	35	27	12	256	1453
MARGARITA	26	47	35	170	8	2	2	15	306
MARÍA LA BAJA	1049	2506	2465	8965	569	373	173	2176	18293
MOMPÓS	165	227	189	679	43	29	12	91	1439
MONTECRISTO	1002	1769	1768	5966	440	279	126	2284	13652
MORALES	620	951	891	3127	187	96	50	598	6542
NOROSI	35	42	37	124	5	3	2	9	258
PINILLOS	296	487	417	1647	90	57	33	220	3261
REGIDOR	129	200	158	622	31	14	9	78	1246
RÍO VIEJO	365	604	625	2399	156	93	53	458	4765
SAN CRISTÓBAL	18	39	38	142	6	6	6	27	285
SAN ESTANISLAO	34	85	75	339	25	28	10	89	685



MUNICIPIOS	P I	NIÑO	A	ADULTO	P E	P E D A	PERSONA EDAD MUY AVANZADA	ND	PERSONAS
SAN FERNANDO	25	52	43	133	7	3	1	3	268
SAN JACINTO	840	1572	1482	6717	578	317	135	2283	13943
SAN JACINTO DEL CAUCA	62	139	133	450	26	25	13	24	873
SAN JUAN NEPO- MUCENO	581	1400	1385	6166	593	368	164	1222	11896
SAN MARTÍN DE LOBA	305	550	737	2434	177	97	44	189	4539
SAN PABLO	2592	4145	3492	13071	803	529	197	1843	26760
SANTA CATALINA	33	59	49	183	16	6	4	17	370
SANTA ROSA	579	1081	856	3007	151	67	25	854	6640
SANTA ROSA DEL SUR	737	1438	1271	3976	152	82	28	382	8094
SIMITÍ	1088	1570	1371	4705	268	179	57	406	9678
SOPLAVIENTO	14	22	14	65	2	2	1	3	123
TALAIQUA NUEVO	33	59	52	173	7	2	3	18	347
TIQUISIO	1024	1909	1997	6897	488	288	149	1690	14458
TURBACO	147	225	200	883	36	27	10	51	1582
TURBANÁ	18	27	22	108	8	2	5	13	203
VILLANUEVA	241	455	426	2053	157	82	46	255	3717
ZAMBRANO	489	1102	1281	5013	397	266	151	1209	9928
TOTAL GENERAL	21040	40553	39038	148238	9820	5971	2901	45622	313795

Fuente: Acción Social- Presidencia de La República a Marzo 2011.

En materia de desplazamiento forzado, el departamento de Bolívar presenta dos peculiaridades. En primer lugar, el pico histórico se registra en 2001, cuando la expulsión alcanzó 42.619 personas y el mayor número de personas recibidas se registra en 2000, cuando llegaron al departamento 35.714 personas. En segundo lugar, después de presentar una tendencia significativa a la baja entre los años 2003 y 2004, la tendencia de los dos últimos años, tanto en recepción como en expulsión es al alza, jalado por las subregiones de Montes de María y en una menor proporción Magdalena medio, La Mojana y las Lobas, las tres últimas ubicadas en el sur del departamento.

En cuanto a recepción, la zona más crítica es Dique, con 21.434 de un total de 41.337 personas, en la cual Cartagena es el municipio del departamento de mayor acogida con 18.072 personas recibidas en el departamento durante el periodo de estudio. Las regiones de Montes,

Magdalena medio y La Mojana también son receptoras. La primera recibió 8.165 personas, sobresale Carmen de Bolívar con 4.021; la segunda acogió a 6.731 desplazados, de los cuales 5.086 provienen de San Pablo; en el último caso, el municipio de mayor recepción es Magangué con 2.911 de los 3771 desplazados de La Mojana. Vale la pena resaltar que San Pablo presenta una dinámica de expulsión y recepción a la vez, que permite asumir que gran parte de las personas se desplazan dentro del mismo municipio. Por otra parte, se debe resaltar la situación del municipio 11 En el presente informe y por instrucciones de la Agencia Presidencial para la Acción Social, las cifras dan cuenta de la fecha de expulsión de la persona y no la de declaración, tal y como se reportaba hasta la fecha.

En el Departamento de Bolívar han sido abandonados aproximadamente más de 100.000 hectáreas de tierras a causa del desplazamiento forzoso, siendo el 40% de ellas de alto ren-





dimiento productivo, (en pastos, algodón, sorgo, arroz, tabaco, ají, etc.) situado en la Subregión de los Montes de María, La Mojana Bolivarense, El Sur de Bolívar y en las lomas bolivarenses.

Otra gran afectación, consiste en la destinación de estas tierras que fueron despojadas para la siembra de cultivos ilícitos, principalmente en el Sur del departamento de Bolívar.

La aparición del fenómeno de la violencia en la Subregión de los Montes de María y los cambios en la economía mundial sobre todo en la demanda de bienes y productos, la apertura económica, incidieron

en la desaparición lenta de agroindustrias como el algodón, el tabaco, el sorgo, la ganadería, y en el Sur de Bolívar la Minería, la ganadería y el arroz, etc.

La situación del desplazamiento en Bolívar se agudiza en el año 1995 cuando grupos paramilitares comenzaron a actuar en varios municipios del departamento como en Morales, San Pablo y en la Mojana Bolivarense buscando quebrar las fuentes de financiación de las guerrillas y el control territorial que habían venido ejerciendo, lo que trajo como consecuencia desplazamientos masivos en estos municipios.

Tabla 7. Total de Hogares y Personas Incluidas en el RUPD Según Lugar de Recepción- Departamento de Bolívar.

P I: Primera Infancia
A: Adolescente
P E: Persona Edad
P ED A: Persona Edad Avanzada
P E M A: Persona Edad Muy Avanzada
P: Personas
H: Hogares.

MUNICIPIOS	P I	NIÑO	A	ADULTO	P E	P E D A	P E M A	ND	P	H
ACHÍ	16	81	128	552	49	41	9	248	1124	230
ALTOS DEL ROSARIO	189	306	271	702	54	32	19	29	1602	336
ARENAL	112	191	180	626	40	26	20	397	1596	301
ARJONA	189	496	516	1889	138	73	33	134	3472	820
ARROYO HONDO	0	2	0	6	2	0	0	4	14	3
BARRANCO DE LOBA	113	320	415	1513	105	46	17	1057	3592	765
CALAMAR	7	14	15	40	3	2	0	8	89	19
CANTAGALLO	124	191	168	654	24	20	6	59	1249	286
CARTAGENA	4761	9256	8199	33766	1946	1239	642	8545	68489	15961
CICUCO	5	12	7	23	2	0	1	8	58	12
CLEMENCIA	22	53	43	174	17	8	2	19	338	80
CÓRDOBA	191	308	354	1742	182	83	22	810	3695	804
EL CARMEN DE BOLÍVAR	712	2332	3161	11902	814	495	276	10420	30121	5689
EL GUAMO	7	13	16	38	1	2	1	2	80	18
EL PEÑÓN	65	103	95	388	41	19	5	871	1588	479
HATILLO DE LOBA	3	7	8	47	1	0	0	3	69	14
MAGANGUÉ	1064	2119	2275	7957	569	322	201	3016	17531	3684
MAHATES	26	84	102	450	13	17	5	140	838	184



MUNICIPIOS	P I	NIÑO	A	ADULTO	P E	P E D A	P E M A	ND	P	H
MARGARITA	1	8	3	21	0	2	0	11	46	13
MARÍA LA BAJA	441	1296	1410	5121	386	238	118	1439	10451	2263
MOMPÓS	21	49	54	128	7	3	3	17	282	63
MONTECRISTO	490	693	568	1848	154	80	41	1093	4968	1232
MORALES	179	285	300	988	52	27	11	380	2226	445
NOROSI	4	4	5	9	1	0	0	1	24	5
PINILLOS	76	135	154	453	31	11	6	91	958	198
REGIDOR	78	140	131	406	17	6	2	68	849	171
RÍO VIEJO	145	240	239	932	60	26	18	194	1857	393
SAN CRISTÓBAL	1	1	1	10	0	1	0	0	15	4
SAN ESTANISLAO	7	41	39	151	11	18	8	11	286	67
SAN FERNANDO	1	1	0	7	1	0	1	0	11	2
SAN JACINTO	331	584	628	2965	303	164	56	1328	6364	1518
SAN JACINTO DEL CAUCA	10	46	57	148	8	4	0	15	289	75
SAN JUAN NEPO-MUCENO	342	916	935	4035	465	265	118	903	7987	2003
SAN MARTÍN DE LOBA	29	87	260	867	72	43	16	24	1398	339
SAN PABLO	1881	2917	2490	9024	562	385	156	1460	18921	4161
SANTA CATALINA	3	10	12	41	0	1	2	0	69	13
SANTA ROSA	242	522	510	1767	120	48	14	850	4079	992
SANTA ROSA DEL SUR	573	1129	936	3098	115	61	20	217	6180	1408
SIMITÍ	285	385	280	1089	73	56	12	45	2229	592
SOPLAVIENTO	5	18	16	76	3	0	0	6	124	24
TALAIGUA NUEVO	3	7	4	15	1	2	0	0	32	8
TIQUISIO	361	718	700	2129	159	91	37	81	4279	907
TURBACO	224	383	402	1778	99	61	27	188	3170	776
TURBANÁ	12	11	11	64	8	4	4	11	125	34
VILLANUEVA	101	201	210	958	85	41	27	140	1765	433
ZAMBRANO	79	278	506	1873	196	142	68	524	3667	812
TOTAL GENERAL	13531	26993	26814	102470	6990	4205	2024	34867	218196	48636

Fuente: RUPD- Acción Social – Marzo 2011.

1.1.3. Dinámica Social.

Pobreza en el Departamento.

El principal factor que incide en la desigualdad e inequidad que se vive en el territorio del departamento de Bolívar, es sin duda alguna la pobreza y en la misma medida, la población vulnerable que padece los efectos de este fenó-

meno social. La situación del departamento en este aspecto ha sido evaluada mediante varias metodologías y con instrumentos que tienen en cuenta características especiales y particulares, entre los principales resultados podemos destacar los siguientes:

- La pobreza medida como falta de ingresos, que indica que el 52,9% de los bolivarenses





se encuentra por debajo de la Línea de Pobreza, y el 13,3% no lograba alimentarse diariamente de manera adecuada (es decir, están en condiciones de indigencia), indicadores que a nivel nacional se encuentran en 49,7% y 15,7%, respectivamente; la pobreza material reflejada en un conjunto de necesidades básicas que las personas no logran satisfacer.

- La pobreza material, reflejada en un conjunto de necesidades básicas que las personas no logran satisfacer. Este tipo de pobreza es posible medirse con el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y en el 2005 el departamento de Bolívar contaba con el 52,8% de los habitantes padeciendo al menos una necesidad básica, y en el 2010 con un aproximado de un 47%.

- La pobreza como un conjunto multidimensional de bienes y servicios deseables que se

restringe y se hace ajeno, se mide con el Índice de Condiciones de Vida (ICV), el primer indicador que aproxima esta visión, considera la posesión de bienes físicos, el nivel de talento humano y la composición del hogar como variables fundamentales para alcanzar un nivel aceptable de calidad de vida. El ICV, que muestra qué tan bien viven las personas del departamento, fue de 73,9 en 2008 en Bolívar, inferior al promedio nacional de 78,8.

- El Índice de Desarrollo Humano (IDH), una medida multidimensional del desarrollo que combina las dimensiones de un ingreso suficiente, una larga y saludable vida, y el acceso a la educación, muestra niveles medios para el departamento de Bolívar e históricamente inferiores al promedio nacional. En 2008 el IDH del departamento se ubicó en 0,78.

Tabla 8. NBI - Municipios Bolívar – Proyecciones DANE 2008.

NOMBRE MUNICIPIO	Personas en NBI		
	Cabecera	Resto	Total
	Prop. (%)	Prop. (%)	Prop. (%)
CARTAGENA	25.45	35.50	26.01
ACHI	53.23	86.48	80.74
ALTOS DEL ROSARIO	51.61	87.92	68.83
ARENAL	47.37	74.34	59.17
ARJONA	61.42	49.37	58.83
ARROYOHONDO	70.23	64.15	67.80
BARRANCO DE LOBA	59.02	82.30	74.54
BARRANCO DE LOBA	59.02	82.30	74.54
CALAMAR	71.20	72.95	71.99
CANTAGALLO	34.39	81.42	61.88
CICUCO	56.37	69.26	60.88
CORDOBA	58.04	74.56	70.24
CLEMENCIA	75.03	61.90	72.06
EL CARMEN DE BOLÍVAR	96.19	85.22	93.45
EL GUAMO	63.93	53.70	59.11
EL PEÑON	60.95	79.33	72.86
HATILLO DE LOBA	73.60	79.87	78.35
MAGANGUE	49.15	64.58	54.39
MAHATES	66.65	45.69	53.68
MARGARITA	79.68	75.27	76.03
MARIA LA BAJA	61.60	58.93	59.99



MONTECRISTO	55.68	92.35	68.33
MOMPOS	32.91	74.22	51.63
NOROSI	79.50	92.20	88.81
MORALES	54.06	69.12	63.80
PINILLOS	64.12	83.12	81.05
REGIDOR	69.97	64.33	66.73
RIO VIEJO	66.52	88.81	76.98
SAN CRISTOBAL	48.53	38.25	45.96
SAN ESTANISLAO	59.19	51.94	57.08
SAN FERNANDO	44.84	76.70	69.80
SAN JACINTO	95.35	84.55	94.38
SAN JACINTO DEL CAUCA	96.95	88.37	90.43
HOMBRE MUNICIPIO	Personas en NBI		
	Cabecera	Resto	Total
	Prop. (%)	Prop. (%)	Prop. (%)
SAN JUAN NEPOMUCENO	70.02	61.94	67.87
SAN MARTIN DE LOBA	54.50	79.55	68.93
SAN PABLO	62.22	79.67	65.93
SANTA CATALINA	50.40	47.16	48.34
SANTA ROSA	99.28	75.97	91.90
SANTA ROSA DEL SUR	37.59	76.74	55.43
SIMITI	42.48	73.50	62.00
SOPLAVIENTO	53.08	60.49	53.23
TALAIGUA NUEVO	59.13	67.26	63.48
TIQUISIO	75.58	89.94	86.48
TURBACO	49.87	46.90	49.62
TURBANA	64.04	46.01	62.02
VILLANUEVA	88.32	71.25	86.43
ZAMBRANO	55.49	65.59	55.92



Fuente: Proyecciones DANE 2008.

1.1.4. Dinámica Económica

Actividad económica.

Bolívar es un territorio rico, extenso, con grandes potencialidades, sumado a la exuberante riqueza y diversidad de recursos, unida a su estratégica localización en la confluencia de las vertientes hidrográficas más importantes del país, sus amplias zonas inundables de amortiguamiento, junto a exóticos paisajes de montaña que en su

conjunto, son su mayor fortaleza. Por lo anterior, el potencial de desarrollo de Bolívar y su inserción exitosa en la economía están estrechamente relacionados con su ambiente natural.

La diversidad biológica del departamento de Bolívar es alta, esta se manifiesta en la extraordinaria diversidad de la flora, la vegetación y la fauna, la gran variedad de ecosistemas vinculados a la zona costera, los ríos y a las áreas protegidas. Estas características hacen del departamento de





Bolívar un territorio con las condiciones idóneas para que sus habitantes disfruten de los servicios ambientales que prestan sus ecosistemas, la cual debe explotarse racionalmente.

Las zonas mineras que hacen parte de nuestro del Departamento, presenta una serie de actividades en las etapas de exploración, explotación, beneficio y comercialización e impacto ambiental. Toda actividad minera genera un impacto negativo sobre los ecosistemas sino se aplican los correctivos necesarios, es por esto que hay que realizar un trabajo sobre las minas de Oro del Sur de Bolívar y en las Canteras del Centro y Norte de Bolívar, lo que daría una respuesta rápida a la asistencia técnica, para que el minero aproveche y mantenga su entorno a través de técnicas adecuadas, y de esta forma garantizar un mejor desarrollo sostenible al hombre del mañana mediante el aprovechamiento de los recursos minerales.

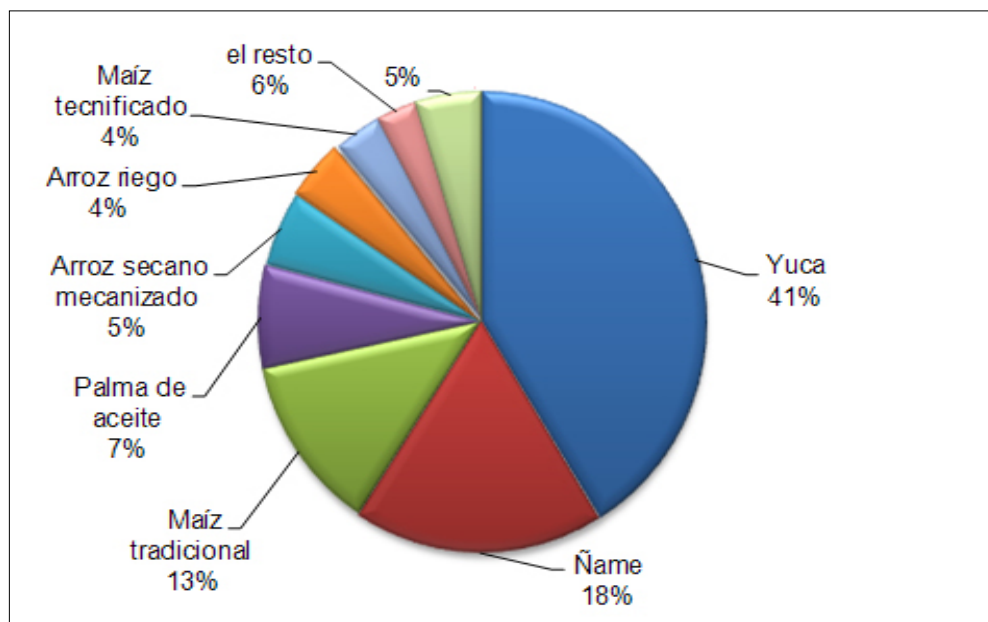
En general el área sembrada paso de 215.567

Has en 2004 a 184.215 en el 2005 un 23,2% de decrecimiento; El área cosechada pasó de 197.034 Has a 153.583 Has en el mismo periodo mostrando una caída del 16,33%.

Los productos más representativos del departamento de Bolívar por el número de hectáreas sembradas en 2008 son en su orden:

Maíz tradicional con un área sembrada de 50.210 has y una producción de 73.823 ton; Yuca con 32.588 Has y una producción de 260.261 Ton; Arroz Secano Mecanizado con una área sembrada de 18.120 has y una producción de 66.200 toneladas; ñame y sorgo con 10.517 y 9.764 Has sembradas respectivamente, La palma de aceite ha ido incrementando su participación en un 42,53% al pasar de 6.518 hasta a 9.290 y un incremento en la producción del 86,41% arrojando cifras de 47.300 toneladas. El Cacao también es un cultivo importante con un área sembrada de 3.612 has.

Grafica 4. Participación Porcentual Principales Productos Agrícolas por Producción.



Fuente: Ministerio de Comercio Industria y Turismo- Oficina Estudios Económicos.

El hato ganadero de Bolívar está cuantificado en un millón de cabezas de Ganado, donde predomina la ganadería extensiva en su mayoría, ex-

ceptuando algunos hatos tecnificados en la zona norte. Las exportaciones cárnicas están condicionadas a los permisos fitosanitarios de rigor.



Tabla 9. Participación de las Especies por Unidades.

Tipo de Ganado	Nº Cabezas	Producción Nacional
Inventario	1.563.735	59.846.197
Bovino	1.044.903	27.359.290
Pollos y Gallinas	295.382	25.926.022
Equinos	55.266	2.505.581
Patos	54.612	734.177
Pavos	36.192	498.205
Porcicola	27.623	1.634.640
Mulas	19.489	432.975
Asnos	15.661	220.846
Codornices	14.607	534.461

Fuente: Ministerio de Comercio Industria y Turismo- Oficina Estudios Económicos.

En otras especies cabe destacar el esfuerzo de empresarios promisorios en el manejo de zocriaderos, en especial de Babillas, Iguanas, y Caimanes para la exportación.

La actividad piscícola es de subsistencia y dirigida su producción predominantemente al mercado interno. Se destacan algunos esfuerzos importantes de cultivos de tilapia, cachama y mojarra, que se destinan a mercados nacionales y exportaciones a menor escala.

En las ciénagas del territorio bolivarense se consideran como recurso aproximadamente 15 especies, entre las que se destacan Bocachico, Doncella, Moncholo, Arenca, Bagre, Blanquillo, Pacora, Nicuro, Comelón, y Mojarra. De estas especies, la mayor extracción recae sobre el Bocachico y los Bagres, la cual es de tipo artesanal y de temporada, pues corresponde a los ciclos de subienda y bajanza.

De las lagunas costeras y manglares provienen unas pocas especies como Sábalo, Lebranches, Mojarra, Róbalo, Crustáceos, la Jaiba y la Ostra. De la zona costera y la plataforma continental provienen las Sierras y Cojinúas. Y finalmente, de los arrecifes coralinos, fondos rocosos, lodosos y praderas fanerógamas marinas provienen los Pargos Rojos, Meros y Chernas.

Turismo.





El departamento de Bolívar está ubicado en el trópico colombiano a orillas del mar Caribe y cuenta con una variedad de recursos naturales y culturales hacen del departamento de Bolívar una región turística de primer orden. Entre los principales atractivos turísticos de la zona tenemos:

- **Cartagena de Indias.**

Cartagena de indias es el primer destino turístico del país, es una ciudad donde se conjuga la historia a través de su arquitectura colonial y republicana, la infraestructura militar compuesta de fuertes, murallas, baluarte y museos que reviven la historia de la ciudad. En Cartagena también se cuenta con amplias zonas costeras y una infraestructura turística, que permite al turista disfrutar de una gran variedad de planes.

Entre las principales atracciones turísticas de la ciudad encontramos:

1. Plazas y parques: Plaza de los coches. Plaza San Pedro Claver, Plaza Santo Domingo, Plaza San diego, Plaza Santa Teresa, Plaza Santísima Trinidad, Parque Bolívar, Parque Fernández Madrid, Parque Centenario.

2. Museos y Palacios: Museo del oro del Zenú, Museo de Arte Moderno, Museo Naval, Palacio de la Inquisición/archivo histórico, Palacio de Justicia, Palacio de la Gobernación, Palacio de la Alcaldía.

3. Iglesias y Conventos.

4. Monumento de la India Catalina, Monumento a los Pegasos, Escultura Gertrudis, Monumento a San Pedro Claver, Monumento a los alcatraces, Monumento a los zapatos viejos.

5. Las bóvedas.

6. Fortificación de San Felipe de Barajas, las Murallas con sus Baluartes.

7. Santuario de la Popa Convento de la Candelaria.

8. Casa de Don Benito, Casa del Márquez de Valdehoyos, Teatro Heredia

9. Sector de playas de Bocagrande, Marbella, Laguito, Castillo grande, Barú, Boquilla.

- **Santa Cruz de Mompox.**



Pueblito de gran encanto por considerarse una isla dentro del Rio Magdalena poseedora del legado arquitectónico y cultural de la colonia. Fundada en 1937 constituye una de las pocas ciudades de carácter colonial mejor preservada de Colombia, lo que le ha valido el reconocimiento como Patrimonio de la Humanidad por la Unesco en 1995.

Mompox es el segundo municipio con mayor afluencia de turistas del Departamento de Bolívar, en la actualidad cuenta con casas, mansiones, iglesias, calles muy bien conservadas y con una riqueza artesanal y religiosa lo que la hace atractiva al turismo nacional y extranjero.

Dentro de la riqueza arquitectónica de este municipio encontramos: Albarrada de Campillo, Iglesia de San Agustín (construida en el siglo XVII), Iglesia Santa Barbará (construida en 1613), Estatua de la libertad, Claustro san Carlos, La Casa de la Cultura Peñas Alvarado, Palacio de San Carlos de Borromeo, Iglesia San Francisco, Iglesia la Concepción, Portales de la Marquesa, Calle Real del Medio que cuenta con infraestructura colonial, Colegio Nacional de Pinillos, Cementerio Municipal, Árbol de Suán, Pozo de la Noria, Museo Cultural de arte religioso o casa Bolivariana, Piedra de Bolívar, Plaza de la Libertad, Jardín Botánico.

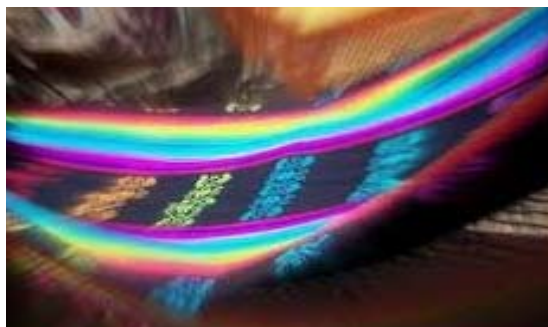
En la parte artesanal este municipio se caracteriza por las creaciones en oro y plata de filigrana



y la creación de mecedoras en madera y mimbre Mompisino.

Mompox es un municipio con fuertes costumbres religiosas, que se reflejan en la Semana Santa y que comienza por la tradicional procesión del Despedimiento o el Paso Robado realizada por los Nazarenos voluntarios, seguida por innumerables actos litúrgicos, procesiones y eventos culturales, actos que se constituyen en un atractivo para nacionales y extranjeros.

• San Jacinto.



El municipio de San Jacinto es la cuna de Juglares y músicos del Departamento, destacándose su gran festival Nacional Autóctono de la Gaita, reconocido por traer gran cantidad de músicos de la región y una muy buena afluencia de turistas.

San Jacinto es un municipio cien por ciento artesanal destacándose por su gran producción manual de hamacas multicolores, chinchorros, peyones y mochilas, que se exponen en la entrada del pueblo, haciendo que desde su llegada el turismo se sienta atraído por los colores del Caribe.



Otro atractivo turístico de San Jacinto es el Museo Arqueológico de los Montes de María, que pertenece a la red de museos comunitarios del país, en el se pueden apreciar más de 200 piezas de la cultura Sinú que se remontan a 4000 años antes de Cristo, las más antiguas de

América. Igualmente encontramos tres rutas de Petroglifos donde aparecen figuras de caciques o jefes políticos y espirituales de la cultura Sinú de su tiempo.

Por su diversidad ecológica y por encontrarse rodeada de los Cerros de Maco y la Montaña de la Flecha, San Jacinto ofrece la oportunidad de realizar ecoturismo en la región, llevando al turista por una gran cantidad de senderos llenos de vegetación y fauna típica de la región, así como cascadas y grandes fuentes de aguas.

• Palenque de San Basilio – Mahates.



El palenque de San Basilio es una comunidad fundada por los esclavos africanos que se fugaron y se asentaron en esta región desde el siglo XV. En la actualidad Palenque sigue conservando las tradiciones de sus ancestros lo que la permitido el titulo como Patrimonio Oral e Inmaterial de la Humanidad.

Esta población queda a 55 Kilómetros Cartagena de Indias, capital del Departamento y pertenece al municipio de Mahates. En la actualidad la población conserva una conciencia étnica, con una segunda lengua “Batú” proveniente de Angola África, con una organización social basada en el Ma – Kuagro (Grupos de edad), con complejos rituales fúnebres como el Lumbalú y prácticas mé-





dicas tradicionales, que hacen posible la existencia de un turismo étnico o etnoturismo en la región.

Palenque como es llamado este asentamiento es cuna de grandes boxeadores como es Antonio Fernández “Kid Pampele”. El Festival de tambores y expresiones culturales realizado entre el 12 y 15 de octubre donde se reúnen exponentes de esta cultura.

• Santa Catalina de Alejandría.



Municipio ubicado a 35 kilómetros de Cartagena de Indias, se caracteriza por sus playas donde se puede realizar surf y sus atractivos naturales donde se puede realizar ecoturismo, entre los principales atractivos turísticos de la zona se encuentran:

1. Embalse del Totumo: Es la fuente de agua dulce para el consumo de la región de Santa Catalina, en el se pueden practicar el ecoturismo por los manglares y por las tres islas que lo conforman: Los Cocos, La Fantasía y Las Garzas.

2. Playas de Loma Arena

3. Hacienda El Ceibal: se dedica a la protección y preservación del mono tití cabeza blanca.

4. Pozas de Cajagual y Rondón: Lugar donde existieron los primeros asentamientos indígenas.

5. Cinturón de Diapirismo de lodo: Alrededor del Embalse del Totumo y sobre la zona costera se encuentran varios volcanes de lodo, entre los que se destacan el Totumo y Los Olivos, los cuales son de gran atractivo para el turismo familiar y terapéutico.

6. Galerazamba: Es un pequeño poblado que se encuentra a 46 kilómetros de Cartagena, en el cual el turista podrá degustar las diversas variedades de la comida Bolivareña, y podrá visitar sitios

turísticos de la zona como el Cementerio Indígena, El parque India Catalina, las salinas y sus playas.

• Parque Nacional Corales del Rosario y San Bernardo.

Ubicado entre el departamento de Sucre y Bolívar conforma una superficie de 120.000 hectáreas, formando dos archipiélagos, Islas del Rosario en Bolívar e Isla de San Bernardo en Sucre. El ecosistema está compuesto por manglares, arrecifes coralinos, fondos sedimentarios, playas arenosas, bosque seco tropical y praderas de pasto marino, así como especies de animales marinos, lo que ofrece un maravilloso espectáculo a todos los turistas. En el parque se pueden realizar actividades como: Observación de Flora y Fauna, Senderismo, buceo, careteo, kayak y navegación.

• Santuario de Flora y Fauna Los colorados.

Se localiza en los montes de la serranía de San Jacinto a 90 Kilómetros al sur de Cartagena y tres del municipio de San Juan Nepomuceno. Cuenta con un sistema montañoso de 1000 hectáreas, cuenta con 105 especies maderables y con una diversidad de especies mamíferas entre las que se destacan: El venado Colorado, El mono Colorado, el Añuje, Las Guacamayas azul y amarilla, el periquito, el Paujil y la Pava Congona. El turista puede realizar actividades de senderismo, avistamiento de aves, observación de Flora y Fauna.

• Jardín Botánico Guillermo González de Piñeres.

Se encuentra localizado en el municipio de Turbaco y fue creada el 1978. Cuenta con una extensión de nueve hectáreas. Actualmente se ha convertido en un pequeño espacio natural protegido con una alta biodiversidad. Cuenta con especies nativas de flora y Fauna propia de la región.

• Santuario de Flora y Fauna “El corchal” Mono Hernández.

Se encuentra Ubicado entre los Municipios de Arjona y San Onofre sobre la planicie del Canal de Dique. Su importancia está dada porque cuenta con 1961 áreas protegidas de bosques de manglar, que se constituyen en la principal fuente de sustento económico de la zona. Para el turismo se ofrecen recorridos ecos turísticos donde se realiza observación de Flora y Fauna.



Tasa de ocupación, desempleo y subempleo.

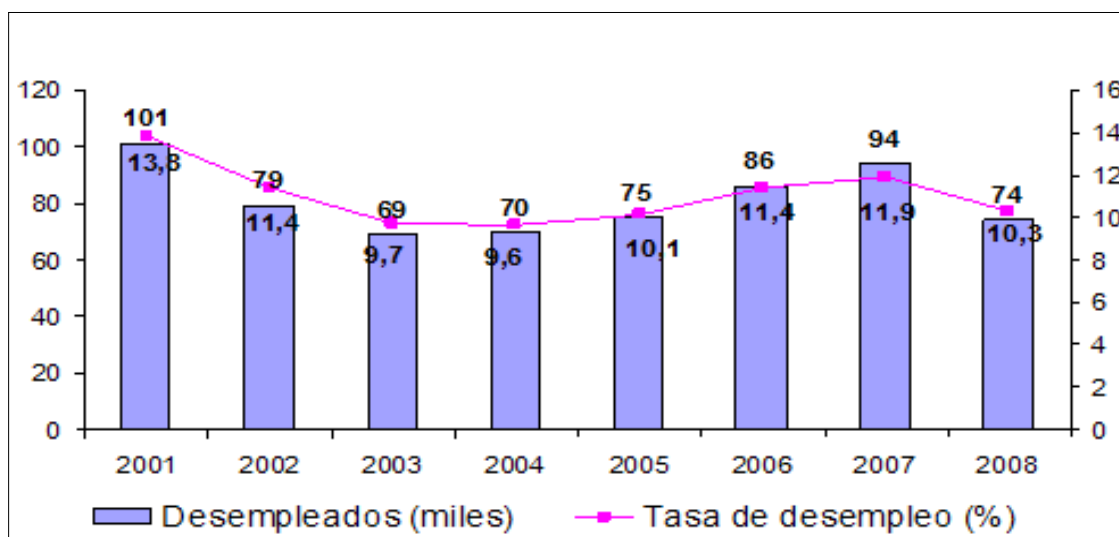
La tasa de ocupación, se encuentra según la misma fuente, que el 23,3% siente que el pago que reciben por las tareas que realizan en su trabajo no es suficiente, otro 6,6% siente que la labor que realiza subestima sus competencias y el 3,2% que las horas laboradas no son suficientes y que necesita laborar más para aumentar el pago devengado. También se encuentra que a pesar de que en 2008 y 2009 las cifras de desempleo a junio parecen mejorar con respecto a años anteriores, el empleo en esta región del país está dominado por el sector informal, de manera general, de cada 100 personas que se encuentran trabajando 61 están en el sector informal. Este fenómeno afecta tanto a hombres y mujeres, pues la proporción es similar en ambos géneros en ambos países. Este fenómeno deja mucho que desear, pues realmente el empleo está orientado por informalidad, el cuentapropismo, el rebusque y la caída del empleo asalariado.

En cuanto a los ingresos, se encuentra que el ingreso promedio de estas personas es de \$599.804 mensuales en un promedio de 51,3 horas semanales de trabajo, punto preocupante pues existe una jornada excesiva con muy baja remuneración. Entre los sectores reportados con menos salarios devengados están la agricultura, ganadería, caza y silvicultura (\$420.614), la

explotación de minas y canteras (\$327.227), La construcción (\$470.273), el comercio al por mayor y menor – Hoteles (\$533.660) y el transporte, almacenamiento y comunicaciones (\$565.247).

Por genero, se encuentra que la diferencia salarial entre hombres y mujeres es de \$92.564 mensuales, esta brecha es mayor en el sector de la intermediación financiera (\$438.724), servicios, Comunales, sociales y Personales (\$315.328), Suministro de electricidad, gas y agua (\$341.269), industrias manufactureras (\$219.061), actividades inmobiliarias, empresariales - alquiler (\$187.820) y en Comercio al por mayor y menor – Hoteles (\$147.432). El desempleo en el departamento de Bolívar al finalizar el año 2008 alcanzó la cifra de 74.000 manos desocupadas, esto corresponde a una tasa de desempleo del 10,3%, ubicándose 0,9% por debajo del promedio nacional en el mismo periodo. Estas cifras comparadas con las registradas en años anteriores se encuentra que aunque no son las más altas, si rompe con las cifras registradas en los años 2006 y 2007 donde la tasa de desempleo era de 11,94% y 11,9%. En el área metropolitana de este departamento en este mismo año, el desempleo alcanzó la cifra de 12% a diciembre, esto es 2% por encima del promedio del departamento y 0,5% por encima del promedio nacional.

Grafica 5. Desempleados en Bolívar.



Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2001-2008.

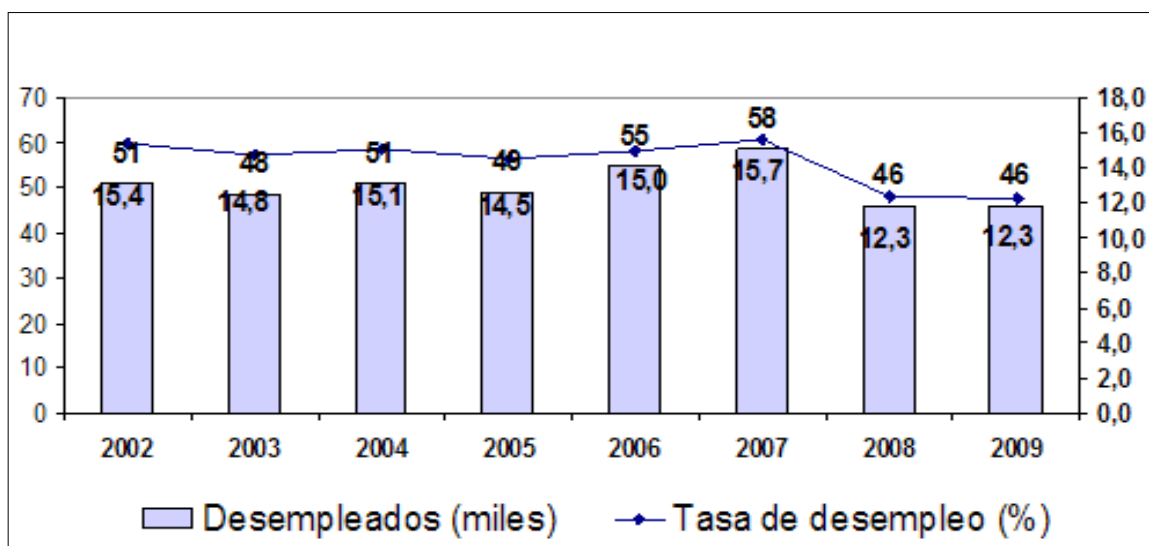




Sin embargo para 2009, estos indicadores siguen deteriorándose. En el segundo trimestre la tasa de desempleo en el área metropolitana de Bolívar es de 12,3%, una cifra que, aunque es igual al promedio nacional, supera las presentadas en años anteriores. En términos absolutos, en Car-

tagena a junio había 46.000 hombres y mujeres que buscaban por una oportunidad de empleo. Esta última cifra es alarmante, pues el área metropolitana representa más del 60% del total de desempleados del departamento.

Grafica 6. Desempleo en Cartagena.



Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares, abril-junio, 2002-2009.

Tabla 10. Población en edad de trabajar, económicamente activa, ocupados, desocupados e inactivos. Departamento de bolívar y otros departamentos 2010.

P E T: Población en Edad de Trabajar

P E C A: Población Económicamente Activa.

Departamentos	Población total	P E T	P E C A	Ocupados	Desocupados	Abiertos	Ocultos	Inactivos
Antioquia	6,066	4,868	2,977	2,622	355	329	25	1,891
Atlántico	2,314	1,796	1,024	926	99	91	8	771
Bogotá, D.C	7,348	5,911	4,056	3,623	433	411	22	1,856
Bolívar	1,980	1,504	816	750	66	63	4	688
Boyacá	1,268	997	567	510	57	53	4	430
Caldas	978	790	434	373	61	56	5	356
Caquetá	448	329	172	151	20	19	1	158
Cauca	1,319	1,033	579	517	62	59	3	454
Cesár	966	713	407	364	43	40	4	306
Córdoba	1,582	1,203	780	674	105	101	4	423
Cundinamarca	2,493	1,965	1,392	1,252	140	129	11	573
Chocó	476	336	172	155	17	15	2	165
Huila	1,083	830	505	458	47	44	3	325
La Guajira	819	584	384	348	35	32	3	201



Departamentos	Población total	P E T	P E C A	Ocupados	Desocupados	Abiertos	Ocultos	Inactivos
Magdalena	1,201	879	486	446	40	36	4	392
Meta	871	669	423	381	42	41	2	246
Nariño	1,640	1,277	868	676	192	153	39	409
Norte de Santander	1,298	995	588	518	69	65	4	407
Quindío	550	441	262	215	47	45	3	179
Risaralda	925	746	468	382	85	80	5	279
Santander	2,010	1,613	1,074	979	95	90	4	539
Sucre	811	620	331	294	37	34	3	289
Tolima	1,388	1,086	728	621	106	99	7	358
Valle	4,383	3,528	2,348	2,043	305	278	27	1,180
Total Nacional	44,217	34,716	21,840	19,279	2,561	2,364	196	12,876

Fuente: DANE- Gran Encuesta Nacional de Hogares.

Comercio Exterior

El comportamiento del comercio exterior del departamento de Bolívar en el año 2010, en ese año Colombia como el departamento de Bolívar aumentaron el volumen del comercio y presentaron una balanza comercial favorable; en Colombia las exportaciones aumentaron en 21,2%, mientras que en Bolívar las ventas se duplicaron de un año a otro; en buena medida esto obedece al aumento en las exportaciones de productos de la refinera de petróleo, convirtiéndose así, en el principal sector exportador del departamento, con cerca de un 40% del total de las exportaciones bolivarenses. Este hecho es de resaltar, ya que en años anteriores las exportaciones de refinera de petróleo del departamento eran marginales comparadas a las registradas en 2010. Las importaciones a nivel nacional crecieron en un 22,9% (más que las exportaciones), lo que conllevó a una disminución en la balanza comercial con respecto al 2009, sin embargo esta continuo siendo positiva en 2010 (US\$1.432 millones). Por otra parte, la Refinería de Cartagena emerge, por primera vez, como la empresa más exportadora del departamento, mientras que Estados Unidos vuelve a ser el principal comprador y vendedor de los productos de Bolívar.

Así se desprende el informe “Análisis del comportamiento del comercio exterior de Bolívar 2010” elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo y la Competitividad (Cedec),

de la **Cámara de Comercio de Cartagena**, cuyos responsables son Luis Fernando López y Olanda Morelos.

El informe señala que “el aumento de las exportaciones se dio por el buen comportamiento de las ventas de productos derivados de la refinación de petróleo, los cuales vendieron al extranjero cerca de 928 millones de dólares, que representaron casi el 40% de las ventas al exterior de Bolívar.

Otras actividades que también colaboraron con este repunte significativo en ventas fueron los químicos industriales (US\$831 millones) y los productos plásticos (US\$91 millones).

La Refinería de Cartagena se consolidó como la empresa más exportadora del Departamento el año pasado, con un total aproximado de ventas al extranjero de US\$1.120 millones, seguida de otras compañías como Polipropileno del Caribe S.A. (US\$352 millones). Ver cuadro.

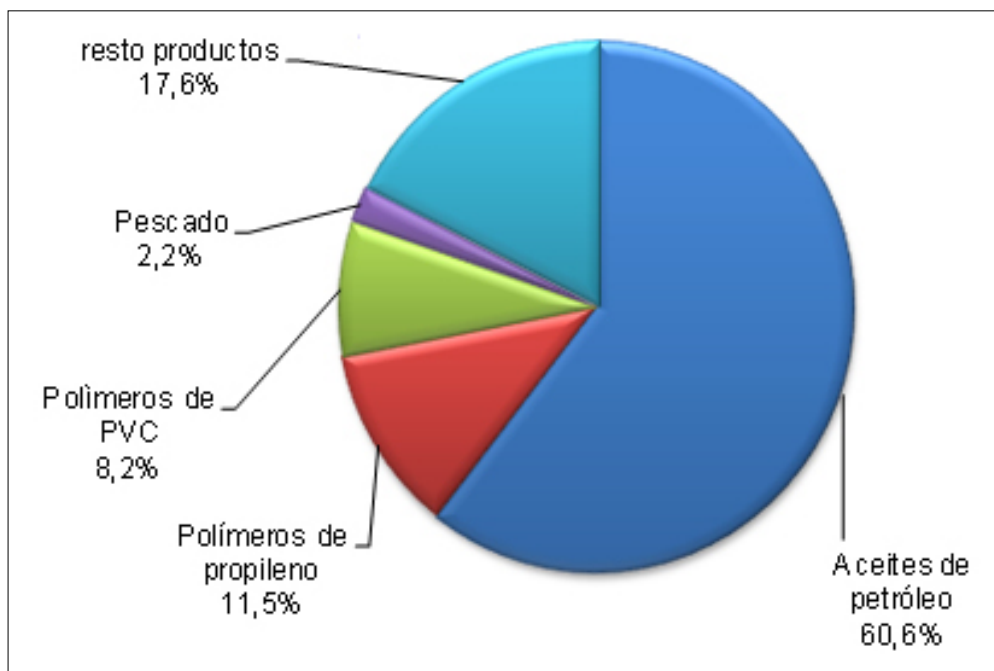
Estados Unidos es el principal mercado para las exportaciones del Departamento, con una participación del 21%. Le sigue el Grupo Andino (16,7%), Aladi (16,5%), Resto de América Latina (14,5%) y el Mercado Común Centroamericano (10,9%).

Por su parte, las importaciones de Bolívar sumaron US\$2.364 millones en 2010, por tanto se obtuvo una balanza comercial positiva, con un superávit favorable al Departamento de superior a los 81 millones de dólares.





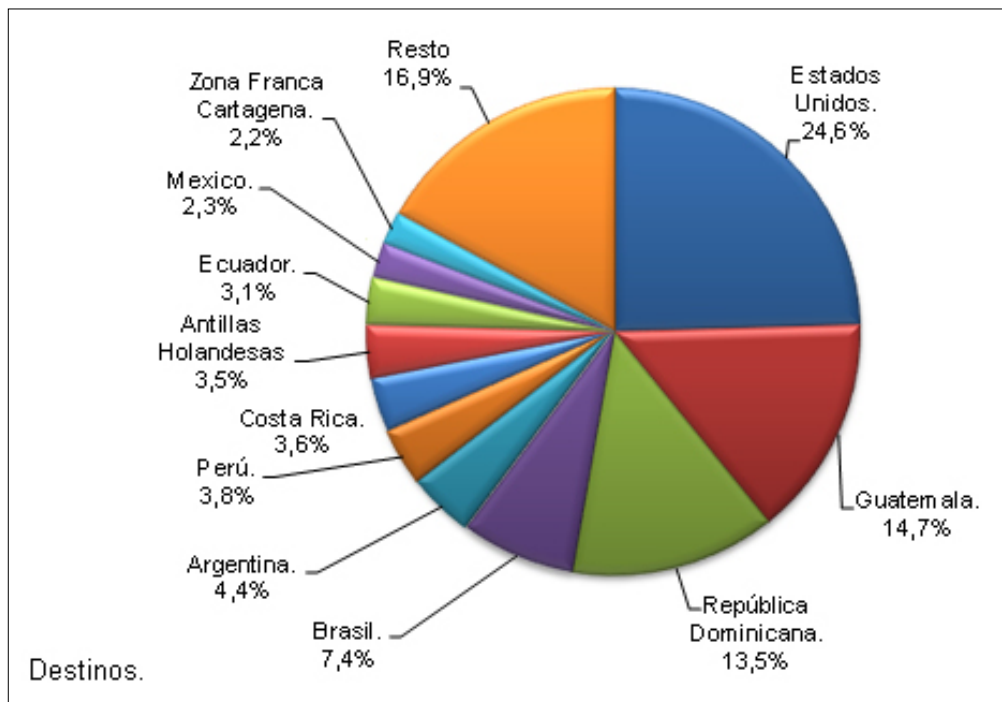
Grafica 7. Principales Productos de Exportación.



Fuente: Ministerio de Comercio Industria Y Turismo- Oficina Estudios Económicos.

45

Grafica 8. Principales Destinos.



Fuente: Ministerio de Comercio Industria Y Turismo- Oficina Estudios Económicos.



1.1.5. Dinámica Ambiental.

1.1.5.1. Ambiente Natural.

Geología Estructural: El departamento de Bolívar se halla ubicado en una zona de alta actividad tectónica por la interacción de las Placas de Nazca, suramericana y Caribe, las cuales han influenciado la formación de cuatro provincias tectónicas principales: Las Serranías de San Lucas de San Jacinto., y del Sinú y la cuenca de San Jorge.

Geomorfología: En la configuración geomorfológica del departamento han intervenido los eventos tectónicos, además la acción denudativa de los agentes y procesos morfodinámicos, responsables de las formas iniciales.

El tipo de relieve por su parte, es una unidad especial que corresponde a un elemento del paisaje constituido a su vez, por una asociación de formas del terreno.

46

Paisaje de Montaña: El paisaje de montaña se localiza en la Serranía de San Lucas, desde el extremo sur, confluencia de los ríos Tamar y Cimitarra.

Corresponde a suelos de clase III predominante con textura liviana o pesada, pardo grisáceo oscuro, con abundante presencia de macroorganismos y raicillas. Los suelos de este paisaje están en la parte más alta de las vertientes de la cuenca del río Santo Domingo.

El relieve es escarpado con pendientes medias y cortas, de laderas largas complejas, cimas agudas, con presencia de afloramiento rocoso en sectores de disección moderadamente densa y profunda.

Este paisaje de montaña es único e importante en el Departamento de Bolívar, su territorio posee atributos razonablemente estables o previsiblemente cíclicos tanto de la biosfera, la atmósfera, el suelo, la geología, la hidrología y las comunidades vegetales y animales. Posee una extensión total de 13.216,38 hectáreas, la cual el 99% está en bosques primarios; el otro 1% corresponde en su parte Nororiental, a lo largo del río Santo Domingo, a tierras en pastos y en su parte norte a tierras sin ningún uso agropecuario.

Paisaje de Lomería: Este paisaje se ubica en dos sectores, uno es el bajo de la cuenca del río

Santo Domingo que incluye unidades de tipo denudativo y estructural cuyas alturas, con relación a las áreas circundantes, no sobrepasan los 300 metros, generalmente se encuentra entre los paisajes de montaña y piedemonte, las lomas son de forma redondeadas o alargadas con cimas planas o agudas.

El otro sector medio bajo de la cuenca del río Santo Domingo, presenta un relieve de ondulado o quebrado, laderas cortas y complejas, de disección densa y poco profunda, moderado por escurrimientos difuso y concentrada, remoción en masa en sectores; existen dos zonas muy definidas, el occidente que es montañoso en clima cálido y la oriental que es la región en donde se encuentran paisajes de lomerío hasta valle, que permite su clasificación para la producción agropecuaria.

En general presenta un clima cálido y el tipo de vegetación del paisaje está constituido por pastos, rastrojos, cultivos, pastos naturales e introducción y pastos introducidos que corresponden a menores áreas.

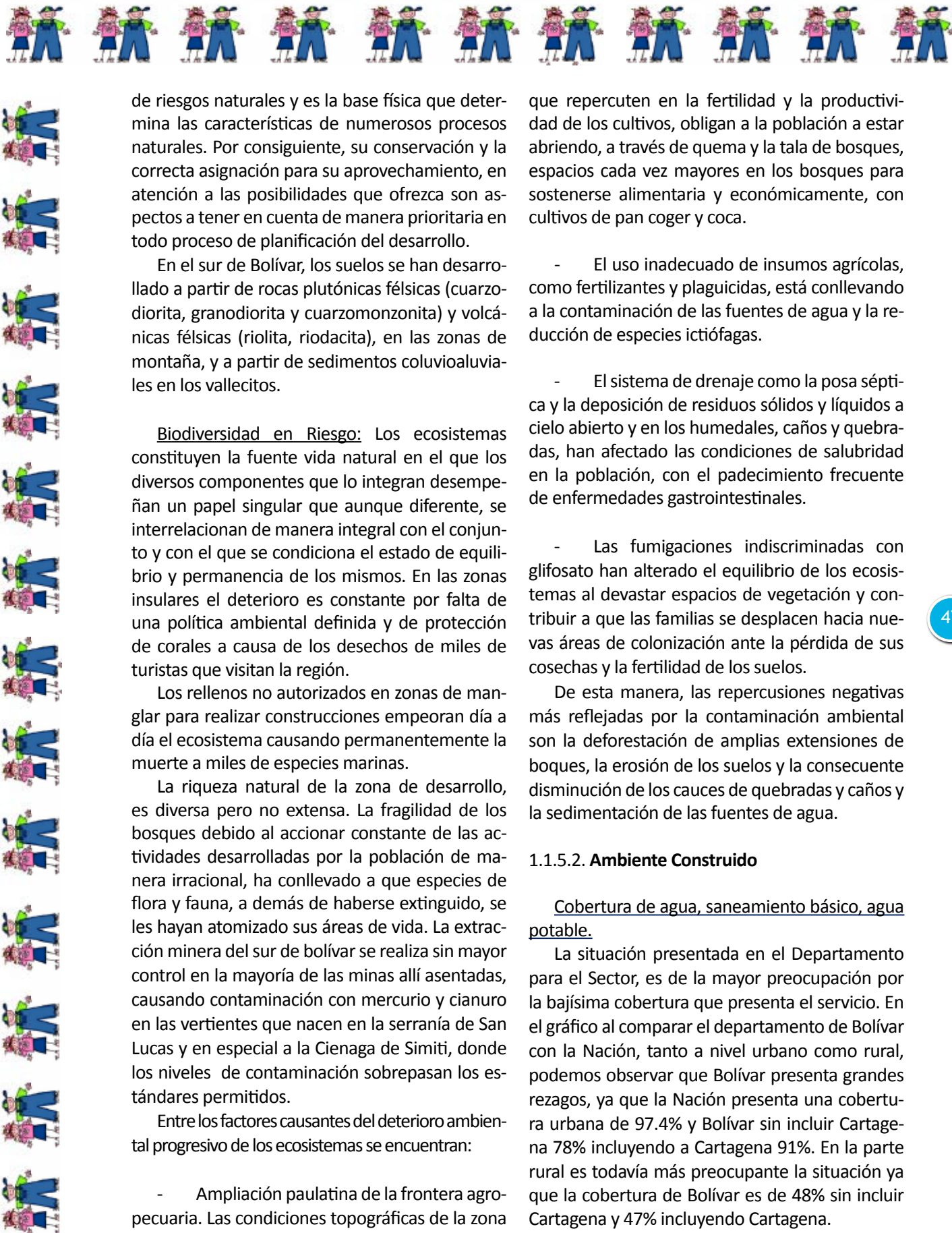
Paisaje de Piedemonte: Este paisaje presenta sedimentos aluviales derivados de rocas calcáreas de tipo gloria de acumulación. Su relieve es plano o moderadamente inclinado, poco disecado, moderado por escurrimientos difuso y concentrado; también existen partes ligeramente inclinadas y onduladas, poco disecados, afectados por escurrimiento.

Paisaje de Valle: Presenta un clima cálido húmedo, plano de inundación, sedimentos aluviales actuales, de relieve plano, sometidos a inundaciones regulares y prolongadas.

Paisaje de Planicie: En este paisaje se tiene un clima húmedo, plano de inundación, sedimentos aluviales actuales; cubetas de relieve plano cóncavo sometidos a inundaciones frecuentes y regulares de corta y larga duración.

Suelos: El suelo es un recurso de importancia fundamental como soporte para el desarrollo de las actividades primarias de la economía, determina de igual forma la calidad del asentamiento de la población, condiciona la aparición





de riesgos naturales y es la base física que determina las características de numerosos procesos naturales. Por consiguiente, su conservación y la correcta asignación para su aprovechamiento, en atención a las posibilidades que ofrezca son aspectos a tener en cuenta de manera prioritaria en todo proceso de planificación del desarrollo.

En el sur de Bolívar, los suelos se han desarrollado a partir de rocas plutónicas félsicas (cuarzodiorita, granodiorita y cuarzomonzonita) y volcánicas félsicas (riolita, riodacita), en las zonas de montaña, y a partir de sedimentos coluvioaluviales en los vallecitos.

Biodiversidad en Riesgo: Los ecosistemas constituyen la fuente vida natural en el que los diversos componentes que lo integran desempeñan un papel singular que aunque diferente, se interrelacionan de manera integral con el conjunto y con el que se condiciona el estado de equilibrio y permanencia de los mismos. En las zonas insulares el deterioro es constante por falta de una política ambiental definida y de protección de corales a causa de los desechos de miles de turistas que visitan la región.

Los rellenos no autorizados en zonas de manglar para realizar construcciones empeoran día a día el ecosistema causando permanentemente la muerte a miles de especies marinas.

La riqueza natural de la zona de desarrollo, es diversa pero no extensa. La fragilidad de los bosques debido al accionar constante de las actividades desarrolladas por la población de manera irracional, ha conllevado a que especies de flora y fauna, a demás de haberse extinguido, se les hayan atomizado sus áreas de vida. La extracción minera del sur de bolívar se realiza sin mayor control en la mayoría de las minas allí asentadas, causando contaminación con mercurio y cianuro en las vertientes que nacen en la serranía de San Lucas y en especial a la Ciénaga de Simiti, donde los niveles de contaminación sobrepasan los estándares permitidos.

Entre los factores causantes del deterioro ambiental progresivo de los ecosistemas se encuentran:

- Ampliación paulatina de la frontera agropecuaria. Las condiciones topográficas de la zona

que repercuten en la fertilidad y la productividad de los cultivos, obligan a la población a estar abriendo, a través de quema y la tala de bosques, espacios cada vez mayores en los bosques para sostenerse alimentaria y económicamente, con cultivos de pan coger y coca.

- El uso inadecuado de insumos agrícolas, como fertilizantes y plaguicidas, está conllevando a la contaminación de las fuentes de agua y la reducción de especies ictiófagas.

- El sistema de drenaje como la posa séptica y la deposición de residuos sólidos y líquidos a cielo abierto y en los humedales, caños y quebradas, han afectado las condiciones de salubridad en la población, con el padecimiento frecuente de enfermedades gastrointestinales.

- Las fumigaciones indiscriminadas con glifosato han alterado el equilibrio de los ecosistemas al devastar espacios de vegetación y contribuir a que las familias se desplacen hacia nuevas áreas de colonización ante la pérdida de sus cosechas y la fertilidad de los suelos.

De esta manera, las repercusiones negativas más reflejadas por la contaminación ambiental son la deforestación de amplias extensiones de boques, la erosión de los suelos y la consecuente disminución de los cauces de quebradas y caños y la sedimentación de las fuentes de agua.

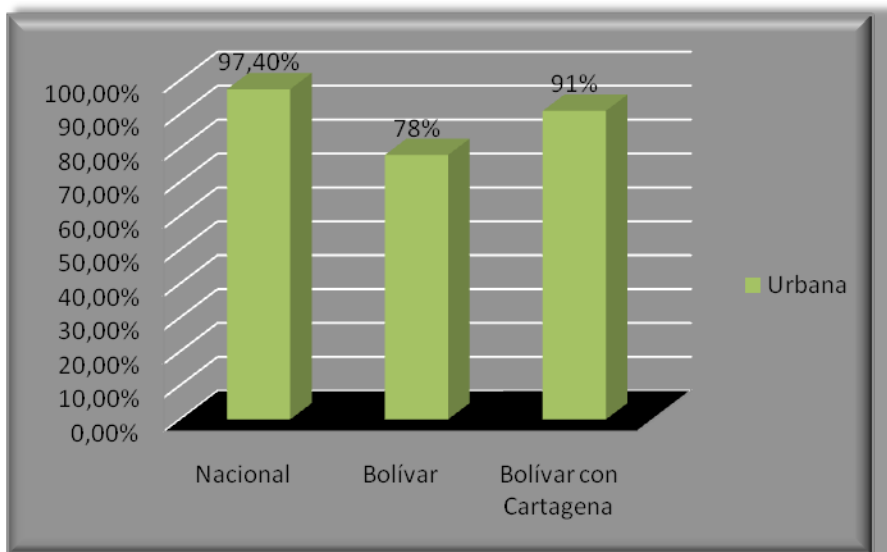
1.1.5.2. Ambiente Construido

Cobertura de agua, saneamiento básico, agua potable.

La situación presentada en el Departamento para el Sector, es de la mayor preocupación por la bajísima cobertura que presenta el servicio. En el gráfico al comparar el departamento de Bolívar con la Nación, tanto a nivel urbano como rural, podemos observar que Bolívar presenta grandes rezagos, ya que la Nación presenta una cobertura urbana de 97.4% y Bolívar sin incluir Cartagena 78% incluyendo a Cartagena 91%. En la parte rural es todavía más preocupante la situación ya que la cobertura de Bolívar es de 48% sin incluir Cartagena y 47% incluyendo Cartagena.



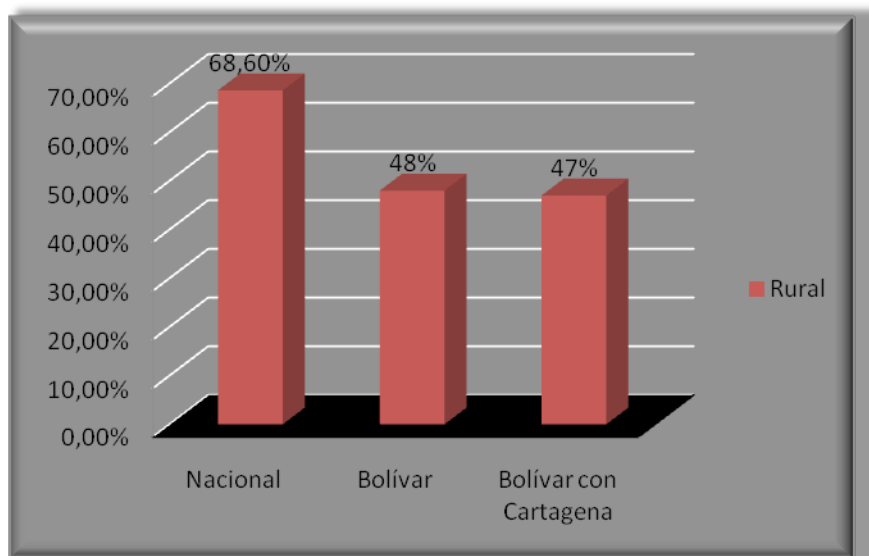
Grafica 9. Comparativo Departamento de Bolívar y la Nación a nivel Urbano.



Fuente: DANE y Estadísticas SAP y SB.

48

Grafica 10. Comparativo Departamento de Bolívar y la Nación a nivel Rural.



Fuente: DANE y Estadísticas SAP y SB.

Diagnostico del departamento en materia de servicios públicos.

El Departamento de Bolívar tiene un total de 377.165 viviendas ocupadas de las cuales 289.748 se encuentran ubicadas en áreas urbanas representando el 76% y el restante 24% se

encuentran ubicadas en áreas rurales. Con energía eléctrica cuentan 346.376 viviendas lo que indica que el 90% de ellas posee este servicio. El 98% de las viviendas urbanas poseen este servicio mientras que solo el 70% del área rural lo tienen.





Tabla 11. Cobertura de Servicios Públicos.

Departamentos y áreas	Viviendas ocupadas	Viviendas con Energía, acueducto y alcantarillado	Energía eléctrica		
			Total	SI	NO
13 Departamento de Bolívar	377,165	163,897	377,165	346,376	30,789
13 Cabecera	289,748	162,198	289,748	284,709	5,039
13 Resto	87,417	1,699	87,417	61,667	25,750

Fuente: Censo DANE 2005.

En cuanto al servicio de acueducto el 81% de las viviendas urbanas lo tienen mientras que solo el 36% de las viviendas rurales cuentan con este servicio. En cuanto al alcantarillado la situación es preocupante ya que solo el 2,3% de las viviendas rurales tienen este servicio y el 57% urbano si lo dispone.

Tabla 12. Cobertura de Acueducto, Alcantarillado y Gas Natural.

Departamentos y áreas	Acueducto			Viviendas sin Energía, acueducto ni alcantarillado	Gas Natural			
	Total	SI	NO		Total	SI	NO	No Informa
13 Departamento de Bolívar	377,165	267,615	109,550	27,377	377,165	217,197	158,869	1,099
13 Cabecera	289,748	235,936	53,812	3,135	289,748	210,337	78,866	545
13 Resto	87,417	31,679	55,738	24,242	87,417	6,860	80,003	554

Fuente: Censo DANE 2005.

Grafica 11. Coberturas de Alcantarillado.



Fuente: Censo DANE 2005.



Aseo: El servicio se presta en algunas cabeceras municipales mediante organizaciones informales las que arrojan una cobertura del 44.4%. En cuanto a la disposición final de residuos sólidos, en los municipios del Departamento de Bolívar, es la quema a cielo abierto. Sólo en los municipios de Turbana y San Cristóbal se realiza a través de rellenos sanitarios.

Calidad del agua.

La calidad adecuada del agua, se refleja en reducción de enfermedades como la diarrea o el cólera. La calidad óptima de agua para consumo humano y adecuados servicios de saneamiento básico son indispensables para reducir los índices de morbilidad y mortalidad, en especial de los niños y niñas y de los adultos mayores, contribuyendo así mismo al mejoramiento de la calidad

de vida y el bienestar general de la población. En sentido contrario, la escasez de agua potable y de buenos sistemas de saneamiento favorece la transmisión de enfermedades de origen hídrico y frenan el desarrollo económico y social. Sin lugar a dudas el agua potable es un factor determinante del derecho a la salud pública.

Se hace prioritario que en las poblaciones de Bolívar, se preste el servicio de agua potable con la suficiente cantidad y en condiciones de potabilidad, si no se tiene potabilidad adecuada, se mantiene la amenaza permanente sobre la salud, la alimentación y la vida del pueblo bolivarense, especialmente de la población infantil que es siempre la primera víctima del agua. A continuación, la tabla nos muestra la situación del departamento de Bolívar en cuanto a cumplimiento de potabilidad:

Tabla 13. Cumplimiento de potabilidad del Departamento de Bolívar.

Total municipios	Municipios que reportan	Municipios que cumplen	Cumplen biológico	Cumplen fisicoquímico	Cercanos a cumplir	Muy mala calidad
45	44	0	0		1	14

Fuente: Censo DANE 2005.

Ninguno de los 45 municipios de Bolívar toma agua potable, ya que no cumplen con la normatividad, solo un municipio, Turbana, está próximo a cumplir con la norma sobre agua potable. Esto significa que 602.529 personas toman agua no apta y de ellos, 113.677 (de 14 municipios) toman agua de muy mala calidad, 0% desde el punto de vista microbiológico. Como puede apreciarse, el departamento de Bolívar presenta una situación muy delicada desde el punto de vista de suministro de agua potable para sus habitantes.

Tabla 14. Suministro de agua potable para sus habitantes.

Departamentos y áreas	Viviendas ocupadas	Ener+Acue+Alc %	Energía	Alcantar %	Acueducto	Gas %
			%		%	
13 Departamento de Bolívar	377,165	43,0	91,0	44	70	57
13 Cabecera	289,748	55,0	98,0	57	81	72
13 Resto	87,417	19,4	70,0	2,3	36	8,0

Fuente: Censo DANE 2005.

Diagnostico del departamento en materia de servicios públicos.

Son muchos los factores que inciden en las bajísimas coberturas de prestación de los ser-

vicios y de prestación con buena calidad, pero institucionalmente son los siguientes:

1. El problema central consiste en la poca GESTION ADMINISTRATIVA ya que existen recursos asignados en el Sector a través de los Muni-





cipios, los cuales ameritan contar con coberturas de servicios en mayor porcentaje, debido a que las administraciones municipales han ignorado o utilizado ineficientemente los instrumentos disponibles para cumplir con el mandato legal que sobre ellas recae: el de asegurar la prestación eficiente de los servicios de agua potable y sanea-

miento básico en sus territorios.

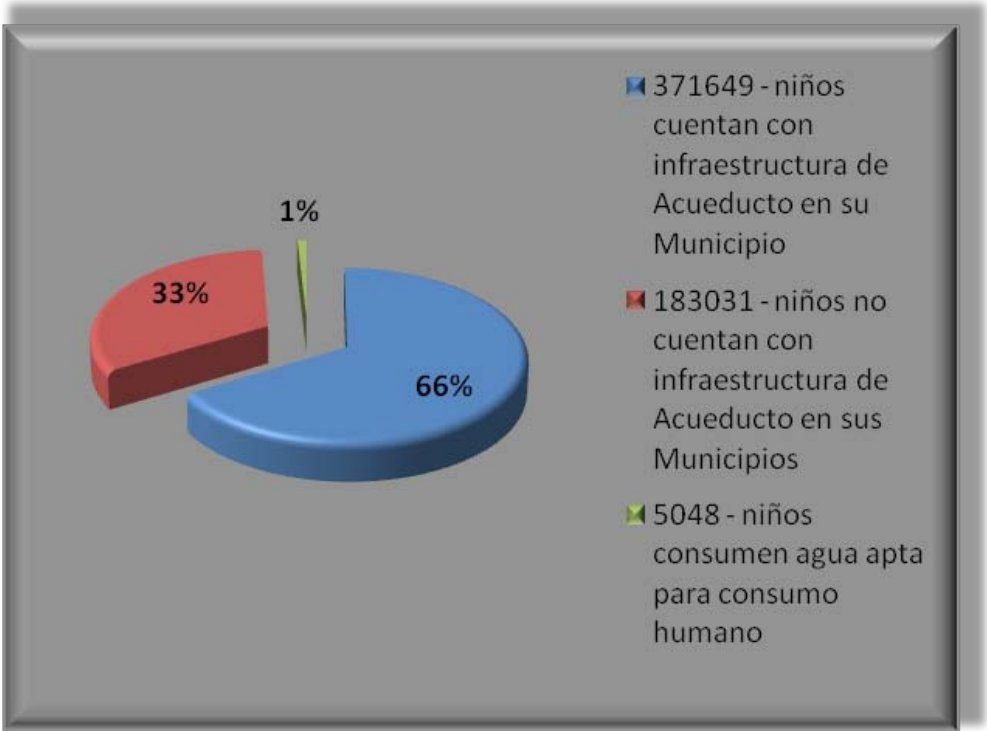
2. La administración de las Empresas es deficiente, solo 4 Empresas están legalmente conformadas y ajustadas a la Ley 142/96, 12 se encuentran en procesos de Modernización Empresarial y 25 requieren ser ajustadas a las normas vigentes establecidas para el sector.

Tabla 15. Cobertura de servicios públicos en el departamento.

Población Objetivo (0-17 años)	Cobertura Acueducto	Cobertura Alcantarillado	Cobertura Aseo	Calidad del Agua
559.728	78%	18%	44.4%	Solo un Municipio suministra agua apta para consumo humano

Fuente: DANE y Estadísticas SAP y SB.

Grafica 12. Proporción de niños cuentan con infraestructura de acueducto.



Fuente: Secretaria agua potable departamental.



Los recursos necesarios para lograr llevar a un 100% de cobertura los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo para los Municipios en Bolívar son los siguientes:

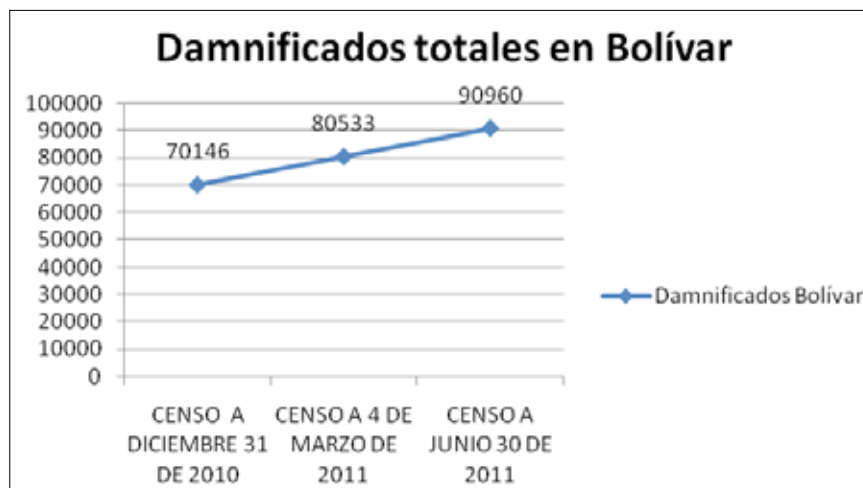
Tabla 16. Valor de inversión para cobertura de servicios públicos.

AREA	VALOR INVERSIONES	%
ACUEDUCTO	\$ 61.000.954.875	33%
ALCANTARILLADO	\$ 306.614.577.391	63%
ASEO	\$ 16.717.800.000	3%
TOTAL	\$ 484.333.332.266	100%

Fuente: Secretaria agua potable departamental.

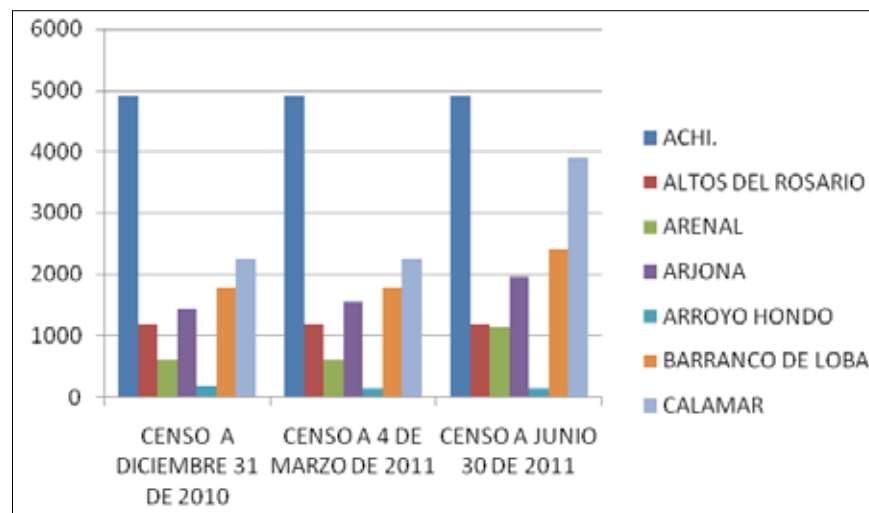
1.1.5.3. Ola Invernal.

Grafica 13. Total Damnificados en Bolívar.



Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.

Grafica 14. Familias afecta por la ola invernal.

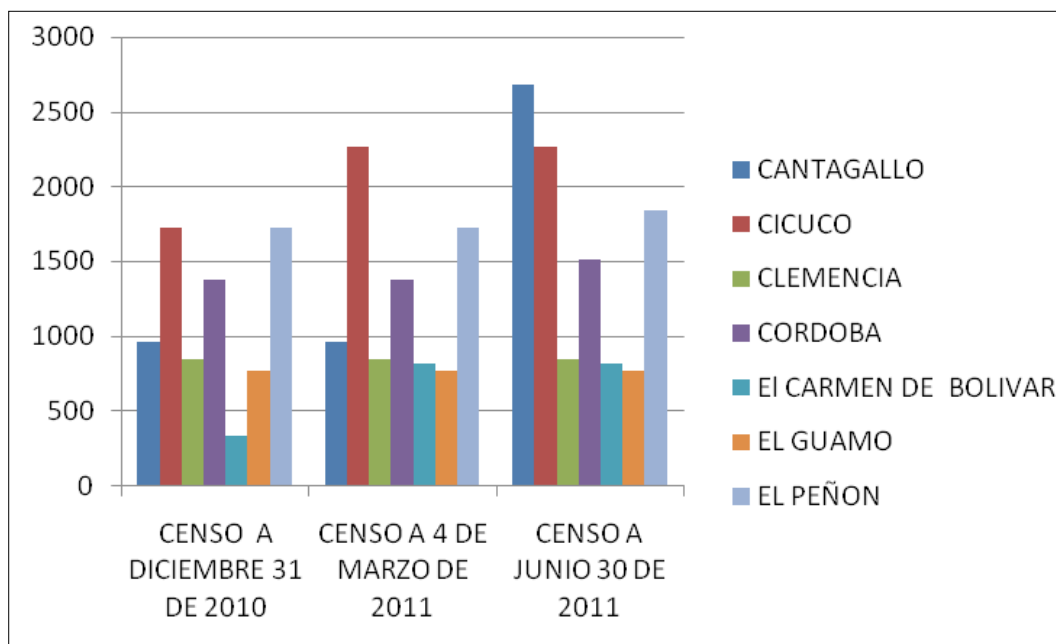


Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.



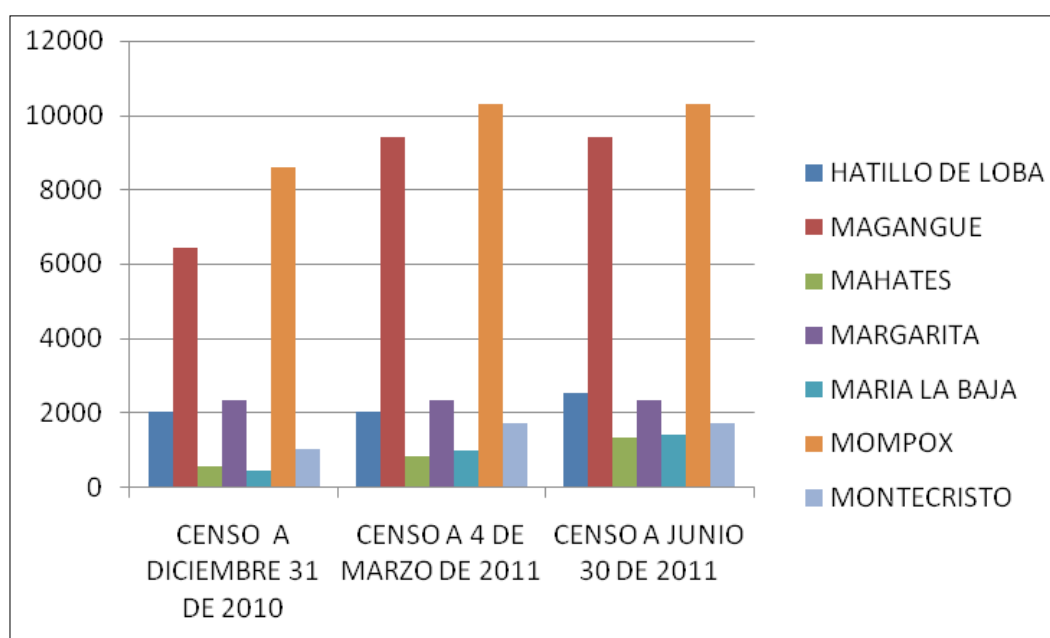


Grafica 15. Familias afecta por la ola invernal.



Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.

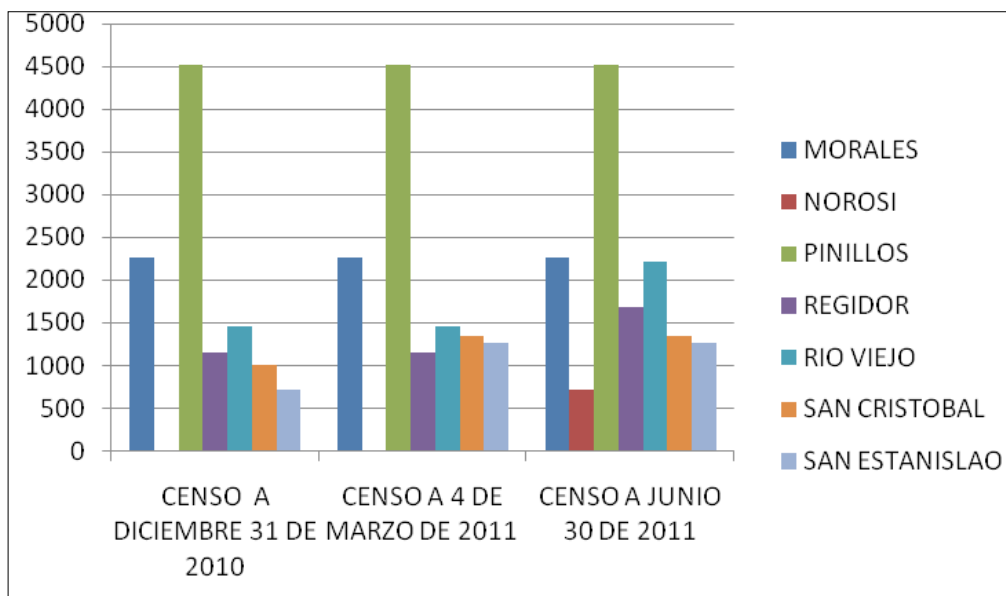
Grafica 16. Familias afecta por la ola invernal.



Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.



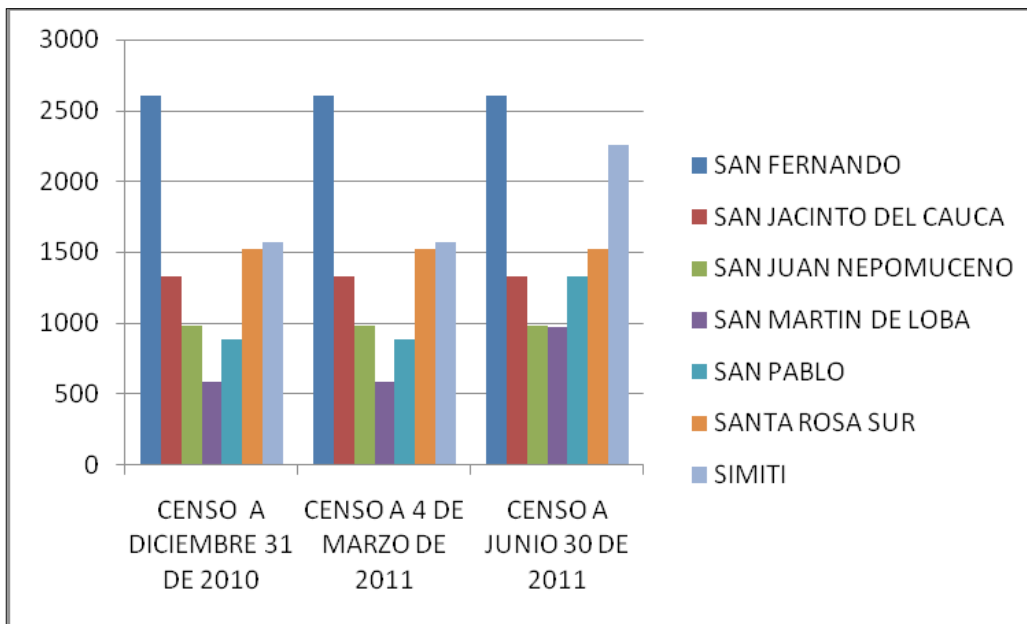
Grafica 17. Familias afecta por la ola invernal.



Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.

54

Grafica 18. Familias afecta por la ola invernal.

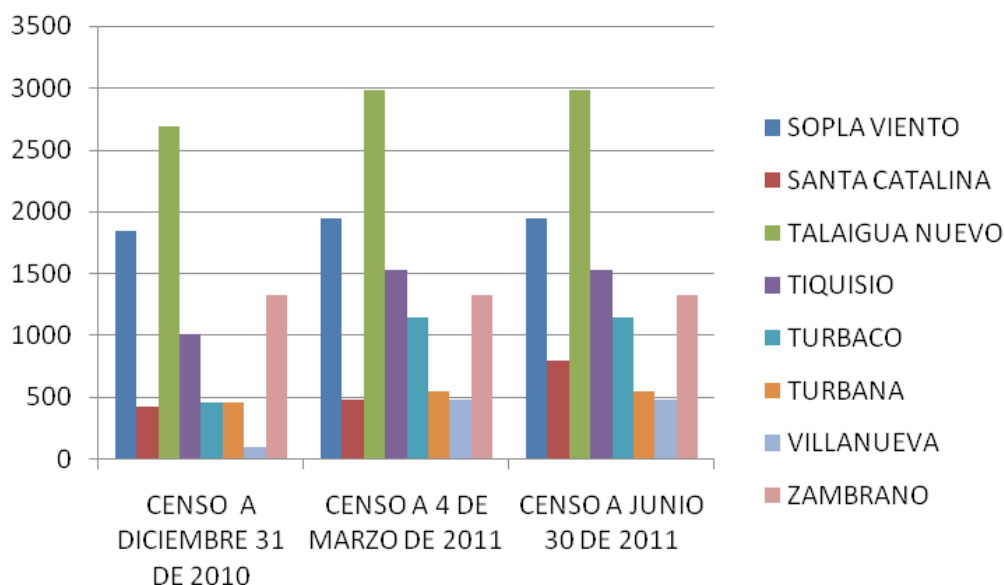


Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.





Grafica 19. Familias afecta por la ola invernal.



Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.

Tabla 17. Niños, niñas, adolescentes y jóvenes afectados por la ola invernal.

0-5 AÑOS			
MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
CARTAGENA	103,238	52,626	50,612
ACHI	2,774	1,419	1,355
ALTOS DEL ROSARIO	1,739	891	848
ARENAL	2,623	1,349	1,274
ARJONA	8,589	4,368	4,221
ARROYOHONDO	1,279	666	613
BARRANCO DE LOBA	2,658	1,356	1,302
CALAMAR	3,005	1,567	1,438
CANTAGALLO	1,115	570	545
CICUCO	1,460	747	713
CORDOBA	1,897	973	924
CLEMENCIA	1,737	897	840
CARMEN DE BOLIVAR	10,550	5,425	5,125
EL GUAMO	901	459	442
EL PEÑON	1,319	678	641
HATILLO DE LOBA	1,876	962	914
MAGNAGUE	16,080	8,225	7,855
MAHATES	3,128	1,595	1,533
MARGARITA	1,302	664	638



0-5 AÑOS

MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
MARIA LA BAJA	6,885	3,528	3,357
MONTECRISTO	2,743	1,403	1,340
MONPOS	5,837	2,975	2,862
MORALES	2,841	1,454	1,387
NOROSI	805	421	384
PINILLOS	3,879	1,986	1,893
REGIDOR	1,548	791	757
RIO VIEJO	2,588	1,316	1,272
SAN CRISTOBAL	749	383	366
SAN ESTANISLAO	2,207	1,123	1,084
SAN FERNANDO	1,919	988	931
SAN JACINTO	2,495	1,277	1,218
SAN JACINTO DEL CAUCA	1,817	925	892
SAN JUAN NEPOMUCENO	3,916	2,011	1,905
SAN MARTIN DE LOBA	2,449	1,246	1,203
SAN PABLO	4,251	2,149	2,102
SANTA CATALINA	1,821	927	894
SANTA ROSA	2,899	1,480	1,419
SANTA ROSA DEL SUR	5,898	3,035	2,863
SIMITI	3,081	1,570	1,511
SOPLAVIENTO	918	467	451
TALAIGUA NUEVO	1,634	841	793
TIQUISIO	3,442	1,755	1,687
TURBACO	7,430	3,781	3,649
TURBANA	2,088	1,066	1,022
VILLANUEVA	2,444	1,251	1,193
ZAMBRANO	1,522	778	744
TOTAL	247,376	126,364	121,012



6-12 AÑOS

MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
CARTAGENA	125,529	63,073	62,456
ACHI	3,218	1,649	1,569
ALTOS DEL ROSARIO	1,929	1,006	923
ARENAL	3,053	1,633	1,420
ARJONA	10,300	5,232	5,068
ARROYOHONDO	1,523	796	727
BARRANCO DE LOBA	2,925	1,480	1,445
CALAMAR	3,591	1,877	1,714





CANTAGALLO	1,326	680	646
CICUCO	1,713	878	835
CORDOBA	2,164	1,130	1,034
CLEMENCIA	2,078	1,094	984
CARMEN DE BOLIVAR	11,887	6,190	5,697
EL GUAMO	1,064	553	511
EL PEÑON	1,471	774	697
HATILLO DE LOBA	2,063	1,075	988
MAGNAGUE	18,645	9,553	9,092
MAHATES	3,659	1,864	1,795
MARGARITA	1,528	773	755
MARIA LA BAJA	7,865	4,114	3,751
MONTECRISTO	3,060	1,589	1,471
MONPOS	6,842	3,453	3,389
MORALES	3,283	1,690	1,593
NOROSI	1,056	548	508
PINILLOS	4,205	2,187	2,018
REGIDOR	1,723	881	842
RIO VIEJO	2,810	1,443	1,367
SAN CRISTOBAL	913	487	426
SAN ESTANISLAO	2,381	1,237	1,144
SAN FERNANDO	3,089	1,598	1,491
SAN JACINTO	2,035	1,024	1,011
SAN JACINTO DEL CAUCA	2,035	1,024	1,011
SAN JUAN NEPOMUCENO	4,657	2,367	2,290
SAN MARTIN DE LOBA	2,681	1,346	1,335
SAN PABLO	4,816	2,314	2,502
SANTA CATALINA	2,007	1,029	978
SANTA ROSA	3,314	1,694	1,620
SANTA ROSA DEL SUR	7,020	3,563	3,457
SIMITI	3,422	1,747	1,675
6-12 AÑOS			
MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
SOPLAVIENTO	1,161	588	573
TALAIGUA NUEVO	1,865	978	887
TIQUISIO	3,820	1,971	1,849
TURBACO	9,388	4,736	4,652
TURBANA	2,349	1,202	1,147
VILLANUEVA	2,859	1,455	1,404
ZAMBRANO	1,766	925	841
TOTAL	292,088	148,500	143,588



13-17 AÑOS

MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
CARTAGENA	89,758	45,390	44,368
ACHI	2,277	1,167	1,110
ALTOS DEL ROSARIO	1,359	723	636
ARENAL	1,984	1,049	935
ARJONA	7,239	3,806	3,433
ARROYOHONDO	1,028	543	485
BARRANCO DE LOBA	2,024	1,079	945
CALAMAR	2,417	1,277	1,140
CANTAGALLO	911	471	440
CICUCO	1,218	623	595
CORDOBA	1,515	794	721
CLEMENCIA	1,446	772	674
CARMEN DE BOLIVAR	8,284	4,321	3,963
EL GUAMO	746	393	353
EL PEÑON	1,009	545	464
HATILLO DE LOBA	1,450	769	681
MAGNAGUE	13,192	6,764	6,428
MAHATES	2,552	1,344	1,208
MARGARITA	1,140	579	561
MARIA LA BAJA	5,450	2,868	2,582
MONTECRISTO	2,139	1,134	1,005
MONPOS	5,080	2,573	2,507
MORALES	2,358	1,233	1,125
NOROSI	642	366	276
PINILLOS	2,890	1,547	1,343
REGIDOR	1,054	553	501
RIO VIEJO	1,691	915	776
SAN CRISTOBAL	669	345	324

13-17 AÑOS

MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
SAN ESTANISLAO	1,624	811	813
SAN FERNANDO	1,487	797	690
SAN JACINTO	2,359	1,224	1,135
SAN JACINTO DEL CAUCA	1,313	679	634
SAN JUAN NEPOMUCENO	3,483	1,795	1,688
SAN MARTIN DE LOBA	1,868	949	919
SAN PABLO	3,106	1,547	1,559
SANTA CATALINA	1,404	719	685
SANTA ROSA	2,187	1,139	1,048





MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
SANTA ROSA DEL SUR	4,401	2,386	2,015
SIMITI	2,111	1,102	1,009
SOPLAVIENTO	846	434	412
TALAIGUA NUEVO	1,281	687	594
TIQUISIO	2,494	1,339	1,155
TURBACO	6,839	3,504	3,335
TURBANA	1,429	735	694
VILLANUEVA	1,996	1,030	966
ZAMBRANO	1,382	728	654
TOTAL	205,132	105,548	99,584

18-26 AÑOS			
MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
CARTAGENA	153,469	75,990	77,479
ACHI	3,419	1,735	1,684
ALTOS DEL ROSARIO	2,067	1,102	965
ARENAL	2,676	1,454	1,222
ARJONA	10,372	5,340	5,032
ARROYOHONDO	1,474	789	685
BARRANCO DE LOBA	2,589	1,422	1,167
CALAMAR	3,472	1,854	1,618
CANTAGALLO	1,287	651	636
CICUCO	1,793	907	886
CORDOBA	2,159	1,116	1,043
CLEMENCIA	2,066	1,110	956
CARMEN DE BOLIVAR	10,906	5,763	5,143
EL GUAMO	1,231	676	555
EL PEÑON	1,450	790	660
HATILLO DE LOBA	2,015	1,106	909
18-26 AÑOS			
MUNICIPIO	TOTAL/MCPIO	H	M
MAGNAGUE	19,809	10,050	9,759
MAHATES	3,728	1,977	1,751
MARGARITA	1,589	813	776
MARIA LA BAJA	7,763	4,062	3,701
MONTECRISTO	3,237	1,722	1,515
MONPOS	7,095	3,652	3,443
MORALES	3,055	1,648	1,407
NOROSI	799	485	314
PINILLOS	3,823	2,101	1,722
REGIDOR	1,321	705	616



MUNICIPIO	TOTAL/MCIIPIO	H	M
RIO VIEJO	2,470	1,383	1,087
SAN CRISTOBAL	1,048	515	533
SAN ESTANISLAO	2,508	1,334	1,174
SAN FERNANDO	2,277	1,229	1,048
SAN JACINTO	3,313	1,725	1,588
SAN JACINTO DEL CAUCA	1,848	1,033	815
SAN JUAN NEPOMUCENO	5,215	2,743	2,472
SAN MARTIN DE LOBA	2,646	1,383	1,263
SAN PABLO	4,468	2,312	2,156
SANTA CATALINA	1,926	982	944
SANTA ROSA	3,166	1,679	1,487
SANTA ROSA DEL SUR	5,665	3,007	2,658
SIMITI	2,640	1,403	1,237
SOPLAVIENTO	1,286	657	629
TALAIGUA NUEVO	1,893	1,017	876
TIQUISIO	3,321	1,906	1,415
TURBACO	10,364	5,328	5,036
TURBANA	2,027	1,035	992
VILLANUEVA	2,874	1,457	1,417
ZAMBRANO	1,782	953	829
TOTAL	317,401	162,101	155,300

Fuente: Secretaria Interior. Oficina de Prevención y Atención de Desastres – Crepad Gobernación de Bolívar.

1.2. GASTO PÚBLICO.

El Departamento de Bolívar suscribió en 2.001 un Acuerdo de Reestructuración de Pasivos mediante el cual reestructuró obligaciones por \$140.000 millones, las cuales de acuerdo con las condiciones pactadas con los acreedores se debían cancelar entre la suscripción del Acuerdo y el año 2.010. Durante la vigencia 2005 se realizó por primera vez una modificación al Acuerdo de Reestructuración de Pasivos, por el incremento en la estructura de gastos, principalmente en asumir la financiación de las mesadas pensionales de la Industria Licorera de Bolívar y la inclusión de acreencias post acuerdos.

A finales de 2008 se realizó una segunda modificación donde se incluyeron obligaciones por la suma de \$206.766 millones de pesos, representadas principalmente por reajustes pensionales, obligaciones con prestadores de servicios de salud, pasivos labo-

rales de empresas descentralizadas en liquidación y pasivos de cuotas partes pensionales.

El informe que se presenta a continuación es un avance de la ejecución de los pagos de acreencias desde el inicio del acuerdo en diciembre de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2010. A pesar de los inconvenientes, sobre todo en la depuración de las acreencias de los prestadores de servicios de salud y cuotas partes pensionales, a esta fecha se presenta un avance importante en el cumplimiento de los pagos de acuerdo a lo establecido en la segunda Modificación del Acuerdo de Reestructuración de Pasivos.

Pagos Acreencias

Desde el diciembre de 2008, fecha de inicio del la segunda modificación del Acuerdo de Reestructuración de Pasivos (ARPM2) hasta diciembre 31 del 2010, se ha cancelado la suma de \$ 104.139 millones, discriminados así:





Tabla 18. Pagos Totales acreencias ARPM2.

GRUPO	Valor Reestructurado	Depuraciones Des.	acreencia total	Pagos acum. a dic 2010	Saldo por pagar	% Cump.
Grupo No. 1 - Laborales	39.442		39.442	34.334	5.108	87%
Grupo No. 2 - Entidades Públicas y de Seg. Social	157.367		157.367	68.467	88.889	44%
Grupo No. 3 - Entidades Financieras	476	-95	381	381	0	100%
Grupo No. 2 - Otros Acreedores	9.491		9.491	957	8.534	10%
TOTAL	206.776	4.119	206.670	104.139	102.531	

Fuente: Coordinación Área Tesorería.

Grupo No 1- Laborales.

En el grupo de laborales y pensiones se ha cancelado la suma de \$34.334 millones que representa el 87% del total de las acreencias. En este grupo se ha aumentado el valor de las acreencias, teniendo en cuenta que al Instituto de Seguro Social se le ha cancelado por concepto de bonos pensionales un mayor valor (\$3.184 millones) que el establecido en el inventario inicial de acreencias (\$12.311 millones). El pago al instituto de seguro social representa 37% de la acreencia total.

En el Anexo No 1-Pagos acreencias laborales, se detallan los pagos y depuraciones por cada uno de los acreedores. Donde también se detallan Saldos por pagar acreencias laborales, están representados por reajustes pensionales (caso Santamaría), los cuales están congelados por el fallo de la corte constitucional, con respecto al embargo del impuesto al consumo de cerveza; las acreencias de los empleados aforados de la lotería de Bolívar en liquidación y las cesantías re- troactivas del Sector Salud.

Grupo No 2- Entidades Públicas y de Seguridad Social.

El inventario inicial de acreencias de este grupo se estableció en la suma de \$157.367, de los cuales se han cancelado \$68.467 millones de pesos, desde el inicio del ARPM2, hasta febrero de 2011.

Prestadores de servicio de salud.

El total de acreencias de este grupo ascendió a la suma de \$ 56.051 millones, de los cuales se ha cancelado \$ 40.516 millones, que representa el 60% de las acreencias. (Ver Anexo). En el valor pagado se incluye la suma de \$5.780 millones realizada al Hospital Universitario del Caribe mediante Resolución 530.

Desde el diciembre de 2008, fecha de inicio del la segunda modificación del Acuerdo de Reestructuración de Pasivos (ARPM2) hasta febrero del 2011, el valor de auditorías definitivas enviadas por el Agente Interventor ascendió a la suma de \$44.925, millones, distribuida en 43 prestadores de servicios mayores de 200 millones; de los cuales se le han realizado pagos a todos, y 91 menores de 200 millones.

Tabla 19. Pagos Totales acreencias ARPM2 – Prestadores de Servicios Mayores de 200 millones.

PRESTADOR DE SERVICIO	AUDITORIA FINAL SALUD	CANCELADO	SALDO
TOTAL	41.435.554.166,00	37.810.631.089	

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.



Tabla 20. Pagos Totales acreencias ARPM2 – Prestadores de Servicios Menores de 200 millones.

PRESTADOR DE SERVICIO	AUDITORIA FINAL SALUD	CANCELADO	SALDO
TOTAL	3.489.816.225,00	2.376.304.797,70	1.113.511.427

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

De las 134 auditorías definitivas de los prestadores de servicios de salud, enviadas a la Secretaria de Hacienda Departamental para su trámite de pago, ocho de ellas presentaron saldos negativos, teniendo en cuenta que los pagos previamente realizados son mayores que la auditoria definitiva.

Tabla 21. Prestadores auditorias definitivas-Saldos negativos.

CANT.	PRESTADOR DE SERVICIO	AUDITORIA FINAL SALUD	CANCELADO	SALDO
1	CENTRO DE CIRUGIA LA-SER OCULAR	114.084.584,00	181.225.207	-67.140.623,10
2	CLINICA MATERNIDAD RAFAEL CALVO	2.774.950.812,00	3.303.570.942	-528.620.130,00
3	ESE HOSPITAL MONTECARMELO	130.608.784,00	518.332.331	-387.723.547,48
4	ESE HOSPITAL REGIONAL DEL MAGDALENA MEDIO	133.512.316,00	163.280.053	-29.767.736,60
5	ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE MOMPOX	124.665.252,00	214.442.981	-89.777.729,40
CANT.	PRESTADOR DE SERVICIO	AUDITORIA FINAL SALUD	CANCELADO	SALDO
6	ESE HOSPITAL SAN JUDAS TADEO	26.608.050,00	465.044.197	-438.436.146,92
7	FUNDACION CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	52.013.846,00	182.872.436	-130.858.590,00
8	HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL	18.817.488,00	222.737.510	-203.920.021,71
TOTAL		3.375.261.132	5.251.505.657	-1.876.244.525

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

De acuerdo con los informes de auditoría definitiva presentados por el agente interventor, sumadas a los valores de acreencias por conciliar, se obtendría un valor definitivo de acreencias por pagar por la suma de \$44.925 millones de pesos, de tal forma que al confrontarlo con el valor inicial de acreencias (\$56.051 millones) se esperaría un aho-

rrero en pagos de acreencias de prestadores de servicios de salud por la suma de \$11.126 millones.

Cuotas partes pensionales.

El inventario de acreencias por concepto de cuotas partes pensionales ascendió a la suma de \$ 67.024 millones, representando el 43% de to-





tal de acreencias del grupo No 2. En este grupo se ha cancelado \$ 25.020 millones correspondientes a entidades que firmaron acuerdo.

Tabla 22. Pagos Cuotas partes pensionales entidades con acuerdo.

ACREEDOR	Vr Inv acreencias	Total Pagos	Dif acree -pagos
ALCALIS DE COLOMBIA	603	392	211
CAPRECOM	8.453	1.956	60.497
EMPRESA DE LOTERIAS Y APUESTAS PERMANENTES DEL ATLANTICO	21	5	16
FONPRECON	9.999	5.930	4.068
GOBERNACION DE SUCRE	395	66	329
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIAL -	5.107	1.706	3.400
MUNICIPIO DE MEDELLIN	9	1	9
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	20.371	14.930	5.442
TOTAL	44.957	25.020	19.937

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

El mayor pago se encuentra en cabeza de la Universidad de Cartagena por valor \$14.930 millones, incluyendo en este la dación en pago del edificio del Hospital San Pablo por la suma de \$12.000 millones de pesos. Las entidades que no firmaron acuerdo se encuentran en proceso de depuración. Ver Anexo 5 – Cuotas partes pensionales-Totales

Las cuotas partes pensionales de la vigencia 2009, se cancelaran con liberación de recursos de

recursos de tesorería, principalmente en el proceso de depuración de la cuenta de jubilados y pensionados.

Concurrencia pensional Universidad de Cartagena.

Por concepto de concurrencia pensional de ley 30 de 1993, se ha cancelado las de \$14.153, cumpliendo con lo establecido en el ARPM2.

Tabla 23. Pagos Cuotas partes pensionales entidades con acuerdo.

ACREEDOR	Vr Inv. acreencias	Total Pagos	Dif acree -pagos
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	21.774	14.153	7.621

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

Régimen Subsidiado.

En relación a las obligaciones de transferencia por concepto del Régimen Subsidiado, las acreencias totales ascienden a la suma de \$3.429,10 millones de los

cuales se han efectuado pagos por valor de \$3.220 millones de pesos correspondientes al 9% del valor total de las acreencias, faltando por pagar \$216 millones de pesos que corresponden a los siguientes municipios:

Tabla 24. Acreencias por pagar.

CANT	ACREEDOR	Vr Inv acreencias	Total Pagos	Dif acre -pagos
11	HATILLO DE LOBA	20.675.270	20.675.270	0
13	EL CARMEN DE BOL.	125.673.598	0	125.673.598
33	SAN PABLO	39.884.157	15.953.662	23.930.495
35	SANTA ROSA DE LIMA	22.358.981	0	22.358.981
37	SIMITI	42.358.461	0	42.358.461
44	ZAMBRANO	11.073.760	8.859.008	2.214.752
	TOTAL	262.024.228	45.487.940	216.536.287

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.



Contratos Tripartitos.

Las acreencias por concepto de transferencias tripartitas ascienden a la suma de \$1.000

millones de pesos, los cuales no se han cancelado por que se encuentran en estudio de prescripción.

Tabla 25. Contratos Tripartitos \$ millones.

CANT	ACREEDOR	Vr Inv acreencias	Total Pagos	Dif acre -pagos
1	AMBUQ	30,33	0,00	30,33
2	CAPRECOM	162,36	0,00	162,36
3	COMCAJA	45,23	0,00	45,23
4	COMFAMILIAR	25,08	0,00	25,08
5	COOPESALUD	12,66	0,00	12,66
6	EMDISALUD	20,44	0,00	20,44
7	ES+SALUD	56,94	0,00	56,94
8	NACER	187,81	0,00	187,81
9	SABANA DE TORRES	118,83	0,00	118,83
10	SALUCOSTA	33,73	0,00	33,73
11	SALUDCOOP	133,16	0,00	133,16
12	UNIMEC	173,76	0,00	173,76
	TOTAL	1.000,33	0,00	1.000,33

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

Otros Acreedores – Grupo 2.

Las acreencias por concepto ascienden a la suma de \$10.307 millones de pesos, los cuales no se han cancelado \$ 5.113 millones. El saldo por pagar corresponde a las acreencias del embargo realizado por el

seguro social a la Secretaria de Educación, el cual se han requerido los soportes y no han sido suministrados. La acreencia de FINDETER, se ejecuta de acuerdo con la certificación de ejecución de desplazados con ingresos corrientes de libre destinación.

Tabla 26. Otros acreedores – Grupo 2.

ACREEDOR	Vr Inv acreencias	Total Pagos	Saldo Total Acreencia - Pago
COLDEPORTES	80	80	0
FINDETER	1.931	75	1.856
HOSPITAL UNIVERSITARIO EN LIQUIDACION	833	833	0
HOSPITAL UNIVERSITARIO EN LIQUIDACION	658	658	0
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES	3.338	0	3.338
TESORERIA DEPARTAMENTAL	1.303	1.303	0
TESORERIA DEPARTAMENTAL	400	400	0
TESORERIA DEPARTAMENTAL	1.544	1.544	0
TESORERIA DEPARTAMENTAL	220	220	0
TOTAL	10.307	5.113	5.194

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.





Grupo No 3- Entidades Financieras.

Este grupo está conformado por el BANCO TEQUENDAMA-CESIÓN NEGOCIOS ESPECIALES ROHAM S.A., quien tenía acreencias por la suma de \$476 millo-

nes de pesos, sobre esta suma se realizó un acuerdo de condonación por valor de \$95 millones de pesos, quedando como saldo final la suma de \$381 millones de pesos, los cuales se cancelaron en su totalidad.

Tabla 27. Contratos Tripartitos \$ millones.

ACREEDOR	Vr Inv acreencias	Acuerdo condonación	Acreencia definitiva	Total Pagos
BANCO TEQUENDAMA - CESIÓN NEGOCIOS ESPECIALES ROHAM S.A.	476	95	381	381

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

Grupo No 4- Otros acreedores.

Las acreencias de este grupo ascienden a la suma de \$9.491 millones de pesos, de los cuales se han cancelado la suma de \$957 millones de pesos. El saldo por pagar asciende a la suma de \$8.534 millones de pesos que corresponden en su mayoría a los Créditos 5ª Clase Hospitales. Para la ejecu-

ción de estos recursos y se requiere determinar los saldos de pasivos una vez se hallan agotados los recursos aportados por la Nación y el Departamento de Bolívar. Se han realizado esfuerzo para ubicar el representante legal de de la Fiduciaria Alianza para solicitar el número de cuenta para la consignación de su acreencia, lo cual no ha sido posible.

Tabla 28. Otros acreedores \$ millones.

CANT	ACREEDOR	Vr Inv. acreencias	Total Pagos	Saldo
1	PARROQUIA SANTA ROSA DEL SUR	57	57	0
2	CECOM	899	899	0
3	CREDITOS 5a CLASE HOSPITALES	8.500	-	8.500
4	FIDUCIARIA ALIANZA	34	-	34
	TOTAL	9.491	957	8.534

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

Indicadores de Referencia.

Tabla 29. Temas e indicadores trazadores. Gasto Público Social. Indicadores de referencia.

TEMA	INDICADOR
INDICADORES DE REFERENCIA	Gasto publico social (GPS) como prioridad macroeconómica.
	Gasto Publico Social (GPS) per cápita
	Gasto Publico Social (GPS) como prioridad fiscal.

Fuente: Adaptación “indicadores básicos para hacer medición y seguimiento al gasto público social en los Departamentos.

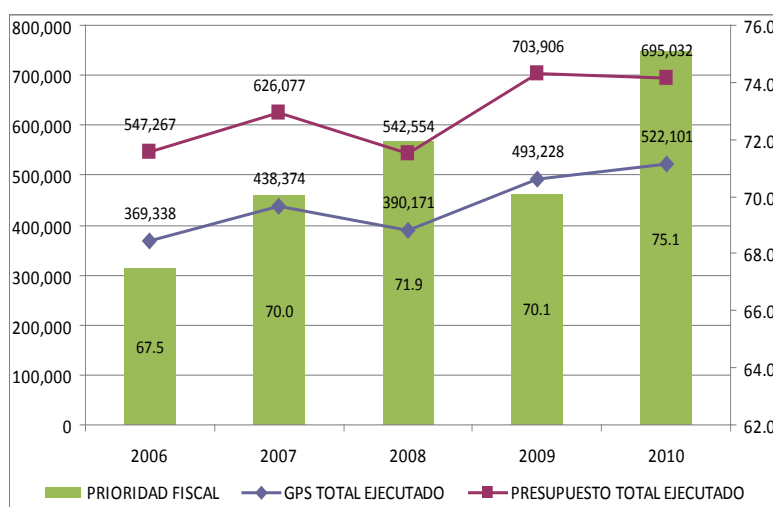


Prioridad fiscal del Gasto Publico Social (GPS) Ejecutado.

El Departamento en los cinco años de análisis (2006-2010) evidencia que no sólo en sus planes de desarrollo, sino desde las apropiaciones presupuestales iniciales ha dado prioridad al gasto público social pasando del 67.5% en el primer año y manteniendo una constante del 70%

en el resto del período, de manera consecuente con el crecimiento de los ingresos. La inversión realizada por el Departamento de Bolívar ha ido en aumento al pasar en 2006 de \$ 369.338 millones de pesos constantes de 2010 a \$ 522.101 millones de pesos constantes a 2010 en este último año, donde el Gasto Publico Social alcanzo el 75% frente al total presupuesto.

Grafica 20. Prioridad fiscal del GPS ejecutado.



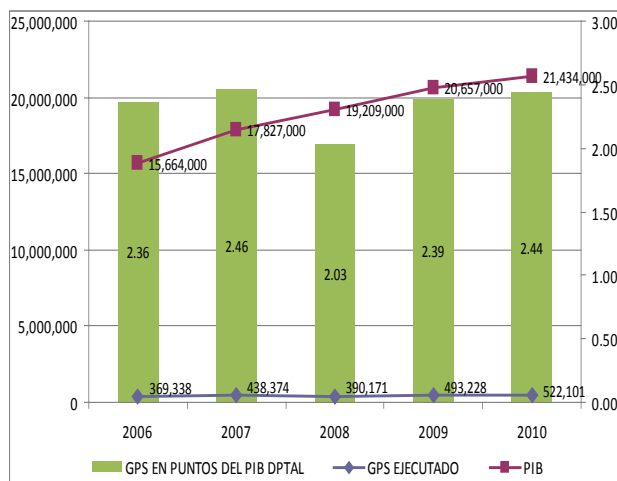
Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

Prioridad macroeconómica del Gasto Publico Social del Departamento (GPS).

El Producto Interno Bruto de Bolívar ha pasado de 15 Billones de pesos Corrientes en 2006

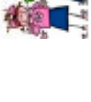
a 21 billones de pesos corrientes en 2010. El Gasto Publico Social Ejecutado se ha mantenido con un promedio del 2,3% de participación del PIB, notándose un aumento leve en 2010 con un 2,44% de participación.

Grafica 21. Prioridad macroeconómica del GPS del departamento.



Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.





Gasto Publico Social (GPS) Per – cápita.

El Gasto Publico social percápita en Bolívar ha ido aumentando significativamente al pasa de \$194.600 pesos en 2006 a \$ 263.700 en 2010. En la grafica observamos el comportamiento en el periodo en mención.

Tabla 30. GPS Percapita.

GPS PERCAPITA	CONSTANTES			(Millones de Pesos constantes del 2010)	
	2006	2007	2008	2009	2010
GPS EJECUTADO	369,338	438,374	390,171	493,228	522,101
POBLACION DANE	1,897,658	1,917,112	1,937,316	1,958,224	1,979,781
GPS PERCAPITA	0.1946	0.2287	0.2014	0.2519	0.2637

Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

1.2.1. Prioridad del Gasto Publico Social Primera infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud en GPS.

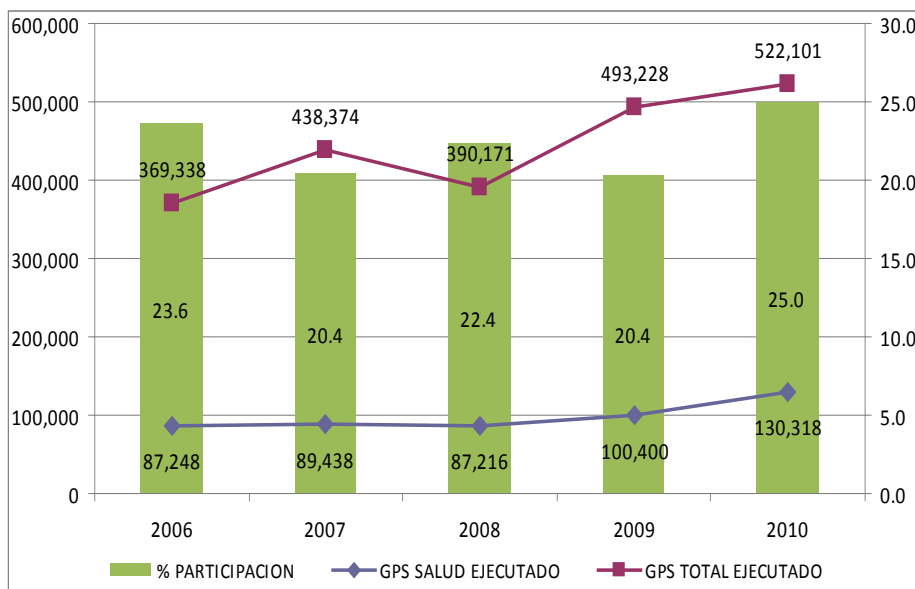
Gasto Público Social (GPS) en Salud.

La inversión del gasto Público Social en salud

es considerada la segunda más importante después de Educación, manteniendo un promedio creciente del 23,6% al 25% en el periodo 2006 al 2010. Así mismo las inversiones realizadas en este sector han ido en aumento significativo al pasar de \$ 87.248 millones de pesos en 2006 a \$ 130.318 millones de pesos constantes en 2010.



Grafica 22. GPS en Salud.



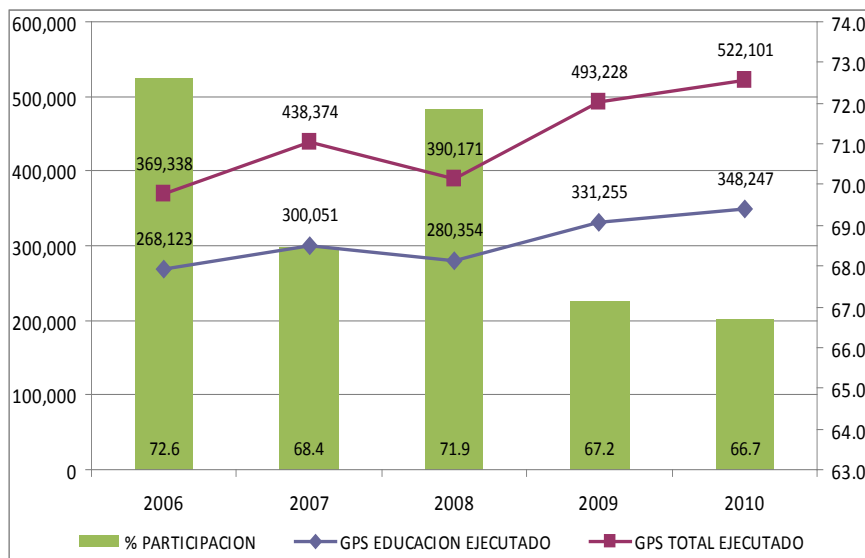
Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

68

Participación del gasto en Educación para la Primera infancia, Infancia, Adolescencia y Juventud en GPS.

La inversión en educación es considerada la de mayor importancia y participación dentro del Gasto público social- GPS, con un promedio del 70%, notándose disminuciones en los 2 últimos años de la serie, situaciones dadas por el aumento significativo de la deserción escolar y del aumento considerable de la ola invernal, la cual ha obligado a desplazar poblaciones afectadas a otros municipios y a utilizar escuelas como albergues.

Grafica 23. Educación en el GPS.



Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

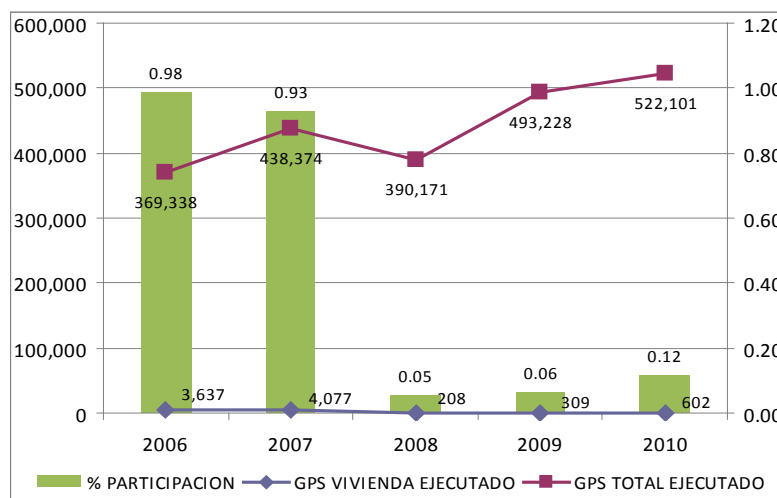




Participación del gasto en Vivienda en el GPS.

La prioridad del Gasto Publico Social en Vivienda se ha caracterizado por ser bajo en todo el periodo en mención, donde escasamente llega al 1% de participación del GPS. El Departamento hace esfuerzos en la actualidad en avanzar en nuevos y significativos proyectos a raíz de la pasada ola invernal y los resultados se apreciarán en las próximas rendiciones de cuentas.

Grafica 24. Vivienda en el GPS.

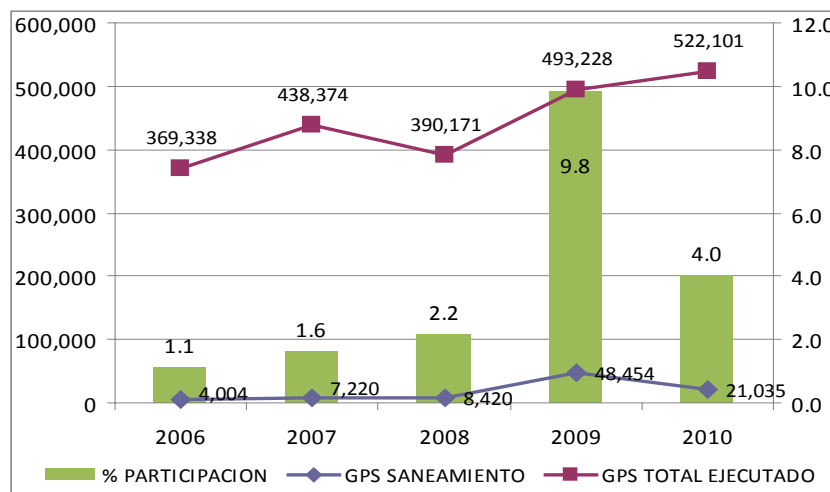


Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

Participación del gasto en Agua Potable en el GPS.

La inversión en Saneamiento Básico es considerada como la tercera en importancia en la Prioridad del Gasto Publico social en Bolívar, iniciando el 2006 con un poco más de \$ 4.000 millones y finalizando en 2010 con \$ 21.035 millones con un pico sobresaliente en 2009 de \$ 48.454 millones de pesos constantes a 2010 (9,8%). La participación dentro del GPS ha oscilado entre 1.1% en 2006 y 4% en 2010.

Grafica 25. Agua potable y saneamiento en el GPS.



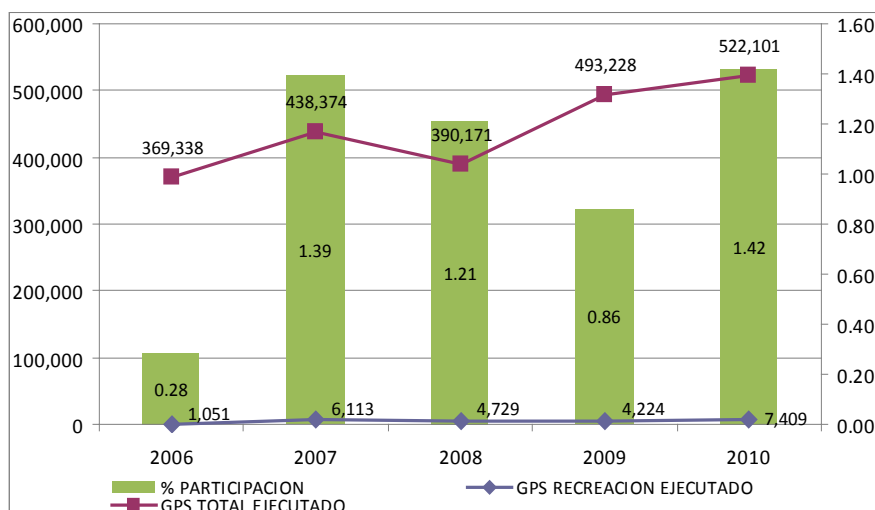
Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.



Participación del gasto en Recreación y Deporte en el GPS.

La inversión en deportes y recreación ha ido en aumento significativo al pasar de \$ 1.051 millones en 2006 a \$ 7.409 millones en 2010 y su participación porcentual dentro de la Prioridad del GPS ha oscilado entre 0,28% y 1,42% en el periodo analizado.

Grafica 26. Recreación y deporte en el GPS.

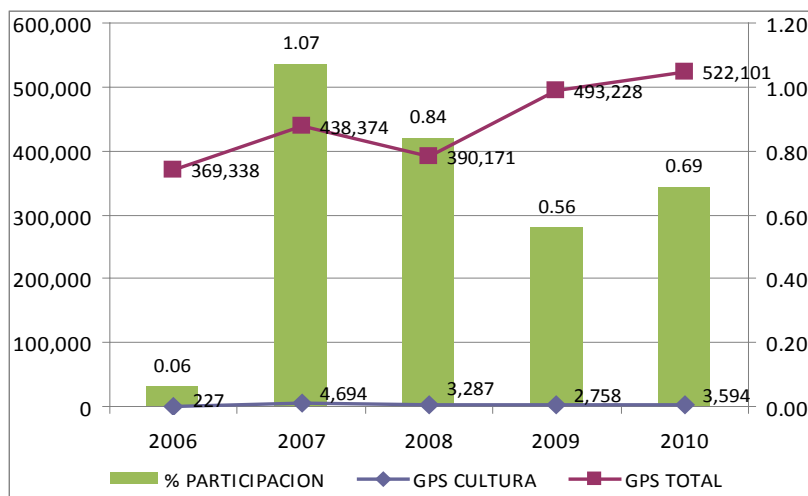


Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.

Participación del gasto en Cultura en el GPS.

Aunque el Departamento de Bolívar ha realizado grandes esfuerzos en esta materia, los logros no alcanzan a materializarse dentro de la Prioridad de Gasto Publico Social ya que su participación ha sido baja estando alrededor del 1% en el periodo 2006 a 2010, sin embargo los montos asignados a este sector están en el orden de los \$ 3.500 millones de pesos constantes a 2010.

Grafica 27. Cultura en el GPS.

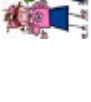


Fuente: Secretaria de Hacienda Departamental.





1.3. ANÁLISIS DE LOS DERECHOS POR CICLO DE VIDA.



71

1.3.1. PRIMERA INFANCIA



La primera infancia es la etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los 5 años. Las experiencias vividas por los niños durante estos años influyen significativamente en sus posibilidades futuras.

Estudios provenientes de diferentes disciplinas demuestran que estos años son fundamentales para el desarrollo físico, social y cognitivo pues durante este período los niños adquieren las habilidades para pensar, hablar, aprender, razonar e interactuar con otros. La educación inicial contribuye además a reducir la pobreza y la desigualdad.

1.3.1.1. CATEGORÍA EXISTENCIA.

En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

- Todos vivos.
- Ninguno desnutrido.
- Todos saludables.

1.3.1.1.1. Objetivo de política: Todos Vivos.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 31. Primera infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos vivos.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Todos Vivos	Mortalidad Materna	Razón de mortalidad materna.
	Mortalidad Infantil	Tasa de mortalidad en menores de 1 año.
	Mortalidad en la Niñez	Tasa de mortalidad de niños, Niñas de 0 a 5 años.
		Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas entre los 0 y 5 años.

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Vivos. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Mortalidad Materna.

Razón de mortalidad materna.

La maternidad es uno de los acontecimientos más importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las condi-

ciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas.

Una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. Este evento se ha constituido en uno de los indica-





dores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Por cada mujer que muere de una causa relacionada con el embarazo, miles sufren de morbilidades relacionadas con él, antes, durante o después del parto. Cada año seis millones de mujeres se embarazan, casi cuatro millones tienen un parto, y más de un millón experimentan complicaciones relacionadas con él. Esto significa que las complicaciones relacionadas con el embarazo son una carga importante para las mujeres, sus familias, y la sociedad en los aspectos económico, social y personal.

El dato mundial de medio millón de mujeres jóvenes que mueren cada año como resultado de complicaciones del embarazo y el parto ha sido repetido muy a menudo y no ha generado impacto. La mayoría de esas muertes podrían ser evitadas si se tomaran medidas preventivas y se dispusiera de un cuidado adecuado.

La mortalidad materna e infantil, son prioridad nacional, tanto por los compromisos a nivel nacional e internacional en la garantía de derechos con la mujer y la infancia, como en el cumplimiento de las metas del milenio, donde entre los años 1990 y 2015 la mortalidad materna debe disminuir siquiera 3/4 partes, y la mortalidad en menores de cinco años disminuir 2/3 partes. La meta de reducción de mortalidad materna para el país es igual o menor de 45 x 100.000. Sin embargo, dado que la medición de la mortalidad materna es difícil y compleja, estimativos confiables de las dimensiones del problema no están disponibles generalmente, y la evaluación del progreso hacia la meta es difícil.

En este informe podemos observar la situación de la mortalidad materna en el departamento de Bolívar en los últimos cinco años, tomándose la base de DANE/defunciones no fetales/agrupadas 6/67 CIE 10, de cada uno de los municipios, para el manejo de datos oficiales. Cabe anotar que se incluyeron todas las muertes maternas registra-

das según código 614: Embarazo, parto y puerperio, incluyendo los casos posteriores a 42 días y todas las causas, lo cual representa un aumento de las cifras teniendo en cuenta la definición de caso y los criterios para calcular el indicador de Razón de Mortalidad Materna.

No se incluyó la información de 2010, debido a que a la fecha los datos del DANE son preliminares.

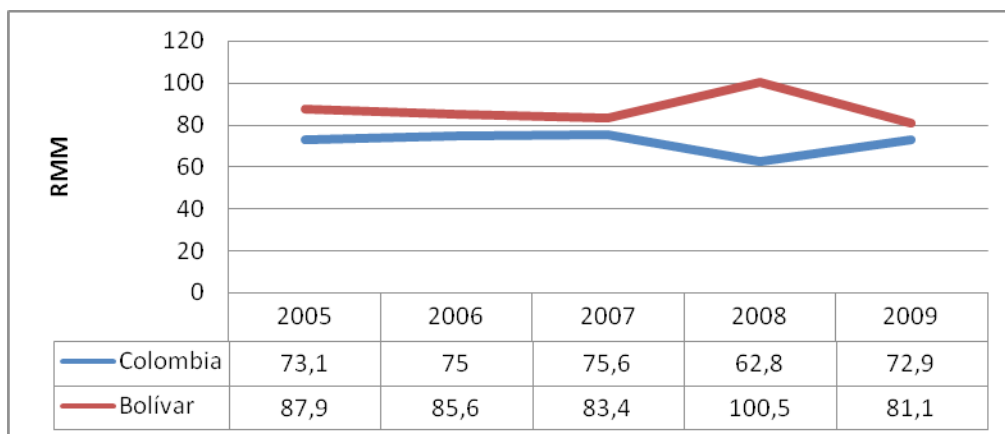
Para medir la mortalidad materna es importante conocer las definiciones que se tienen de ésta. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la muerte materna se define como: “La muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio de embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”.

El comportamiento de la mortalidad materna en Colombia entre el año 2003, cuando se presentó una razón de mortalidad materna de 77,8, y el año 2007 (RMM: 75 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) no se observó el descenso anual esperado de 5,5 muertes maternas requerido para el cumplimiento de la meta del milenio, incluso se presentaron zonas del país donde dichas cifras estuvieron por encima del promedio nacional.

El departamento de Bolívar, no se aparta de esta realidad y es por esta razón que ha desarrollado acciones para su reducción las cuales involucran diversos actores gubernamentales y no gubernamentales. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados, no existe correspondencia entre estos y los resultados ya que las cifras continúan siendo preocupantes. En los últimos años, la tendencia va hacia el aumento, observándose el mayor pico en el año 2008, con una razón de mortalidad materna de 100,5 x 100.000 N.V. la cual disminuyó considerablemente para el año 2009 (81,1x 100.000 N.V.) debido a las acciones desarrolladas en plan de mejoramiento para la reducción de la mortalidad materna, tales como promoción de salud y calidad de vida, fortalecimiento de accesibilidad a servicios de salud, Información y educación sobre señales de alarma en la comunidad, vigilancia de morbilidad materna extrema.



Grafica 28. Tendencia razón de mortalidad materna en Bolívar – Colombia. 2005-2009.

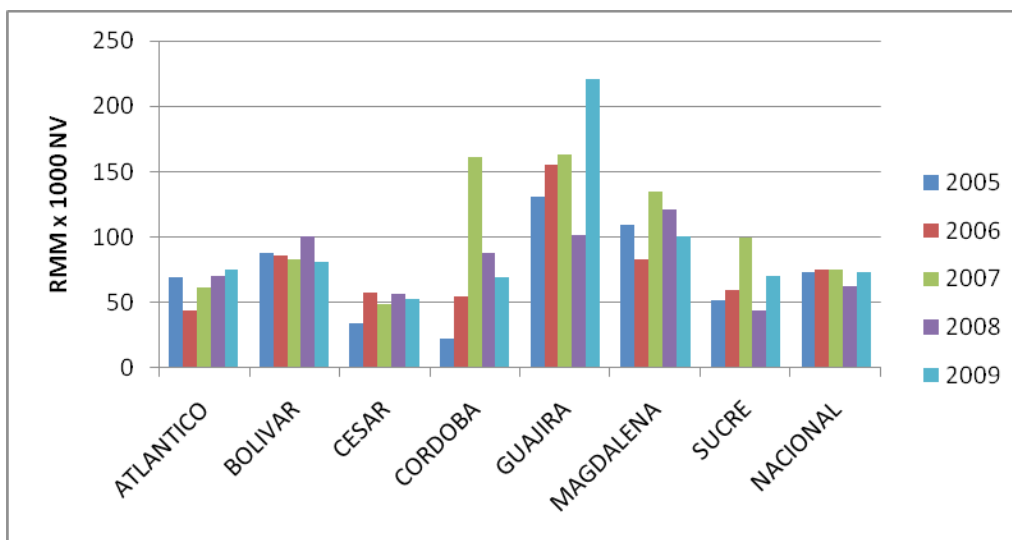


Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2005 - 2009

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) que se registra en Bolívar en el periodo analizado de 2005 al 2009, es similar a la nacional y al departamento de Atlántico. Con relación a este indicador, Bolívar supera a los departamentos de Sucre, Cesar y Córdoba, mientras que los departamentos de Guajira y Magdalena muestran una RMM muy por encima que la de Bolívar, colocándolos en las primeras posición en la costa Atlántica.

74

Grafica 29. Comportamiento de la mortalidad materna en la costa atlántica. 2005-2009.



Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2005 – 2009.

En el año 2005 el departamento de la Costa Atlántica que presento la RMM mas alta fue La Guajira, seguido de Magdalena y Bolívar; Para el 2006, La Guajira presenta la tasa más alta, seguido de Bolívar; en el 2007, la Guajira nuevamente muestra la tasa más alta seguido de Guajira y Bolívar en este año ocupa el quinto lugar; mientras que para el año 2008, el departamento de Magdalena presento la tasa más alta, seguido de Bolívar y en el 2009, reiterativamente La Guajira presenta la tasa más alta, seguido de Magdalena y de Bolívar.





Tabla 32. Razón de Mortalidad Materna (RMM) en los departamentos de la costa Atlántica. 2005 – 2009.

ENTE TERRITORIAL	RMM x 100.000 NV 2005	RMM x 100.000 NV 2005	RMM x 100.000 NV 2007	RMM x 100.000 NV 2008	RMM x 100.000 NV 2009
ATLANTICO	68,9	44,4	61,9	70	75,2
BOLIVAR	87,9	85,6	83,4	100,5	81,1
CESAR	34,3	57,4	49,2	57	52,9
CORDOBA	22,2	55	161,1	87,7	69,8
GUAJIRA	131	155,1	162,9	101,4	220,5
MAGDALENA	109,6	82,7	135	120,9	100,9
SUCRE	51,5	59,8	99,7	43,7	70,7
NACIONAL	73,1	75	75,6	62,8	72,9

Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2005 – 2009.

El departamento de Bolívar cuenta con 46 municipios, de los cuales el 72% (33) han reportado casos de muerte materna en el periodo de 2005 al 2009.

Los municipios que han presentado Razón de Mortalidad Materna (RMM) más alta son: San Jacinto del Cauca (1613,9 x 100.000 NV), Hatillo de Loba (1369,9 x 100.000 NV), El Guamo (1298 x 100.000 NV), Arroyo Hondo (1162,8). Cabe resaltar que estos municipios registran pocos nacimientos, por lo tanto la ocurrencia de un solo caso es bastante representativa. Entre los factores que se pueden relacionar con este evento, existen barreras geográficas para acceder a los servicios de mediana y alta complejidad, dificultad en los procesos de referencia y contrareferencia de los pacientes. Se han detectado debilidades relacionadas con la aplicación de normas y protocolos, que se refleja en la calidad de los servicios. Al igual que factores culturales relacionados con la poca asistencia a control prenatal o atención de parto domiciliario y poco empoderamiento de la comunidad frente a derechos sexuales y reproductivos.

Los municipios que no registraron casos de muertes maternas en el periodo de 2005 a 2009 son: del zodes Dique (Clemencia, San Cristóbal, San Estanislao, Soplaviento y Turbana) del zodes Montes de María (Córdoba), del zodes Mompo-

sina (Margarita, Mompos y San Fernando), del zodes Loba (El Peñón, Norosí, Regidor) y zodes Magdalena Medio (Arenal). Los municipios ubicados en zodes Dique, por la cercanía a la capital del departamento, tienen acceso rápido a las IPS de mediana y alta complejidad, lo que garantiza manejo oportuno y acorde al nivel de atención que se requiere. Así mismo los ubicados en las zodes Momposina y Loba, tienen un prestador de mediana complejidad en el municipio de Mompos, relativamente cercano a los municipios de estos zodes que se han relacionado.

Cabe anotar que a nivel departamental se han realizado actividades programadas en los planes de mejoramiento para reducción de la mortalidad materna, tales como desarrollo de talleres de actualización sobre normas y protocolos, auditorias para evaluar el cumplimiento y adherencia a las mismas, análisis en COVE de los casos presentados, búsqueda activa de gestantes que no asisten a control prenatal, acompañamiento por parte de profesionales y epidemiólogos en la investigación y análisis de casos. De igual forma se han realizado estrategias de información, educación y comunicación en la comunidad para la promoción del control prenatal y parto institucional. También se formaron grupos de líderes multiplicadores para la promoción de la maternidad segura en municipios priorizados.



Tabla 33. Razón de Mortalidad Materna por municipio de residencia en Bolívar 2005 – 2009.

MUNICIPIO	RMM x 100.000 NV 2005	RMM x 100.000 NV 2005	RMM x 100.000 NV 2007	RMM x 100.000 NV 2008	RMM x 100.000 NV 2009
CARTAGENA	52,5	67,2	62,4	94,7	91,4
ACHI	0,0	0,0	333,3	342,5	0,0
ALTOS DE ROSARIO	0,0	645,2	0,0	0,0	0,0
ARJONA	109,1	0,0	132,1	217,6	0,0
ARROYO HONDO	1162,8	0,0	0,0	0,0	0,0
BARRANCO DE LOBA	0,0	943,4	0,0	552,5	0,0
CALAMAR	0,0	0,0	460,8	276,2	0,0
CANTAGALLO	970,9	0,0	0,0	0,0	729,9
CICUCO	0,0	0,0	0,0	0,0	578,0
EL CARMEN	0,0	83,3	0,0	91,5	80,3
EL GUAMO	1075,3	0,0	1298,7	0,0	0,0
HATILLO DE LOBA	0,0	0,0	0,0	0,0	1369,9
MAGANGUE	90,7	114,8	100,2	104,0	88,1
MAHATES	0,0	297,6	346,0	0,0	0,0
MARIALABAJA	125,3	0,0	0,0	121,2	0,0
MONTECRISTO	0,0	0,0	174,8	330,6	136,4
MORALES	421,9	0,0	416,7	0,0	0,0
PINILLOS	0,0	0,0	0,0	463,0	0,0
RIO VIEJO	0,0	694,4	0,0	0,0	0,0
SAN JACINTO	323,6	0,0	0,0	0,0	0,0
SAN JACINTO CAUCA	1612,9	0,0	0,0	0,0	0,0
SAN JUAN NEP	0,0	0,0	0,0	259,1	0,0
SAN MARTIN	0,0	781,25	555,6	0,0	0,0
SAN PABLO	671,1	0,0	0,0	0,0	173,9
SANTA CATALINA	526,3	0,0	0,0	0,0	0,0
SANTA ROSA NORTE	0,0	0,0	0,0	321,5	282,5
SANTA ROSA SUR	157,0	144,5	0,0	197,2	0,0
SIMITI	0,0	289,0	416,7	0,0	0,0
TALAIGUA	0,0	505,1	0,0	0,0	0,0
TIQUISIO	505,1	0,0	641,0	0,0	0,0
TURBACO	210,1	0,0	211,0	0,0	0,0
VILLANUEVA	0,0	305,8	0,0	0,0	252,5
ZAMBRANO	653,6	0,0	0,0	0,0	0,0
BOLIVAR	87,9	85,6	83,4	100,5	81,1

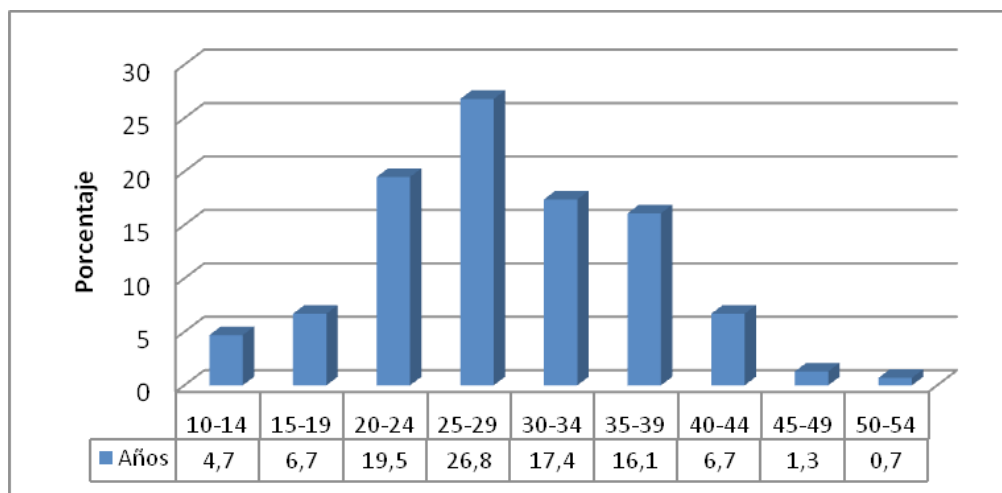
Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2005 – 2009.

La mayor proporción de las muertes maternas se presentaron en el grupo de 25-29 años (26,8%), seguido del grupo de 20-25 años (19,5%). Los casos presentados en grupo de 10-14 años, aportaron el 4,7% y en el grupo de 15 a 19 años 6,7%.





Grafica 30. Distribución de muertes maternas según grupos de edad. Bolívar
2005 – 2009.



Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2005 – 2009

Entre las principales causas de las muertes maternas que se presentaron en Bolívar del 2005 al 2009, según fuente DANE, edema, proteinuria y trastornos hipertensión en el embarazo, el parto y el puerperio ocupa el primer lugar (26,2%), seguido de complicaciones del trabajo del parto y del parto (20.8%). Cabe anotar que en el 27,5% de los casos se registraron como otras afecciones obstétricas no clasificadas no definiéndose la causa de muerte, lo cual no es determinante para el análisis de los casos. De acuerdo al análisis realizado de la información consignada en las fichas epidemiológicas que se recepcionan en el programa de vigilancia en salud pública, las principales causas de las muertes maternas presentadas durante este periodo son los trastornos hipertensivos, las hemorragias y la Sepsis.

Tabla 34. Causas de mortalidad materna en Bolívar 2005 – 2009.

Nº	CAUSAS DEFUNCIONES MATERNA	%
1	OTRAS AFECCIONES OBSTETRICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (O95-O99)	27,5
2	EDEMA, PROTEINURIA Y TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPERIO (O10-O16)	26,2
3	COMPLICACIONES DEL TRABAJO DEL PARTO Y DEL PARTO (O60-O75)	20,8
4	EMBARAZO TERMINADO EN ABORTO (O00-O08)	10,1
5	CAUSAS ESPECIFICADAS EN OTROS CAPITULOS (A34X,B200-B24X,C58X,D392,E230,F530-F539,M830)	5,4
6	ATENCION MATERNA RELACIONADA CON EL FETO Y LA CAVIDAD AMNIOTICA Y CON POSIBLES PROBLEMAS DEL PARTO (O30-O48)	4
7	COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL PUERPERIO (O85-O92)	4
8	OTROS TRASTORNOS RELACIONADOS PRINCIPALMENTE CON EL EMBARAZO (O20-O29)	2
	TOTAL	100

Fuente: DANE. Estadísticas vitales 2005 – 2009.



Para el Departamento de Bolívar ha sido motivo de preocupación la situación de mortalidad materna, por tal razón, la secretaría de salud departamental ha venido desarrollando acciones en aras de disminuir los factores de riesgo para este evento.

Componente de salud sexual y reproductiva – programa de vigilancia en salud pública:

- Capacitación al personal de la salud de las IPS y ESE municipales con jornadas de actualización en protocolos relacionados con maternidad segura.

- Se instaló en ocho (8) municipios priorizados, reincidentes con mortalidad materna, la estrategia de sala situacional para mortalidad materna y perinatal, con los equipos e insumos para el funcionamiento.

78

- Realización de COVES municipales y departamentales de mortalidad materna, planes de mejoramiento y evaluaciones al cumplimiento de los mismos.

- Implementación comités de vigilancia epidemiológica comunitaria en los municipios (COVECOM) y capacitación en la temática de eventos de salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y perinatal.

- Retroalimentación permanente de información en comité de estadísticas vitales y la revisión de concordancia de las fuentes de información del evento.

- Asistencia técnica y acompañamiento por parte de epidemiólogos y profesionales de planta y contratados en los procesos de vigilancia epidemiológica a las secretarías de salud municipales.

- Asignación de talento humano calificado (Epidemiólogos, profesionales y técnicos) para el fortalecimiento del subsistema de análisis en los eventos de salud sexual y reproductiva, en la línea de mortalidad materna y perinatal.

Componente de salud sexual y reproductiva – programa de maternidad segura:

Los indicadores que reflejan la gestión que se ha venido desarrollando para el fortalecimiento de la maternidad segura en el departamento de Bolívar, han sido tomados de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud realizadas por Profamilia en los años 2005 y 2010.

A continuación se presentan los indicadores de las encuestas aplicadas en los años 2005 y 2010, datos que corresponden a los últimos cinco años que precedieron a la realización de ambas encuestas:

- En la encuesta de 2005 se encontró que la atención prenatal por médico correspondió a un 90,4%, por enfermera a un 3,4% y sin atención prenatal de 6,2%; el hallazgo para el año 2010 fue de atención prenatal por médico de un 92,7%, lo cual muestra un aumento de la cobertura, por enfermera de un 3,6%, siendo similar al hallazgo de 2005, para un total de atención prenatal por profesional de 96,3% y sin atención prenatal se encontró un 3,7%, porcentaje similar al del año 2005.

- El 80,8% de las embarazadas recibió complemento de hierro en datos de 2005; siendo para 2010 en región de Bolívar norte de un 92,8% y región de Bolívar sur, correspondiente a un 87,5%, cifras que muestran mejoría de la cobertura.

- En el año 2005 se encontró que el 76,2% de embarazadas recibió dos o más dosis de vacuna del toxoide tetánico y el 4,6% de gestantes ninguna dosis; mientras que en el año 2010 se encontró que el 73% de gestantes recibió dos o más dosis de vacuna del toxoide tetánico, observándose leve descenso de la cobertura y que solo el 2,6% no tuvo aplicación de vacuna anti-tetánica, cifra que mejoró al compararla con el dato de 2005.

- Al 30,5% de embarazadas le fue ordenada una prueba de VIH en 2005.

- El 0,3% de las embarazadas recibió medicina para la malaria en datos registrados de año





2005 y en 2010, el indicador aumenta a un porcentaje del 0,6%.

- En datos de 2005, la cobertura de atención del parto en establecimientos de salud correspondió a un 95%, siendo del sector público en un 89,8%, del sector privado en un 4,2% y en la casa en un 6,1%; los hallazgos para el 2010 de cobertura de atención institucional del parto correspondió a un 96,9%, encontrándose un incremento de la cobertura y de la atención del parto en casa se encontró un 2,9%, indicador que también mejoró al descender.

- En hallazgos de año 2005 se encontró que la atención del parto fue realizada por médico en un 90,4%, por enfermera en un 2,4%, por partera en un 5,1% y por pariente u otra persona en un 1,8%; para la encuesta de 2010, se encontró que la atención del parto por médico fue de 95,5%, indicador que aumentó y mejoró, atención de parto por enfermera de un 1,5%, el cual descendió levemente y por partera fue de 1,9%, indicador que también descendió.

- El 33,4% de los nacimientos fueron por cesárea en la encuesta de 2005 y para 2010 los nacimientos por cesárea correspondieron a un 46,8%.

- Para 2005 con relación al peso al nacer, el 61,6% de los recién nacidos tuvo peso igual o mayor de 2,5 kg. al nacer, el 6,15% presentó peso inferior a 2,5 kg. al nacer y un 7,7% no fue pesado; se registró para el 2010 que el 70,3% de los recién nacidos tuvo peso igual o superior a 2,5 kg., cifra que aumentó al compararla con los datos de 2005, que el 4,2% de los recién nacidos tuvo peso inferior a 2,5 kg. al nacer, cifra inferior a la del año 2005 y que el 2,8% no fue pesado, porcentaje que disminuyó con el encontrado en 2005.

Las estrategias y/o actividades que se han realizado en el Componente de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) del Departamento de Bolívar, para el fortalecimiento de la maternidad segura, de las cuales varias han tenido continuidad en el anterior y actual cuatrienio son las siguientes:

- Estrategias de información, educación y comunicación basada en derechos para la promoción de la maternidad segura, importancia del

control prenatal y atención del parto institucional dirigida a mujeres gestantes y en edad reproductiva en municipios priorizados.

- Difusión de las Normas Técnicas y Guías de atención de SSR al talento humano de prestadores de baja, mediana y alta complejidad, que realiza atención prenatal y del parto: profesionales de medicina, especialistas en gineco-obstetricia, profesionales de enfermería, bacteriología y auxiliares de enfermería.

- Evaluación periódica de la aplicación de las Normas Técnicas de Salud Sexual y Reproductiva, mediante auditorías de historias clínicas de prenatal y parto, según lo establecido en la Resolución 0412 del 2000, con formulación de Planes de Mejoramiento y seguimiento de estos.

- Asesoría para la formulación de los Planes de Mejoramiento de Mortalidad Materna locales y seguimiento de estos.

- Coordinación y articulación en niveles locales con sectores involucrados en la solución de la problemática (EPS, IPS, DLS y Educación).

- Liderar y orientar en niveles locales el uso adecuado de los recursos con los que se cuenta para cumplimiento de competencias municipales (Censo de gestantes, brigadas de salud y demanda inducida).

- Capacitación teórico-práctica del Modelo Biosicosocial para la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal dirigida a 18 municipios priorizados, con instalación y asesoría para el manejo del Software del modelo.

- Vigilancia, evaluación y asistencia técnica a través del talento humano de planta en coordinación con talento humano contratado para Salud Sexual y Reproductiva (SSR), para garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención en SSR a través de la realización de visitas y auditorías a prestadores locales.

- Implantación de estrategias concertadas interinstitucionalmente para incrementar cober-



turas y mejorar gestión de Programas de Maternidad Segura, Planificación Familiar, Estrategia para Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita, fortalecimiento a Servicios Amigables para adolescentes y para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo.

- Reproducción de Normas Técnicas y Guías de Atención de SSR para suministrar a 45 IPS públicas (en ejecución).

Mortalidad Infantil.

- Tasa de mortalidad en menores de 1 año.

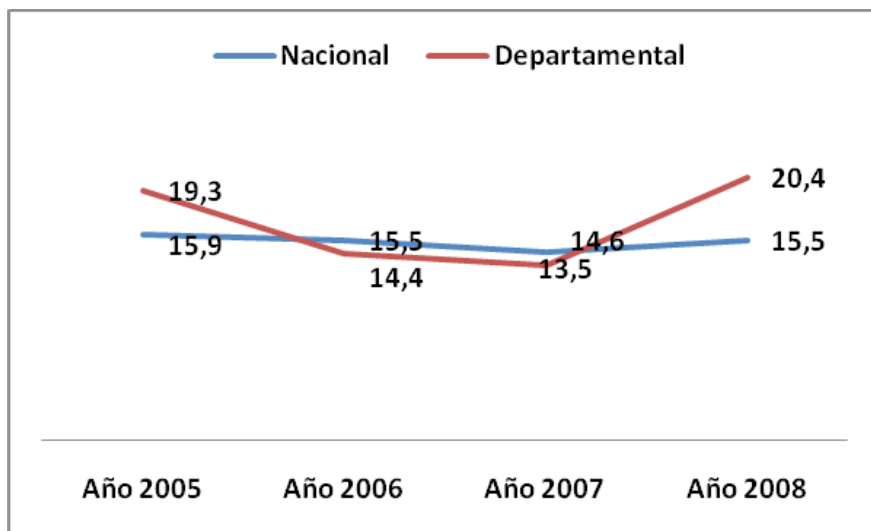
En los municipios del departamento de Bolívar, se ha venido implementado la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) desde el año 2005 y se han realizado acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población infantil con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbi-

lidad en los niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar, ya que la Estrategia AIEPI, busca incorporar en los servicios de salud una evaluación integrada e integral de los niños y las niñas cuando entran en contacto con un proveedor de asistencia en salud, ya sea en una institución o en la comunidad y asimismo, incluir dentro de los acciones cotidianas de distintos actores sociales actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Al analizar la mortalidad infantil en el Departamento de Bolívar la tasa de mortalidad en el 2005 fue de 19,3, por mil nacidos vivos, en el 2006 y 2007 se presentó una ligera disminución; se asemeja a la tasa nacional.

Para 2008 se presentó un aumento en comparación con los dos años anteriores presentándose una tasa de 20,4 por nacidos vivos, en relación a los dos años anteriores, se observa una tasa superior a la nacional.

Grafica 31. Tasa de Mortalidad en menores de 1 año – Años 2005-2008.



Fuente: DANE 2005 -2008.

En el departamento de Bolívar para el 2005 se presentó una tasa de mortalidad en menores de 1 años de 19,3 por encima de los departamentos de Cesar y Sucre, la tasa más baja la presentó Sucre con 11,0 por 1.000 nacidos vivos y la más alta la presentó Atlántico con 22,4 por 1.000 nacidos vivos.

Para el 2006 y 2007 la mantuvo por encima de Sucre pero por debajo de los otros Departamentos de la costa Atlántica, para el 2008 se presentó un incremento, presentando así la tasa más alta de ese año que fue de 20,4 por 1.000 nacidos vivos.





Tabla 35. Comparativo Tasa de mortalidad menores de 1 año Región Caribe.

DEPARTAMENTO	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V
	AÑO 2005	AÑO 2006	AÑO 2007	AÑO 2008
ATLANTICO	22.4	18.4	21.6	18.1
BOLIVAR	19.3	15.5	14.6	20.4
CESAR	15.5	17.6	18.5	17.2
CORDOBA	20.7	18.6	22.4	20.1
GUAJIRA	20.6	23.6	18.0	14.4
MAGDALENA	19.0	22.0	20.4	19.4
SUCRE	11.0	13.9	12.8	11.5
NACIONAL	15,9	14,4	13.3	15.5

Fuente: DANE 2005 -2008

En el departamento de Bolívar para el 2008 de los 45 municipios 9 presentaron una tasa de incidencia mayor que la departamental.

Los municipios con mayor tasa de incidencia acumulada de 2005 a 2008 en mortalidad menor de un año fueron Tiquisio, Pinillos, Arroyo Hondo, Arenal.

Norosi se creó como municipio en el 2008 presentando una tasa de incidencia para ese año de 250 por 1.000 nacidos vivos, muy por encima del departamento (20.4 por 1000 nacidos vivos).

La tasa de mortalidad más baja la presento el municipio de Santa Rosa sur con 23.1 por 1.000 nacidos vivos.

La mortalidad infantil menor de 1 año ha presentado una disminución en los últimos años.

Para el año 2005 el municipio que presento la más alta incidencia fue Tiquisio con 65.7 por 1.000 nacidos vivos, esto se puede deber a que este municipio tiene una alta población de difícil acceso, lo cual lleva a las barreras en el servicio de salud, este indicador disminuyo progresivamente

obteniendo para el año 2008 una incidencia de 14,8 por 1.000 nacidos vivos.

En el año 2005 se presentó un total de 24 municipios con una tasa de mortalidad por encima del promedio departamental, en este año el municipio que presento la incidencia más baja fue el Guamo con 0 por 1.000 nacidos vivos

El municipio de Norosi para los años del 2005-2007 registra ND (sin datos), debido a que para este momento hacia parte de los corregimientos de Rio Viejo, se creó como municipio para el 2008.

Para el año 2006 el municipio que presento la más alta incidencia Tiquisio aunque se presentó una disminución comparada con el año anterior con una incidencia de 43.2 por 1.000 nacidos vivos.

En el año 2006 se presentó un total de 27 municipios con una tasa de mortalidad por encima del promedio departamental, en este año el municipio que presento la incidencia más baja con 0 por 1.000 nacidos vivos fueron San Jacinto del Cauca, Margarita, San Cristóbal, Sopla viento.



Para el año 2007 el municipio que presento la más alta incidencia Pinillos con una incidencia de 45.5 por 1.000 nacidos vivos.

En el año 2007 se presentó un total de 20 municipios con una tasa de mortalidad por encima del promedio departamental, en este año el municipio que presento la incidencia más baja con 0 por 1.000 nacidos vivos fueron San Jacinto del Cauca, Regidor , Mahates, Margarita, San Cristóbal.

Para el año 2008 el municipio que presento la más alta incidencia Norosi con 250 por 1.000 nacidos vivos, indicador que se nota tan elevado debido a que para ese año murió 1 y nacieron 4, puede ser un problema de subregistro, este municipio es nuevo creado en este año y el hospital

no se encontraba habilitado para la atención de parto, por lo tanto los parto se reportaban a Rio Viejo donde se desagrega, para actual vigencia 2011 este municipio contrato la prestación de servicios con el municipio de Morales por tanto la ESE municipal de Morales es quien administra el centro de salud con camas de Norosi.

En el año 2008 se presentó un total de 17 municipios con una tasa de mortalidad por encima del promedio departamental, comparándose este dato con los años anteriores se observan que menos municipios presentan esta situación; en este año el municipio que presento la incidencia más baja con 0 por 1.000 nacidos vivos fueron el Guamo, Sopla viento.



Tabla 36. Tasa Mortalidad menores de 1 año en el Departamento de Bolívar.

No.	MUNICIPIOS	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2005	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2006	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2007	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2008	FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA
1	NOROSÍ	ND	ND	ND	250	250
2	TIQUISIO	65,7	43,2	32,1	14,8	155,7
3	PINILLOS	42,1	17,3	45,5	18,5	123,4
4	ARROYO HONDO	23,3	32,3	37,0	29,9	122,4
5	ARENAL	32,4	19,1	10,4	60,2	122,1
6	CLEMENCIA	35,0	15,4	27,6	30,1	108,1
7	CICUCO	47,0	20,4	9,4	30,7	107,5
8	SAN JACINTO DEL C	64,5	0,0	0,0	37,7	102,3
9	MONTECRISTO	26,3	26,0	10,3	38,5	101,1
10	CANTAGALLO	38,8	18,0	21,3	22,6	100,7
11	MORALES	8,4	22,9	29,2	35,0	95,5
12	CORDOBA	22,1	25,5	19,2	27,5	94,3
13	MOMPOX	38,1	28,2	10,5	9,9	86,7
14	EL PEÑON	30,1	7,4	23,3	22,2	83,0
15	SAN MARTIN	22,4	19,5	22,2	18,2	82,3





No.	MUNICIPIOS	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2005	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2006	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2007	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2008	FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA
16	HATILLO DE LOBA	20,8	21,3	21,0	17,5	80,6
17	MAGANGUE	18,1	24,1	20,0	17,2	79,4
18	VILLANUEVA	29,2	15,3	14,4	19,8	78,7
19	ZAMBRANO	39,2	17,9	11,3	5,3	73,7
20	ARJONA	20,7	22,3	7,9	21,8	72,7
21	SANTA ROSA	27,7	21,1	6,0	16,1	70,9
22	ACHI	13,9	19,2	13,3	24,0	70,4
23	SAN FERNANDO	13,5	28,0	6,6	22,1	70,2
24	CALAMAR	23,2	5,7	13,8	19,3	62,1
25	CARTAGENA	18,1	12,3	14,2	16,9	61,6
25	EL CARMEN	25,3	8,3	9,0	16,5	59,1
27	REGIDOR	18,5	0,0	0,0	40,0	58,5
28	RIO VIEJO	15,9	27,8	5,7	6,9	56,3
29	ALTOS	20,8	19,4	0,0	15,3	55,5
30	SAN JACINTO	12,9	18,0	17,5	6,4	54,9
31	SAN PABLO	6,7	16,3	11,3	20,2	54,5
32	TURBACO	21,0	11,2	13,7	7,3	53,2
33	TALAIGUA NUEVO	13,9	15,2	10,3	13,8	53,1
34	SIMITÍ	13,3	17,3	4,2	13,7	48,5
35	BARRANCO DE LOBA	8,7	14,2	14,1	11,0	48,0
36	SANTA CATALINA	15,8	9,8	15,7	5,1	46,3
37	MARIALABAJA	15,0	10,2	9,4	10,9	45,5
38	TURBANA	13,0	4,8	4,8	19,7	42,3
39	SAN JUAN NEPO	23,2	8,6	4,9	5,2	41,9
40	EL GUAMO	0,0	23,0	13,0	0,0	36,0



No.	MUNICIPIOS	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2005	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2006	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2007	Tasa de mortalidad en menores de 1 por 1.000 N:V AÑO 2008	FRECUENCIA ABSOLUTA ACUMULADA
41	MAHATES	17,8	14,9	0,0	3,2	35,8
42	SAN ESTANISLAO	10,1	6,4	6,6	12,6	35,6
43	MARGARITA	35,4	0,0	0,0	0,0	35,4
44	SAN CRISTOBAL	0,0	0,0	0,0	32,8	32,8
45	SOPLAVIENTO	9,4	0,0	14,7	0,0	24,1
46	SANTA ROSA DEL SUR	3,1	7,2	4,9	7,9	23,1
	TOTAL DEPARTAMENTO	19,3	14,4	13,5	20,4	67,6

Fuente: DANE 2005 -2008.

La población más afectada según genero por mortalidad infantil en menores de 1 año es el masculino para un total de 908 para una frecuencia de 60%.

Según datos DANE hasta 2007 en la cabecera municipal fue donde más se presentaron difusiones menores de 1 año fue del 80%.

Para los años 2009-2010 no se realizaron análisis por no haber información.

Mortalidad en la Niñez.

- Tasa de mortalidad de niños, niñas de 0 a 5 años.

En el año 2009 se reportaron al Departamento de Estadísticas Vitales de la Secretaria Departamental de Salud de Bolívar, un total de 82 defunciones en menores de 5 años, de las cuales el mayor porcentaje lo registró la Sepsias bacteriana no especificada con un 17,1% (n=14),

el segundo y tercer lugar lo ocuparon la Neumonía no especificada y la Desnutrición Proteico calórica Severa con un 8,5% (n=7) y 6,1% (n=5) respectivamente. El cuarto lugar lo ocupó otro evento de interés en salud pública como es la Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con un 4,9% (n=4).

En el año 2010 se presentaron 165 defunciones en menores de 5 años, correspondiendo el primer lugar a la Falla Multiorgánica con un 14,6% (n=24), seguido por la Sepsis Bacteriana con un 12,1% (n=20), el tercer y cuarto lo ocuparon el Paro Cardio respiratorio y la Neumonía no especificada con un 11,5% (n=19) y 4,8% (n=8) respectivamente.

Cabe resaltar que, muy a pesar de las múltiples capacitaciones recibidas, los médicos aún siguen consignando diagnósticos ambiguos como es el Paro Cardiorespiratorio, el cual no facilita para nada la implementación de acciones que impacten en la reducción del mismo. Ver tabla.





Tabla 37. Principales causas de mortalidad en niños y niñas de 0 a 5 años.

No.	2009			2010		
	Evento	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Evento	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1	Sepsis Bacteriana no especificada	14	17,1%	Falla Multiorgánica	24	14,6%
2	Neumonía no especificada	7	8,5%	Sepsis Bacteriana, no especificada	20	12,1%
3	Desnutrición Protei-cocalorica Severa	5	6,1%	Paro respira-torio	19	11,5%
4	Diarrea y gastroen-teritis de presunto origen infeccioso	4	4,9%	Neumonía no especificada	8	4,8%
5	Paro cardiaco, no especificado	4	4,9%	Shock Cardio-génico	6	3,6%
Total otras causas		48	58,8%		96	58,2%
Total		82	100%		165	100%

Fuente: DANE.

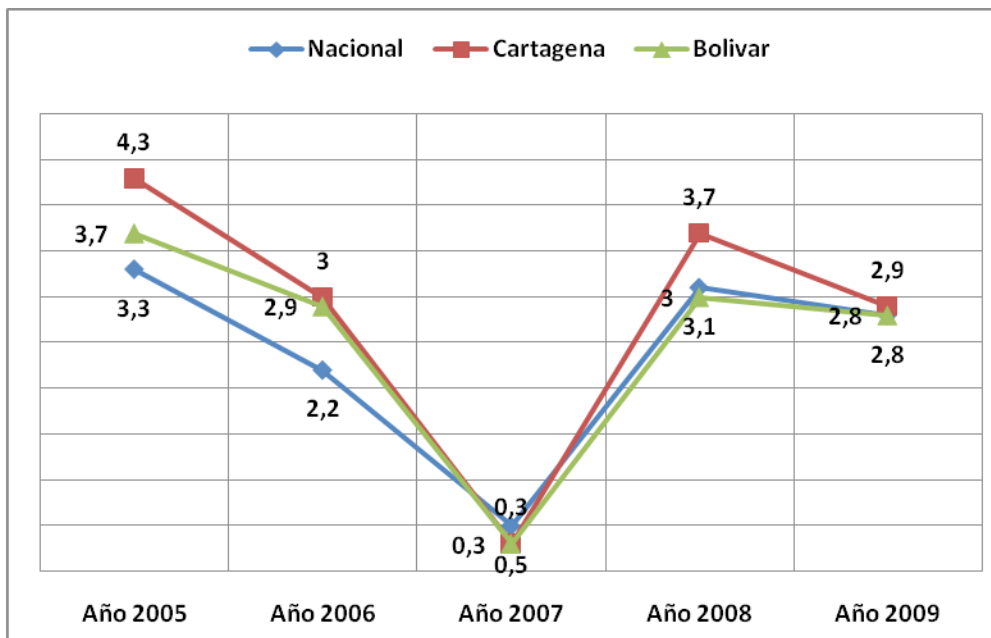
Observando el comportamiento de la mortalidad en niños de 0 a 5 años durante los años 2005 al 2009, vemos que la tasa de incidencia departamental de mortalidad en este rango de edad se mantuvo por encima de la nacional en los años 2005 y 2006, logrando equilibrarse en el año 2009, pasando en el año 2005 de una tasa de 3,7 por 1000 ni-

ños menores de 5 años a 2,8 en el año 2009; es de anotar que el distrito de Cartagena mantuvo cifras superiores a las registradas por en nivel departamental, como se logra apreciar en la grafica.

No se cuenta con referencias de otros departamentos para realizar el comparativo del comportamiento de la mortalidad en este grupo etareo.



Grafica 32. Tasa de Mortalidad en niños de 0 a 5 años – Años 2005 a 2009.



Fuente: DANE.

86

Durante el año 2005 los 5 municipios que presentaron las tasas de incidencia de mortalidad en niños de 0 a 5 años fueron: Villanueva (19,6), San Jacinto del cauca (11,2), Cicuco (5,9), Tiquisio (5,7) y Clemencia (5,6).

Durante el año 2006 los 5 municipios que presentaron las tasas de incidencia de mortalidad en niños de 0 a 5 años fueron: Arjona (43,4), Villanueva (8,1), Cicuco (6,6), Magangue (5,3) y Cordoba (4,7).

Durante el año 2007 los 5 municipios que presentaron las tasas de incidencia de mortalidad en niños de 0 a 5 años fueron: El Guamo (1,5), Villanueva (1,3), El Peñón (1), Morales (0,9) y Cicuco (0,8).

Durante el año 2008 los 5 municipios que presentaron las tasas de incidencia de mortalidad en niños de 0 a 5 años fueron: Norosí (250), Villanueva (10,5), San Jacinto del cauca (9,9), Cicuco (4,3) y El Peñón (4,1). Es de anotar que la cifra supremamente incrementada de Norosí bien pudiera deberse a un subregistro en las defunciones, nacimientos y población menor de 5 años, dado que en este año fue que se creó como municipio.

Durante el año 2009 los 5 municipios que presentaron las tasas de incidencia de mortalidad en niños de 0 a 5 años fueron: Villanueva (7,5), San Jacinto del cauca (7,5), Altos del Rosario (4,6), San Martín (4,4) y Santa Rosa Sur (3,9). Ver Tabla.

Tabla 38. Comportamiento de la Incidencia de Mortalidad en niños de 0 a 5 años por municipio – Años 2005 a 2009.

No.	MUNICIPIOS	Tasa de mortalidad por 1.000. Año 2005	Tasa de mortalidad por 1.000. Año 2006	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2007	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2008	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2009	FREC. ABSOLUTA ACUMULADA
1	NOROSÍ	SD	SD	SD	250	SD	250
2	ARJONA	3,4	43,4	0,2	3,4	2,1	52,5





No.	MUNICIPIOS	Tasa de mortalidad por 1.000. Año 2005	Tasa de mortalidad por 1.000. Año 2006	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2007	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2008	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2009	FREC. ABSOLUTA ACUMULADA
3	VILLANUEVA	19,6	8,1	1,3	10,5	7,5	47
4	SAN JACINTO DEL CAUCA	11,2	0	0	9,9	7,5	28,6
5	CICUCO	5,9	6,6	0,8	4,3	2,6	20,2
6	SAN MARTIN	3,8	3,3	0,6	3,9	4,4	16
7	MAGANGUE	3,6	5,3	0,7	3	3,2	15,8
8	CARTAGENA	4,3	3	0,3	3,7	3,4	14,7
9	SANTA ROSA	5	2,7	0	3,1	3,9	14,7
10	CLEMENCIA	5,6	2,2	0	3,8	3	14,6
11	CORDOBA	2,5	4,7	0	4,1	2,7	14
12	ALTOS	2,3	3,1	0	3,9	4,6	13,9
13	TALAIGUA NUEVO	3	3	0,8	3	3,8	13,6
14	EL PEÑON	5	1	1	4,1	2	13,1
15	MARIALABAJA	3,2	2,9	0,8	2,8	3,3	13
16	ACHI	2,8	3,7	0,5	3,8	1,9	12,7
17	CANTAGALLO	4,6	3,5	0	3,5	1,1	12,7
18	TIQUISIO	5,7	2,9	0,8	1,2	2	12,6
19	ZAMBRANO	5	2,5	0,8	1,7	2,5	12,5
20	MOMPOX	4,5	3,2	0	1,6	2,6	11,9
21	SAN PABLO	1,5	2,4	0,3	3,6	3,8	11,6
22	EL CARMEN	4	1,7	0,1	2,6	2,2	10,6
23	SAN JACINTO	2,8	2,9	0,5	1	3,4	10,6
24	TURBACO	3,8	2,2	0	1,5	2,5	10
25	MORALES	1,4	2,7	0,9	3,3	1,4	9,7
26	PINILLOS	3,2	1,4	0	2,2	2,9	9,7
27	ARENAL	3,1	2,1	0,5	2,8	1,1	9,6



No.	MUNICIPIOS	Tasa de mortalidad por 1.000. Año 2005	Tasa de mortalidad por 1.000. Año 2006	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2007	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2008	Tasa de mortalidad 1.000. Año 2009	FREC. ABSOLUTA ACUMULADA
28	CALAMAR	3,4	0,5	0,5	3,4	1,3	9,1
29	MAHATES	2,8	2,9	0,4	0,8	2,2	9,1
30	SAN JUAN NEPO	4	2,2	0,3	1	1,3	8,8
31	ARROYO HONDO	2,1	3,2	0	2,2	1,1	8,6
32	HATILLO DE LOBA	2,1	2,1	0,7	2,2	1,4	8,5
33	SAN FERNANDO	1,4	2,1	0,7	2,1	2,1	8,4
34	TURBANA	1,8	1,8	0,6	1,9	1,8	7,9
35	SIMITÍ	2	2,7	0,4	1,6	0,4	7,1
36	BARRANCO DE LOBA	2	1,5	0	1,5	2	7
37	SANTA CATALINA	3,5	1,4	0	0,7	0,7	6,3
38	MONTECRISTO	1,1	1,6	0	1,6	1,6	5,9
39	EL GUAMO	0	2,8	1,5	0	1,4	5,7
40	SAN CRISTOBAL	0	0	0	3,5	1,8	5,3
41	RIO VIEJO	1,2	1,6	0	0,4	2	5,2
42	SANTA ROSA DEL SUR	1,3	1,3	0,2	1,1	1,1	5
43	MARGARITA	3,8	0	0	0	1	4,8
44	REGIDOR	1,7	0	0	1,8	0,9	4,4
45	SAN ESTANISLAO	1,2	0,6	0	1,8	0,6	4,2
46	SOPLAVIENTO	1,3	1,3	0	0	1,4	4
	TOTAL DEPARTAMENTO	3,7	2,9	0,3	3	2,8	12,7

Fuente: DANE.

La población más afectada según género por mortalidad infantil en menores de 1 año es el masculino para un total de 908 para una frecuencia de 60%.

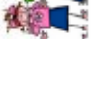
Según datos DANE hasta 2007 en la cabecera municipal fue donde más se presentaron difu-

siones menores de 1 año fue del 80%.

Comportamiento de la Mortalidad en Niños de 0 a 5 Años. Años 2005-2009:

El departamento de Bolívar en el año 2005 registró una tasa de mortalidad infantil de 3,7





por 1000 niños de ese rango de edad; esta no solo es la tasa de mortalidad más elevada del 2005 al 2009, sino que es la más alta de todos los departamentos de la Costa Caribe, y muy por encima de la tasa nacional (0,7); se ha notado una tendencia

al descenso, observándose ya en el año 2009 una tasa de 2,8 por 1000 niños de 0 a 5 años, pero se continúa por encima del resto de departamentos de la Costa Caribe y del referente nacional. Ver tabla38.

Tabla 39. Comparativo de la tasa de Mortalidad en niños de 0 a 5 años con departamentos de la Costa Caribe - Año 2005 – 2009.

No.	DEPARTAMENTO	AÑOS				
		2005	2006	2007	2008	2009
1	BOLIVAR	3,7	2,9	0,3	3	2,8
2	ATLANTICO	1	0,9	0,7	0,5	0,4
3	CESAR	0,7	0,7	0,9	0,9	0,8
4	CORDOBA	0,6	0,7	0,6	0,5	0,6
5	GUAJIRA	0,5	0,9	0,6	0,6	0,9
6	MAGDALENA	0,6	0,6	0,8	0,6	0,6
7	SUCRE	0,4	0,7	0,5	0,3	0,5
9	COLOMBIA	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6

Fuente: DANE.

Año 2005.

Teniendo en cuenta el comportamiento de la mortalidad en niños y niñas de 0 a 5 años de edad en comparación con el nivel nacional y con otros departamentos de la costa Caribe, observamos que durante el año 2005 el departamento de Bolívar registró una tasa de 3,7 por 1000 niños de 0 a

5 años, siendo esta la tasa más alta registrada por el departamento desde el año 2005 hasta el 2009; le siguen en orden descendente los departamentos de Atlántico y Cesar con 1 y 0,7 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. La tasa de mortalidad más baja la presentaron los departamentos de Guajira y Sucre con 0,5 y 0,4 por 1000 niños



de 0 a 5 años respectivamente. El nivel nacional presentó una tasa de 0,7 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. Ver tabla 38.

Año 2006.

Durante el año 2006 el departamento de Bolívar registró una tasa de 2,9 por 100.000 niños de 0 a 5 años, se nota un descenso con respecto al año anterior, pero continúa el departamento de Bolívar registrando la tasa de mortalidad más alta en la Costa Caribe y Colombia este grupo etario; le siguen en orden descendente los departamentos de Atlántico y Guajira con 0,9 por 1000 niños de 0 a 5 años. La tasa de mortalidad más baja la presentaron los departamentos de Cesar, Córdoba y Sucre con 0,7 por 1000 niños de 0 a 5 años para cada uno. El nivel nacional presentó una tasa de 0,7 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. Ver tabla 38.

Año 2007.

Durante el año 2007 el departamento de Bolívar registró una tasa de 0,3 por 1000 niños de 0 a 5 años, siendo esta la más baja registrada en los departamentos de la Costa Caribe y Colombia; la tasa más alta el departamento del Magdalena con 0,8 por 1000 niños de 0 a 5 años; le siguen en orden descendente los departamentos de Cesar y Guajira con 0,9 y 0,8 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. El nivel nacional presentó una tasa de 0,7 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. Ver tabla 38.

Año 2008.

Durante el año 2008 el departamento de Bolívar registró una tasa de 3 por 1000 niños de 0 a 5 años, siendo esta la tasa más alta del total de departamentos de la Costa Caribe y de Colombia; le siguen en orden descendente los departamentos de Cesar, Magdalena y Guajira con 0,9, 0,6 y 0,6 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. La tasa de mortalidad más baja la presentaron los departamentos de Atlántico y Sucre con 0,5 y 0,3 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. El nivel nacional presentó una tasa de 0,6 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. Ver tabla 38.

Año 2009.

Durante el año 2009 el departamento de Bo-

lívar registró una tasa de 2,8 por 1000 niños de 0 a 5 años, siendo esta la tasa más alta registrada en todos los departamentos que conforman la Costa Caribe; le siguen en orden descendente los departamentos de Guajira y Cesar con 0,9 y 0,8 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. La tasa de mortalidad más baja la presentaron los departamentos de Sucre y Atlántico con 0,5 y 0,4 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. El nivel nacional presentó una tasa de 0,6 por 1000 niños de 0 a 5 años respectivamente. Ver tabla 38.

- Cinco primeras causas de mortalidad de niños, niñas entre los 0 y 5 años.

Año 2005.

Durante el año 2005 en el nivel nacional, la principal causa de defunción fueron las Infecciones Respiratorias Agudas con 279 casos, de los cuales el departamento de Bolívar participó con un peso estadístico de 5,7% (n=16); también fue la primera causa de defunción en este grupo de edad en los municipios de Mompox, San Pablo, Talaigua y Turbaco con un (1) caso para cada uno.

En Cartagena la primera causa de mortalidad en ese grupo atareo fueron las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 12 eventos.

La segunda causa de defunción a nivel nacional fueron las Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales con una frecuencia de 255 casos, de los cuales el departamento aportó un 6,3% (n=16); mientras que en el distrito de Cartagena fueron las Infecciones Respiratorias Agudas con 9 casos; esta última igualmente fue la segunda causa de defunción en el municipio de Arjona con un caso; otros eventos registraron frecuencias de un caso en los restantes municipios.

La tercera causa de defunción a nivel nacional fueron las Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas con 206 eventos, igualmente fue la tercera causa de defunción a nivel departamental con un 7,8% (n=16) del total nacional; e los municipios de Santa Rosa del Sur y Villanueva igualmente fue la tercera causa de defunción con un evento para una.

La cuarta causa de muerte a nivel de Colombia fueron las Enfermedades Infecciosas Intestinales





con 192 registros, mientras que a nivel departamental fueron Otros Accidentes, Inclusive Secuelas con 11 eventos, fue igualmente esta última la cuarta causa de defunción en el distrito de Cartagena; en el Carmen de Bolívar fue la Enfermedad Cardio-pulmonar y otras Enfermedades del Corazón, en Magangué los residuos de Tumores Malignos con un registro, en María La Baja Enfermedades Cerebro vasculares con un caso para cada una.

La quinta principal causa de defunción a nivel de Colombia fue el Ahogamiento por Sumersión Accidental con 18 casos, fue esta igualmente la quinta causa de defunción en niños de 1 a 4 años en el departamento de Bolívar y en el distrito de Cartagena con un 4,5% (n=8) y 2,2% (n=4) respectivamente; el Carcinoma in situ y Otros accidentes inclusive secuelas fueron la quinta causa de defunción en los municipios de Magangué y María la Baja con un caso para cada uno. En los municipios restantes no se presentaron quintas causas de defunción en este grupo etareo.

Año 2006.

Durante el año 2006 a nivel nacional, la principal causa de mortalidad fueron las Infecciones Respiratorias Agudas con 319 casos, fue igualmente la primera causa de defunción en el departamento de Bolívar y en el distrito de Cartagena un 4,7% (n=15) y un 2,5% (n=8) con en este año; en los municipios de Magangué fue la principal causa de defunción con 2 casos, lo fue igualmente en el Carmen de Bolívar, Altos del Rosario, Montecristo y Talaigua con 1 evento para cada uno. En el municipio de San Juan Nepomuceno la principal causa de defunción fueron las Enfermedades del Sistema Nervioso, excepto Meningitis.

La segunda causa de defunción en este rango de edad y año, a nivel nacional fueron las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas con 200 casos, a nivel departamental y distrital fueron las Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales con 13 casos y el Tumor Maligno de Tejido Linfático, Órganos Hematopoyéticos y Tejidos Afines con 5 casos respectivamente, esta última fue igualmente la segunda causa de defunción en el municipio de Achí, este grupo etareo con 1 caso.

La tercera causa de defunción a nivel nacional fue el Ahogamiento por Sumersión Accidental con 196 casos, en el nivel departamental fueron las Enfermedades del Sistema Nervioso, excepto Meningitis con 9 eventos, a nivel departamental fueron las Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales con 8 casos.

La cuarta causa a nivel nacional fueron las Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales con 170 casos, a nivel departamental y distrital fueron las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas y las Enfermedades del Sistema Nervioso, excepto Meningitis con 8 y 4 casos respectivamente.

La quinta causa de muerte a nivel de Colombia en este grupo etareo fueron las Enfermedades Infecciosas Intestinales con 167 casos, a nivel departamental también fue la quinta causa de defunción con un 3,6% (n=6) del total nacional; para el distrito de Cartagena fueron las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas con 4 casos.

Año 2007.

Durante el año 2007, la principal causa de defunción en niños de 1 a 4 años de edad en Colombia fueron las Infecciones Respiratorias Agudas, siendo igualmente la principal causa a nivel departamental con un 3% del total nacional; en los municipios de Magangué y Calamar fue la principal causa de defunción con 2 y 1 eventos respectivamente.

La segunda causa de defunción en este año y grupo etareo fueron las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas con 199 casos; a nivel departamental y distrital fueron las Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales y Tumores Maligno de Tejido Linfático, Órganos Hematopoyéticos y Tejidos afines con 7 y 3 casos respectivamente.

La tercera causa de defunción para Colombia fue el Ahogamiento por Sumersión Accidental con 188 casos; para Bolívar y Cartagena fueron los Tumores Maligno de Tejido Linfático, Órganos Hematopoyéticos y Tejidos afines y Otros Accidentes, Inclusive Secuelas con 6 y 3 casos respectivamente.

La cuarta causa de defunción para el nivel na-



cional fueron las Enfermedades Infecciosas Intestinales con 162 casos; para el departamento de Bolívar y el distrito de Cartagena fue igualmente la cuarta causa de defunción en este grupo atareó con un 3,1% (n=5) y 1,2% (n=2) respectivamente.

La quinta causa de fallecimiento a nivel nacional fueron Otros Accidentes, Inclusive Secuelas con 148 casos, siendo para el departamento, igualmente, la quinta causa de defunción en este grupo con 3,8% (n=5); para el distrito de Cartagena fueron las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas con 2 casos.

Año 2008.

Durante el año 2008 en este grupo etareo la principal causa de defunción a nivel nacional fueron las muertes relacionadas con el Embrazo, parto y puerperio con 225 casos, a nivel departamental y distrital fueron las Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales y las Enfermedades del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis con 11 y 5 casos respectivamente.

La segunda causa de defunción la ocupó el VIH/SIDA con 189 casos a nivel nacional; a nivel del departamento de Bolívar y del distrito de Cartagena la registraron las Enfermedades del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis y las Infecciones Respiratorias Agudas con 8 y 3 casos respectivamente,

La tercera causa de muerte en este grupo etareo fueron muertes violentas por Accidentes causados por disparo de arma de fuego con 184 casos; para Bolívar y Cartagena fueron las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas y los Tumores Maligno de Tejido Linfático, Órganos Hematopoyéticos y Tejidos afines con 8 y 3 casos respectivamente

La cuarta causa de defunción a nivel nacional la ocupó la Diabetes Mellitus con 161 casos; a nivel del departamento y del distrito fueron las Infecciones Respiratorias Agudas y Otros Accidentes, Inclusive secuelas con y 3 casos respectivamente.

La quinta causa de defunción fue por Complicaciones de la Atención. Médica y Quirúrgica, Inclusive Secuelas con 136 casos; en el departamento de Bolívar y Cartagena fueron el Ahogamiento por Sumersión Accidental y ciertas En-

fermedades Transmitidas por Vectores y Rabia con 6 y 2 casos respetivamente.

Año 2009.

En Colombia durante el año 2009 la principal causa de defunción en niños de 1 a 4 años fueron las Infecciones respiratorias Agudas con 226 casos; a nivel departamental y del distrito de Cartagena la principal causa de defunción se registró por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales, y las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas con 11 y 6 casos respectivamente.

A nivel nacional la segunda causa de defunción fueron las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas con 189 casos; a nivel departamental y del distrito de Cartagena, el segundo lugar lo registraron las Enfermedades Infecciosas Intestinales con 10 y 4 registros respectivamente.

La tercera causa de defunción a nivel nacional la ocuparon el Ahogamiento Y Sumersión Accidental con 162 casos; a nivel del departamento y del distrito de Cartagena la ocuparon las Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas y las Infecciones Respiratorias Agudas con 10 y 3 casos respectivamente.

Para Colombia el cuarto lugar en orden descendente se evidenció por Enfermedades del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis con 132 casos; las Infecciones Respiratorias agudas y los tumores Maligno Tejido Linfático, órganos Hematopoyéticos y Tejidos Afines registraron frecuencias de y 3 casos para Bolívar y el distrito de Cartagena respectivamente.

La quinta causa de defunción para Colombia fue por Deficiencias Nutricionales Y Anemias Nutricionales con 124 casos; para el departamento de Bolívar y el distrito de Cartagena fueron Residuos de Tumor Maligno y Enfermedades del Sistema Nervioso, Excepto Meningitis con 6 y 3 casos respectivamente.

1.3.1.1.2. Objetivo de política: Ninguno Desnutrido.

En este objetivo de política se analizaran:

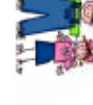




Tabla 40. Primera infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno Desnutrido.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Desnutrido	Lactancia Materna	Porcentaje de niños, niñas entre 0-6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y que reciben lactancia materna exclusiva
	Mujeres Gestantes con anemia nutricional	Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de anemia nutricional
	Bajo Peso al Nacer	Porcentaje de niños, niñas con bajo peso al nacer
	Desnutrición	Porcentaje niños y niñas menores 5 años valorados con desnutrición aguda, crónica y global

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Desnutrido. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Lactancia Materna.

- Porcentaje de niños, niñas entre 0-6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y que reciben lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna es la alimentación con leche de madre. La OMS y el UNICEF señalan asimismo que “es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños”. Proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus

primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida; promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas, reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad; contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y





mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

El programa de Nutrición no cuenta actualmente con la información exacta y concreta, por razones muy expresas y claras ya que los municipios del departamento de Bolívar lamentablemente no cuentan con la base de datos que registren en forma detallada y pormenorizada con tan importante e indispensable información que nos permita tener el indicador de porcentajes que contribuya a determinar la información de niños y niñas de 0 a 6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y reciban Lactancia Materna exclusiva.

En este programa nos proponemos a implementar como estrategia la formulación de formato con diferentes ítem y socializarlo y trabajarlo con las diferentes instituciones de salud como son las E.S.E de los diferentes municipios que nos permitan obtener la información concreta y clara sobre los niños y niñas que asisten a crecimiento y desarrollo.

Mujeres Gestantes con anemia nutricional.

- Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de anemia nutricional.

Durante 2005, el sistema de vigilancia nutricional se fortaleció con la inclusión de la gestante como grupo prioritario y vulnerable. Actualmente se cuenta como referencia un estudio realizado el cual muestra que el (27,6%), en el primero, segundo y tercer trimestre de las gestantes en el departamento de Bolívar presenta bajo peso durante toda su gestación.

El sobrepeso y la obesidad representan los porcentajes más bajos dentro del total de la clasificación, pero si se agrupan, teniendo en cuenta que ambas clasificaciones denotan malnutrición por exceso equivalen a una tercera parte, es decir, una de cada dos madres presenta problemas de malnutrición.

Al comparar el número de gestantes con primero y último control, que tenían dieciséis o menos semanas de embarazo al inicio y veintisiete o más semanas en el último control, 68% de ellas no llegó al incremento adecuado. La ganancia de

peso menor de 11,5 kg durante la gestación es un factor de riesgo para el adecuado desarrollo del feto y de mortalidad perinatal y neonatal. El estudio muestra que una de cada cinco madres presenta un incremento correspondiente al patrón de referencia.

En cuanto a déficit de micronutrientes, el estudio realizado en el año 2007 se reveló que en el primer y tercer trimestre de gestación 46.9% de gestantes presenta anemia (hemoglobina en 11g) respectivamente, presenta déficit en los depósitos de hierro.

Bajo Peso al Nacer.

- Porcentaje de niños, niñas con bajo peso al nacer.

Con relación a los niños o niñas que al nacer tuvieron un peso inferior a 2500 gramos y que nacieron con menos de 37 semanas de edad, podemos mencionar que la tendencia del departamento durante los años analizados es similar a la nacional sin embargo se mantuvo por encima de la media.

Situación que puede ser atribuible a las condiciones socioeconómicas, cuidados del embarazo y acceso a los servicios de salud de la gestante, estas condiciones afectan el estado nutricional de la madre y por ende la del neonato.

Sin embargo hay que señalar que desde el 2005 el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer en el departamento de Bolívar, se ha incrementado, hecho que se le puede atribuir al aumento de los embarazos en adolescentes.

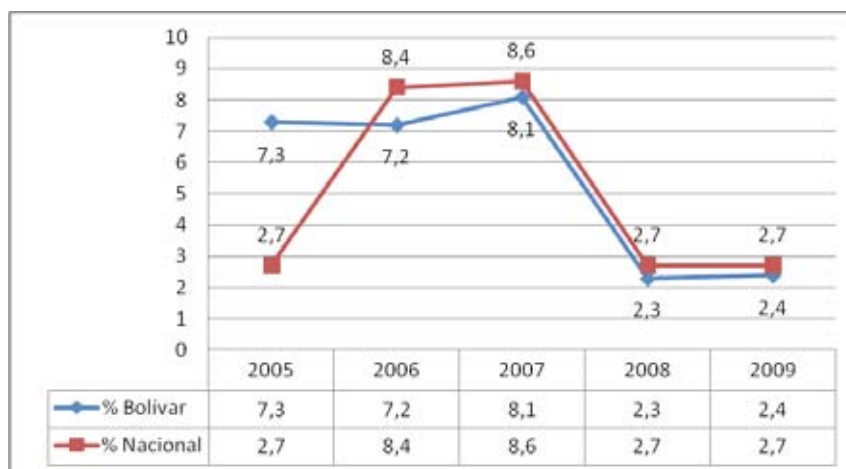
Es importante mencionar que Bolívar es un departamento con una diversidad geográfica, dividido en 46 municipios, con numerosos caseríos y sitios poblados, el departamento de Bolívar carece de una buena infraestructura vial y la red existente no abarca la totalidad de los municipios, circunstancias que dificultan la atención de un grueso grupo de mujeres durante el periodo de gestación.

Para el análisis de esta información no se incluyeron las referencias de los años 2010 y 2011, por no ser confiable, se encuentran en Departamento administrativo nacional de estadística (DANE) Como datos preliminares. (Ver Grafica).





Grafica 33. Tendencia de niños y niñas con bajo peso a nacer según Bolívar según la Nación 2005 – 2011.



Fuente: DANE 2005-2009

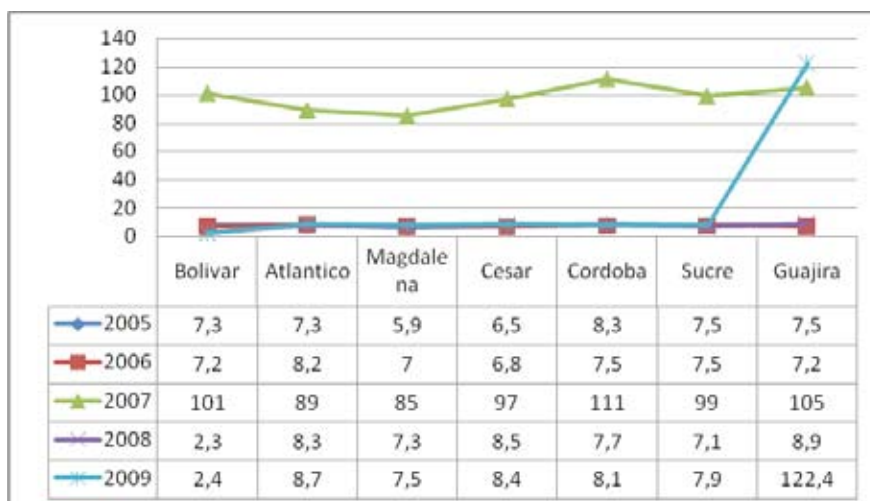
Tendencia de niños y niñas con bajo peso a nacer según Bolívar según región Caribe 2005 – 2011.

En relación al comportamiento del departamento de Bolívar, de nacidos vivos con bajo peso al nacer, respecto a los demás departamentos de la región atlántica, podemos mencionar que la tendencia durante los años 2005, 2006, 2008 y 2009 es muy similar a los demás departamento, sin embargo es importante mencionar que el año 2007 se observa un incremento en los porcentajes, al igual se puede determinar que el departamento de Bolívar se encuentra para el año 2005,

2006 con un tendencia similar a la media regional, en lo recorrido de los años 2007 y 2009, se ubica por debajo de la misma medida de agrupación, y solo para el año 2008 se ubica por encima de la media regional.

Al igual que en los otros departamentos de la región Caribe se denota que durante el año 2007 se incrementaron los nacimientos de recién nacidos con bajo peso, situación que podría se atribuible a la altas incidencias de embarazos en adolescentes, y otros factores de riesgo como inasistencias a los controles prenatales, y/o accesibilidad a los servicios de salud, manejo inadecuado de infecciones urinarias y vaginales. (Ver Grafica).

Grafica 34. Tendencia de niños y niñas con bajo peso a nacer según Bolívar según región Caribe 2005 – 2011.



Fuente: DANE 2005-2009



Los municipios que a lo largo del análisis le aportan al departamento cargas promedios mayores de 10% son Arenal, Arjona, Clemencia, Mahates, Rio Viejo, San Estanislao, San Jacinto, Santa Catalina, Santa Rosa de Lima, Soplaviento Tiquisio, Turbaco, Villanueva y Zambrano.

Es significativo mencionar que la mayoría de los municipios arriba referenciados están en los ZODES, Dique y Montes de María, municipios con de mejor acceso a los servicios de salud, confluencia con la capital del departamento y con un área rural menos extensa que la gran ma-

yoría de los municipios del departamento, pero hay que anotar que son municipios con altas poblaciones y que la población de mujeres en edad fértil representa un peso significativo del total general, además que el sistema de información y notificación de recién nacidos con peso menor a 2500 gramos, es continuo y permanente.

Para los años 2008 a 2010 el departamento administrativo nacional de estadística (DANE), cambia la metodología de presentación de los datos por lo que se dificulta la continuidad y observación de la información.

Tabla 41. Distribución de Bajo peso al nacer por Municipios 2005-2010 en Bolívar.

Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	MEDIA
Cartagena	7,5	7,4	6,9	ND	ND	ND	7,3
Achí	6,9	9,0	11,6	ND	ND	ND	9,2
Altos del Rosario	2,8	5,8	4,7	ND	ND	ND	4,4
Arenal	9,7	8,9	15,4	ND	ND	ND	11,4
Arjona	8,3	8,2	35,3	ND	ND	ND	17,3
Arroyo Hondo	8,1	4,3	14,7	ND	ND	ND	9,0
Barranco de Loba	2,2	3,3	7,4	ND	ND	ND	4,3
Calamar	5,0	9,7	13,6	ND	ND	ND	9,4
Cantagallo	2,9	8,1	15,6	ND	ND	ND	8,9
Cicuco	8,1	3,6	15,4	ND	ND	ND	9,0
Córdoba	7,2	8,9	13,3	ND	ND	ND	9,8
Clemencia	10,5	10,8	26,8	ND	ND	ND	16,0
El Carmen	9,7	7,7	6,5	ND	ND	ND	8,0
El Guamo	3,2	3,4	16,0	ND	ND	ND	7,6
El Peñón	4,5	5,9	14,5	ND	ND	ND	8,3
Hatillo de Loba	7,6	2,8	3,8	ND	ND	ND	4,7
Magangué	7,5	8,2	6,3	ND	ND	ND	7,3
Mahates	8,9	6,8	20,0	ND	ND	ND	11,9
Margarita	6,2	2,0	8,0	ND	ND	ND	5,4





Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	MEDIA
María La Baja	6,9	5,5	9,1	ND	ND	ND	7,2
Montecristo	7,9	5,2	6,5	ND	ND	ND	6,5
Mompox	9,3	8,7	9,7	ND	ND	ND	9,2
Morales	5,1	7,3	11,1	ND	ND	ND	7,8
Norosí	No creado	No creado	No creado	ND	ND	ND	SD
Pinillos	4,2	6,5	16,8	ND	ND	ND	9,2
Regidor	8,3	6,6	1,6	ND	ND	ND	5,5
Rio Viejo	14,3	16,0	5,7	ND	ND	ND	12,0
San Cristóbal	9,7	1,4	14,3	ND	ND	ND	8,4
San Estanislao	8,5	7,0	28,8	ND	ND	ND	14,8
San Fernando	4,1	4,7	9,4	ND	ND	ND	6,1
San Jacinto	8,7	6,0	17,0	ND	ND	ND	10,6
San Jacinto del Cauca	6,5	6,7	3,6	ND	ND	ND	5,6
San Juan Nepomuceno	3,8	5,2	12,6	ND	ND	ND	7,2
San Martín de Loba	4,5	3,5	10,0	ND	ND	ND	6,0
San Pablo	4,5	6,3	6,8	ND	ND	ND	5,9
Santa Catalina	9,5	9,8	28,4	ND	ND	ND	15,9
Santa Rosa	9,0	7,7	62,7	ND	ND	ND	26,5
Santa Rosa Sur	4,4	3,5	5,3	ND	ND	ND	4,4
Simiti	6,6	4,6	4,9	ND	ND	ND	5,4
Soplaviento	9,4	5,3	17,6	ND	ND	ND	10,8
Talaigua	6,9	5,1	5,9	ND	ND	ND	6,0
Tiquisio	6,1	8,6	26,0	ND	ND	ND	13,6
Turbaco	6,9	7,7	40,7	ND	ND	ND	18,4
Turbana	6,1	5,7	13,5	ND	ND	ND	8,4
Villanueva	6,1	9,8	26,6	ND	ND	ND	14,2
Zambrano	8,5	11,3	11,3	ND	ND	ND	10,4

Fuente: DANE 2005-2009.



SALUD INFANTIL (AIEPI).

Los procesos de crecimiento y desarrollo en la infancia, están condicionados por múltiples factores, sean estos biológicos, genéticos, sociales, ambientales o culturales, que actuando conjuntamente van a determinar el estado de salud y la calidad de vida del niño y se caracterizan por que implican una organización sucesiva de funciones, tanto biológicas como psicosociales, mediante las cuales se realizan progresivamente las capacidades genéticas del niño. Para tal fin la Secretaría ha liderado la adopción de las estrategias e intervenciones Como la estrategia AIEPI, para garantizar un mejor presente a la niñez bolivarense.

Por lo anterior y en respuesta a la dinámica Departamental, la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, viene fortaleciendo con el transcurrir de los años, la gestión en la implementación de la estrategia AIEPI en cada uno de sus componentes (Mejoramiento de habilidades del personal de salud, organización de los servicios de salud y mejoramiento de las habilidades a nivel familiar y comunitario) en los municipios del Departamento, con lo cual busca lograr, que todos los actores sociales ejerzan en una mejor forma, el papel protagónico en el proceso de planeación, gestión y evaluación, de las condiciones de salud, teniendo en cuenta las dimensiones general, particular e individual de cada municipio.

Esta gestión tiene como objetivo, desarrollar estrategias de servicios de salud a nivel individual, familiar y comunitario, que permitan la atención integral de la población infantil en el nivel local, según ciclo vital y condiciones de salud, mediante intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La *Atención Integrada a las enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)* está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención tanto a nivel de las instituciones de salud como en el hogar y en la comunidad, es un derecho fundamental de los niños y niñas.

La estrategia se basa en el siguiente método: todo niño que llega a consulta, independientemente del motivo de la misma, o aún si llega para control de niños sanos, es sometido sistemáticamente a un protocolo de interrogatorio, dirigido a los responsables de su cuidado y a una exploración que permite el hallazgo de los signos

y síntomas que orientan sobre la presencia de las principales enfermedades que afectan a los niños. La presencia de estos signos o síntomas permiten la clasificación del caso y el tratamiento adecuado de acuerdo a la aplicación rigurosa del protocolo AIEPI. La consulta se aprovecha siempre para conocer el estado nutricional y de vacunación del niño y actuar en consecuencia, de acuerdo al protocolo. En toda consulta se explica a la madre cuando debe regresar para proceder a verificar la evolución de la enfermedad o a control, cuando debe regresar con urgencia, qué tratamiento se da al niño y cómo debe suministrarlo. Tras las explicaciones y demostraciones prácticas se realizan las preguntas necesarias y pruebas de verificación. En todas las consultas se dan las orientaciones necesarias para asegurar hábitos saludables relacionados con la lactancia materna y la alimentación en general.

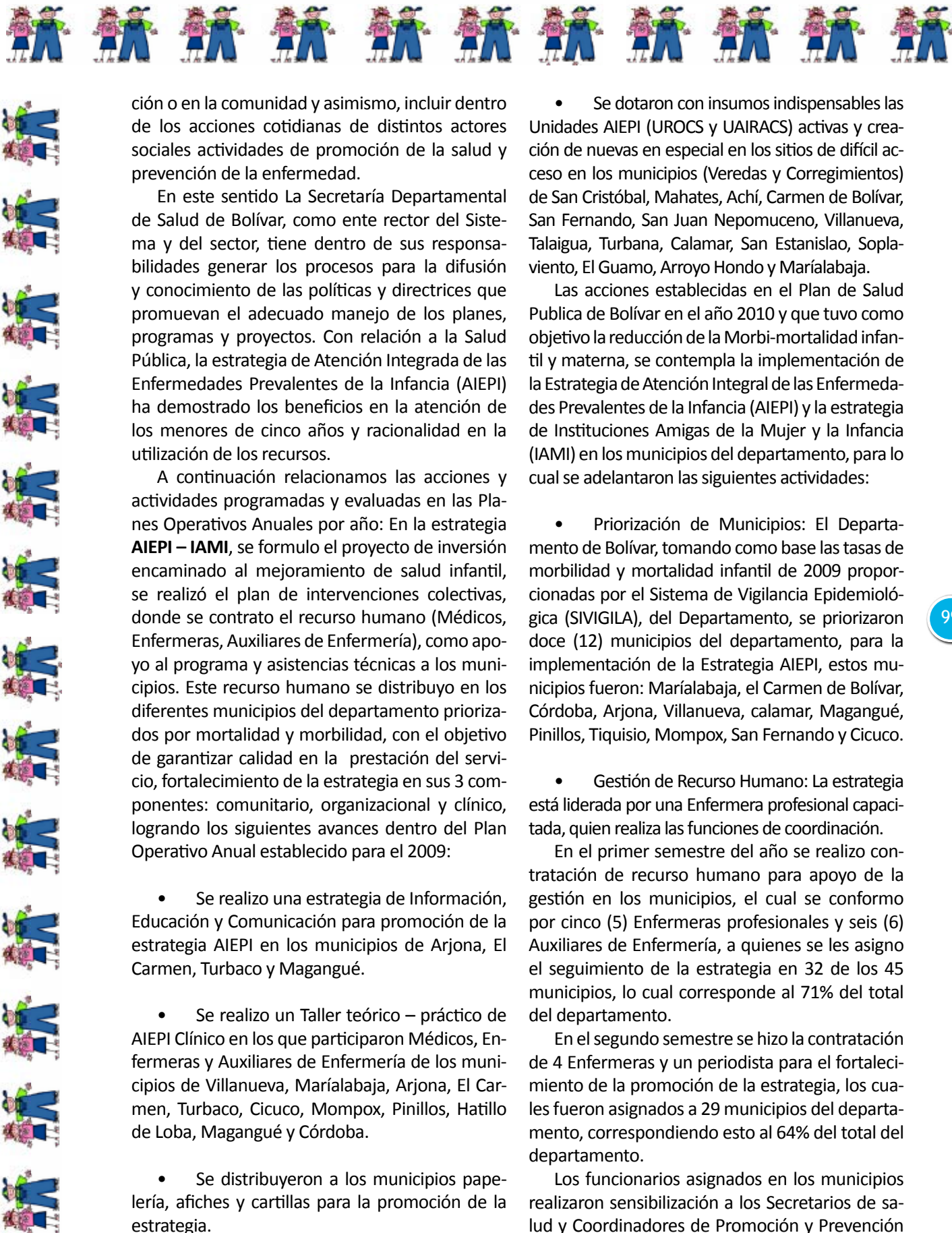
Por otro lado, la estrategia AIEPI se adapta para dirigirla a otros recursos humanos vinculados a la salud: AIEPI dirigido a agentes comunitarios y AIEPI “conversando con las madres”. Esto permite la incorporación a la estrategia de educadores sanitarios, nutricionistas, asistentes sociales, promotores de salud y líderes comunitarios.

Adaptación de la Estrategia.

La implementación de la estrategia AIEPI requiere una planificación local, que tome en cuenta el desarrollo armónico de los tres componentes, el compromiso político, como la coordinación interinstitucional, la movilización de recursos así como la planificación, ejecución, seguimiento, supervisión, monitoreo y evaluación.

En los municipios del departamento de Bolívar, se impulsa la implementación de la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y se han realizado acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población infantil con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los niños y niñas menores de 5 años y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar, ya que esta Estrategia, busca incorporar en los servicios de salud una evaluación integrada e integral de los niños y las niñas cuando entran en contacto con un proveedor de asistencia en salud, ya sea en una institu-





ción o en la comunidad y asimismo, incluir dentro de los acciones cotidianas de distintos actores sociales actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este sentido La Secretaría Departamental de Salud de Bolívar, como ente rector del Sistema y del sector, tiene dentro de sus responsabilidades generar los procesos para la difusión y conocimiento de las políticas y directrices que promuevan el adecuado manejo de los planes, programas y proyectos. Con relación a la Salud Pública, la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ha demostrado los beneficios en la atención de los menores de cinco años y racionalidad en la utilización de los recursos.

A continuación relacionamos las acciones y actividades programadas y evaluadas en las Planes Operativos Anuales por año: En la estrategia **AIEPI – IAMI**, se formulo el proyecto de inversión encaminado al mejoramiento de salud infantil, se realizó el plan de intervenciones colectivas, donde se contrato el recurso humano (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería), como apoyo al programa y asistencias técnicas a los municipios. Este recurso humano se distribuyo en los diferentes municipios del departamento priorizados por mortalidad y morbilidad, con el objetivo de garantizar calidad en la prestación del servicio, fortalecimiento de la estrategia en sus 3 componentes: comunitario, organizacional y clínico, logrando los siguientes avances dentro del Plan Operativo Anual establecido para el 2009:

- Se realizo una estrategia de Información, Educación y Comunicación para promoción de la estrategia AIEPI en los municipios de Arjona, El Carmen, Turbaco y Magangué.
- Se realizo un Taller teórico – práctico de AIEPI Clínico en los que participaron Médicos, Enfermeras y Auxiliares de Enfermería de los municipios de Villanueva, Maríalabaja, Arjona, El Carmen, Turbaco, Cicuco, Mompo, Pinillos, Hatillo de Loba, Magangué y Córdoba.
- Se distribuyeron a los municipios papelería, afiches y cartillas para la promoción de la estrategia.

- Se dotaron con insumos indispensables las Unidades AIEPI (UROCS y UAIRACS) activas y creación de nuevas en especial en los sitios de difícil acceso en los municipios (Veredas y Corregimientos) de San Cristóbal, Mahates, Achí, Carmen de Bolívar, San Fernando, San Juan Nepomuceno, Villanueva, Talaigua, Turbana, Calamar, San Estanislao, Sopla-viento, El Guamo, Arroyo Hondo y Maríalabaja.

Las acciones establecidas en el Plan de Salud Publica de Bolívar en el año 2010 y que tuvo como objetivo la reducción de la Morbi-mortalidad infantil y materna, se contempla la implementación de la Estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAM) en los municipios del departamento, para lo cual se adelantaron las siguientes actividades:

- Priorización de Municipios: El Departamento de Bolívar, tomando como base las tasas de morbilidad y mortalidad infantil de 2009 proporcionadas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), del Departamento, se priorizaron doce (12) municipios del departamento, para la implementación de la Estrategia AIEPI, estos municipios fueron: Maríalabaja, el Carmen de Bolívar, Córdoba, Arjona, Villanueva, calamar, Magangué, Pinillos, Tiquisio, Mompo, San Fernando y Cicuco.

- Gestión de Recurso Humano: La estrategia está liderada por una Enfermera profesional capacitada, quien realiza las funciones de coordinación.

En el primer semestre del año se realizo contratación de recurso humano para apoyo de la gestión en los municipios, el cual se conformo por cinco (5) Enfermeras profesionales y seis (6) Auxiliares de Enfermería, a quienes se les asigno el seguimiento de la estrategia en 32 de los 45 municipios, lo cual corresponde al 71% del total del departamento.

En el segundo semestre se hizo la contratación de 4 Enfermeras y un periodista para el fortalecimiento de la promoción de la estrategia, los cuales fueron asignados a 29 municipios del departamento, correspondiendo esto al 64% del total del departamento.

Los funcionarios asignados en los municipios realizaron sensibilización a los Secretarios de salud y Coordinadores de Promoción y Prevención



municipales, así como a los Gerentes y Jefes de P y P de las ESE Locales, sobre la obligatoriedad e importancia de la implementación de la Estrategia en todos sus componentes y se establecieron planes de mejoramiento con compromisos como: implementación de la Política institucional, Conformación de los comités intersectoriales, suministro de insumos y papelería a las unidades AIEPI, capacitación al recurso humano con recursos propios, entre otros, estos planes fueron firmados por los gerentes de las IPS con copia a los secretarios locales de salud.

- **Gestión de Recursos Técnicos:** En el POA Departamental se incluyeron y ejecutaron las siguientes acciones para gestión de la implementación de la estrategia en los municipios:

- **Asistencia técnica y seguimiento a 30 secretarías locales de salud,** sobre la implementación de la estrategia AIEPI/IAMI, a través de recurso humano contratado.

- **El cumplimiento de esta actividad fue del 100%, para un total al cuarto trimestre de 33 municipios asistidos técnicamente con recurso humano contratado y de planta, en las cuales se obtuvo recolección de información para elaboración de un diagnóstico situacional y sensibilización a los Secretarios de Salud Municipales y Gerentes de ESEs Municipales, conformación de 10 Comités Intersectoriales de Salud Infantil y adopción de Política de AIEPI en 7 ESE municipales, logrando esta actividad con la contratación de recurso humano para apoyo de la gestión en los municipios.**

- **Estrategia de información, educación y comunicación para promoción de las estrategias de AIEPI - IAMI en los 5 municipios priorizados del Departamento de Bolívar.** Esta actividad se cumplió en un 100% en el tercer trimestre del año, en los municipios de San Fernando, Cicuco, Talaigua, Maríalabaja y El Carmen de Bolívar, en los que se logró fortalecer la capacidad de los padres asistentes en la toma de decisiones de los cuidados de los menores de 5 años.

- **Asistencia técnica y acompañamiento a las secretarías locales de salud e IPS involucra-**

das, en la conformación y/o reactivación de comités intersectoriales de salud infantil y evaluación de las acciones realizadas por los mismos. Durante las asistencias técnicas en los 33 municipios, se formularon planes de mejoramiento a las ESE Locales que incluían la conformación de los comités intersectoriales, los cuales fueron firmados por los gerentes de las instituciones visitadas.

- **Acompañamiento y asesoría para certificar dos instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, ante Min Protección Social, a través de la ESE Maternidad Rafael Calvo.** Para esta actividad se ejecuto una estrategia de Información, Educación y Comunicación de Lactancia Materna que incluyo sensibilización a los municipios de Magangué y El Carmen de Bolívar para su posterior certificación.

- **Visitas de sensibilización a los funcionarios del área de la salud en los municipios no priorizados por funcionarios de la secretaria de salud departamental.** Se realizaron 7 asistencias técnicas por parte de la líder de la estrategia, debido a que los recursos asignados para cumplir 100% dicha actividad fueron utilizados para apoyar la Jornada Nacional de Eliminación de Sarampión – Rubeola.

- **Distribución de guías, retablos y folletos en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD) de municipios para la promoción de la aplicación de normas técnicas de promoción y prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.** Se realizó distribución del material de promoción y prevención (afiches, cartillas y papelería para las unidades AIEPI) para los 45 municipios y se elaboro un pendón con mensajes alusivos a la estrategia para la Secretaria de Salud Departamental.

- **Fortalecimiento de las actividades de prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia en la población en condición de desplazamiento, con el recurso humano contratado y de planta.** Se contrato en el primer semestre una Auxiliar de Enfermería para apoyar la Estrategia AIEPI y el PAI exclusivamente en población desplazadas de los municipios de María La Baja,





El Carmen, Magangué, Turbaco y Arjona, dichas actividades se basaron en visitas educativas, Búsquedas Activas Comunitarias de Inmunoprevenibles, apoyo a los programas de promoción y prevención con demanda inducida, visitas a los hogares infantiles con niños en condición de desplazamiento, visitas unidades AIEPI y charlas educativas a la comunidad .

- Estrategia de información, educación y comunicación para promoción de la Lactancia Materna en municipios priorizados del departamento de Bolívar. Actividad que se ejecuto y cumplió en un 100% en los municipios del Carmen de Bolívar y Magangué.

- Dotar con insumos críticos las unidades AIEPI del departamento, se dotaron 50 Unidades AIEPI de los siguientes municipios del departamento: San Cristóbal, Mahates, Achí, San Fernando, María la Baja, Turbana, Calamar, Cicuco, El Carmen, Magangué, San Juan Nepomuceno, San Estanislao de Kostka, Soplaviento, Talaigua y Villanueva, con insumos y medicamentos. Para esta distribución se tuvo en cuenta municipios afectados por ola invernal, morbilidad por IRA y EDA, distribución de años anteriores y solicitud realizadas por los municipios.

- Capacitación en el componente comunitario a las voluntarias de las unidades AIEPI de 3 municipios priorizados. Esta actividad se cumplió en un 100%, realizando la contratación con la ESE de Cicuco y se realizo la capacitación en los municipios de Cicuco, San Fernando y Talaigua.

Articulación con otros Programa de Salud Pública.

Durante las asistencias técnicas realizadas en el año 2010, los profesionales de la estrategia AIEPI /IAMI realizaron actividades conjuntas con los funcionarios del programa PAI, a través de la identificación y remisión de niños con esquema de vacunación incompleto y educación incidental sobre la importancia de la vacunación en las visitas domiciliarias, Monitoreos Rápidos de Coberturas y apoyo a la Jornada Nacional de Eliminación de Sarampión – Rubeola.

Además se realizaron acciones en coordinación con el componente de vigilancia en salud pública, mediante la búsqueda comunitaria de Inmunopre-

venibles y seguimiento de los casos de Inmunoprevenibles y mortalidad por EDA e IRA en menores de cinco años, reportados por los municipios del departamento, además de la participación en las unidades de análisis realizadas por los casos de mortalidad infantil.

Actualmente se están coordinando las actividades como formulación del Plan operativo de AIEPI en la EPS subsidiadas y contributivas con el DADIS.

Dentro de las dificultades para la implantación de la Estrategia tenemos: En cuanto a la participación de EPS del contributivo y del subsidiado, se considera prioritaria en términos de una cobertura mayor de la estrategia a nivel Departamental. Dado que la responsabilidad de la atención de los niños está distribuida en los diferentes planes de beneficios y la función de la Secretaria Departamental es el bienestar del total de la población infantil del Departamento. Además de lo anterior, la alta rotación de personal en las instituciones de salud y personal no capacitado, también dificultan la efectiva adopción de la misma, para lo que proponemos convenios con las aseguradoras para contar con cooperación en capacitaciones futuras.

Otra posibilidad para continuar el proceso de capacitación es realizar convenios docente asistenciales para la capacitación de los profesionales.

Actualmente la Estrategia se está operando a través de cuatro ámbitos de vida cotidiana como son el familiar, jardín infantil, comunidades saludables e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a través de procesos de articulación como son ICBF, ONG, EPS.

Por lo tanto podemos concluir que la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia – AIEPI- , desde sus tres componentes como son Mejoramiento de habilidades del personal de salud, organización de los servicios de salud y mejoramiento de las habilidades a nivel familiar y comunitario, le proporciona al modelo la forma de abordar la problemática de salud de la población menor de cinco años, considerada como prioritaria, ajustándose en forma armónica a los ejes de acción definidos en el mismo

Desnutrición.

- Porcentaje niños y niñas menores 5 años valorados con desnutrición aguda, crónica y global.



El departamento de Bolívar está ubicado en la zona norte de Colombia, tiene 1.600.000 habitantes resultado de la mezcla étnica de razas negra, blanca e India. De esta población más del 64% tiene Necesidades Básicas Insatisfechas con sus consecuencias sociales y epidemiológicas, principalmente en los grupos etarios más susceptibles: 20% de los menores 5 años se encuentran en riesgo de desnutrición y de éstos, se estima que el 25% corresponde a desnutridos graves; son frecuentes las enfermedades diarreicas (Incidencia de 171,6 x 1000), las parasitosis (60%) y las infecciones respiratorias (incidencia de 311,4 x 1000) (17). La mayoría de los niños que presentan desnutrición en esta zona tiene antecedentes de una lactancia materna ausente o muy corta y una ablactación temprana con alimentos azucarados como el “agua de panela” (agua con melaza de caña de azúcar).

La mujer de esta zona por tradición es multipara desde la adolescencia y ha carecido de motivaciones y oportunidades para recibir capacitación y mejorar sus condiciones de vida. Existen mujeres de áreas rurales que se denominan “Madres Comunitarias” porque reciben, cuidan y alimentan en sus casas durante el día a 15 niños de edades entre 2 y 7 años. Con estas actividades se han obtenido resultados positivos relacionados con la prevención de las complicaciones de algunas enfermedades como la diarrea y la Infección respiratoria; sin embargo, son insuficientes los espacios para que las mujeres puedan participar activamente en la generación directa de soluciones para los problemas nutricionales de sus familias.

Estos datos pueden reflejar la magnitud del serio problema de desnutrición Infantil que padece Colombia y los países en vías de desarrollo del mundo. El crecimiento de la población, la distribución inadecuada de los recursos, el escaso acceso a los alimentos de primera necesidad, la falta de oportunidades para la educación y el autodesarrollo son factores que ensombrecen el panorama de la Desnutrición infantil.

La materialización de este proyecto de implementación de Huertas Caseras para Madres Comunitarias y la capacitación comunitaria intentó producir cambios de hábitos y promover el consumo de alimentos vegetales como fuente

de proteínas y vitaminas económica.

Éstos estarían disponibles en cantidades suficientes en sus propias huertas como producto de un esfuerzo comunitario, que cambiaría la calidad de vida y posiblemente el estado nutricional de los niños; además beneficiaría al núcleo familiar de las Madres Comunitarias participantes. Este proyecto también permitió analizar los efectos de estas dietas utilizadas en niños de 2 a 7 años con o sin desnutrición.

El trabajo coordinado de las mujeres participantes, con la asesoría técnica y el seguimiento de entidades como el SENA (Servicio Nacional de aprendizaje), el I.C.B.F (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) y el Departamento Administrativo de Salud de Bolívar (DASALUD) y la evaluación nutricional periódica de los niños tuvo como propósito la obtención de beneficios socioeconómicos importantes a un bajo costo, utilizando los recursos naturales sin generar daños ambientales.

Además de beneficiar a la comunidad, se pretendió evaluar los posibles efectos de estas dietas en el estado nutricional de los niños. Además se cumpliría con las Políticas Nacionales de Atención Infantil, Agropecuaria y del Medio Ambiente Colombiano.

Según las estadísticas del ENSIN año 2005 el 7% de niños y niñas presentan desnutrición global o insuficiencia ponderal, siendo más prevalente los niños en edad de 0 a 5 años y en menor prevalencia en niños menores de 6 meses con 1.39% para el ENSIN se adoptaron los valores de anemia por niños de 0 a 5 años, la concentración de hemoglobina por debajo del 12g/dl.

Población de 6 a 11 años con anemia en el país por región es de 37.6%. Al igual que nos arroja la información de un 12% de malnutrición crónica en la población de niños y niñas en edad menor de 5 años. Y nuestro Departamento Bolívar con un porcentaje del 4.3 % esto nos indica que está por debajo del índice nacional.

Después de revisar y analizar los datos recolectados en la información suministrada por el ENSIN año 2005 sobre la malnutrición global, crónica y aguda en la población niños y niñas en el departamento de Bolívar, nuestra situación en la malnutrición población niñez está por debajo del índice Nacional.





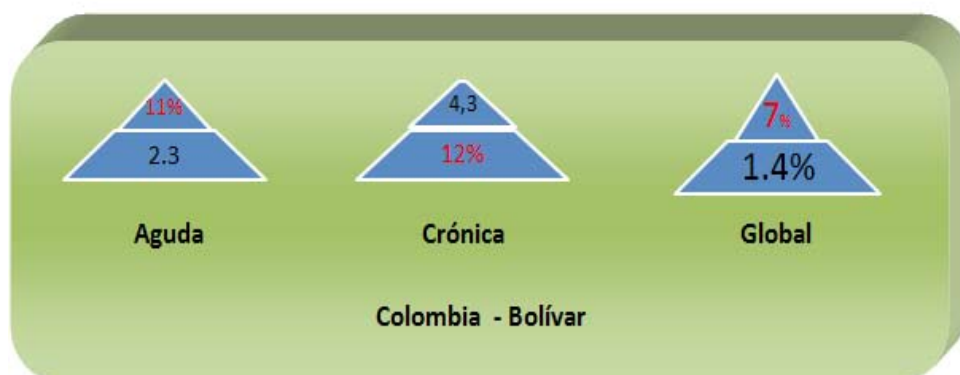
El porcentaje de niños y niñas con bajo peso para la talla en el primer trimestre del año 2006 para todos los programas y la gran mayoría de las regiones es superior al reportado en el ENSIN 2005(1.3%), sin embargo podemos destacar que en el último trimestre del año 2006 se presenta una disminución importante del porcentaje de niños y niñas con bajo peso para la talla en el país.

Estando en un 6.5% en Bolívar esto nos indica que está por encima del promedio nacional.

Estado nutricional según indicador talla para la edad, la recuperación es mucho más lenta siendo aun más difícil a medida que aumenta la edad del niño, dado que el retraso en crecimiento es acumulativo.

Al comparar toda esta información emanada por ENSIN de malnutrición de la población de niños y niñas entre el año 2005 y 2010 nos indica que los índices de malnutrición en el departamento de Bolívar han aumentado.

Ilustración 2. Prevalencia por tipo de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años. Bolívar. 2005.



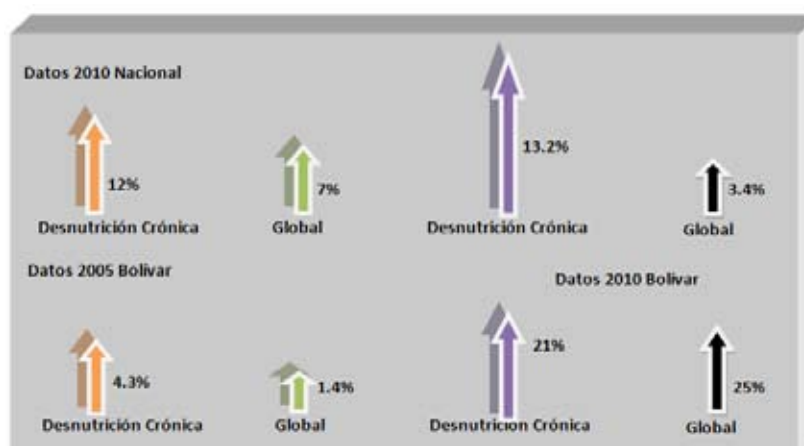
103

Fuente: ENSIN y Municipios 2005-2010.

A continuación la ilustración nos muestra que en el año 2010 y la información recopilada en año presente 2011, A través del levantamiento de una nueva base de datos niños y niñas con malnutrición en 31 municipios del departamento de Bolívar contamos con un alto porcentaje en el flagelo

de la malnutrición en la población infantil pese a la implementación de estrategias como son los comedores en las escuelas, hogares infantiles, IAMI, entregas de des parasitarios, multivitaminicos y pots de leche que consideramos al implementar las cifras de niños con malnutrición bajarían.

Ilustración 3. Datos de Desnutrición en Bolívar y la nación.



Fuente: ENSIN y Municipios 2005-2010.



Nuevas estrategias objetivo para mejorar la malnutrición en la población infantil.

El no lograr un alto porcentaje de mejoría en cuanto a la malnutrición de nuestros niños y niñas menores de 5 años en Bolívar, pese a todos los esfuerzos de los programas a nivel nacional y departamental. Esto nos llevo a diseñar en este año 2011 a partir del mes de Abril una nueva estrategia e implementarla en los municipios como es la educación con varios temas relacionados con las causas y consecuencias de la mal nutrición, seguridad alimentaria, y alimentación con buen trato, en madres comunitarias, grupo de Familias en acción, madres gestantes y lactantes en cuanto el tema de nutrición dándole importancia LM como eje principal para minimizar la problemática existente. Fortalecer la estrategia IAMI, en las IPS sensibilización en los funcionarios de las E.S.E. y líderes comunitarios y todas aquellas instituciones o grupos que lleven programas con la niñez:

*Capacitación para que estos grupos aprendan a identificar y el manejo de los niños con malnutrición.

*El levantamiento de una nueva base de dato de niños en riesgo o con desnutrición sin excluir ningún municipio y edades.

*Brigadas de salud con un equipo interdisciplinario (Nutricionista, Enfermera, Trabajadora Social y Medico.

*Operatividad de los centros de Recuperación Nutricional.

*Seguimiento de vigilancia a las familias beneficiarias de los programas dirigidos a la infancia con desnutrición.

*Adopción de los municipios que presenten mayor población de niños con desnutrición por los profesionales que realizan las actividades en estos mismos con el propósito que en el 2011 estos municipios cero niños con desnutrición.

*El sentido de pertenencia comunitario frente a la vigilancia nutricional, con los síntomas de alerta de malnutrición.

*Dietas alimenticias y formulas que permitan mejorar el estado de malnutrición de niños y niñas.



Ilustración 4. Entrega de prendas de vestir, acompañamiento Defensa Civil.



Fuente: Propia.





Ilustración 5. Entrega de desparasitarios.



Fuente: Propia.

105

Ilustración 6. Exposición del tema desarrollado.



Fuente: Propia.

Ilustración 7. Taller Educativo.



Fuente: Propia.



Como también el programa y operatividad de los Centros de recuperación nutricional en 5 municipios esto ha contribuido a que no solo sea la identificación de la población en riesgo o con malnutrición sino a empoderar a las comunidades frente a su auto cuidado y manejo de factores de riesgo, con énfasis en lactancia materna exclusiva hasta los seis años, hábitos de higiene saludable en el proceso de amamantamiento, complementación nutricional no solo del menor sino de la madre y promoción de pautas de crianza que permitan que nuestros niños crezcan emocionalmente sanos.

Los resultados de la ENSIN 2010, muestran un avance importante en la meta propuesta de reducir la desnutrición global para el año 2015. Sin embargo, el mayor desafío en términos de salud pública es disminuir la desnutrición crónica y lograr la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al año 2015, es decir pasar de una prevalencia de 26,1% en 1990 a 8,0% en el 2015 (según los patrones OMS). Al igual en el Departamento de Bolívar pretendemos con las acciones que se están desarrollando minimizar en 80% el índice de malnutrición en nuestra población niñez y adolescentes.

Ilustración 8. Muestra de cómo se alimentan nuestros niños en Bolívar.

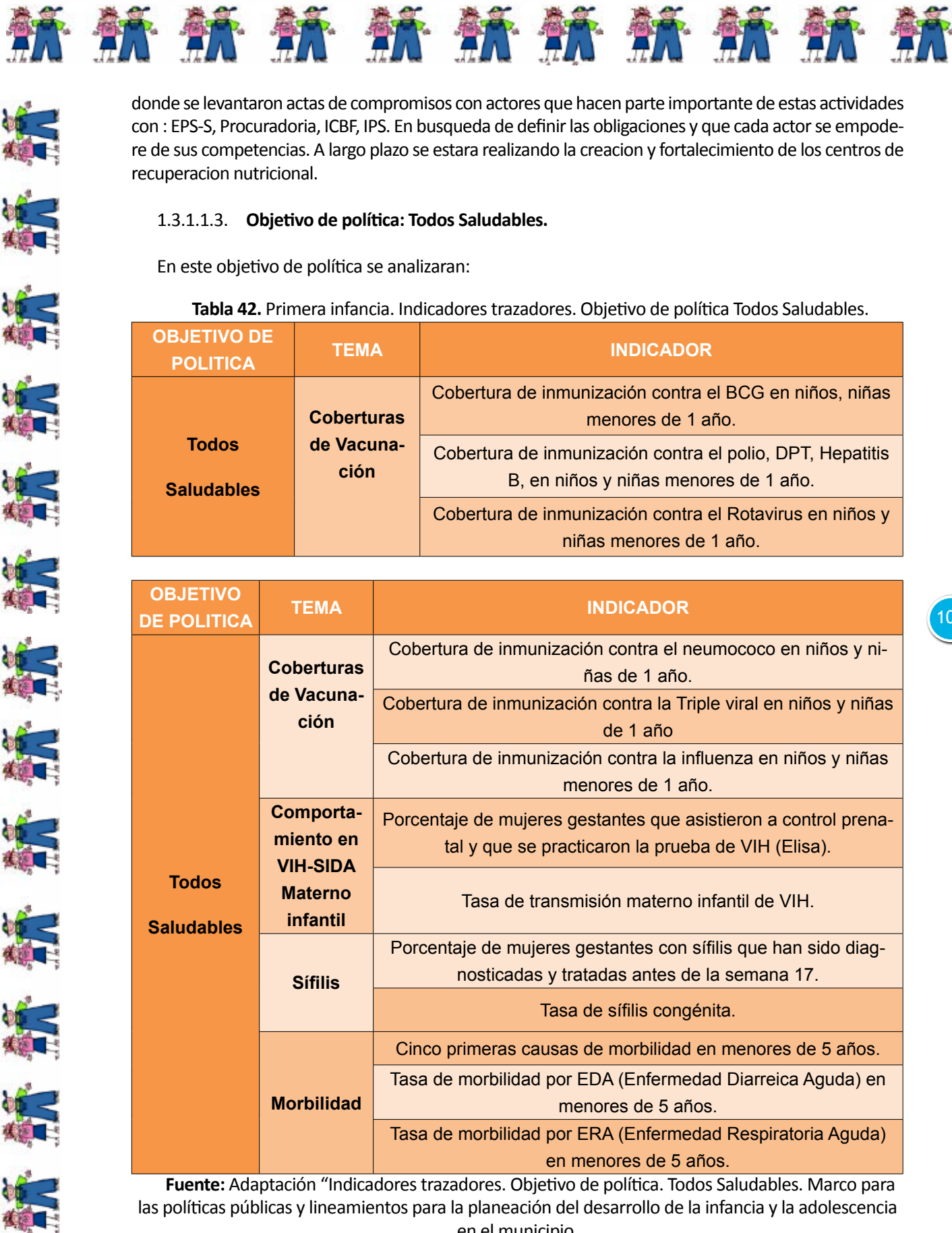


Fuente: Propia.

Es importante mencionar que en la matriz cunitativa, específicamente en los indicadores numero 6, 7, 8, y 9. (Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con desnutrición crónica, Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con desnutrición global, Porcentaje de niños, niñas entre 0 y 6 meses que asisten a controles de crecimiento y desarrollo y reciben lactancia materna exclusiva, Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de anemia nutricional). Se evidencian con gran frecuencia el ND, ya que durante los periodos 2005-2010, en

la nación, el departamento y los municipios no se contaba con la información que en la matriz se solicita, posiblemente porque la estrategia no estaba debidamente estructurada, y registrando en bases de datos que generaran estos antecedentes. Sin embargo podemos señalar que en la presente anualidad se ha iniciado un levantamiento de líneas de base para alimentar esta información. Este estas solicitud mensual de informes municipales de casos de niños y adolescente con malnutrición, articulándose en el sistema de vigilancia epidemiológica, reunión





donde se levantaron actas de compromisos con actores que hacen parte importante de estas actividades con : EPS-S, Procuraduría, ICBF, IPS. En búsqueda de definir las obligaciones y que cada actor se empodere de sus competencias. A largo plazo se estará realizando la creación y fortalecimiento de los centros de recuperación nutricional.

1.3.1.1.3. **Objetivo de política: Todos Saludables.**

En este objetivo de política se analizarán:

Tabla 42. Primera infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Saludables.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Todos Saludables	Coberturas de Vacunación	Cobertura de inmunización contra el BCG en niños, niñas menores de 1 año.
		Cobertura de inmunización contra el polio, DPT, Hepatitis B, en niños y niñas menores de 1 año.
		Cobertura de inmunización contra el Rotavirus en niños y niñas menores de 1 año.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Todos Saludables	Coberturas de Vacunación	Cobertura de inmunización contra el neumococo en niños y niñas de 1 año.
		Cobertura de inmunización contra la Triple viral en niños y niñas de 1 año
		Cobertura de inmunización contra la influenza en niños y niñas menores de 1 año.
	Comportamiento en VIH-SIDA Materno infantil	Porcentaje de mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH (Elisa).
		Tasa de transmisión materno infantil de VIH.
	Sífilis	Porcentaje de mujeres gestantes con sífilis que han sido diagnosticadas y tratadas antes de la semana 17.
		Tasa de sífilis congénita.
	Morbilidad	Cinco primeras causas de morbilidad en menores de 5 años.
		Tasa de morbilidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años.
		Tasa de morbilidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años.

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Saludables. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.



Coberturas de Vacunación.

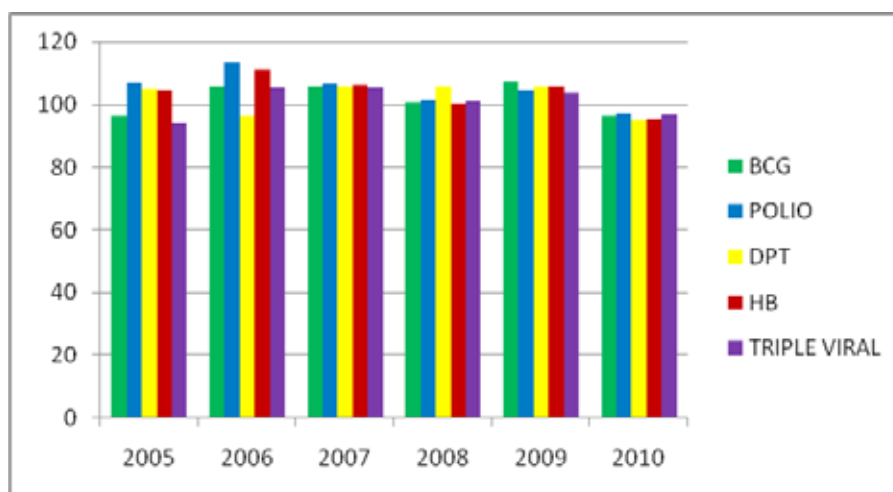
La meta nacional es lograr coberturas iguales o superiores a 95% en todos los biológicos del esquema de vacunación; la Secretaria de salud de Bolívar mediante el reporte del Sistema de Información en Salud, obtiene los siguientes resultados.

De acuerdo con la información de coberturas

incluyendo los 45 municipios y el Distrito de Cartagena el departamento obtiene cifras superiores a las obtenidas por el País, comportamiento debido a las cifras que aporta el Distrito, las cuales son superiores al 100% debido a los problemas de denominador poblacional que afecta a muchos sitios y por consiguiente el cumplimiento de la meta a nivel nacional.



Grafica 35. Histórico coberturas administrativas de vacunación bolívar 2005- 2010.



Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Publica- MPS-Programa Ampliado de Inmunizaciones.

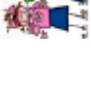
La grafica muestra el comportamiento de las coberturas administrativas en el Departamento de Bolívar desde el 2005 hasta el 2010, observando que estas se mantiene con cifras estables hasta el año 2008, con cifras al 100% incluyendo los 45 municipios y el Distrito de Cartagena; en el comportamiento de este indicador a nivel departamental en los años objeto del presente informe influye notablemente el aporte del Distrito, debido a que este logra cifras superiores a 100% en todos los años con cada biológico, cifra afectada por el denominador de población el cual es inferior a la población real de Cartagena. Continuando con el análisis se observa que aunque en el año 2010 hay una ligera tendencia al descenso, se mantiene la cobertura igual o superior a 95%.

Analizando la información de los 45 municipios sin incluir el Distrito de Cartagena se observa que a nivel departamental las cifras son superiores a 95% hasta el año 2007; en el 2008

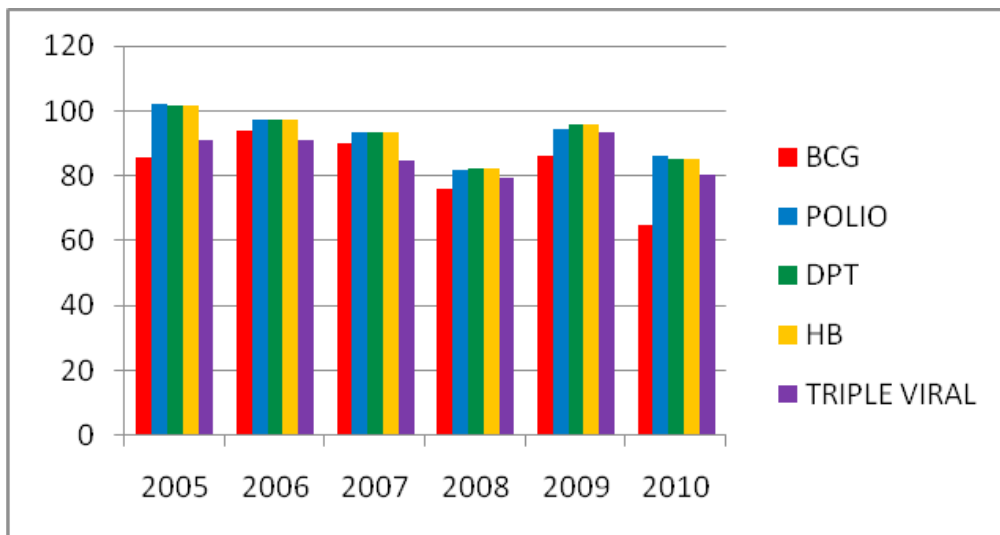
y 2010 hay una tendencia al descenso, con cifras que oscilan en el rango de 80 a 90% analizando la información por biológico, la cobertura más baja en todos los años es la obtenida con BCG, situación que para los años antes mencionados se agudiza mostrando cifras inferiores a 80%, identificando entre las limitantes de mayor peso, la estrategia (aplicación en días específicos) utilizada para aplicar este, la vacunación de los RN en hospitales de 2º nivel por la remisión de embarazadas debido al riesgo de su embarazo; lo que se evidencia con las altas coberturas de los sitios como Cartagena y Magangué.

Aunque la situación del PAI en el departamento sin incluir el Distrito de Cartagena es preocupante por la cobertura administrativa que logra en el periodo objeto de estudio, al realizar los Monitoreos Rápidos de Cobertura se encuentran coberturas iguales o superiores a 95%, incluso en los municipios afectados por denominadores de población sobre estimados





Grafica 36. Histórico coberturas administrativas de vacunación Bolívar (no incluye Cartagena) 2005- 2010.

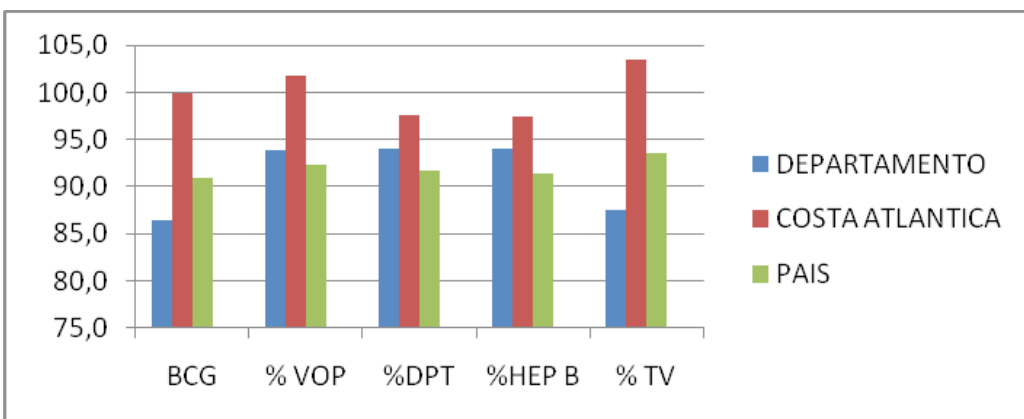


Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Publica- MPS-Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Comparando este indicador a nivel departamental sin incluir Cartagena con el nacional se observa que el comportamiento es similar a las cifras nacionales, en los diferentes biológicos a excepción de BCG y Triple Viral, e inferior a las obtenidas por los departamentos de la Costa Atlántica, situación debida además de las limitantes antes mencionadas, a las características geográficas del departamento y la amplia zona rural de difícil acceso, limitantes que poco afectan a departamentos como Atlántico y los Distritos de la Costa, los cuales hacen un gran aporte a la meta Regional.

109

Grafica 37. Comparativo de coberturas administrativas - departamento-costa atlántica y país 2005- 2010.



Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Publica- MPS-Programa Ampliado de Inmunizaciones.



- Cobertura de inmunización contra el BCG en niños y niñas menores de 1 año.

De acuerdo con las coberturas con BCG, administrado a los Recién Nacidos, este indicador muestra el comportamiento estable del número de municipios críticos por presentar cifras inferiores a 80%, debido a que a pesar que en las IPS del primer nivel de atención, se atiende partos, un alto % son atendidos en hospitales de 2º nivel en Cartagena para el caso de los municipios de la Zona Dique y en Magangué para los municipios de la Mojana lo que se refleja en las coberturas superiores al 100% en estos dos sitios; sin em-

bargo es de anotar que en concertación con el equipo PAI del DADIS los datos son entregados al departamento para incluirlos a cada municipio, siendo los más beneficiados los de Turbaco, Arjona, MarialaBaja, pero no alcanzan cobertura útil; por lo que se considera que la limitante de mayor peso para esta situación es la estrategia utilizada por los equipos locales para aplicar este, quienes con la visión equivocada de disminuir perdida de dosis por frasco abierto, se aplica en días específicos, además en muchas zonas rurales de los municipios del Sur continua la cultura de la atención de parto por parteras, lo que afecta notablemente el cumplimiento de la meta con este biológico.



Tabla 43. Coberturas de vacunación con BCG en niños y niñas menores de 1 año Bolívar 2005-2010.

BCG				
MESES	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA < AL 50% "COBERTURAS CRÍTICAS"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 50 AL 79.9% "COBERTURAS EN ALTO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% "COBERTURAS DE BAJO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA > AL 95% "COBERTURAS ÚTILES"
ENERO A DICIEMBRE DE 2005	5	13	15	13
ENERO A DICIEMBRE DE 2010	4	14	15	13

Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.





- Cobertura de inmunización contra el Polio, DPT, Hepatitis B, en niños y niñas menores de 1 año.

La tabla que se encuentra a continuación muestra que para el 2010 el número de municipios con cobertura útil (Mayor o igual a 95%) disminuye con relación al 2005, debido en gran parte al poco compromiso de algunos alcaldes y actores del SGSSS, la falta de personal capacitado por los

frecuentes cambios en la administración municipal, los problemas político administrativos de las administraciones municipales con las ESE entre otras y la deficiente articulación con la estrategia AIEPI; de igual forma la prioridad de las acciones para lograr la Certificación de Sarampión Rubeola Influyo en las bajas coberturas del 2010 ya que todos los esfuerzos fueron concentrados en estas actividades descuidando un poco el programa permanente de vacunación.

Tabla 44. Coberturas de vacunación con antipolio en niños y niñas menores de 1 año Bolívar 2005- 2010.

POLIO				
MESES	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA < AL 50% "COBERTURAS CRÍTICAS"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% "COBERTURAS EN ALTO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% "COBERTURAS DE BAJO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA > AL 95% "COBERTURAS ÚTILES"
ENERO A DICIEMBRE DE 2005	3	6	8	29
ENERO A DICIEMBRE DE 2010	6	11	12	17

Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.



Tabla 45. Coberturas de vacunación con anti polio en niños y niñas menores de 1 año Bolívar 2005- 2010.

DPT-HB-HIB(PENTA)				
MESES	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA < AL 50% "COBERTURAS CRÍTICAS"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% "COBERTURAS EN ALTO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% "COBERTURAS DE BAJO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA > AL 95% "COBERTURAS ÚTILES"
ENERO A DICIEMBRE DE 2005	3	7	8	28
ENERO A DICIEMBRE DE 2010	6	12	11	17

Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.

• Cobertura de inmunización contra el Rotavirus en niños y niñas menores de 1 año.

Es de anotar que la vacunación con este biológico inicia en el 2009, obteniendo una cobertura de 47.7% en el 2009 68.9% en el 2010 a nivel departamental, debido en gran parte al límite de edad (antes de los 5 meses) para aplicación de la 2ª dosis con las que se obtiene cobertura,

ya que una de las limitantes identificadas en el programa es la falta de seguimiento de esquema para todos los biológicos; sin embargo este límite se ha extendido por directriz nacional, hasta antes de cumplir los 8 meses, lo que ha implicado una labor de capacitación para sensibilizar a los vacunadores hacia el cambio de este, por lo que se espera que para el presente año las coberturas mejoren.





Tabla 46. Coberturas de vacunación con anti- rotavirus Bolívar 2009- 2010.

ANTI ROTAVIRUS				
MESES	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA < AL 50% "COBERTURAS CRÍTICAS"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% "COBERTURAS EN ALTO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% "COBERTURAS DE BAJO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA > AL 95% "COBERTURAS ÚTILES"
ENERO A DICIEMBRE DE 2009	33	12	1	0
ENERO A DICIEMBRE DE 2010	13	29	3	1

Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.

- Cobertura de inmunización contra el neumococo en niños y niñas de 1 año.

En el caso de Neumococo, es de anotar que la vacunación se inicia solo para niños y niñas de riesgo por presentar alguna de las patologías contempladas en el Acuerdo 366 del CNSSS; la vacunación universal se inicia en Bolívar en Agosto del año 2010, para los niños y niñas nacidos(as) a partir del 1º de Enero del mismo año, por lo que la cobertura que solo se obtiene con 3as dosis, aplicadas al año de edad de los niños y niñas se evaluara técnicamente en la vigencia 2011.

- Cobertura de inmunización contra la Triple viral en niños y niñas de 1 año.

El comportamiento de la cobertura con este biológicos en la población de 1 año es similar al obtenido con todos los biológicos en los menores de año por las razones antes expuestas; se observa que solo logran coberturas superior o igual a 95%,17 municipios en el 2010, situación preocupante si se tiene en cuenta que este es un biológico trazador con el cual se fortalece el Plan de Eliminación de Sarampión Rubeola y Síndrome de Rubeola Congénita.

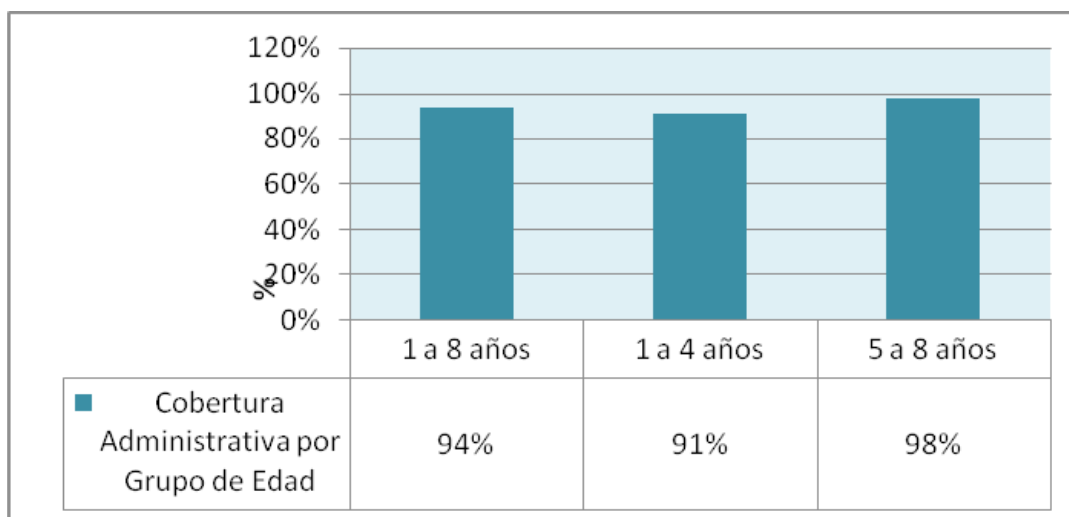


Tabla 47. Coberturas de vacunación con triple viral en niños y niñas menores de 1 año Bolívar 2005- 2010.

TRIPLE VIRAL				
MESES	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA < AL 50% "COBERTURAS CRÍTICAS"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% "COBERTURAS EN ALTO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% "COBERTURAS DE BAJO RIESGO"	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA > AL 95% "COBERTURAS ÚTILES"
ENERO A DICIEMBRE DE 2005	3	13	9	21
ENERO A DICIEMBRE DE 2010	8	13	12	13

Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Grafica 38. Coberturas de sarampión rubeola en niños y niñas de 1 a 8 años Bolívar 2010.



Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.

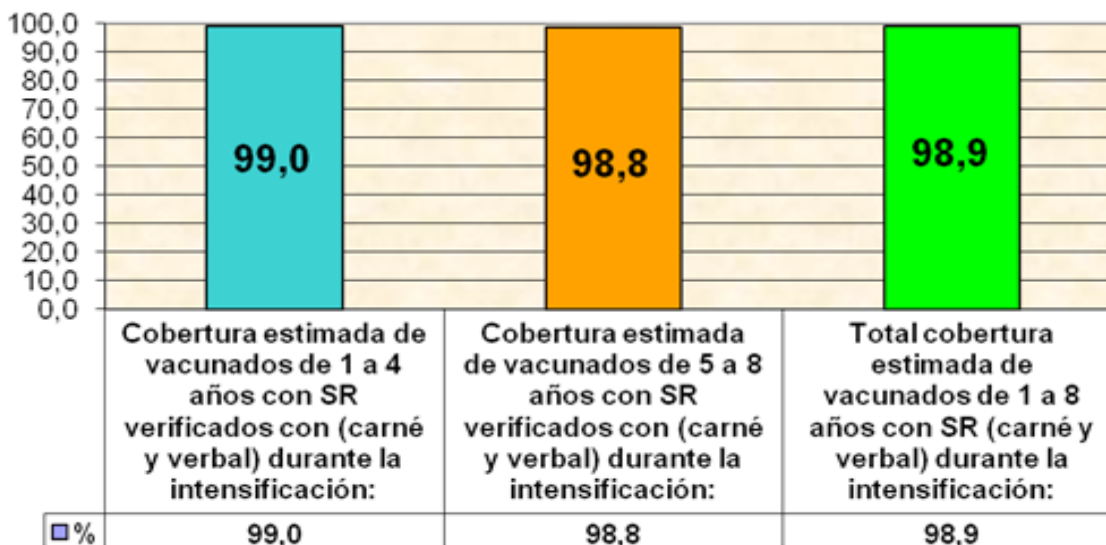




Durante el año 2010 el departamento participa en la ejecución de acciones orientadas a obtener la Certificación como territorio libre de la Circulación del virus del Sarampión y la Rubeola; para este proceso se programo la campaña de seguimiento cuyo objetivo fue brindar una 2ª oportunidad de vacunación a los niños y niñas de 1 a

8 años; aunque Bolívar en la 1ª etapa no logro la meta de vacunación en 15 municipios, por lo que se diseño un Plan de choque en los municipios que no habian cumplido meta, logrando esta en el 100% de municipios priorizados, datos verificados con posterior encuesta de coberturas obteniendo los siguientes resultados.

Grafica 39. Cobertura de Vacunación con vacuna “SR”.



115

Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Aplicada la encuesta de coberturas se logro evidenciar que en los niños y niñas de 1 a 4 años se logra el 99.0%, en el rango de 5 a 8 la cobertura fue de 98.8%, obteniendo un 98.9% del total de 1 a 8 años en los 45 municipios del departamento y en el Distrito de Cartagena.

- Cobertura de inmunización contra la influenza en niños y niñas menores de 1 año.

La vacunación inicia en el 2008; sin embargo debido a las debilidades del sistema de información a nivel departamental, solo se dispone de datos de vacunación con este biológicos a partir del 2009. obteniendo coberturas inferiores a 80 % en el 2009 y 40% en el 2010; siendo difícil lograr que los equipos locales (Coordinadores PAI

y vacunadores) asimilen que este es un biológico estacional, de aplicación puntual en una periodo determinado del año; por lo que en el 2009, solo 14 municipios logran cumplir la meta en los niños y niñas menores de 1 año; para el 2010 la situación fue más critica debido a que aproximadamente el 70% de los municipios fue afectado por la temporada invernal, situación que pudo utilizarse para incrementar la aplicación de este biológico, no fue posible debido a que en muchos municipios los funcionarios de los equipos locales fueron afectados por las inundaciones; de igual forma la población se desplazo a otros departamentos , lo que dificulto esta actividad a pesar de las directrices del nivel nacional para la vacunación en zonas afectadas por el invierno.



Tabla 48. Coberturas de vacunación con anti- influenza Bolívar 2009- 2010.

ANTI- INFLUENZA				
MESES	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA < AL 50% “COBERTURAS CRÍTICAS”	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURAS ENTRE EL 51 AL 79.9% “COBERTURAS EN ALTO RIESGO”	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA ENTRE EL 80 Y EL 94.9% “COBERTURAS DE BAJO RIESGO”	NÚMERO DE MUNICIPIOS CON COBERTURA > AL 95% “COBERTURAS ÚTILES”
ABRIL A JUNIO DE 2009	18	0	4	14
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2010	34	9	1	1

Fuente: Elaborado Secretaria de Salud Departamental. Unidad de Salud Pública- Programa Ampliado de Inmunizaciones.

116

La vacunación inicia en el 2008; sin embargo debido a las debilidades del sistema de información a nivel departamental, solo se dispone de datos de vacunación con este biológicos a partir del 2009. obteniendo coberturas inferiores a 80 % en el 2009 y 40% en el 2010; siendo difícil lograr que los equipos locales (Coordinadores PAI y vacunadores) asimilen que este es un biológico estacional, de aplicación puntual en un periodo determinado del año; por lo que en el 2009, solo 14 municipios logran cumplir la meta en los niños y niñas menores de 1 año; para el 2010 la situación fue más crítica debido a que aproximadamente el 70% de los municipios fue afectado por la temporada invernal, situación que pudo utilizarse para incrementar la aplicación de este biológico, no fue posible debido a que en muchos municipios los funcionarios de los equipos locales fueron afectados por las inundaciones; de igual forma la población se desplazo a otros departamentos, lo que dificultó esta actividad a pesar de las directrices del nivel nacional para la vacunación en zonas afectadas por el invierno.

Estrategias Implementadas para Mejorar.

De acuerdo con las competencias del departamento, en los últimos años se ha hecho Concu-

rrencia con talento humano de planta y por orden de prestación de servicios, conformando grupos extramurales integrados por 4 auxiliares y 1 profesional de Enfermería, para apoyar la vacunación de las zonas rurales y urbanas de los municipios críticos por bajas coberturas, priorizando aquellos en donde hay poca respuesta de la administración municipal; sin embargo no es suficiente el trabajo del departamento si no se encuentra respuesta en las administraciones municipales para garantizar la continuidad del esquema durante todo el año; de igual forma se garantiza la asistencia técnica a periódica a los 45 municipios.

Contratación de acciones con empresa contratista para cubrir municipios priorizados que no alcanzan a cubrir los grupos de apoyo; empresas que cuentan con equipos extramurales con las características exigidas por el departamento garantizando 3 recorridos para búsqueda de dosis de esquema.

El departamento se encuentra iniciando el proceso de evaluación del talento humano, en competencias laborales, con lo que se busca mejorar calidad de servicios de vacunación.

Otra de las acciones que se adelantan es el seguimiento a las cohortes de Recién Nacidos, el fortalecimiento de la coordinación con las EPSs





y el seguimiento a la vacunación de la población asegurada; de igual forma se está trabajando de la mano con los Organismos de Control (Procuraduría, Contraloría) y oficina de Vigilancia y Control de la Secretaría de salud departamental, quienes nos hacen acompañamiento en las reuniones de evaluación con los alcaldes de municipios críticos por bajas coberturas, tomando atenta nota de la situación en cada sitio para la aplicación de correctivos.

Otra estrategia que permite verificar la situación real del Programa son los Monitoreo Rápidos de Cobertura, los cuales aunque con los resultados de los sitios visitados no podemos evaluar todo el municipio, si dan un parte de tranquilidad en esos sitios ante la ocurrencia de un caso sospechoso de Inmunoprevenibles.

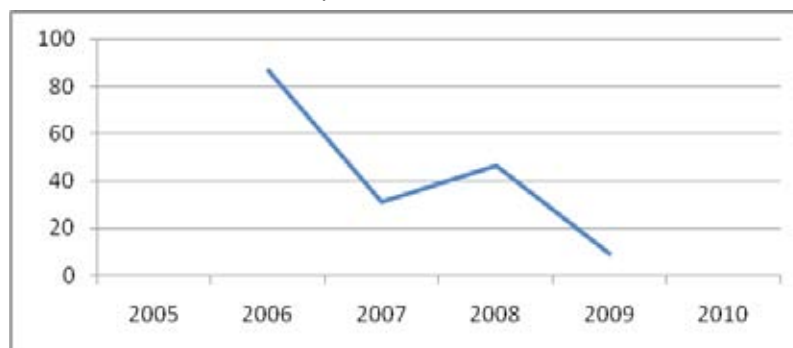
Para el presente año se está implementando la evaluación por encuesta de cobertura, estrategia que si permite medir indicadores como la cobertura y la oportunidad en la aplicación de dosis de esquema a nivel de todo el municipio.

El trabajo coordinado con la oficina de vigilancia Epidemiológica es otra de las estrategias que permite mantener información oportuna sobre el comportamiento de las Inmunoprevenibles, así como la atención oportuna de la situación ante un caso sospecho o un evento adverso seguido a la vacunación o inmunización.

VIH SIDA Materno Infantil.

- Porcentaje de mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y que se practicaron la prueba de VIH (Elisa).

Grafica 40. Porcentaje de mujeres gestantes que asistieron a control prenatal y se practicaron la prueba de VIH.



Fuente: Estrategia para la reducción de transmisión madre- hijo del VIH y Sifilis gestacional liderada por MPS.

La grafica revela el comportamiento de la realización de tamizaje en el Departamento de Bolívar, de la población gestante vinculada, de muestras tomadas y analizadas en el laboratorio departamental de salud pública; evidenciándose el subregistro de información de la prueba en los municipios, así como la falta de compromiso y conocimiento de la resolución 412 del 2000, por parte de las instituciones prestadoras, y la deficiente vigilancia y control por parte de las aseguradoras. Por lo anterior se vienen desarrollando acciones tendientes a fortalecer la estrategia Para la reducción de la transmisión madre-hijo del VIH y la Sífilis Gestacional, a través de asesorías acompañamientos, formaciones y talleres al personal médico y paramédico de las IPS, así mismo se ha ofrecido consejería a los Entes territoriales, firmas de compromisos con Secretarías Municipales de Salud. Así mismo se ha promovido a través de los medios de comunicación local y departamental los Controles oportunos de embarazo, así como la difusión del derecho a solicitar la prueba sin costo.

Igualmente se ha implementado desde el año 2009 la base de datos para el registro de la realización de prueba, sensibilizando a las Direcciones territoriales de salud acerca del compromiso del reporte de las mismas. Se considera que este aspecto debe fortalecerse a través de la iniciativa de una Norma que establezca el reporte obligatorio, con el fin de evitar el subregistro, aumentar la cobertura de atención oportuna a la madre embarazada, evitando la transmisión a su hijo, disminuyendo con esto los índices de VIH y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

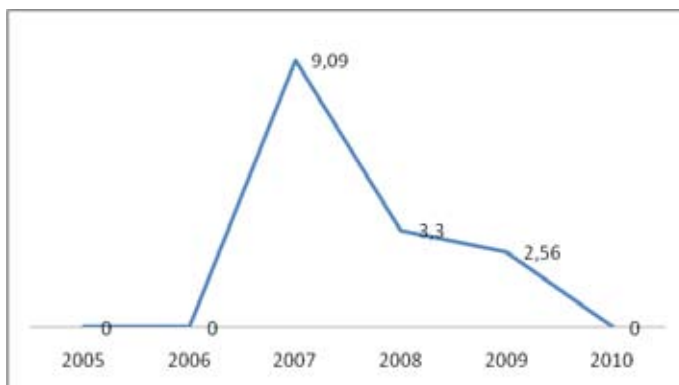


- Tasa de transmisión materno infantil de VIH.

La grafica muestra el comportamiento de la transmisión madre – hijo del VIH, evidenciándose que en al año 2007 hubo un incremento significativo en la transmisión, en el 2010 no se presentaron casos de transmisión madre/hijo, cifra que debe mantenerse a través de las acciones

Es importante anotar que para el éxito de las acciones desarrolladas por el Departamento, con apoyo del Ministerio, es imprescindible el compromiso de las secretarias municipales, las aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, por lo que las acciones están orientadas hacia la formación, y compromiso de los mismos.

Grafica 41. Tasa de transmisión maternoinfantil de VIH.



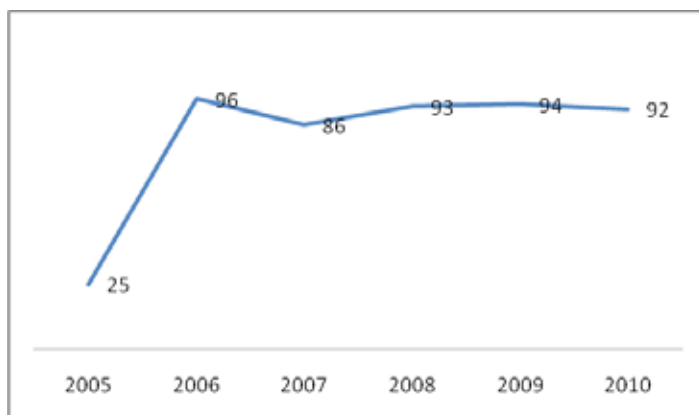
Fuente: Estrategia para la reducción de transmisión madre- hijo del VIH y Sífilis gestacional liderada por MPS.

Sífilis.

- Porcentaje de mujeres gestantes con sífilis que han sido diagnosticadas y tratadas antes de la semana 17.

Se observa en la grafica los casos de sífilis Gestacional en el Departamento de Bolívar, evidenciándose que a partir del 2005 se incremento la búsqueda de nuevos casos, los cuales se han mantenido poco fluctuantes hasta el 2010.

Grafica 42. Casos de Sífilis Gestacional.



Fuente: Estrategia para la reducción de transmisión madre- hijo del VIH y Sífilis gestacional liderada por MPS.



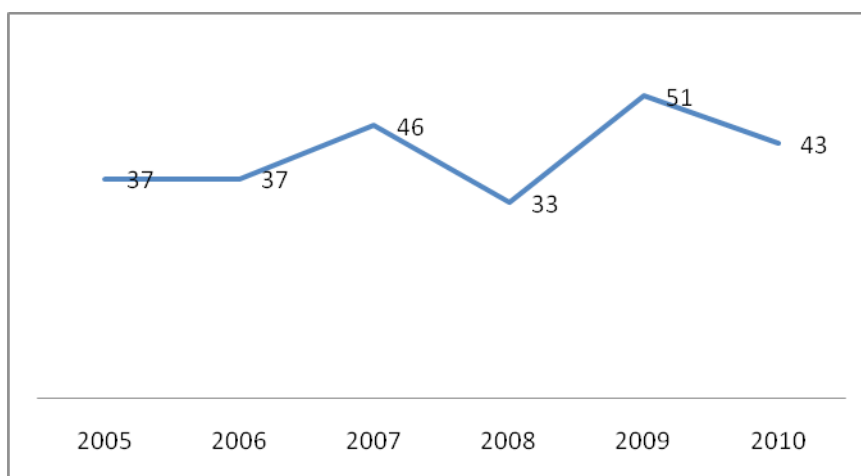


Es imperante recalcar que el deficiente control y seguimiento de los casos reportados no permiten describir el indicador de Mujeres diagnosticadas y tratadas antes de la semana 17 de gestación, debido a la falta de reporte en los controles por parte de los prestadores y las aseguradoras del Departamento, por lo anterior en el 2010 las acciones se han direccionado hacia la detección y seguimiento de los casos diagnosticados, por lo que podemos presentar que, en el 2010 de las 92 mujeres diagnosticadas, 19 han sido tratadas an-

tes de la semana 17 de gestación, correspondientes al 21%, este dato relevante, permitirá encaminar las acciones hacia el incremento del mismo con el fin de lograr que el 100% de las mujeres diagnosticadas sean tratadas oportunamente antes de la 17 semana de gestación, es así como se ha brindado asesoría, formación y apoyo a los entes territoriales, a las EPS, IPS, y población en general que permita ampliar los datos para el 2011.

- Tasa de sífilis congénita.

Grafica 43. Número de casos de Sífilis Congénita.



Fuente: Estrategia para la reducción de transmisión madre- hijo del VIH y Sífilis gestacional liderada por MPS.

Se evidencia en la gráfica el comportamiento fluctuante, durante los últimos cinco años, de casos de Sífilis Congénita en el Departamento de Bolívar, observándose la deficiente detección de la enfermedad durante el embarazo, por falta de realización del tamizaje y el diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo anterior las acciones han sido orientadas hacia la formación del personal médico y paramédico acerca del compromiso y responsabilidad en la solicitud y realización de la prueba, igualmente se ha brindado consejería a los Entes territoriales para el cumplimiento de su función de vigilancia y control del mismo. A las madres embarazadas y adolescentes en edad fértil se les ofrece a través de los medios de comunicación, y talleres en las instituciones educativas campañas de promoción de la prueba para la detección temprana de la Sífilis Gestacional y el

tratamiento oportuno como una medida de prevención secundaria que disminuye las complicaciones del embarazo, y la transmisión madre-hijo de la sífilis. Se considera de vital importancia, promover el reporte al SIVIGILA que permita hacer el seguimiento y control de los casos detectados.

Para concluir, el control de las Infecciones de transmisión sexual (ITS) es fundamental para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. Entre las estrategias de intervención que han demostrado ser eficaces para su control es básica la búsqueda, detección, el manejo precoz y eficaz de los casos, al permitir no solo la prevención secundaria a nivel individual, sino también la prevención primaria a nivel colectivo; Para lograr lo anterior es necesario proveer servicios accesibles, aceptables, que satisfagan las expectativas de los pacientes, eficaces y oportunos, y promover ampliamente su uso.



La detección del VIH y la sífilis en la embarazada se debe considerar una prioridad ya que además de ofrecer un manejo adecuado y oportuno a la mujer, puede evitar la sífilis congénita y la transmisión perinatal del VIH de forma significativa si se hacen intervenciones durante el embarazo, trabajo de parto o en el puerperio. Cualquier atención en salud durante la gestación es una oportunidad para informar sobre la prueba de VIH y sífilis y ofrecer asesoría en salud sexual y reproductiva. El prestador debe realizar sin excepción la asesoría y ofrecer las pruebas de tamizaje (ELISA o prueba rápida, VDRL, RPR), en el primer trimestre del embarazo o durante el primer control prenatal a todas las mujeres.

Las estrategias y/o actividades realizadas desde Salud Pública Departamental han sido desarrolladas así:

- Estrategias de información, educación y comunicación basada en derechos para la promoción de la maternidad segura, importancia del control prenatal y atención del parto institucional dirigida a mujeres gestantes y en edad reproductiva en municipios priorizados.

- Difusión de las Normas Técnicas y Guías de atención de SSR al talento humano de prestadores de baja, mediana y alta complejidad, que realiza atención prenatal, del parto y asesoría de la prueba voluntaria del VIH: profesionales de medicina, profesionales de enfermería, bacteriología y auxiliares de enfermería.

- Evaluación periódica de la aplicación de las Normas Técnicas de Salud Sexual y Reproductiva, mediante auditorías de historias clínicas de prenatal y parto, según lo establecido en la Resolución 0412 del 2000.

- Vigilancia, evaluación y asistencia técnica a través del talento humano de planta en coordinación con talento humano contratado para Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y funcionarios de Unidad de Vigilancia y Control, para garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención en SSR a través de la realización de visitas y auditorías a prestadores locales.

- Implantación de estrategias concertadas interinstitucionalmente para incrementar coberturas y mejorar gestión de Programas de Estrategia para Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita, fortalecimiento a Servicios Amigables para adolescentes para la atención de la asesoría de la prueba voluntaria del VIH.

- Promoción de la salud y calidad de vida desarrollando jornadas de información, asesoría, remisión, diagnóstico y seguimiento a mujeres gestantes y en edad reproductiva entre 13 y 49 años para diagnóstico temprano del VIH y la Sífilis Gestacional dirigida a diez (10) municipios priorizados del Departamento.

- Conformación de la red local de asesoría y seguimiento del VIH a mujeres gestantes con participación de la secretaria de salud, secretaria de educación, ESE local, IPS, EPS, líderes juveniles, instituciones educativas, ICBF, con el fin de promover los derechos sexuales y reproductivos que conduzcan al incremento de la detección temprana y el tratamiento oportuno del VIH y la sífilis Gestacional.

Morbilidad Infantil.

- Cinco primeras causas de morbilidad en menores de 5 años.

Este informe no se reporta, dado que no hay insumos para calcular dicha información, por no contar con la información RIPS en el departamento, queda para el plan de mejoramiento, toda vez que la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar prontamente debe contar con el software para la lectura de RIPS.

Actualmente se está diseñando un motor de base de datos para almacenar los archivos planos enviados por los 45 municipios del Departamento de Bolívar, para su posterior análisis se evidencia que los Municipios están generando mal los archivos planos y validando dicha información con validadores diferentes al del Ministerio de la Protección Social. Generando errores y por tal motivo la calidad de la información se considera deficiente.



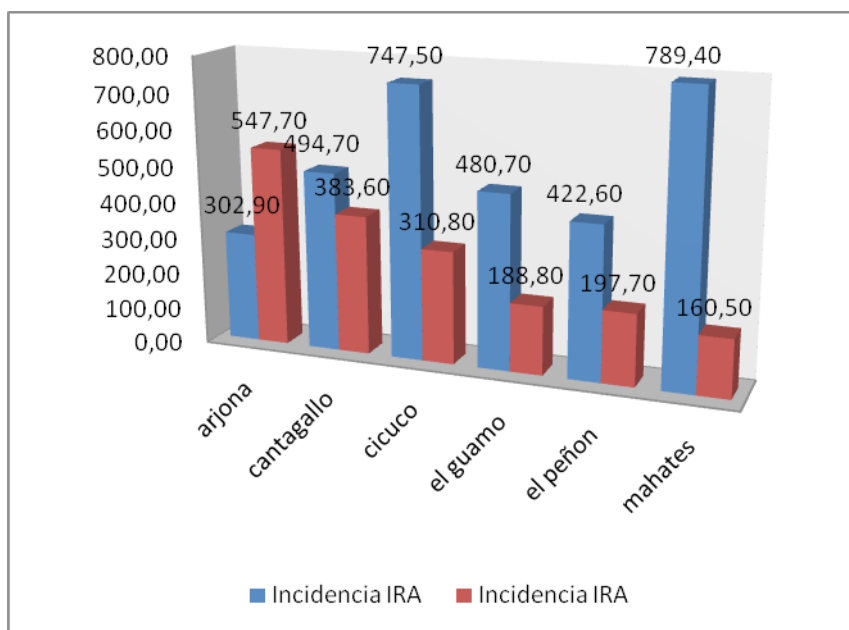


- Tasa de morbilidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) - ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años.

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infección respiratoria aguda (IRA) constituyen uno de los problemas más relevantes de morbilidad y

mortalidad en los niños menores de 5 años de los países en vías de desarrollo. En la actualidad, según estimados de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ocurren anualmente alrededor de 1 300 millones de episodios agudos, que ocasionan la muerte de 3,2 millones de niños de ese grupo etario, sobre todo de los menores de un año.

Grafica 44. Comportamiento de la morbilidad de EDA – IRA en Bolívar en menores de 5 años 2005- 2010.



Fuente: SIVIGILA 2005 a 2010.

La tendencia de la EDA ha sido al ascenso en el año 2007, del año 2008 no se tienen datos y a en el año 2010 se presentó un leve ascenso debido posiblemente a la ola invernal sufrida en el todo el territorio nacional a finales del año en mención.

Municipios con la más alta incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años en Bolívar año 2005 a 2010.

En el departamento de Bolívar el municipio con la incidencia más alta de EDA en el año 2005 fue Mompox con 869.4 casos por 100.000 habitantes en menores de 5 años. En el año 2006 la más alta incidencia la presentó Villanueva con 367.0 casos por 100.000 habitantes en menores de 5 años. En el año 2007 Rio Viejo presentó una incidencia de 458.4 casos por 100.000 habitantes en menores de 5 años. En 2009 nuevamente

Mompox presenta la incidencia más alta para el Departamento en cuanto a EDA con 604.7 casos por 100.000 habitantes menores de 5 años. En el 2010 San Jacinto con 333.7 casos por 100.000 habitantes menores de 5 años.

En cuanto al comportamiento de IRA en el departamento de Bolívar ha sido con tendencia al descenso a partir del año 2006. De los años 2008 y 2009 solo se tienen datos de la ciudad de Cartagena.

Municipios con la más alta incidencia de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años en Bolívar año 2005 a 2010.

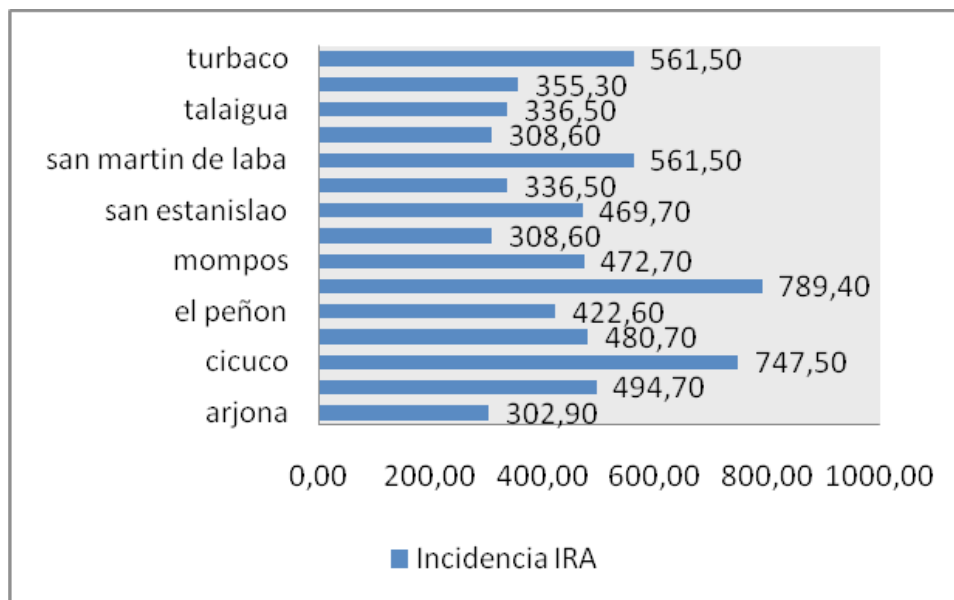
En el departamento de Bolívar el municipio con la incidencia más alta de IRA en el año 2005 fue Tiquisio con 868.8 casos por 100.000 habitantes en menores de 5 años. En el año 2006 la más alta incidencia la presentó Arroyo Hondo con



896.7 casos por 100.000 habitantes en menores de 5 años. En el año 2007 San Jacinto presentó una incidencia de 751.8 casos por 100.000 ha-

bitantes en menores de 5 años. En el 2010 Mahates con 789.4 casos por 100.000 habitantes menores de 5 años.

Grafica 45. Municipios con la más alta incidencia de Infección Respiratoria Aguda en menores de 5 años en Bolívar año 2010.



Fuente: SIVIGILA 2010.

Los municipios registrados son los que presentaron la más alta incidencia de EDA e IRA en menores de 5 años en Bolívar durante el año 2010, estos municipios fueron afectados por la ola invernal del año inmediatamente anterior, sumado a esto presentan condiciones precarias de Saneamiento ambiental lo que representa un factor de riesgo en la proliferación de estos eventos.

Estrategia para la reducción de Enfermedad Diarreica Aguda – Infección Respiratoria Aguda en Bolívar.

Las estrategias utilizadas para la reducción de la EDA – IRA en el departamento de Bolívar en menores de 5 años corresponde básicamente en las acciones integradas con los programas de EIEPI, donde se ha sensibilizado e informado al personal de salud y a la comunidad sobre la estrategia igualmente se ha capacitado al personal de salud de los municipios en los diversos compo-

nentes de la estrategia. La intensificación de la Vigilancia en Salud Pública de la morbilidad y mortalidad el esfuerzo por parte del programa PAI por aumentar las coberturas de vacunación de rotavirus y neumococo en el departamento, así mismo las diferentes acciones adelantadas por el programa de Saneamiento Básico y Agua Potable.

1.3.1.2. CATEGORÍA DESARROLLO.

En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

Ninguno Sin Educación.

1.3.1.2.1. Objetivo de política: Ninguno Sin Educación.

El monitoreo de este objetivo se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:





Tabla 49. Primera infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno Sin Educación.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Sin Educación	Educación Inicial	Porcentaje de niños, niñas vinculados a programas de educación inicial.

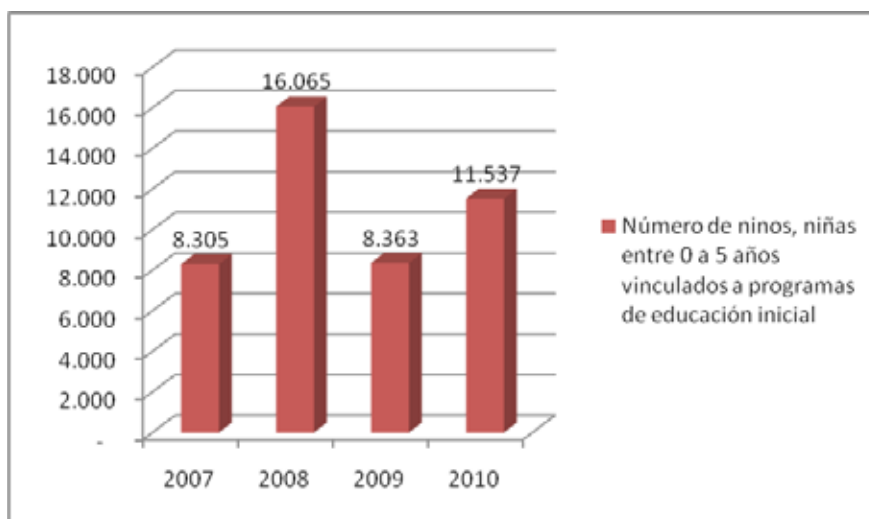
Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno sin Educación. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Educación Inicial.

- Porcentaje de niños, niñas vinculados a programas de educación inicial.

123

Grafica 46. Número de niños, niñas entre 0 a 5 años vinculados a programas de Educación Inicial.



Fuente: MEN Ministerio de Educación Nacional

La primera infancia es la etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los 5 años. Las experiencias vividas por los niños durante estos años influyen significativamente en sus posibilidades futuras.

Estudios provenientes de diferentes disciplinas demuestran que estos años son fundamentales para el desarrollo físico, social y cognitivo pues durante este período los niños adquieren las habilidades para pensar, hablar, aprender, razonar e interactuar con otros. La educación inicial contribuye además a reducir la pobreza y la desigualdad.



Los niños pobres que tienen acceso a una educación inicial de buena calidad ven compensadas varias carencias en el presente y hacia futuro, tienen mayores posibilidades de desarrollar sus competencias, permanecer en el sistema educativo y tener acceso a la educación superior y a trabajos mejor remunerados.

La Constitución Política de 1991 establece la obligatoriedad de la educación entre los 5 y los 15 años de edad, y el sistema educativo ha hecho significativos esfuerzos por ampliar la cobertura mediante el establecimiento de un grado de transición en los centros educativos oficiales.

La atención educativa de los niños de 3 y 4 años en el departamento ha ganado importancia en la medida en que los indicadores de cobertura han alcanzado y sobrepasado el umbral del 80% (cobertura bruta 110%; cobertura neta 89%), lo que de acuerdo con la Ley 115 de 1994 las habilita para orientar recursos del sistema educativo a la educación preescolar, más allá de transición, siempre y cuando hayan alcanzado también una tasa neta de cobertura en básica igual o superior al 80%.

No obstante, las características del desarrollo de los niños en este grupo de edad y el hecho de que la gran mayoría de quienes se encuentran

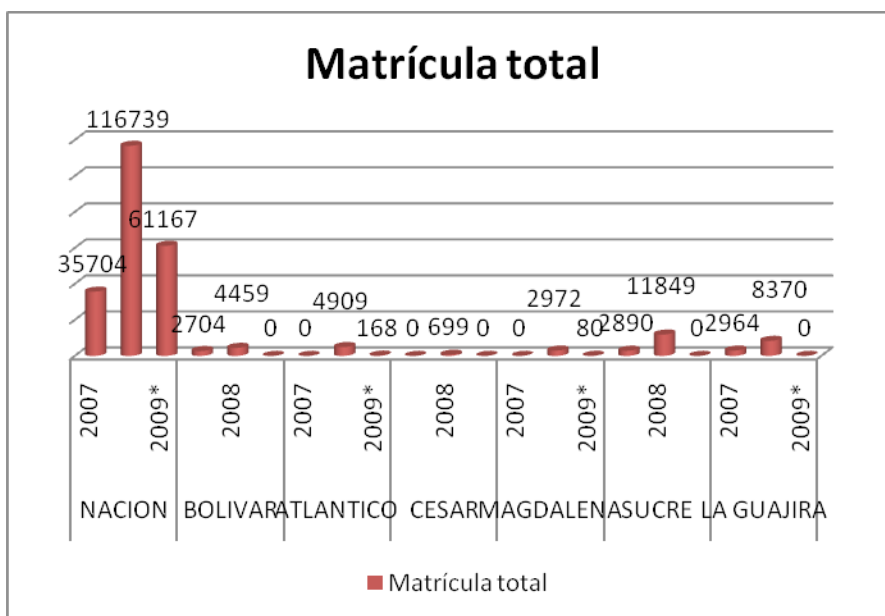
excluidos del sistema educativo son niños pobres, obliga a diseñar estrategias de acceso que enfrenten simultáneamente sus necesidades educativas, nutricionales y de protección mediante la integración de intervenciones que van más allá de las propias de la escolaridad formal. Para el caso de bolívar existen convenios con el ICBF que atienden todas las necesidades de la población de primera infancia del departamento, por medio programas no formales, operados muchas veces por alianzas entre entidades estatales, comunidades y organizaciones no gubernamentales han contribuido a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención de los más pequeños, en especial de quienes viven en contextos de alta pobreza.

El desafío para los próximos años para el departamento consiste en ampliar la cobertura de los programas de educación inicial y brindar todo el apoyo necesario a la continuidad de los mismos hasta el último grado de escolaridad y garantizar la protección y cuidado de la población más pobre (SISBEN I y II).

Los niños vinculados a los programas de educación inicial en el departamento tienen una tendencia creciente como lo muestra el gráfico, con un incremento sustancial en el año 2008.



Grafica 47. Comparativo regional matrícula primera infancia.



Fuente: Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002). MEN-Sistema de Información Nacional de Educación Básica (SINEB) [2003-2009].

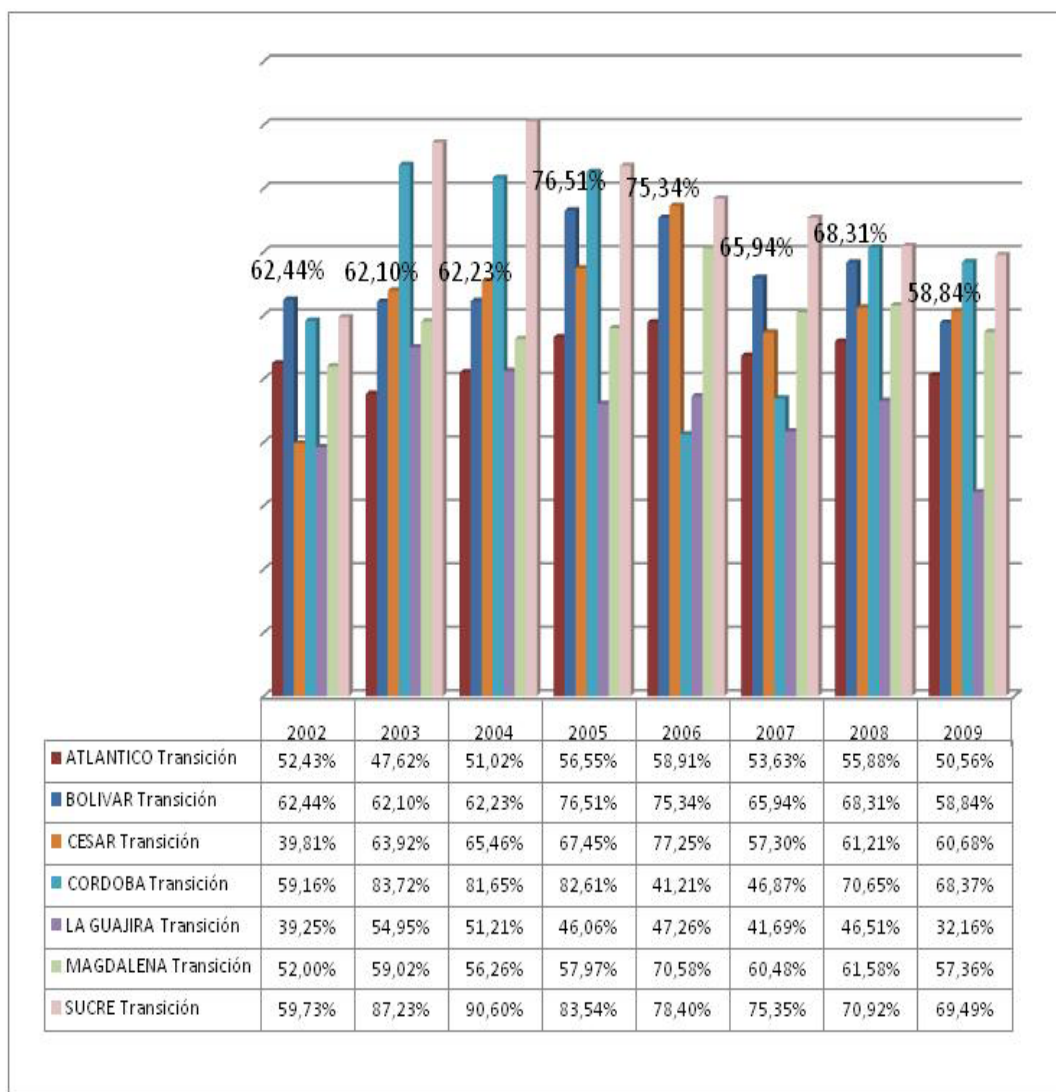




El departamento de Bolívar en el año 2007 presenta el segundo valor más alto en relación con los departamentos de la costa atlántica, con un valor de 2.704 niños matriculados en educación primera infancia, en el 2008 el departamento se ubica en cuarto lugar después del departamento de Sucre, Guajira y Atlántico, en comparación con la nación la región Caribe representa aproximadamente $\frac{1}{4}$ del total de la matrícula en primera infancia de todo el país para el año 2007 y año 2008, lo que indica que

la gestión que realizó la región en pro de garantizar los derechos de acceso a la educación por primera infancia es aceptable. En el año 2009, gestión desarrollada en la región Caribe y en especial el departamento de Bolívar es nula en comparación con la nación y con el resto de los departamentos de la región. En el año 2010 la situación cambió disparando las cifras a un valor de 11.537 niños atendidos en educación inicial, superando las dificultades del año inmediatamente anterior.

Grafica 48. Tasa de cobertura neta transición departamento de Bolívar & Región Caribe.



Fuente: Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002). MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2009] Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.



A diferencia de la básica primaria la tendencia es más bien constante con leve crecimiento alcanzando su punto más alto en el año 2009 con una cobertura neta de 92,18%, ubicándonos por encima de los departamento del Atlántico, Cesar, La Guajira y Magdalena, lo que da a entender que las políticas de ampliación de coberturas propuestas por el departamento de Bolívar han logrado hasta el 2009 cubrir un 90% del total de la población en edad escolar para básica primaria, luego presenta un descenso bastante notorio por los factores anteriormente mencionados para cerrar el año 2010 con un indicador de cobertura neta en educación básica primaria de 88,68%.

1.3.1.3. CATEGORÍA CIUDADANÍA.

En esta categoría se analizaran los siguientes objetivos de políticas:

Ninguno Sin Registro.

1.3.1.3.1. Objetivo de política: Ninguno Sin Registro.

El monitoreo de este objetivo se da a partir de los temas e indicadores q se presentan a continuación:

Tabla 50. Primera infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno Sin Registro.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Sin Registro	Registro	Proporción de niños y niñas menores de año registrados según lugar de nacimiento

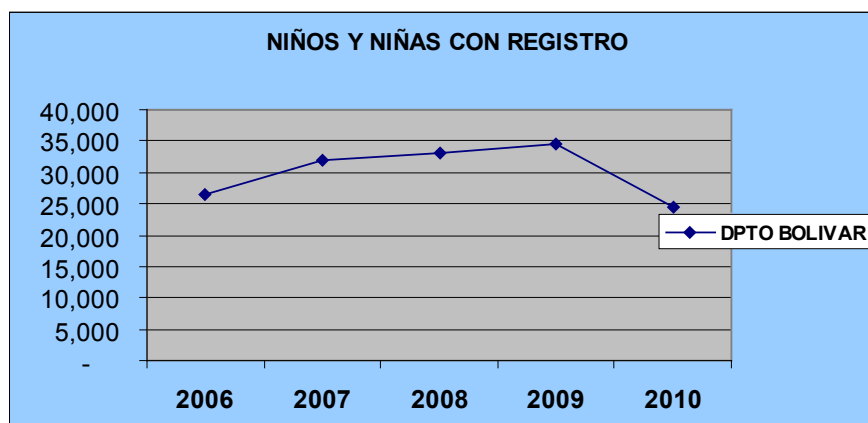
Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Sin Registro. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Registro.

- Proporción de niños y niñas menores de 1 año registrados según lugar de nacimiento.

En el Departamento de Bolívar se han realizado campañas en los diferentes municipios para lograr metas de registro en niños y niñas menores de 1 año, en los cuales la oficina de Gestión Social de la Gobernación ha ido de la mano y ha contado con el apoyo invaluable de la Registraduría civil de la ciudad de Cartagena y de los diferentes municipios.

Grafica 49. Niños y Niñas con registro.



Fuente: Registraduria Nacional del Estado Civil – Cartagena.





Desde el año 2006 al 2010 se han registrado 150.323 niños y niñas menores de 1 año, de los cuales 26.492 corresponden a 2006, 31.865 a 2007, 32.970 a 2008, 34.532 a 2009 y 24.464 a 2010.

La distribución de estas cifras desglosada por municipios es la siguiente:

NUMERO DE NIÑOS, NIÑAS MENORES DE UN AÑO A LOS QUE SE EXPIDIO REGISTRO CIVIL					
	2006	2007	2008	2009	2010
Achí	637	450	506	537	456
Altos del Rosario	383	402	361	528	387
Arenal	224	254	413	305	203
Arjona	755	1524	1307	1395	1204
Arroyo Hondo	149	352	348	533	332
Barranco de Loba	465	425	391	335	249
Calamar	131	161	236	542	150
Cantagallo	221	265	241	298	175
Cartagena - Reespecial	2079	2666	2951	2385	849
Cartagena Auxiliar1	1454	3582	2169	1828	1062
Cicuco	217	142	343	459	282
Cordoba	483	477	316	513	79
Clemencia	190	60	64	79	358
El Carmen de Bolívar	1464	1924	1531	1897	1447
El Guamo	89	40	135	139	50
El Peñon	329	368	155	139	92
Hatillo de Loba	241	508	503	627	413
Magangué	3092	2924	2658	2529	2679
Mahates	730	770	988	1010	667
Margarita	403	625	586	810	451
Marialabaja	735	1352	1718	1570	966
Montecristo	1438	965	1312	2332	258
Mompós	430	600	1180	469	2129
Morales	142	134	119	90	56



NUMERO DE NIÑOS, NIÑAS MENORES DE UN AÑO A LOS QUE SE EXPIDIO REGISTRO CIVIL

Norosi	0	0	110	261	129
Pinillos	825	943	334	420	666
Regidor	375	463	1052	761	267
Rioviejo	257	417	317	377	280
San Estanislao	214	238	483	476	388
San Cristobal	443	299	374	423	285
San Fernando	470	501	394	542	352
San Jacinto	304	251	414	439	173
San Jacinto del Cauca	339	486	228	157	217
San Juan Nepomuceno	482	445	258	314	1088
San Martín de Loba	135	313	688	890	200
San Pablo	923	911	481	457	747
Santa Catalina	521	844	1048	1184	525
Santa Rosa	438	399	796	870	610
Santa Rosa del Sur	862	917	605	624	373
Simiti	328	250	542	413	461
Soplaviento	326	221	348	477	323
Talaigua nuevo	167	195	274	424	233
Tiquisio	942	996	535	458	340
Turbaco	499	568	858	857	727
Turbana	521	517	1066	980	401
Villanueva	513	622	674	646	647
Zambrano	127	99	560	733	38



Fuente: Registraduria Nacional del Estado Civil – Cartagena.





1.3.2. INFANCIA



1.3.2.1. CATEGORÍA DESARROLLO.



En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

Ninguno Sin Educación.

1.3.2.1.1. **Objetivo de política: Ninguno Sin Educación.**

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 51. Infancia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno Sin Educación.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Sin Educación	Cobertura Escolar	Tasa neta de cobertura escolar para educación básica primaria.
	Repitencia Escolar	Tasa de repitencia en educación básica primaria.
	Desempeño Pruebas Saber	Puntaje promedio de las pruebas SABER 5 grado.

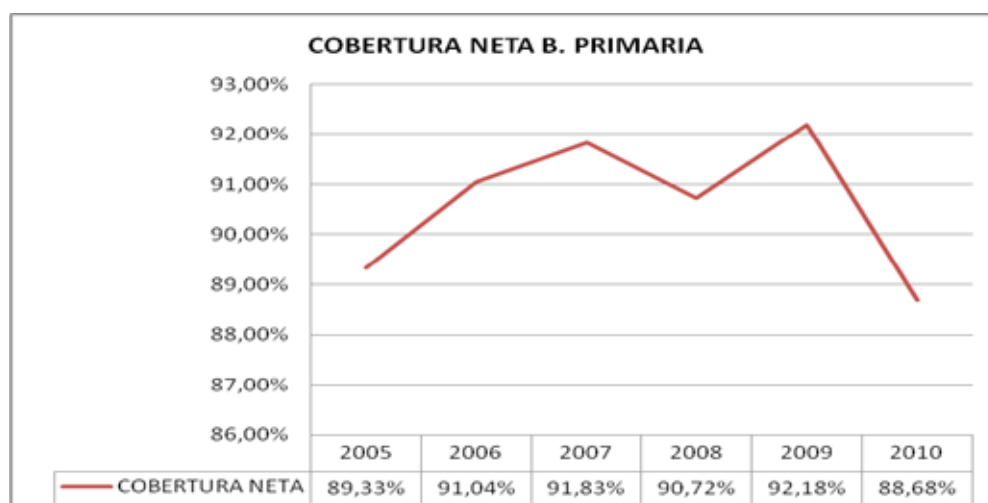
Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno sin Educación. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

130

Cobertura Escolar.

- Tasa Neta de cobertura escolar para educación básica primaria.

Grafica 50. Tasa de cobertura neta básica primaria.



Fuente: Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002). MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2009]. Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.





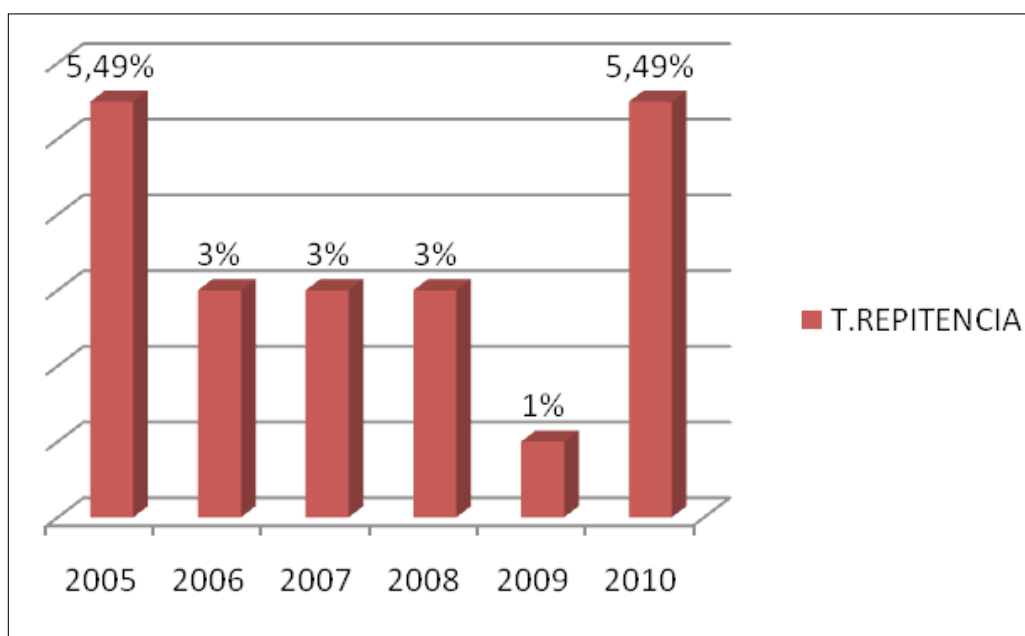
En el transcurrir del tiempo desde el año 2005 el indicador de cobertura tuvo un comportamiento creciente alcanzando su punto máximo en el año 2009 con un indicador de cobertura neta de 92.18% y luego muestra un retroceso en la matrícula en el año 2010, debido a diversos factores entre los que se pueden destacar; al fenómeno de la Niña, que ha causado un incremento importante de las lluvias a nivel nacional afectando el departamento de Bolívar en un 83% de afectación en el año 2010, haciendo vulnerable las regiones e impidiendo el desarrollo de las actividades cotidianas de sus habitantes, entre las que están las escolares, la ganadería y agricultura, y llevando a la población a trasladarse a regiones donde no sean alcanzados por

las inundaciones; la situaciones de desplazamiento poblacional y la dispersión del departamento haciendo difícil la prestación del servicio educativo a las regiones apartadas. Igualmente hay que destacar que la educación básica primaria ha perdido el apoyo de otros años, cuando se implemento la universalización de la educación básica primaria, pues se ha hecho énfasis en otros niveles que no contaban con el mismo apoyo en recursos, causando así una disminución en estos indicadores.

Repitencia Escolar.

- Tasa de repitencia en educación básica primaria.

Grafica 51. Tasa de repitencia educación básica primaria.



Fuente: (Reportes de matrícula del Departamento. SINEB, SIMAT).

Con relación a la educación básica primaria, el indicador de repitencia en el departamento presenta un comportamiento diverso que no marca una tendencia creciente o decreciente, con respecto a la información en el 2005 y 2010 se presentan los indicadores más altos alcanzando un valor de 5,49%, lo que indica que por cada 100 estudiantes matriculados en el nivel de básica primaria, aproximadamente 6 reprueban, no

obstante el termino repitencia está relacionado con la expresión de las deficiencias resultantes de la aplicación de esquemas educacionales sin relación con el entorno social, oferta curricular de contenidos de aprendizaje no significativo, carencia de innovación metodológica y estrategias didácticas no adecuadas.

Uno de los factores que más incide en la repitencia escolar, es decir en el fracaso, son los



problemas de aprendizaje derivados, en algunos casos de la alimentación, golpeando de manera más fuerte a los niños que se encuentran en los niveles de educación básica primaria, adicional a esto la escases de recursos económicos del núcleo familiar, producto de las pocas posibilidades de empleo, conlleva al ausentismo repetido del estudiante, sin que este alcance los logros propuestos en el plan de estudios, motivando así que tenga que repetir el grado. Por esta razón una de las estrategias para evitar uno de los factores de repitencia son los restaurantes escolares, que brindan los nutrientes necesarios a la alimentación de los niños y el transporte escolar para permitir el acceso de la población estudiantil a los establecimientos educativos que se encuentra en zonas de difícil acceso, toda vez que este indicador de repitencia va muy de la mano con la deserción.

Es imposible en estos momentos realizar un análisis más profundo acerca de los indicadores de los años 2008 y anteriores por la no disponibilidad de la información, hoy en la actualidad se cuenta un sistema de información de matriculas a nivel nacional SIMAT, herramienta que entro en

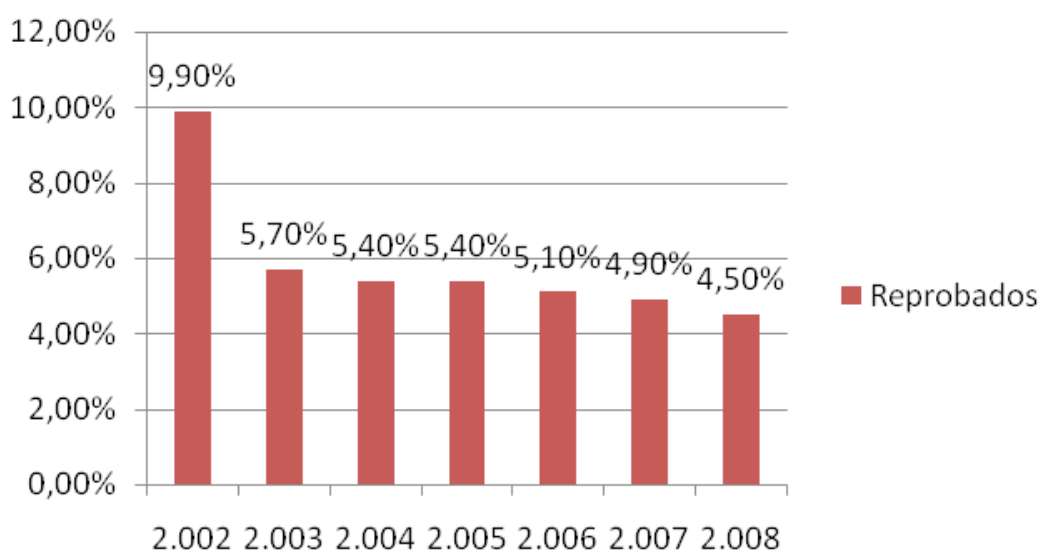
vigencia desde finales del año 2008, por tal razón el departamento no cuenta con evidencias de información estadística educativa de los años anteriores por la manera como se almacenaban los datos en forma manual y en hojas de cálculos.

Como recomendación se propone fortalecer todos los sistemas de información que permitan datos en forma pertinente y confiable e insistir en constituir un banco estadístico o un departamento estadísticos, que analice, actualice y valore todos y cada uno de los datos relacionados con la infancia, adolescencia y juventudes.

A nivel nacional se cuenta con datos de repitencia estudiantil de manera global, sin que se pueda desagregar por Municipio o grupos etarios, la información discriminada por niveles se encuentra en proceso de consolidación, por tal motivo se hace referencia al indicador global y se establecen comparativos con los estudiantes que reprobaban el año anterior por cada una de los departamentos, entendiendo estos como los repitentes para el año siguiente, por tratarse de variable en el mismo contexto y por no disponer específicamente de la información como la solicitan.



Grafica 52. Tasa repitencia nacional.



Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB). Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

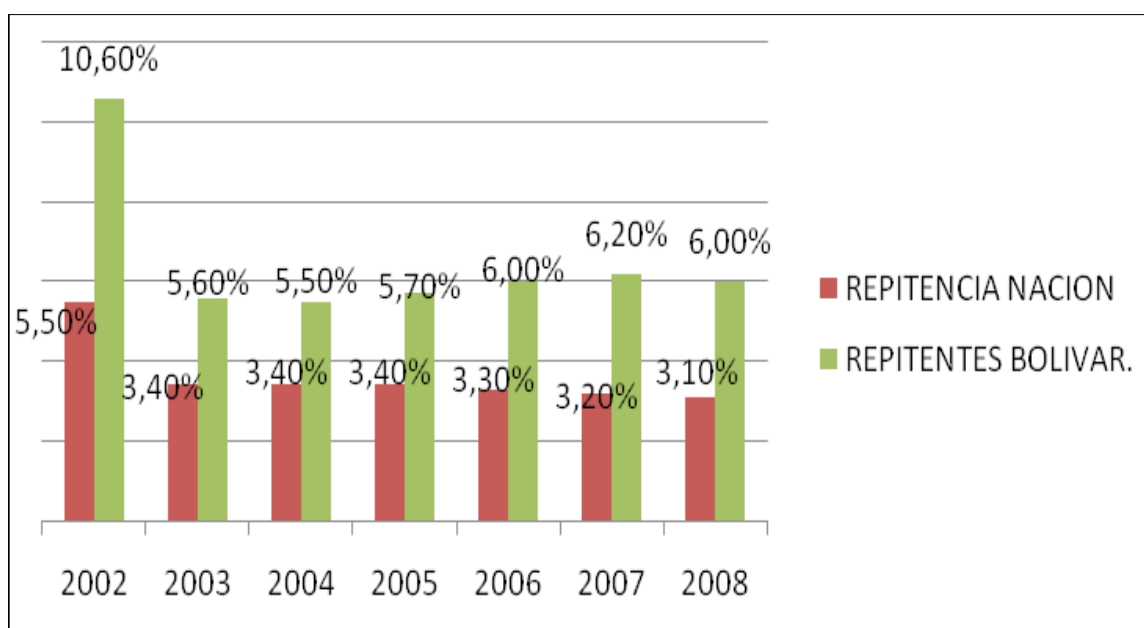




Al no contar con el comparativo Nación-Departamento por ciclos etareos y teniendo en cuenta que en el departamento de bolívar la mayor cantidad de estudiantes matriculados, pertenecen a la básica primaria con un porcentaje de 50.8% y resto distribuido entre transición, secundaria

y básica media. En la siguiente grafica se detalla la tendencia de los años 2002 al 2008, ya que la información correspondiente a los años 2009-2010, se encuentra en proceso de consolidación por parte del Ministerio de Educación Nacional.

Grafica 53. Tasa Repitencia Departamento-Nación.



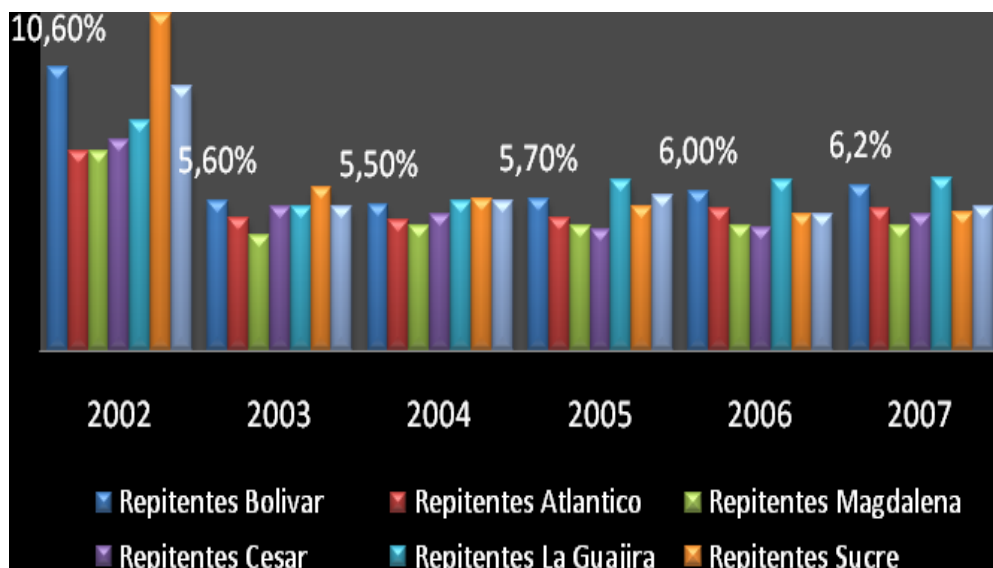
Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB). Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

Observando el gráfico anterior la tasa de repitencia muestra un comportamiento decreciente totalmente marcado en el año 2002 para la Nacional y para el Departamento marca una tendencia al alza, luego presenta un comportamiento decreciente leve en el caso nacional y es debido a todos los esfuerzos realizados desde el nivel central y el Departamento para reducir este indicador, por medio de la modernización de su estructura institucional, de sus procedimientos administrativos y operativos en sus sistemas de supervisión e incentivos, de tal manera que se mejoraron los resultados en termino de eficiencia.

De igual forma el departamento viene realizando esfuerzos por reducir este indicador, y aunque nos encontramos por encima del nivel nacional en aproximadamente dos puntos porcentuales el indicador de repitencia se viene controlando por medio de estrategias que incentivan y estimulan la continuidad y progreso estudiantil, como lo son la alimentación escolar, que en termino de incidencia la falta de este incentivo es una de las que más contribuye con la repitencia en el departamento, junto con la dificultad para acceder a los planteles educativos y las del proceso enseñanza-aprendizaje.



Grafica 54. Repitencia Bolívar & Región Caribe.



Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB). Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

134

En el comparativo con la Costa Caribe y el Departamento de Bolívar, quien muestra un mayor indicador de repitencia es el Departamento de la Guajira, los demás se mantienen con el promedio del Departamento de Bolívar, pero todos están por encima del indicador de la Nación en más de dos puntos porcentuales.

Desempeño Pruebas Saber.

- Puntaje promedio de las pruebas SABER - 5 grado.

Grafica 55. Puntaje Promedio pruebas SABER 5 grado.

		AÑO	PROM NACION	PROM BOLIVAR
Puntaje promedio de las pruebas SABER - 5 grado	Promedio General	2005	56,09	53,9
	Ciencias Naturales		51,47	51,13
	Lenguaje		60,6	55,91
	Matemáticas		56,2	54,66
	Promedio General	2009	299	267
	Ciencias Naturales		299	268
	Lenguaje		300	270
	Matemáticas		299	263

Fuente: Bases de datos del ICFES.





La presente tabla extractada de la matriz general de rendición de cuentas muestra cómo han cambiado los indicadores para la Nación y Bolívar, en cuanto a sus promedios generales. Es de aclarar que las escalas de valoración del 2005 y 2009 son diferentes. La del 2005 va de 0 a 100 y la del 2009 va de 100 a 500.

Si atendemos a los promedios generales, se obtiene la siguiente tabla:

Grafica 56. Promedios por área 5 –Nación y Bolívar.

ENTIDAD	AÑO	GRADO	PROMEDIO
BOLIVAR	2005	5	53,9
BOLIVAR	2009	5	267
NACION	2005	5	56,09
NACION	2009	5	299

Fuente: Bases de datos del ICFES.

Si hacemos un ajuste simple a los resultados de las Pruebas Saber 5 grado de los datos del 2005 a la escala de 2009, obtenemos la tabla anterior justificada así:

Grafica 57. Promedios Ajustados por área 5 –Nación y Bolívar.

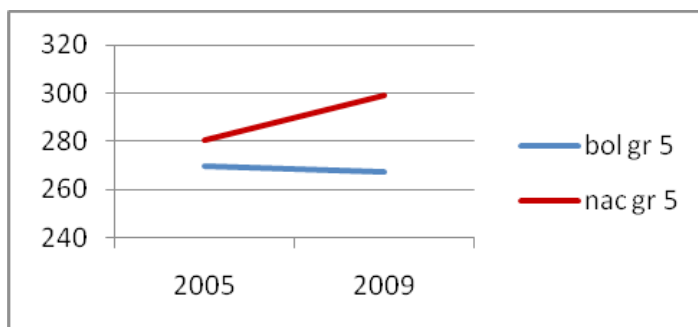
ENTE	AÑO	GRADO	PROMEDIO	PROM. AJUSTADO
BOLIVAR	2005	5	53,9	269,5
BOLIVAR	2009	5	267	267
NACION	2005	5	56,09	280,45
NACION	2009	5	299	299

Fuente: Bases de datos del ICFES.

De los datos de la tabla inicial general del informe, se toman los promedios para cada uno, convirtiendo los de 2005 a la escala de 2009. Con base en ello, se obtiene la gráfica, para el grado 5.

La siguiente gráfica comparativa entre Bolívar y la Nación muestra lo siguiente:

Grafica 58. Grado 5. Bolívar-Nación.



Fuente: Bases de datos del ICFES.



- Los resultados de la nación son mejores que los de Bolívar.
- Ambas entidades clasifican apenas para un nivel de “**mínimo**” sin llegar a satisfactorio, tomando como base la escala por área de las Pruebas Saber 5.
 - Bolívar bajó del 2005 al 2009, aunque no muy abruptamente.
 - La Nación, por el contrario, aumentó el promedio, aunque no en forma excesiva.

Entre algunas razones para estos resultados

en Bolívar, podemos mencionar que los docentes no han abordado los nuevos temas de los estándares ni las competencias; en muchos casos ni se tienen los docentes y además algunos de ellos sólo enfocan las materias que les agradan. Igualmente, las condiciones locativas son deficientes y se han empeorado con la ola invernal. Se cuenta además con poca tecnología y el seguimiento a los planes y programas de las instituciones es deficiente desde el gobierno central por falta de recursos y las dificultades topográficas del departamento.

Grafica 59. Bolívar - Región Caribe.

DPTO-GR 5-05	PROM AREAS	PUESTO
Magdalena	55,54	
Atlántico	54,77	
Cesar	54,66	
Bolívar	53,90	Puesto 4 de 8
La guajira	53,75	
Córdoba	53,50	
Sucre	52,37	
San Andres	48,21	

Fuente: Bases de datos del ICFES.

Para el año 2005, Bolívar ocupó el 4 puesto entre los departamentos de la Costa, con puntaje apenas aceptable. Las diferencias con respecto a los de mejor resultado no son muy altas.

Para el 2009, la situación cambió y hubo un descenso, según lo muestra la siguiente tabla:

Grafica 60. Bolívar - Región Caribe.

DPTO-GR 5-05	PROM AREAS	PUESTO
Atlántico	301,33	
Cesar	288,00	
San Andres	276,67	
Córdoba	271,00	
Sucre	270,00	
Bolívar	267,00	Puesto 6 de 8
La Guajira	264,67	
Magdalena	261,00	

Fuente: Bases de datos del ICFES.



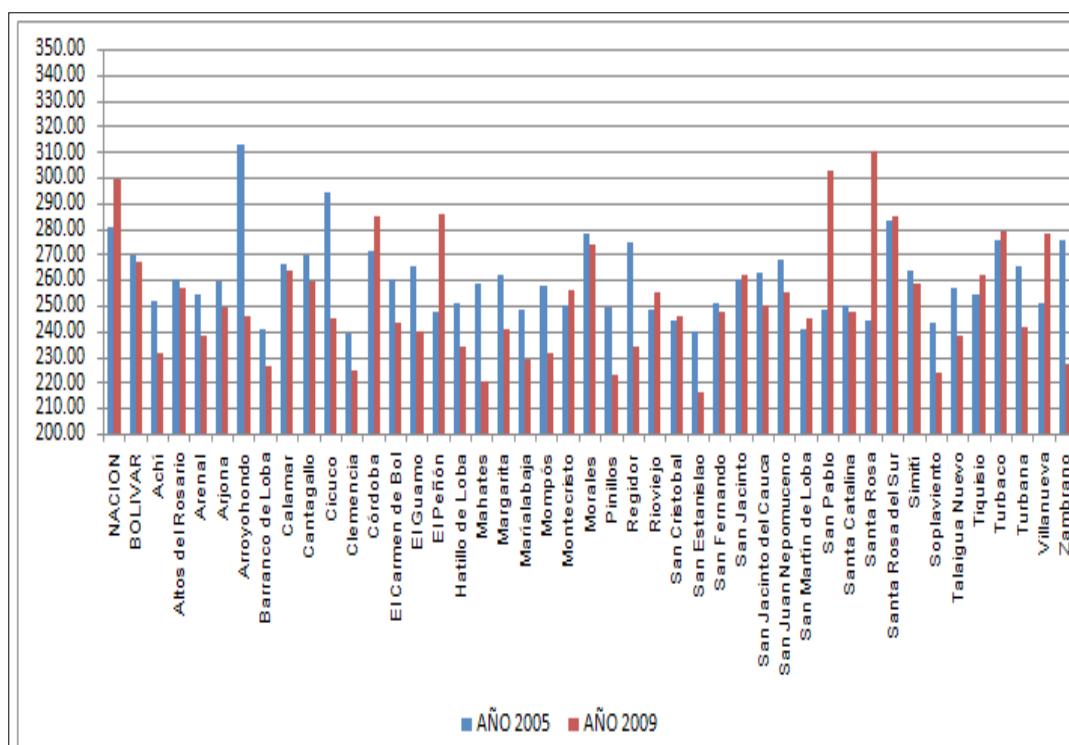


Sobresalen en la Costa atlántica por su estabilidad Atlántico y Cesar. Valdría la pena ahondar en algunas facilidades con que cuentan estos departamentos como son: su superficie que no es mucha (es fácil monitorear todos sus municipios por lo cercanos), el contar con buena interconexión, el manejo de tecnologías, las facilidades con que cuentan los docentes para instalarse en

sus municipios, adelantar sus labores sin muchos contratiempos y las posibilidades para que los docentes cuenten con mayor y mejor tiempo de actualización.

De los datos de la tabla inicial general del informe, se toman los promedios para cada uno, convirtiendo los de 2005 a la escala de 2009. Con base en ello, se obtiene la gráfica, para el grado 5.

Grafica 61. Resultados por municipio grado 5, años 2005 y 2009.



Fuente: Bases de datos del ICFES.

Esta gráfica nos muestra lo siguiente:

- Como regla general, los resultados del 2005 fueron mejores que los del 2009, con algunas excepciones entre las que sobresalen: la Nación, Córdoba, El Peñón, San Pablo, Santa Rosa Sur y Villanueva.
- La clasificación para todos es inferior a "satisfactorio".
- Resaltan por sobrepasar a la Nación San Pablo y Santa Rosa Sur.
- El Caso de Arroyohondo es de citar ya que en 2005 sobrepasó a la Nación, sin embargo, en el 2009, bajó significativamente.

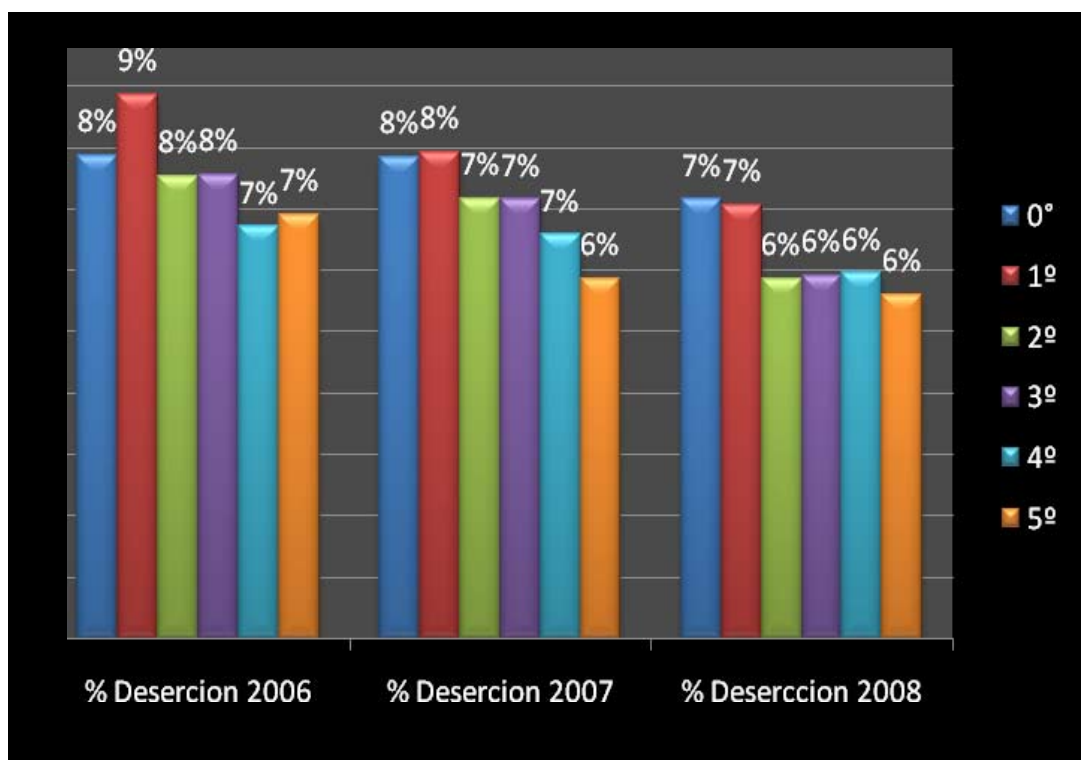
Deserción Escolar.

Por la imposibilidad de contar con indicadores de deserción discriminado por Grupos Etarios, los gráficos siguientes se diseñaron con información de deserción en el Departamento por grados, agrupado en años desde el 2006 la 2007, los años del 2005 no está disponible y los años 2008, 2009, 2010, se encuentra en proceso de consolidación.

- Tasa de deserción interanual de básica primaria.



Grafica 62. Deserción básica primaria años 2006-2008 Bolívar.



138

Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB). Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

Antes de emitir cualquier concepto acerca de los indicadores de deserción en el departamento, hay que aclarar que tiene una mayor incidencia el porcentaje de desertores sobre la matrícula total el valor de la básica primaria, que el resto de los niveles ya que solo la B. Primaria representa aproximadamente el 50% del total de la matrícula.

Al observar el comportamiento del indicador es notorio que en todos los grados la tendencia es decreciente, siendo la más alta la deserción en primer grado. A demás de ser la básica primaria la más representativa en el indicador de deserción por las razones antes expuestas, no hay que desconocer el gran perjuicio que causa a la deserción no contar con políticas de alimentación escolar o transporte, actualmente el depar-

tamento viene desarrollando estrategias como estas que contrarresten este fenómeno.

Las causas de la deserción en departamento son bien conocidas destacando en primer grado la falta de restaurantes acolares que garanticen la permanencia de estudiante, el acceso a las regiones dispersa, falta de incentivos escolares (Kit), las necesidades de trabajo de los padres de familia que obligan a trasladarse a las regiones donde se encuentre en abundancia, razones de desplazamiento por la violencia y para el año 2010 aunque no se muestra el indicador discriminado por grado la causa más relevante fue el fenómeno de ola invernal debido al porcentaje de afectación en que se vio inmerso el departamento por el fenómeno de la niña.





1.3.3. ADOLESCENCIA.



1.3.3.1. CATEGORÍA EXISTENCIA.



En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

Todos Saludables.

1.3.3.1.1. **Objetivo de política: Todos Saludables**

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 52. Adolescencia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Saludables.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Todos Saludables	Embarazo Mujeres Adolescentes	Porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes.

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Saludables. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

140

Embarazos Mujeres Adolescentes.

- Porcentaje de embarazos en mujeres adolescentes.

La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no solo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados y se dan en parejas que no han iniciado una vida en común, configurando así el problema social de la “madre soltera”. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas empíricas y en condiciones sanitarias inadecuadas, poniendo en peligro la vida de la madre.

En el Departamento de Bolívar para el año

2005 se registró un porcentaje de adolescentes en embarazo de 22.5%, en el 2006 del 22.72% en el 2007 se registra un porcentaje del 23.20%, para el 2008 del 23.64% y para el 2009 del 23.49% por cien mil nacidos vivos, y para el 2010 es de 21.3 el porcentaje de adolescentes embarazadas.

De igual forma los municipios que registraron mayores porcentajes de adolescentes embarazadas en 2008 y 2009 de acuerdo a fuente DANE son: Altos del Rosario con 36%, Clemencia con un 33%, María la Baja con un 35%, Río Viejo con un 35%, Tiquisio con un 33% y Zambrano un 33% con un comportamiento por encima del 32 por ciento.

En la siguiente tabla se describe el comportamiento de las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años con relación al total de las embarazadas de todas las edades de los últimos 5 años donde la tendencia es un aumento leve en el porcentaje.





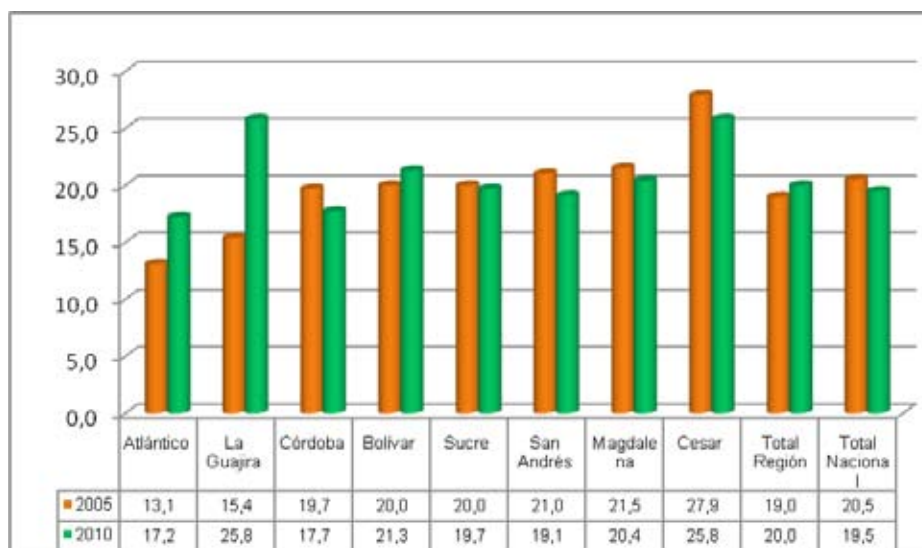
Tabla 53. Comportamiento de los embarazos en adolescentes en el Departamento de Bolívar en los años 2005 a 2009 comparada con la Nacional.

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009
Embarazadas de 10 a 19 años	7168	7430	6959	7294	8400
Total embarazadas de todas las edades	31846	32695	29988	30851	35746
Porcentaje	20.0	22.72	23.20	23.64	23.49
NACIONAL	22.36	22.87	23.39	23.40	23.47

Fuente: DANE 2005 a 2009.

A continuación se observa que al realizar un comparativo entre los diferentes departamentos de la costa norte, el departamento de Bolívar presenta un comportamiento estable, a diferencia de otros departamentos como es el caso de la Guajira y el Cesar cuyo porcentaje aumenta en una forma desproporcionada.

Grafica 63. Proporción de adolescentes alguna vez embarazadas, Región Caribe. ENDS 2005-2010.



Fuente: ENDS 2005-2010.

Según la encuesta nacional de demografía y salud 2010 (ENDS):

- El 21% de los adolescentes del Departamento de Bolívar entre 15 y 19 años ya es madre o está embarazada de su primer hijo.
- La edad promedio de las mujeres en la primera relación sexual es de 18,4 años.
- La primera unión conyugal de las mujeres en Bolívar ocurre en promedio a los 20,4 años

de edad.

- La edad mediana al nacimiento del primer hijo es 21.6 años.
- Las mujeres de Bolívar tienen un promedio de 2.4 hijos por mujer y la tasa de fecundidad deseada es de 2 hijos por mujer.
- Sólo el 45% de los embarazos y nacimientos ocurridos en los últimos 5 años han sido deseados, un 32% lo quería pero más tarde, y un



20% lo reporta como francamente no deseado: Además el 66% de las mujeres unidad no desea más hijo.

Lo anterior demuestra que el Departamento de Bolívar subió un punto porcentual con respecto al 2005, pero con respecto a otros departamentos como Atlántico, Guajira y Cesar los cuales tuvieron un aumento bastante significativo, en Bolívar ha sido leve.

En el Departamento de Bolívar, municipios como: Altos del Rosario, San Jacinto del Cauca, San Fernando, Soplaviento, San Cristóbal, Morales y el Peñón registran los mayores porcentajes de embarazos en adolescentes en los últimos años, de un 25 a un 35%, debido a la falta de compromiso de las entidades territoriales en la implementación de programas dirigidos a los y las adolescentes desde los diferentes sectores.

El embarazo en adolescente tiene un origen multifactorial, la inexperiencia en materia de sexualidad, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, los problemas biológicos, socioculturales y psicológicos influyen en los adolescentes.

En el Departamento de Bolívar, las causas del embarazo en la adolescencia son bastantes discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100 %, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros.

Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo,

enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional). La incidencia del embarazo en adolescentes crece.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen:

- Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).
- El uso temprano del alcohol y / u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.
- Crecer en condiciones empobrecidas.
- Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años.

Estrategias de reducción de embarazos en adolescentes en bolívar.

Las acciones que se adelantan en el Departamento de Bolívar para disminuir la problemática son la Implementación de los Servicios amigables para Adolescentes y Jóvenes, de los cuales se tienen 16 servicios amigables implementados, dos unidades amigables una en San Juan Nepomuceno y otra en Turbaco, el resto en la modalidad de Consulta Diferenciada. En estos espacios los jóvenes reciben orientación y consejería en salud Sexual y Reproductiva y salud





Mental y son direccionados hacia otros servicios de acuerdo con la necesidad.

Además se viene trabajando en la reactivación de las redes sociales de apoyo para minimizar riesgos (35 redes reactivadas) en la cuales participan instituciones desde el nivel local como la policía de infancia y adolescencia, Hospital Local, Comisarias de familia, Instituciones educativas, ONG presentes en el municipio, ICBF, representantes de la comunidad, personerías, párroco, Secretaría de Salud Municipal, las cuales se articulan para la atención oportuna y el seguimiento de los casos.

Otra de las estrategias que se viene desarrollando en el Departamento es la abogacía y el acompañamiento para la implementación de los proyectos de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía en las instituciones educativas con la participación de toda la comunidad educativa y con el apoyo del recurso humano del programa.

En el Departamento se articulan los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Promoción Social en estas estrategias para tratar de cubrir al total de estas poblaciones en

especial aquellas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad. Se considera que la pobreza, el desplazamiento y los factores culturales han contribuido al incremento de los embarazos en adolescentes en el Departamento de Bolívar.

Así mismo se establecen alianzas para el desarrollo de estrategias de carácter intersectorial desde el nivel Departamental con la conformación de la mesa Departamental de Prevención de la Violencia Sexual, el Comité intersectorial de VIH/SIDA.

1.3.3.2. CATEGORÍA DESARROLLO.

En esta categoría se analizaran los siguientes objetivos de políticas:

Ninguno Sin Educación.

1.3.3.2.1. Objetivo de política: Ninguno Sin Educación.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 54. Adolescencia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno Sin Educación.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Sin Educación	Cobertura Escolar	Tasa neta de cobertura escolar para educación básica secundaria.
		Tasa neta de cobertura escolar para educación media.
	Repitencia Escolar	Tasa de repitencia en educación básica secundaria.
		Tasa de repitencia en educación básica media.
	Desempeño Pruebas	Puntaje promedio de las pruebas SABER – grado.
		Puntaje promedio en las pruebas ICFES.

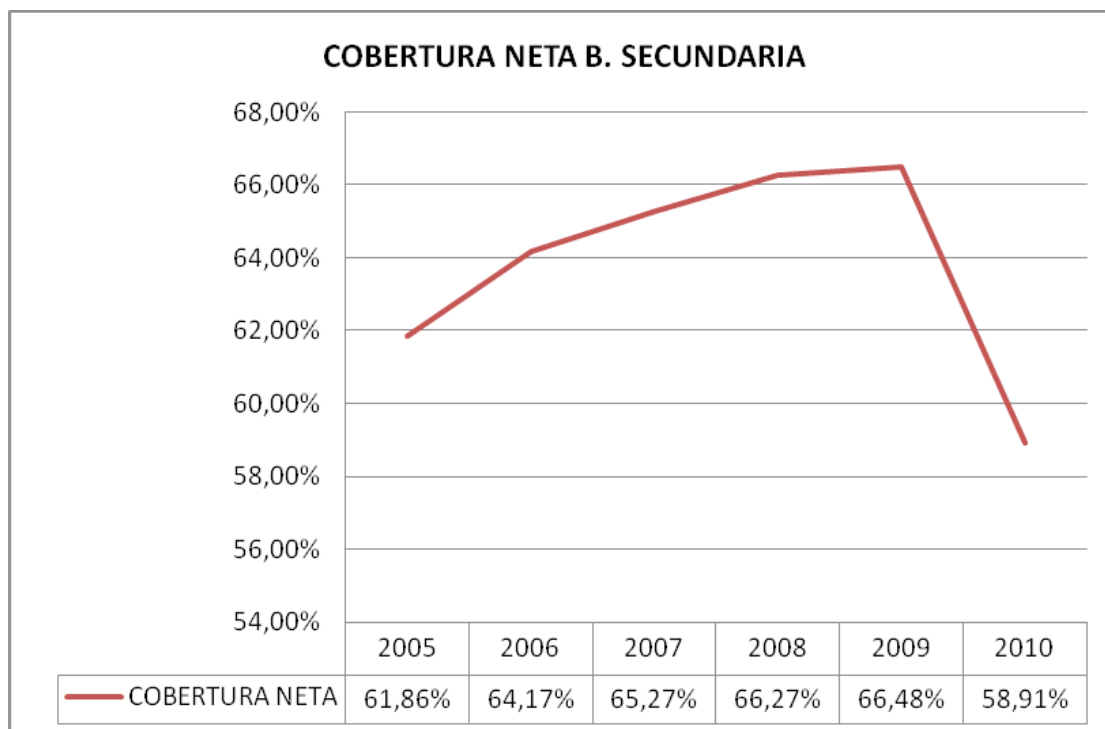
Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Sin Educación. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.



Cobertura Escolar.

- Tasa Neta de cobertura escolar para educación básica secundaria.

Grafica 64. Tasa neta de cobertura escolar para básica secundaria.



Fuente: Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002). MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2009]. Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

La tasa de cobertura para la básica secundaria viene de una tendencia creciente hasta mediados del año 2010 poco antes que se generara el último reporte de matrícula, que es donde se ve reflejado la deserción por causa del fenómeno de la niña y por eso el descenso en el comportamiento del indicador, adicional a esto se suma el hecho del método del cálculo de este indicador, el cual se hace basándose en las proyecciones de población del DANE y no con los datos reales de población del departamento, lo que significa

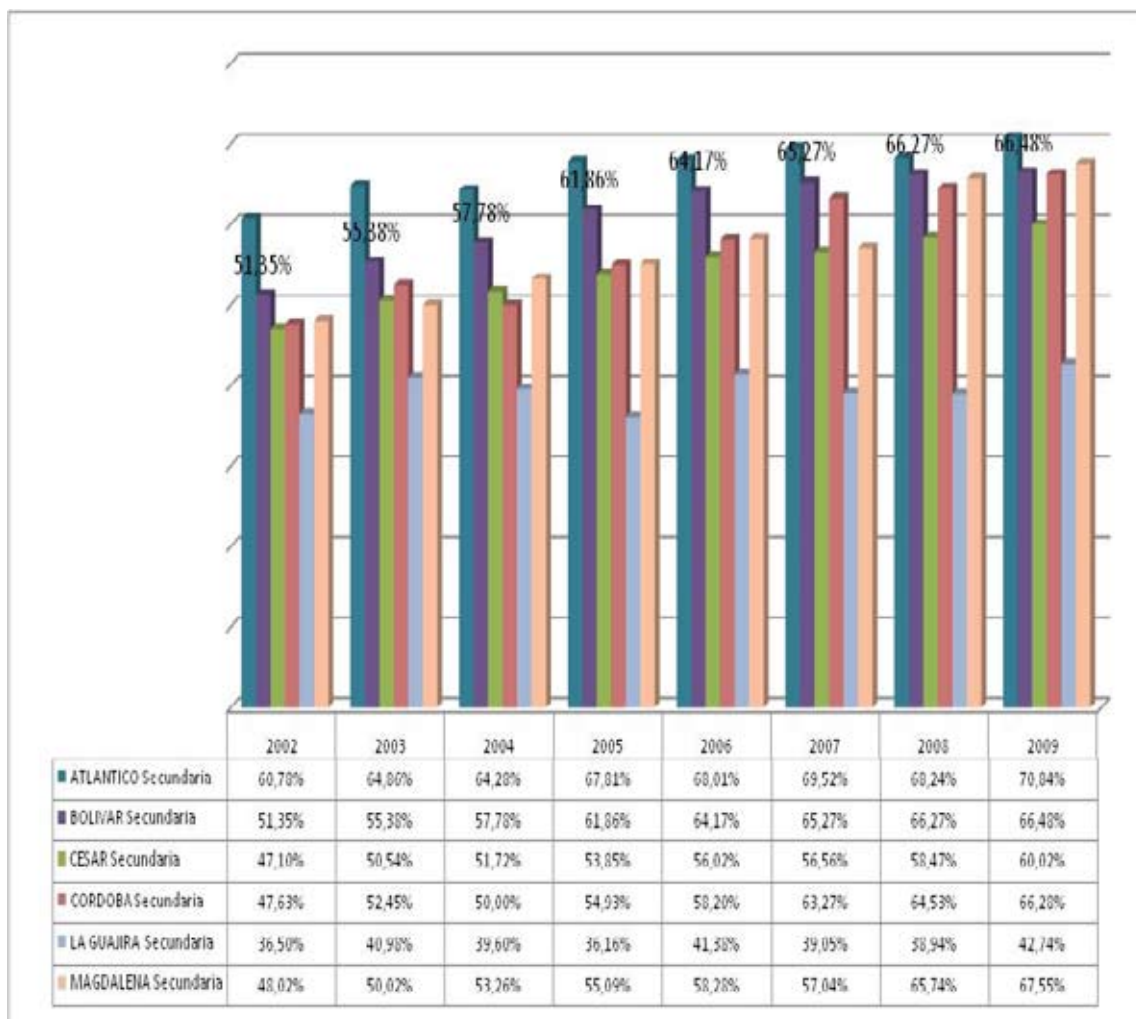
que puede estar sujeto a discrepancias y variaciones por fuera de la realidad.

En todo caso el departamento viene desarrollando estrategias de acceso a la educación, para incentivar aquellos estudiantes en edad escolar por fuera del sistema educativo, con ayuda de entidades como el bienestar familiar, red unidos y demás encargados garantizar el acceso de los estudiantes, junto con estrategias y políticas desarrolladas con la secretaria y las administraciones municipales con los recursos que el ministerio destina para tal fin.





Grafica 65. Tasa cobertura neta básica secundaria departamento de bolívar & región Caribe.



Fuente: Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002).
MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB)
[2003-2009]. Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

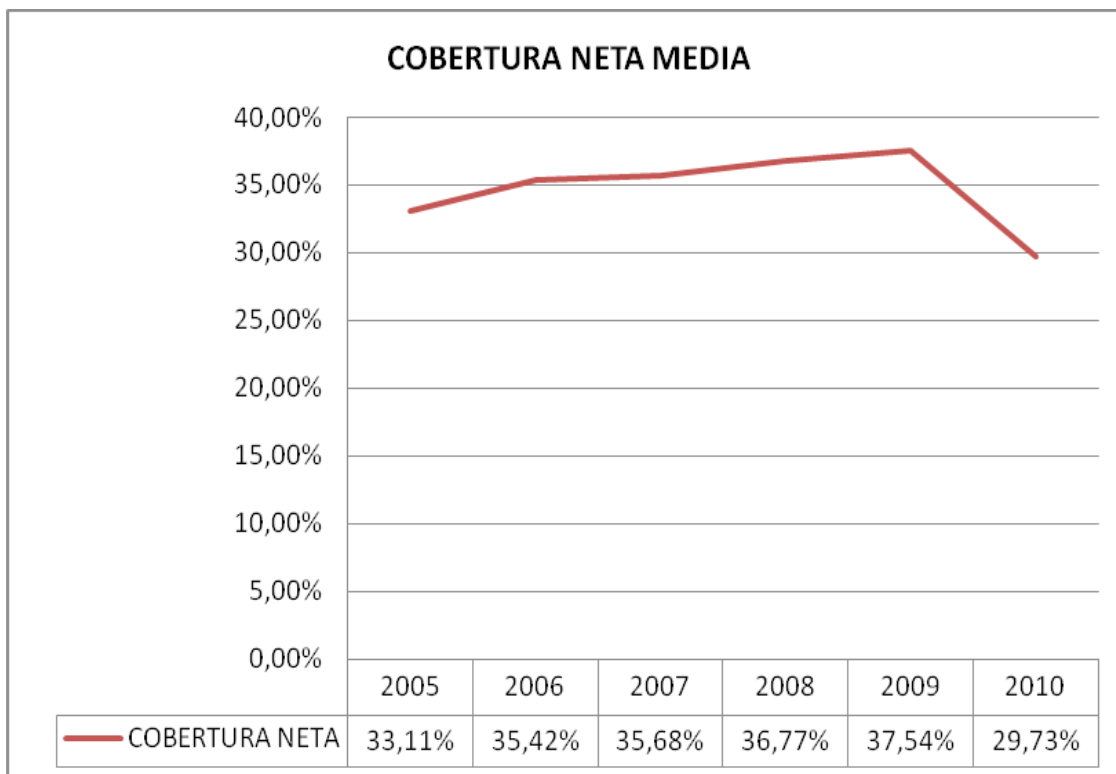
En relación con la cobertura neta en el nivel de básica secundaria el comportamiento es creciente, siendo su punto más alto el del año 2009, el departamento de Bolívar presenta unos indicadores por encima del resto de los departamentos de la región Caribe exceptuando al departamento del Atlántico que lo supera en todos los años de referencia. En el año 2010 por las implica-

ciones que tuvo el fenómeno de ola invernal en el departamento el indicador de cobertura neta en básica secundaria descendió hasta un 58.91% alcanzando los niveles alcanzados en el año 2004.

- Tasa Neta de cobertura escolar para educación media.



Grafica 66. Tasa Cobertura neta en educación media.



Fuente: Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002).
MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2009]
Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

El caso de la media la tendencia es la misma creciente y decreciente en el año 2010, siendo la principal causa el fenómeno de ola invernal, el indicador de cobertura en la media siempre es inferior al de la básica primaria-secundaria, ya que desde este periodo los jóvenes deciden retirarse del sistema educativo por cuestiones de trabajo, esto es debido a las condiciones de pobreza en que se encuentran los municipios del departamento.

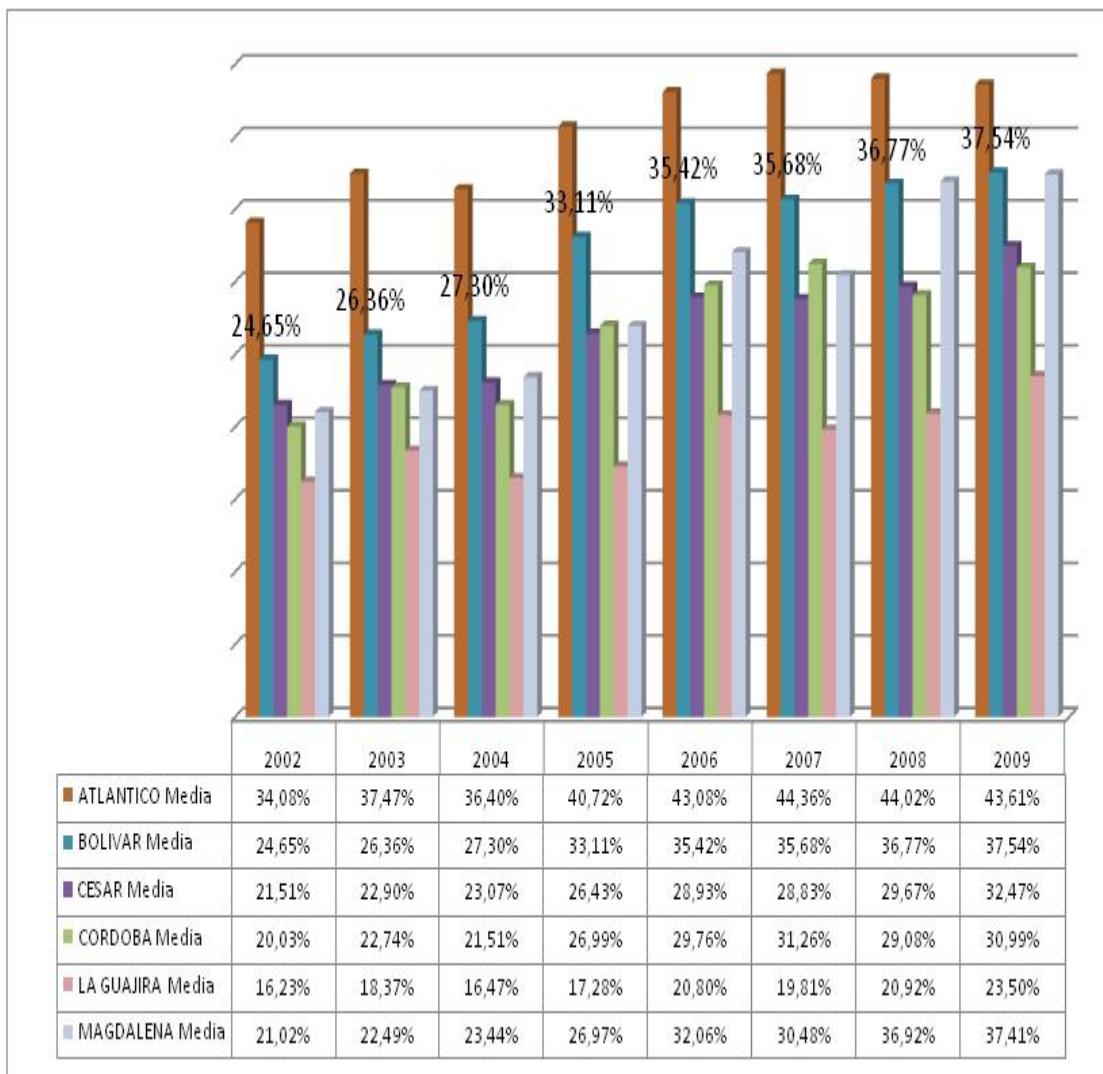
Al realizar un análisis detallado de los municipios que se encuentran por debajo de la medi-

da del departamento, se puede inferir que estos presentan una conducta creciente en relación al indicador de cobertura hasta el año 2010 por las razones ya mencionadas anteriormente, pero la causa del por qué presentan un comportamiento inferior al global son muy diversas, empezando por la característica nómada de la población rural del departamento, que vive en constante movimiento desplazándose a las regiones donde se estén realizando las actividades objeto de su sustento de trabajo como: minería, pesca, cultivos ilícitos, etc., trasladando consigo a los estudiantes.





Grafica 67. Tasa cobertura neta media Bolívar & región Caribe.



147

Fuente: Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002).
MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB) [2003-2009]
Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

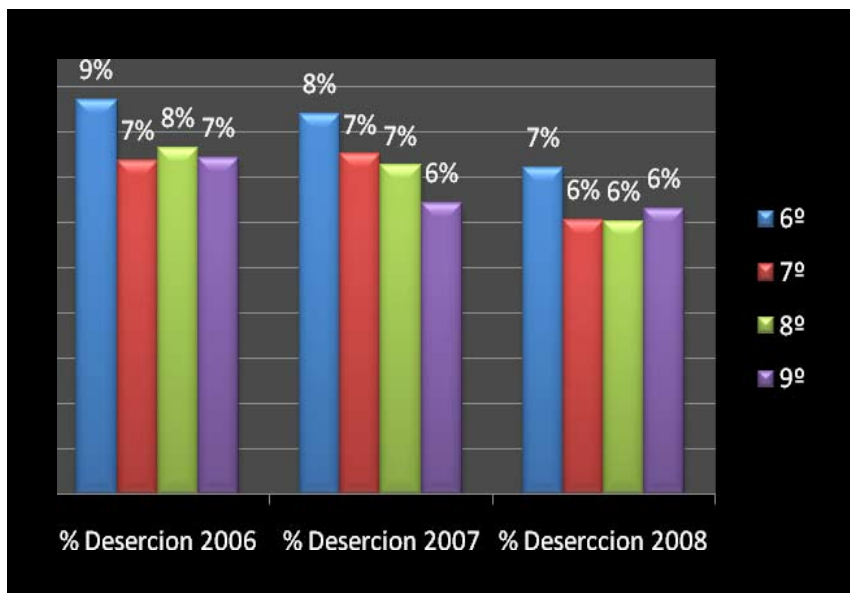
En relación a la deserción escolar, este indicador ha venido descendiendo hasta llegar a niveles del 5,40% en el año 2010 en la meta propuesta por el departamento en su plan de desarrollo, cifras que probablemente diste de los indicadores al finalizar el año 2011, por los factores de desplazamiento de personas afectadas por el fenómeno de la ola invernal.

Deserción Escolar.

- Tasa de deserción escolar inter-anual de Básica Secundaria.



Grafica 68. Deserción básica secundaria años 2006-2008 Bolívar.



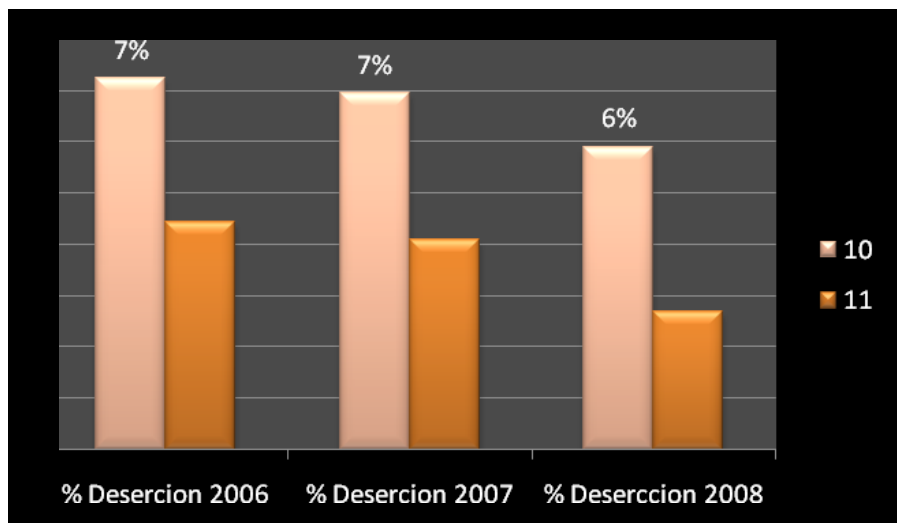
Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB). Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.

148

Para los grados 6°, 7°, 8° y 9° la situación no es muy distinta a la básica primaria, cuya tendencia es a la baja, siendo el punto más crítico el grado 6°, debido a la transición del grado 5° a 6°, ya que las sedes de la básica primaria generalmente se encuentran dispersas a la sede principal, que es donde se encuentra la básica secundaria y media. De igual manera que en los grados de primaria, las causa para la básica secundaria son las mismas.

- Tasa de deserción escolar interanual de Básica Media.

Grafica 69. Deserción media años 2006-2008 Bolívar.



Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Básica (SINEB). Población proyectada con base en el censo de 2005-DANE.





Ya en la media vocacional los factores que inciden en la deserción son los mismos, sumádoles el hecho que son estudiantes que se encuentran en capacidad de trabajar y prefieren ejercer una actividad que les genere ingreso, a pasar el tiempo aprendiendo en un aula de clases, a demás de esto están los embarazos no deseados por la jóvenes de los grados 10° y 11°, y la falta de orientación psicológica a los jóvenes, los cuales deciden en forma temprana a formar familias.

Desempeño Pruebas.

- Puntaje promedio de las pruebas SABER - 9 grado.

Tabla 55. Puntaje Promedio pruebas SABER grado 9.

		AÑO	PROM. NACIONAL	PROM. BOLIVAR
Puntaje promedio de las pruebas SABER - 9 grado	Promedio General	2005	61,2	58,45
	Ciencias Naturales		58,6	58,98
	Lenguaje		65,14	60,17
	Matemáticas		59,86	56,21
	Promedio General	2009	300	265,33
	Ciencias Naturales		300	267
	Lenguaje		300	264
	Matemáticas		300	265

149

Fuente: Bases de datos del ICFES.

Tabla 56. Promedios por área grado 9 –Nación y Bolívar.

ENTIDAD	AÑO	GRADO	PROMEDIO
BOLIVAR	2005	9	58,45
BOLIVAR	2009	9	265,33
NACION	2005	9	61,2
NACION	2009	9	300

Fuente: Bases de datos del ICFES.

Si hacemos un ajuste simple a las pruebas Saber grado 9 de los datos del 2005 a la escala de 2009, obtenemos la tabla anterior justificada así:



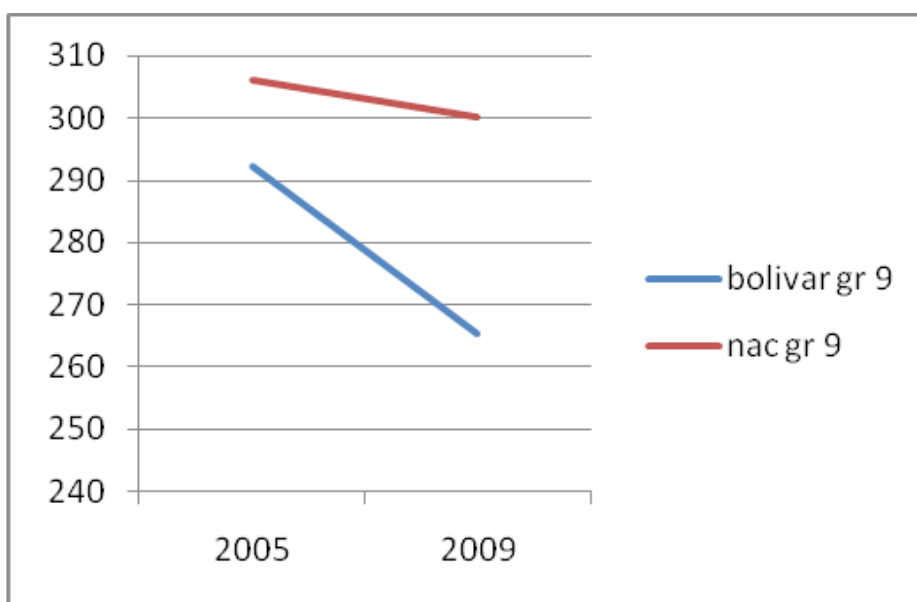
Tabla 57. Promedios Ajustados por área grado 9 –Nación y Bolívar.

ENTIDAD	AÑO	GRADO	PROMEDIO	PROM AJUSTADOS
BOLIVAR	2005	9	58,45	292,25
BOLIVAR	2009	9	265,33	265,33
NACIONAL	2005	9	61,2	306
NACIONAL	2009	9	300	300

Fuente: Bases de datos del ICFES.

Las siguientes gráficas comparativas entre Bolívar y la Nación nos muestran lo siguiente:

Grafica 70. Grado 9.Bolívar-Nación.



Fuente: Bases de datos del ICFES.

Al hacer el comparativo entre Bolívar y la Nación, se puede ver que:

- Los resultados de la nación son mejores que los de Bolívar.
- entidades clasifican apenas para un nivel de “**mínimo**” sin llegar a satisfactorio, tomando como base la escala por área de las Pruebas Saber 9.
- Bolívar bajó del 2005 al 2009, en el grado 9. Igualmente lo hizo la Nación en este grado, pero en menor intensidad.

Aparte de lo dicho para el grado 5, se puede agregar que la baja calidad se debe a muchos factores, entre los cuales se pueden mencionar los siguiente: La falta de actualización de docentes en áreas básicas (Matemáticas, Sociales,

Humanidades, Química , Física, Biología, Ciencias Naturales, Filosofía y naturales) y en consecuencia, la deficiencia de los alumnos en estos temas, la falta de docentes en periodos cortos o largos del año, el incumplimiento del calendario escolar por diversos motivos, la falta de trabajo por competencia a través de todos los ciclos y grados en el aula, la escasez de materiales y recursos didácticos para que los docentes puedan trabajar por competencias, la escasez de incentivos para docentes y alumnos para mejorar su resultados, la ausencia de actividades de monitoreo por competencias.

Adicional a lo anterior se pueden considerar factores exógenos como las inundaciones de los últimos años, entre otros.





Tabla 58. Bolívar-Región Caribe-Grado 9.

DPTO-GR 9-05	PROM	PUESTO
Atlántico	60,49	
Sucre	59,96	
Cesar	59,78	
Magdalena	59,12	
Córdoba	58,66	
San Andres	58,60	
La guajira	58,58	
Bolívar	58,45	Puesto 8 de 8

Fuente: Bases de datos del ICFES.

Año 2005: Contrario a lo sucedido en grado 5, Bolívar en promedios fue inferior a los demás departamentos de la Costa.

Año 2009: En el 2009 mejoró ubicándose en el puesto 5º, de acuerdo con la tabla respectiva, que se muestra más abajo.

Sin embargo, es de anotar que los resultados en el 2005 fueron mejores.

Lo analizado con respecto al grado 5 subsiste, si se tiene en cuenta que aún en el 2009, Bolívar tiene por encima a los departamentos que cuentan con mayores facilidades de interconexión, tecnología, desplazamiento y gestión.

151

Tabla 59. Bolívar-Región Caribe-Grado 9.

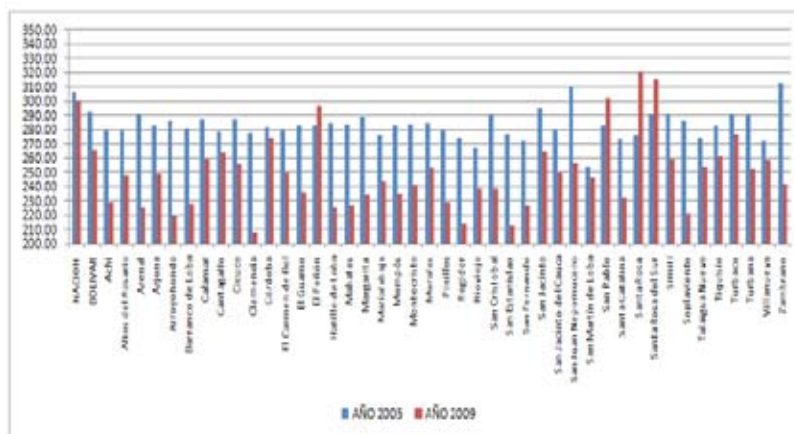
DPTO-GR 9-05	PROM	PUESTO
Atlántico	294,67	
Cesar	281,33	
Sucre	268,33	
Córdoba	266,00	
Bolívar	265,33	Puesto 5 de 8
San Andres	264,00	
La guajira	259,67	
Magdalena	253,67	

Fuente: Bases de datos del ICFES.

El comparativo respecto a municipios presenta las siguientes características, según la Gráfica:



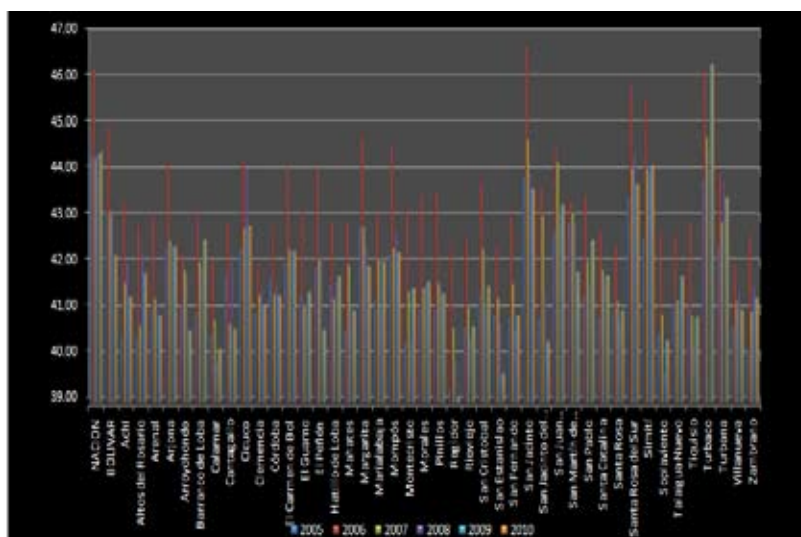
Grafica 71. Resultados por municipio grado 9, años 2005 y 2009.



Fuente: Bases de datos del ICFES.

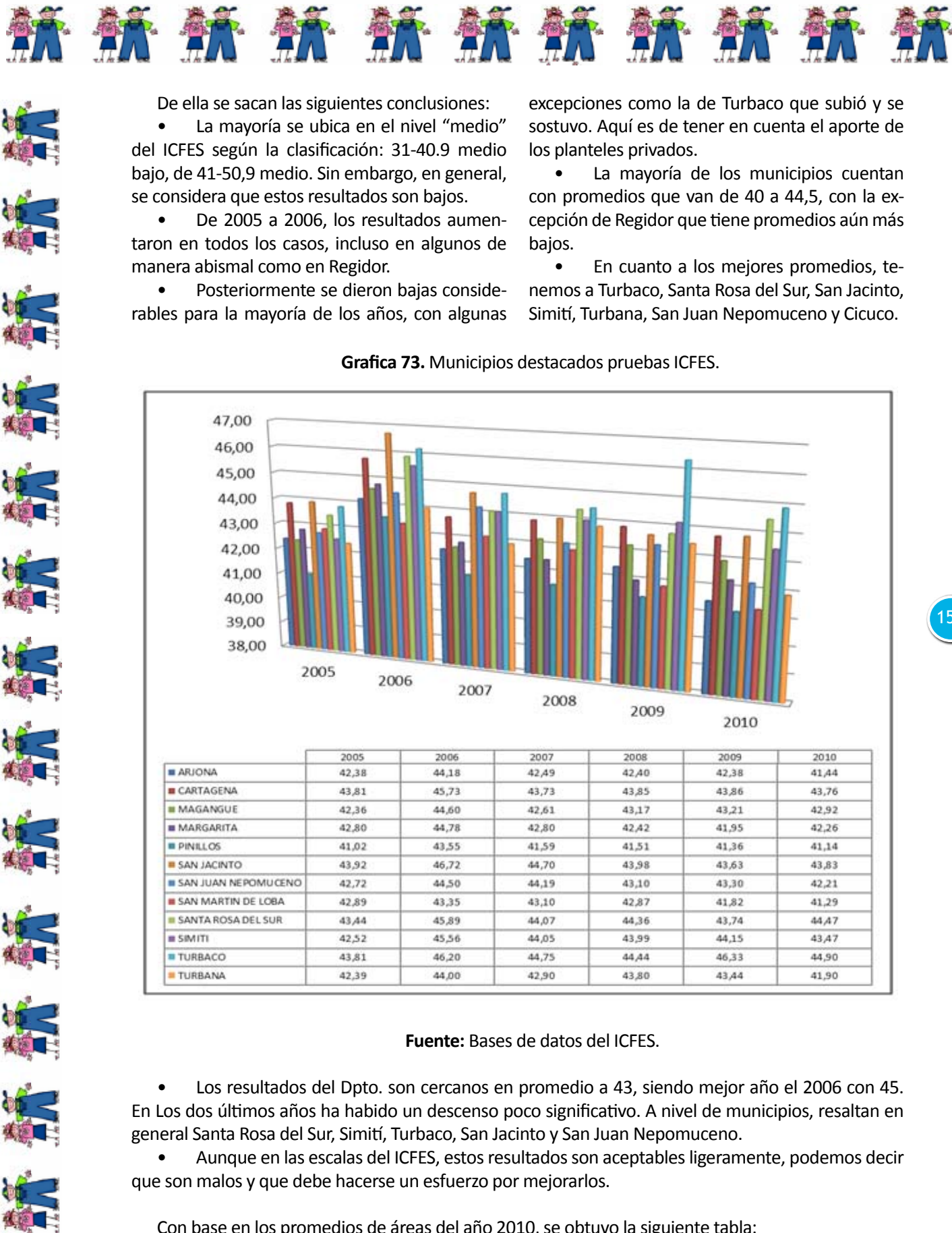
- Resultados mejores en el 2005 que en el 2009, excepto para El Peñón, San Pablo, Santa Rosa y Santa Rosa Sur.
 - Resultados “no satisfactorios”.
 - Destaca que la Nación también bajo un poco del 2005 al 2009.
 - En el 2009 sobrepasan a la Nación El Peñón, San Pablo, Santa Rosa y Santa Rosa Sur.
- Si se hace un análisis de diferencias, se obtienen los siguientes resultados:
- Resaltan por tener cambio positivo visible: La Nación, El Peñón, San Pablo, Santa Rosa y Villanueva.
 - Es de notar que Santa Rosa del Sur se ha mantenido en sus resultados por lo que la diferencia positiva es muy poca
 - Puntaje promedio en las pruebas ICFES.
- Para este análisis, se toma en cuenta los datos de la matriz inicial de rendición, años 2005 a 2010, con base a esta información logramos obtener la siguiente grafica:

Grafica 72. Municipios-SABER 11-comparativo 2005-2010.



Fuente: Bases de datos del ICFES.





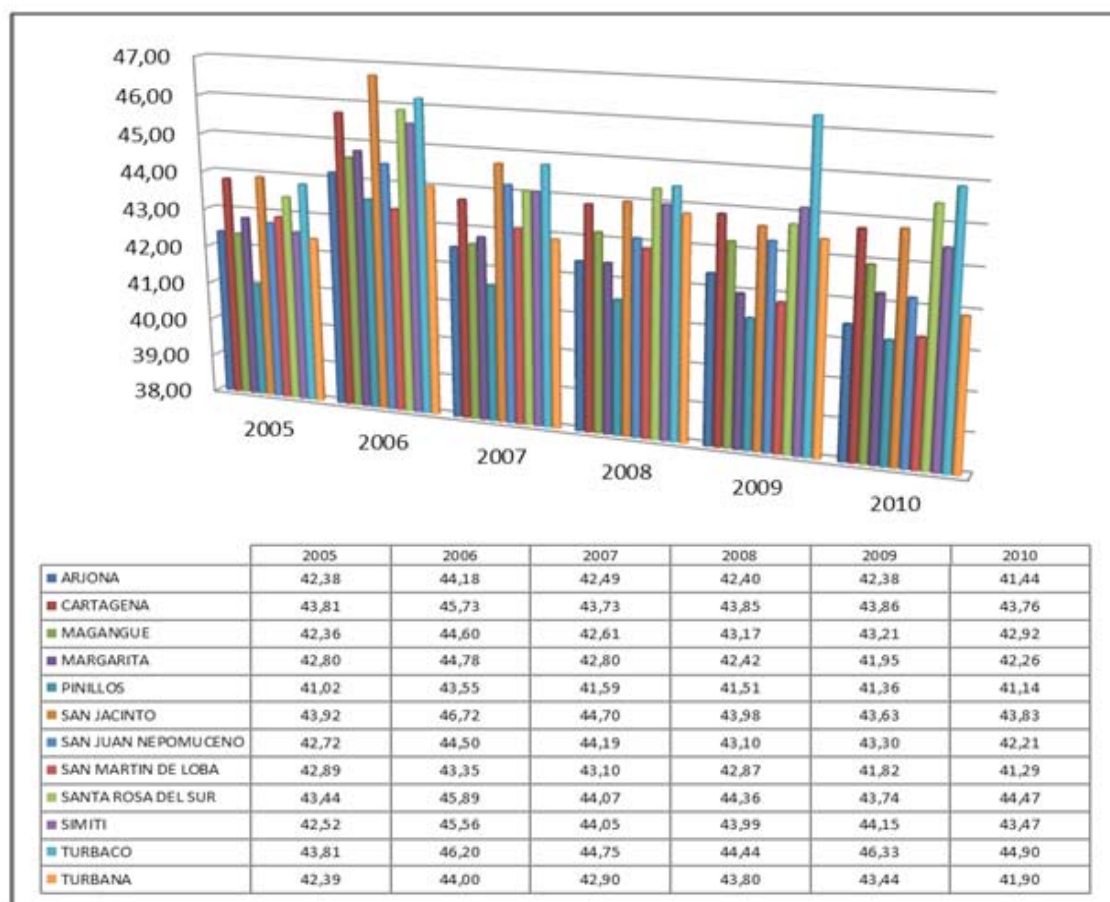
De ella se sacan las siguientes conclusiones:

- La mayoría se ubica en el nivel “medio” del ICFES según la clasificación: 31-40,9 medio bajo, de 41-50,9 medio. Sin embargo, en general, se considera que estos resultados son bajos.
- De 2005 a 2006, los resultados aumentaron en todos los casos, incluso en algunos de manera abismal como en Regidor.
- Posteriormente se dieron bajas considerables para la mayoría de los años, con algunas

excepciones como la de Turbaco que subió y se sostuvo. Aquí es de tener en cuenta el aporte de los planteles privados.

- La mayoría de los municipios cuentan con promedios que van de 40 a 44,5, con la excepción de Regidor que tiene promedios aún más bajos.
- En cuanto a los mejores promedios, tenemos a Turbaco, Santa Rosa del Sur, San Jacinto, Simití, Turbana, San Juan Nepomuceno y Cicuco.

Grafica 73. Municipios destacados pruebas ICFES.



Fuente: Bases de datos del ICFES.

- Los resultados del Dpto. son cercanos en promedio a 43, siendo mejor año el 2006 con 45. En los dos últimos años ha habido un descenso poco significativo. A nivel de municipios, resaltan en general Santa Rosa del Sur, Simití, Turbaco, San Jacinto y San Juan Nepomuceno.
- Aunque en las escalas del ICFES, estos resultados son aceptables ligeramente, podemos decir que son malos y que debe hacerse un esfuerzo por mejorarlos.

Con base en los promedios de áreas del año 2010, se obtuvo la siguiente tabla:



Tabla 60. Saber 11- Comparativo Departamento-Nación.

DPTO	PROM DPTO	PUESTO NACION	PUESTO COSTA
NACION	43,88	15	
Sucre	42,91	22	1
Atlántico	42,85	23	2
Cesar	42,82	24	3
San Andres	42,66	26	4
Córdoba	42,54	27	5
Bolívar	41,88	30	6
La guajira	41,49	32	7
Magdalena	41,24	33	8

Fuente: Bases de datos del ICFES.

Bolívar para este caso, se ubica de 6º. Entre 8 departamentos. Al efecto podemos considerar las mismas razones que antes para explicar este fenómeno.

Municipios y Bolívar (ICFES).

Bolívar tiene resultados que van de 42,19 a 45, un poco por debajo en cada caso de la Nación.

Comparados con el departamento, presentan resultados ligeramente mejores San Jacinto, San Juan, Simití, Santa Rosa del Sur y Turbana. Superiores los de Turbaco.

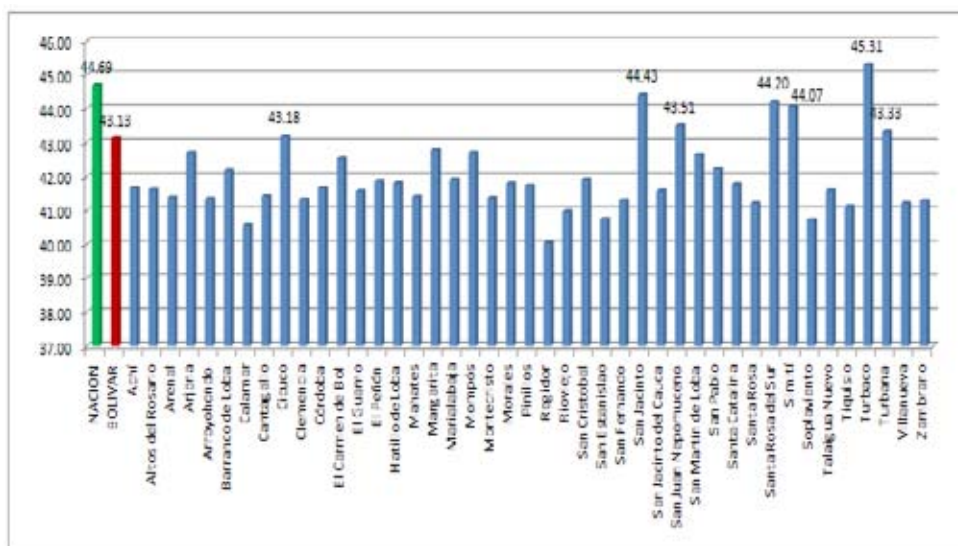
Municipios y la Nación (ICFES).

La Nación tiene resultados que van de 44,28 a 46,27. En este caso tenemos únicamente a Turbaco por encima de la Nación, el cual cuenta con tres resultados que están por encima de los 46 puntos.

Análisis con base en el promedio de los 5 años.

La gráfica que recoge los promedios simples de los 5 años, confirma lo dicho antes. Se anexa a continuación.

Grafica 74. Municipios-SABER 11-comparativo con base en promedio de los 5 años.



Fuente: Bases de datos del ICFES.





1.3.3.3. CATEGORÍA PROTECCIÓN.

En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

Adolescentes Acusados de Violar la Ley penal con su debido proceso.

1.3.3.3.1. Objetivo de política: Adolescentes Acusados de Violar la Ley Penal con su debido proceso.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 61. Adolescencia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Participando en Espacios Sociales.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Adolescentes Acusados de Violar la Ley penal con su debido proceso.	Adolescentes Infractores	Número de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley penal vinculados a procesos judiciales.
		Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la ley penal reincidentes.
	Adolescentes privados de la Libertad	Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años privados de libertad procesados conforme a la ley.

155

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Participando en Espacios Sociales. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Adolescentes Infractores.

- Número de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la Ley Penal vinculados a procesos judiciales.

La información se reporta a partir del 2009 fecha en la cual se implementó el SRPA en el Departamento de Bolívar, del 2009 al 2010 el incremento de adolescentes y jóvenes infractores de un año al siguiente fue del 60% para un total de (468) judicializados en el periodo por los delitos de hurtos, fabricación y porte de arma de fuego y municiones lesiones personales, daño en bien

ajeno y violación de habitación ajena, los 4 primeros tipos de delitos representan el 30% de los casos judicializados

El sentido pedagógico del modelo restaurativo que se aplica implica que cualquier contacto con los adolescentes tenga un objetivo hacia el cambio, de modo que su paso por el sistema de justicia y por el servicio de atención represente para él un aporte, constructivo y positivo a su vida. En este sentido, así sea corto el tiempo de permanencia, el equipo humano del programa tiene como reto generar la reflexión con los jóvenes acerca de su vida en general, pero en especial





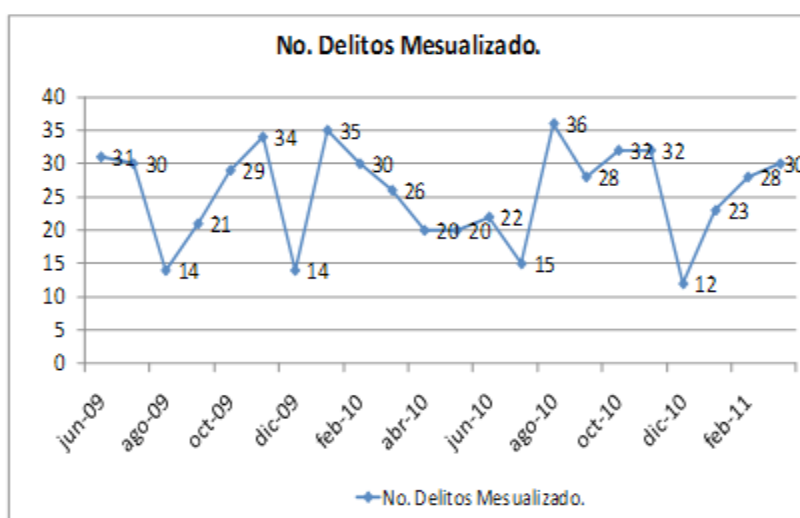
acerca de las normas sociales, los derechos y deberes de las personas y la importancia de asumir la responsabilidad por los actos y encontrar formas de relacionarse a través del respeto.

La institución ASOMENORES en representación del Estado, asume entonces la protección integral completa o parcial de los adolescentes vinculados al sistema de responsabilidad penal, desde el momento de su ingreso hasta cuando sea reintegrado por completo a su medio familiar o reciba cambio de medida que implique su traslado a otro servi-

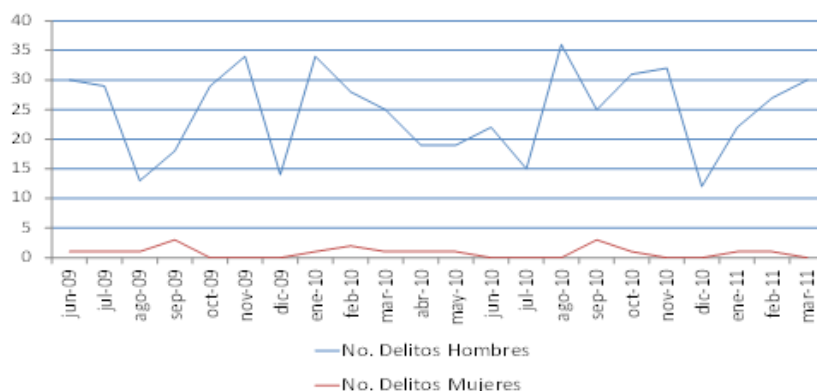
cio por orden del juez competente. La siguiente información es rescatada y recopilada de todos los jóvenes que han ingresado al Sistema en el Departamento de Bolívar desde el momento que se implemento (Junio 1 del 2009) con corte al primer trimestre del 2011, logrando visualizar las diferentes tipificaciones de los delitos en todos los circuitos judiciales y la cantidad del jóvenes del Distrito.

Los datos estadísticos relacionados a continuación muestran los tipos de delitos, sexo del que delinque, lugares de los hechos:

Grafica 75. Número de delitos sexuales.



Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2009-2011.



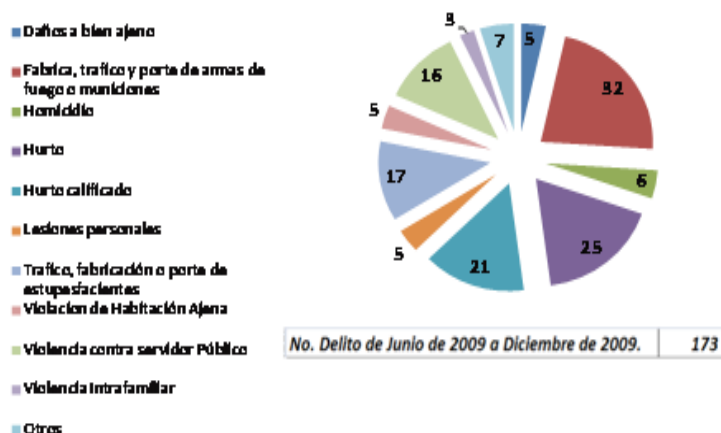
Año	No. Delitos Hombres	No. Delitos Mujeres	TOTAL
2009	167	6	173
2010	298	10	308
2011	79	2	81
TOTAL DELITOS			562

Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2009-2011.



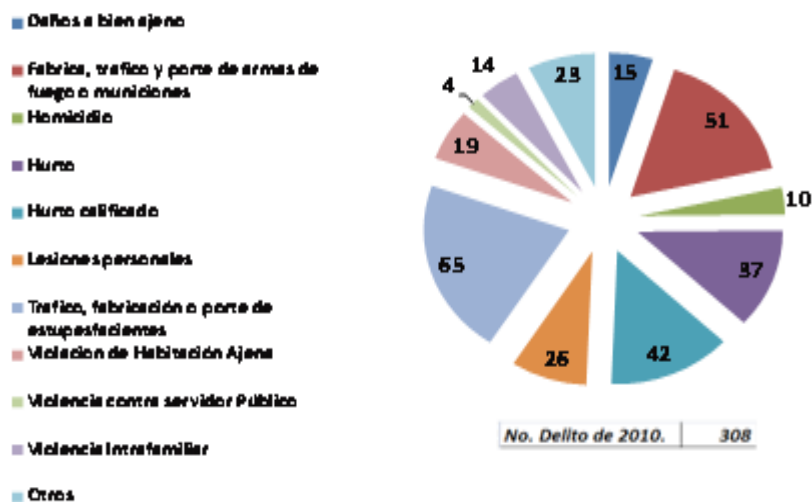


Grafica 77. Número de delitos por clasificación.



Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2009-2011.

Grafica 78. Número de delitos por tipificación 2010.



Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2009-2011.

- Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años infractores de la ley penal reincidentes.

El porcentaje de adolescentes reincidentes aumentó del año 2009 al año 2010, lo anterior teniendo en cuenta que el SRPA inició en el mes de junio del mismo año, lo cual no aporta datos estadísticos de gran parte del primer semestre del

año (2009) enero a mayo, de 176 casos de adolescentes infractores presentados reincidentieron 5 adolescentes, lo cual representa un porcentaje del 5%, en el año 2010 de 292 adolescentes infractores 63 reincidentieron para un porcentaje del 22%. La mayoría de las reincidencias ocurrieron en los casos de delitos graves (hurto, lesiones personales) y por porte y tráfico de armas, la ma-



yoría de los jóvenes reincidentes se encuentran en internamiento preventivo en Asomenores, buscando que a través de las actividades de la Institución con los adolescentes y sus familias incidir en la disminución de los índices de delitos cometidos por adolescentes y así mismo desestimulando la posibilidad de reincidir, brindando herramientas que les permita la construcción de proyectos de vida acorde a sus intereses, formación académica, actitudes y aptitudes.

Adolescentes Privados de la Libertad.

- Porcentaje de adolescentes entre 14 y 17 años privados de libertad procesados conforme a la ley.

Con respecto al número total de adolescentes privados de la libertad, se presenta un número menor de adolescentes procesados por que muchos procesos se archivan por conciliaciones o por la ilegalidad de la aprehensión, en estos casos se archivan el proceso, el adolescente queda sin investigación y allí termina el caso.

Sin embargo en este indicador se ha presentado un aumento en el porcentaje de adolescentes procesados del 2009 al 2010, ya que al iniciar la implementación del SRPA se presentó un total de 176 infractores de los cuales se procesaron 84 para un porcentaje de 47.7% en 2009 y en el año 2010 se recibieron 292 adolescentes infractores y se procesaron 166 los cuales constituyen el 56.8% de los casos, lo anterior debido a que se han nombrado más Fiscales, los cuales impulsan los procesos, aumentando el número de los mismos, siendo procesados conforme a la ley, por lo Jueces Penales del Circuito para adolescentes, con funciones de conocimiento.

Centros zonales y su área de influencia:

- Centro zonal histórico y del Caribe norte: localidad 1 y corregimientos de la bahía
- Centro zonal de la virgen y turística: localidad 2 y municipios de clemencia y santa catalina
- Centro zonal industrial y de la bahía: localidad 3 y municipios de villanueva, santa rosa de lima, san estanislao de kotska, soplaviento, san cristobal.
- Centro zonal turbaco: municipios de, arjona, arroyo hondo, calamar, mahates, maria la baja, turbaco y turbana.
- Centro zonal el carmen de bolívar: municipios de cordoba, el carmen de bolívar, el guamo, san jacinto, san juan nepomuceno, zambraño.
- Centro zonal magangue: municipios de achi, magangue, montecristo, pinillos, puerto rico-tiquisio, san jacinto del cauca.
- Centro zonal mompox: municipios de altos del rosario, barranco de loba, cicuco, el peñon, hatillo de loba, margarita, mompox, san fernando, san martin de loba, talaigua nuevo.
- Centro zonal simiti: municipios de arenal, cantagallo, morales, norosi, regidor, rio viejo, san pablo, santa rosa del sur, simiti.

Mediante los Centros Zonales se atienden los Municipios del área de influencia de cada uno de ellos.







Dando Cumplimiento a la meta del programa “Participación y Asociación Ciudadana”, de nuestro Plan de Desarrollo “**Unidos Por la Prosperidad de Bolívar**”, la Oficina de Juventudes Adscrita a la Unidad de Gestión Social de la Gobernación de Bolívar, presenta el documento “Análisis de la situación de la población joven de Bolívar. Dicho documento, es el resultado de un arduo trabajo de consolidación de información de tipo cualitativo y cuantitativo, con fuentes de información secundaria a nivel municipal y departamental, construido mediante el uso de indicadores de estándar internacional y nacional, los cuales ofrecieron un acercamiento a la situación de la Situación Poblacional de los Jóvenes del departamento y cuya finalidad, es ser insumo fundamental para la formulación de la Política Pública de Juventud para nuestro Departamento.

De acuerdo con lo anterior, productos como el análisis de la oferta institucional y el estado del arte, que se han articulado a este documento, orientarán la toma de decisiones en los programas y proyectos que se adelantan y se adelantarán en el territorio departamental, referentes al desarrollo integral de los y las jóvenes y su derecho a la participación en el ámbito económico, social, político, cultural y ambiental.

Finalmente, sólo me resta anotar que continuaremos aunando esfuerzos para que los lineamientos y recomendaciones del presente documento, se materialicen en acciones y estrategias concretas a favor del bienestar y la calidad de vida de la juventud bolivarense, con lo cual buscaremos el empoderamiento e inclusión de este grupo poblacional en los procesos que incidan en su formación, de tal manera que participen y se posesionen como protagonistas, reconociéndolos como un gran potencial de desarrollo para el departamento y participantes indispensables en el proceso de formulación de la política pública departamental de juventud por la cual seguiremos trabajando.

1.3.4.1. Población Juvenil en el Departamento de Bolívar.

La población Juvenil en el departamento de Bolívar representa aproximadamente el 25% del

total de la población bolivarense, son los jóvenes quienes ejercen el motor de desarrollo de nuestra región. En este Periodo atípico en Cabeza del Doctor Bernal Jiménez, se crea la OFICINA DE JUVENTUDES adscrita a la Unidad de Gestión Social, desde el 28 de Febrero, esta Oficina se ha encargado de realizar acciones que permitan dar cumplimiento a la **LEY 375 DE 1997** y de estructurar una **POLÍTICA PÚBLICA DEPARTAMENTAL PARA LA JUVENTUD** que busque solventar las necesidades que tienen las y los jóvenes del departamento, para esto ha sido necesario articular con las demás Secretarías que atienden de una u otra forma a esta población juvenil establecida por ley de 14 a 26 años.

Como es evidente se hace referencia a dos ciclos vitales que son: jóvenes adolescentes y jóvenes mayores de edad. Son muchas las diferencias en cuanto a estos ciclos vitales debido al restablecimiento de los Derechos a los que tienen derecho nuestros jóvenes adolescentes. Una vez estos cumplen la mayoría de edad son pocas las oportunidades que existen por la falta de obligatoriedad dentro de la Ley que los cubra, es por esto que las autoridades y diferentes entes u organismos que de una u otra forma trabajamos por esta población vemos necesario que en los Departamentos y territorios existan unas Políticas Públicas claras que den cuenta de la verdadera situación que viven las y los jóvenes y sus necesidades.

En estos Cortos 6 Meses que lleva la Oficina de Juventud operando se han evidenciado varias estrategias y acciones que dan cuenta del plan de Desarrollo Departamental de esta Administración. Cabe Anotar, que en este Corto tiempo se ha logrado avanzar e impulsar el tema de Juventud en las Agendas de Diferentes Alcaldes Municipales y entidades Privadas del Departamento de Bolívar.

En estos 6 meses que lleva la Oficina articulando acciones con las Alcaldías Municipales y demás Entidades que han querido acompañar este Proceso se definió una Ruta de la cual se han podido evidenciar grandes logros como fue la elección de varios **Consejos Municipales de Juventud**, es el caso de los Municipios de Sopla-viento, Santa Rosa del Sur, María la Baja. Logrando así un hecho que le permitirá beneficiar a las





y los jóvenes de estos Municipios y aportar a los demás territorios tomar en cuenta las lecciones aprendidas en este proceso de participación.

El objetivo general del piloto en Política Pública de Juventud es trazar y/o adoptar y validar con implementación de nivel departamental y municipal, orientaciones y acciones de política, fundamentadas en el enfoque de derechos y con perspectiva diferencial, dirigidas al desarrollo de las capacidades de las y los jóvenes Bolivarenses y al fomento de factores protectores que conjuntamente actúan para reducir riesgos y vulnerabilidades en contextos afectados por el conflicto armado, al tiempo en que se articula y dinamiza en dicha misión la cooperación entre las entidades del estado, la sociedad civil y el sector privado.

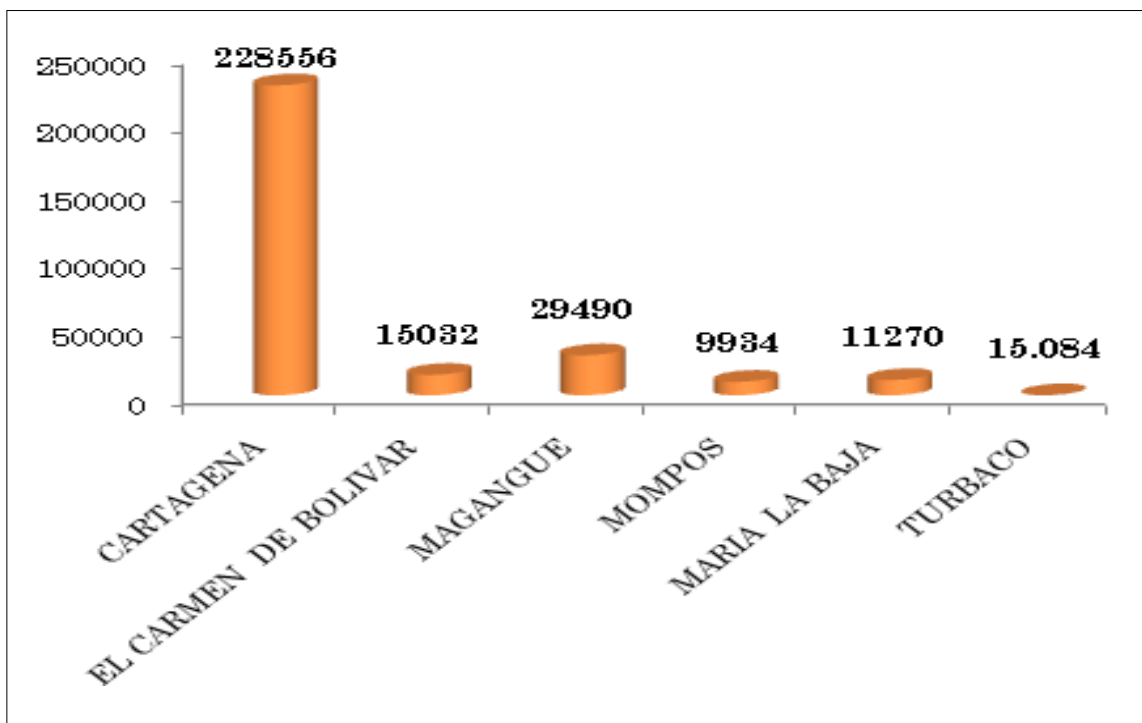
La Política Publica Departamental de Juventud, con referencia en un mínimo vital juvenil, pretende crear condiciones y brindar oportunidades que les aseguren a las y los jóvenes Bolivarenses que son importantes para la sociedad y que el Estado Social de derechos está comprometido con su bienestar y felicidad.

1.3.4.1.1. Los jóvenes bolivarenses en la estructura demográfica del país y del departamento.

La población joven en Colombia ha tenido un peso importante en la estructura demográfica, con un promedio cercano al **30.6%** del total entre 1950 y 2010, siendo 1980 el año donde hubo mayor cantidad de jóvenes en la estructura poblacional del país, con un 35% de personas con edades entre 14 y 26 años. A partir de entonces se inicia una tendencia descendente en esta población, que pierde aproximadamente 2.5 puntos porcentuales por década. Aun así, el tamaño absoluto de jóvenes seguirá aumentando hasta 2016, año en que alcanzará su valor máximo antes de empezar a disminuir.

En cuanto a la dinámica de la estructura demográfica por edades, en el Departamento de Bolívar, los Jóvenes tienen el **24%** del Total de la Población por edades. La evolución de la población joven sigue la tendencia nacional de envejecimiento aunque en una forma más acelerada: hacia 2014.

Grafica 79. Municipios con mayor población joven en el departamento de bolívar.

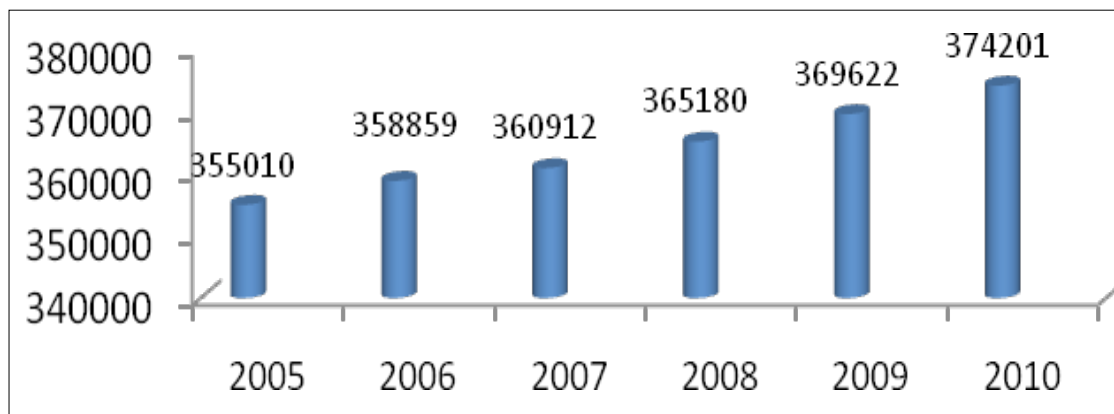


Fuente: DANE.



En el Departamento de Bolívar, estos Son los Municipios Con Mayor Población Juvenil y en Pro-medio todos representan el 24% de la Población Total de ese Municipio, Solo 6 Municipios Superan la Población de 9.000 Jóvenes, Cabe anotar que Cartagena por ser la Capital recoge el Mayor Nume-ro de Población de todo el Departamento.

Grafica 80. Proyección poblacional de los jóvenes en bolívar.



Fuente: DANE.

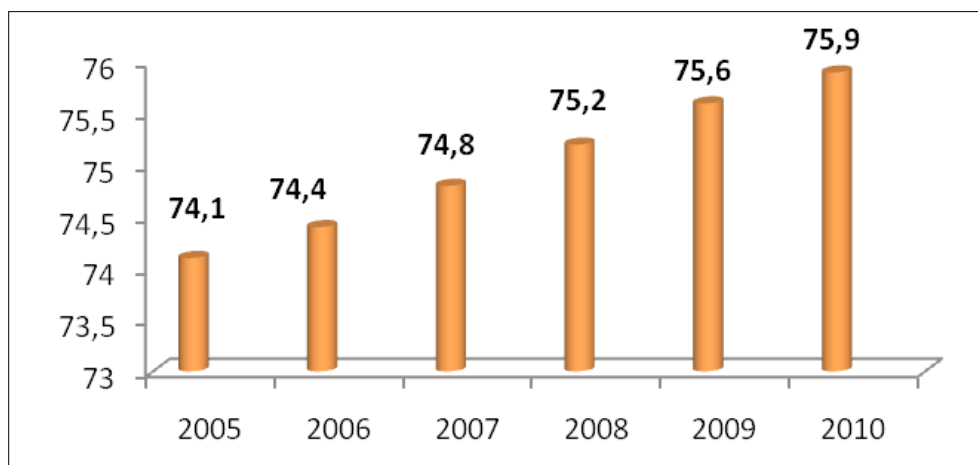
Tabla 62. Proyección poblacional de los jóvenes en bolívar.

PERIODO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
14 – 26	355010	358859	360912	365180	369622	374201

Fuente: DANE.

1.3.4.1.2. Población Joven Económicamente Activa.

Grafica 81. Tasa de PEA. Bolívar (Población Económicamente Activa).



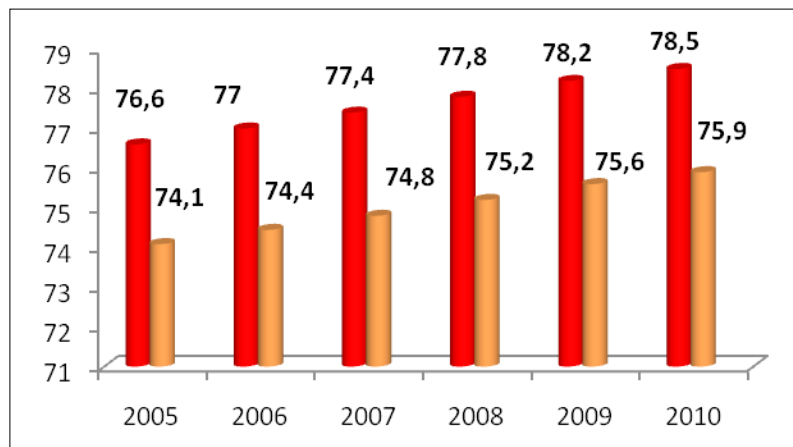
Fuente: DANE.





El departamento de Bolívar, tiene una PEA, en concordancia con la Tendencia Nacional, para el Año 2010, en Bolívar la PEA **75.9%** y a nivel Nacional fue de **78.5%**.

Grafica 82. Tasa de PEA. Bolívar Vs. Nacional (Población Económicamente Activa).



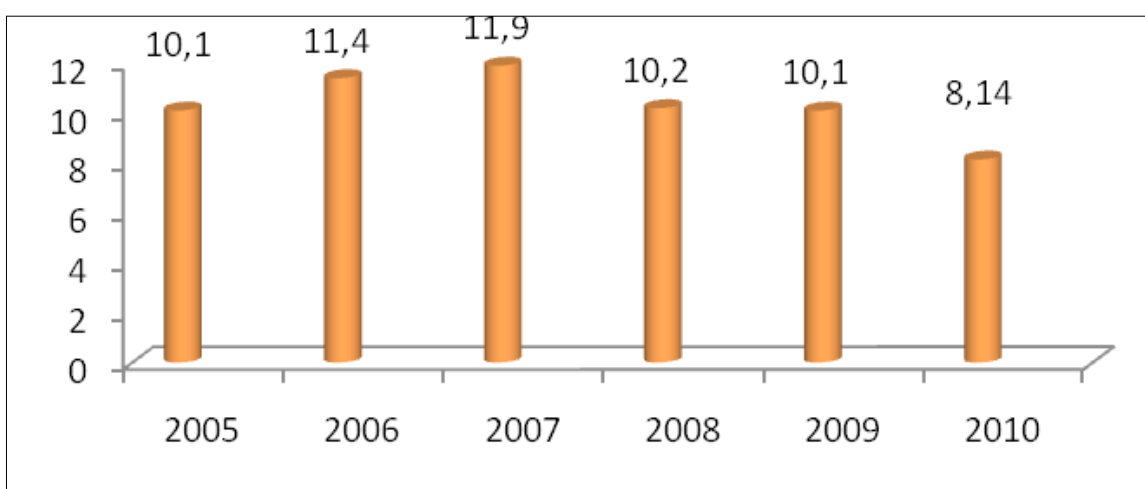
Fuente: DANE.

1.3.4.1.3. Desempleo y Subempleo en jóvenes en el departamento de bolívar.

La Tasa de desempleo en el Departamento de Bolívar, en los Últimos Años ha Disminuido, pasamos del **10.1%** al **8.14%** en el 2010, pero a eso Miremos que la Tasa de Subempleo en el 2005 era del **25.6%** y en el 2010 aumento al **26.3%** teniendo como resultado realmente una Tasa de Desempleo aproximadamente para el año 2010 del **34.2%**.

163

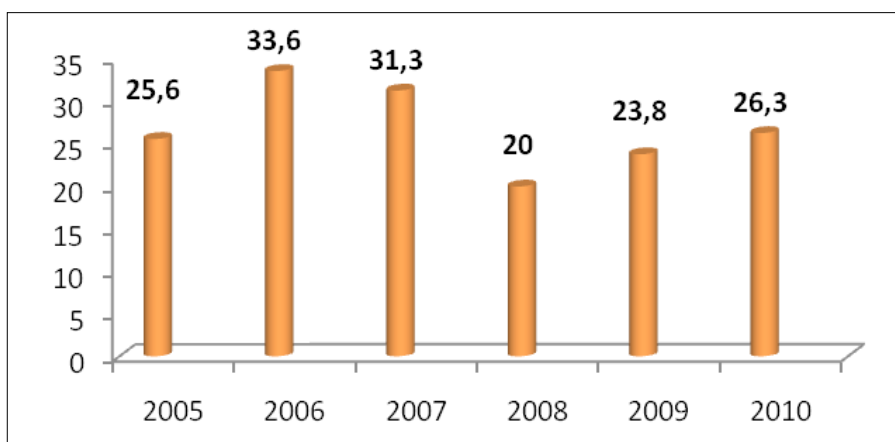
Grafica 83. Tasa de Desempleo Bolívar.



Fuente: DANE.



Grafica 84. Tasa de Subempleo Bolívar.



Fuente: DANE

1.3.4.2. CATEGORÍA EXISTENCIA.

En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

Todos Vivos.

1.3.4.2.1. Objetivo de política: Todos Vivos.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 63. Juventud. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Vivos.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Todos Vivos	Mortalidad en la Juventud	Tasa de mortalidad en jóvenes

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Vivos. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Mortalidad en la Juventud.

- Tasa de mortalidad en jóvenes.

La tasa de mortalidad se define como el cociente entre el número de defunciones ocurridas en un determinado período y la población medida en ese mismo momento. En el Departamento de

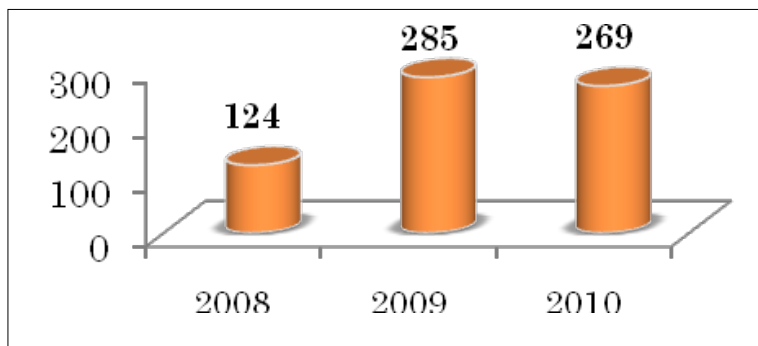




Bolívar, en los Últimos 3 Años ha Ocurrido un Aumento de la Tasa de Mortalidad.

De **124** Muertes de Jóvenes que Ocurrieron en el Año de 2008, se presento un Aumento del **130%** para el Año 2009, para el Año 2010, disminuyo la tasa en un **5.6%**.

Grafica 85. Mortalidad en jóvenes en el departamento de bolívar.



Fuente: DANE.

1.3.4.3. CATEGORÍA DESARROLLO.

En esta categoría se analizaran los siguientes objetivos de políticas:

Todos Con Educación.

1.3.4.3.1. Objetivo de política: Todos con Educación.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 64. Juventud. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Con Educación.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Todos Con Educación	Educación Superior	Jóvenes con educación superior

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Con Educación. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Educación Superior.

Para el año 2010, la población en edad escolar de Bolívar (número de personas entre 12 y 24 años), es de 470360 personas, de las cuales el 48.05% son mujeres.



Tabla 65. Población en educación superior.

GRUPO DE EDAD	TOTAL DE LA POBLACION	# JOVENES	%
18 – 26 Años	1,836,640	233,069	12.6

Fuente: DANE.

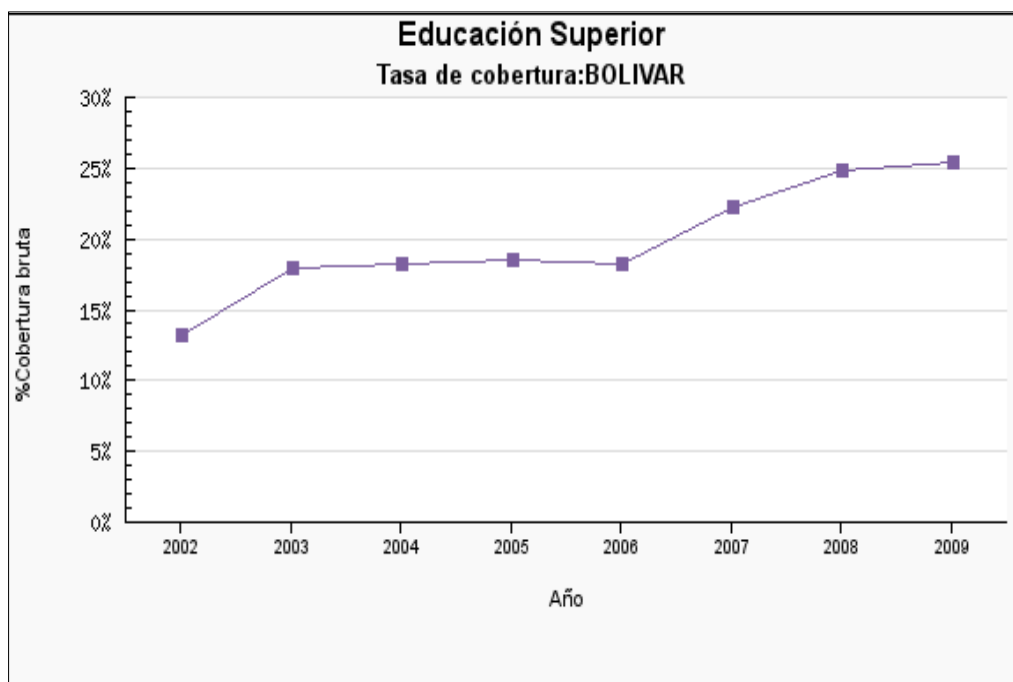
Tabla 66. Cobertura bruta en educación Superior.

Año	Cobertura bruta
2005	18,5%
2006	18,3%
2007	22,2%
2008	24,9%
2009	25,4%

Fuente: MEN-SNIES

166

Grafica 86. Tasa de cobertura educación superior.



Fuente: MEN-SNIES.





Tabla 67. Matricula total educación superior.

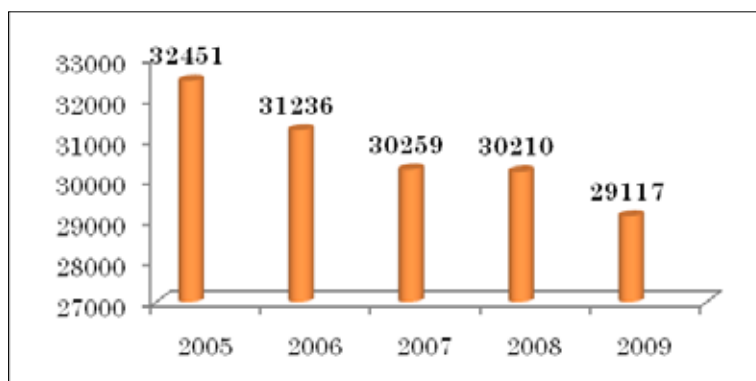
Matrícula total	
2005	32.451
2006	31.236
2007	30.259
2008	30.210
2009	29.117

Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Superior

*Dato preliminar sujeto a modificación.

En los últimos Años en el Departamento de Bolívar, la Cobertura en Educación Superior ha disminuido, afectando de manera directa a los Jóvenes Bolivarenses, En contravención de lo que pasa, a nivel nacional donde la Matrícula Total de la Educación Superior va en Aumento.

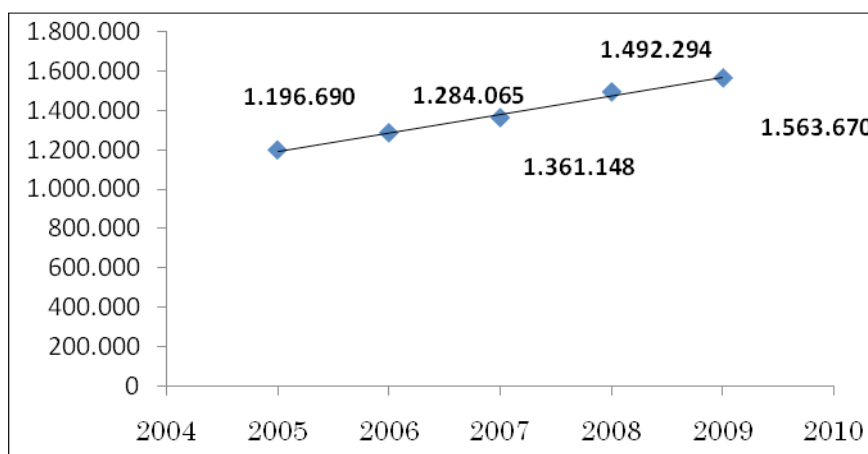
Grafica 87. Matricula total bolívar educación superior.



Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Superior

*Dato preliminar sujeto a modificación.

Grafica 88. Matricula total nacional educación superior.



Fuente: MEN-Sistema Nacional de Información de Educación Superior.

*Dato preliminar sujeto a modificación.

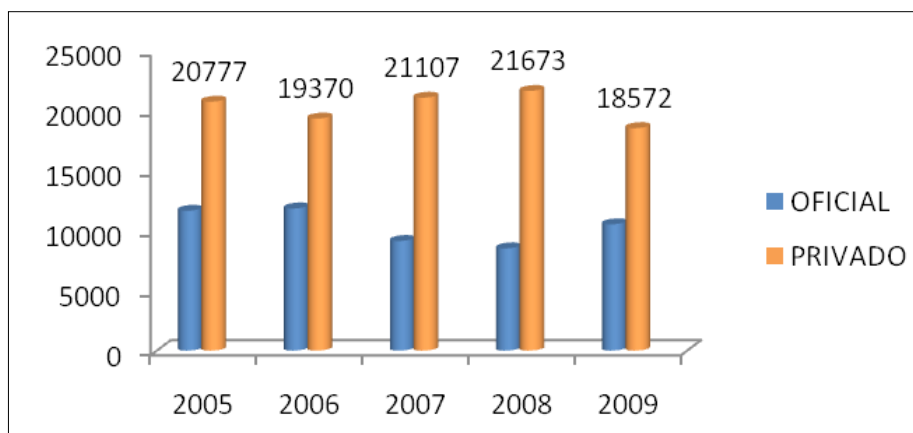


Tabla 68. Matrícula por sector en Bolívar Educación Superior.

Año	Oficial	Privado	Tota	Oficial (%)	Privada (%)
2005	11.674	20.777	32.451	35,97%	64,03%
2006	11.866	19.370	31.236	37,99%	62,01%
2007	9.152	21.107	30.259	30,25%	69,75%
2008	8.537	21.673	30.210	28,26%	71,74%
2009	10.545	18.572	29.117	36,22%	63,78%

Fuente: MEN-SNIES.

Grafica 89. Matrícula por sector en Bolívar Educación Superior.



Fuente: MEN-SNIES.

La situación en la Educación Superior de los Jóvenes en el Departamento de Bolívar es Algo Crítico al Hecho de que en los Últimos Años la Cobertura en Educación Superior ha Disminuido, encontramos que el Mayor número de Matrículas de la Educación Superior Se encuentra en el Sector Privado, el **64.03%** y el Sector solo el **35.97%** y como dato Adicional del total de la Población Joven del Departamento en el Año 2009, Solo el **25.4%** de la Población, Ingreso a la Educación Superior es decir de Cada 100 Jóvenes del Departamento de Bolívar, solo 25 Jóvenes Ingresan a la Educación Superior.

Tabla 69. Graduados por núcleos básico de conocimiento en bolívar educación superior.

	2002	2006	2009	Total
Año	Total	Total	Total	Total
Administración	1.076	985	808	2.869
Arquitectura	119	53	79	251
Bacteriología	152	12	142	306
Comunicación Social, Periodismo y Afines	15	47	93	155
Contaduría Pública	434	2.590	402	3.426
Derecho y Afines	252	95	369	716
Economía	59	71	90	220

Fuente: MEN-SNIES





1.3.4.4. CATEGORÍA CIUDADANÍA.

En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

Todos Participando en Espacios Sociales.

1.3.4.4.1. Objetivo de política: Todos Participando en Espacios Sociales.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 70. Juventud. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Participando en Espacios Sociales.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Todos Participando en Espacios Sociales	Consejos de Juventud	Porcentajes de Consejos de Juventud Municipales conformados

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Participando en espacios Sociales. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Consejos de Juventud.

En los Primeros Meses de Gestión de la Oficina de Juventudes, se realizaron Visitas a Distintos Municipios como, Turbaco, Villanueva, San Estanislao de Kostla, Santa Rosa, María la Baja, entre otros Municipios en los Cuales en reunión con sus Alcaldes se le planteó la Necesidad de Cumplir con la Ley 375 de 1997, el resultado de esa Visita fue que los Municipios de Soplaviento, Santa Rosa del Sur, María la Baja, Comenzaron el Proceso de elección de CMJs.

Ilustración 9. Tarjetón elección consejos municipales.



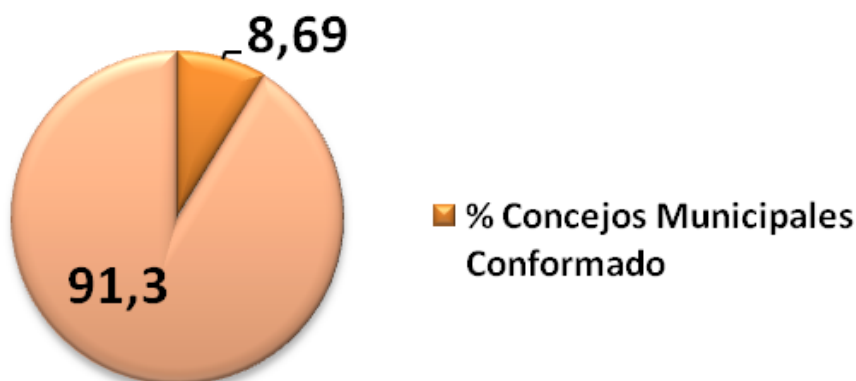
Se plantea desde la Oficina de Juventudes de la Gobernación de Bolívar que para el Mes de Noviembre Junto con el Programa Presidencial Colombia Joven, se Convoque a la Elección Conjunta de los 45 Municipios del Departamento de Bolívar.



- Porcentaje de Consejos de Juventud Municipales conformados.

El porcentaje de Concejos Municipales de Juventud Conformados es de **8.69%** cabe tener en cuenta que el Proceso de Elección solo Lleva 6 Meses y el Departamento de Bolívar fue el Más Golpeado por la Ola Invernal del año pasado

Grafica 90. Proporción de Concejos Municipales de Juventudes del Departamento de Bolívar.



Fuente: Elaboración propia.

170

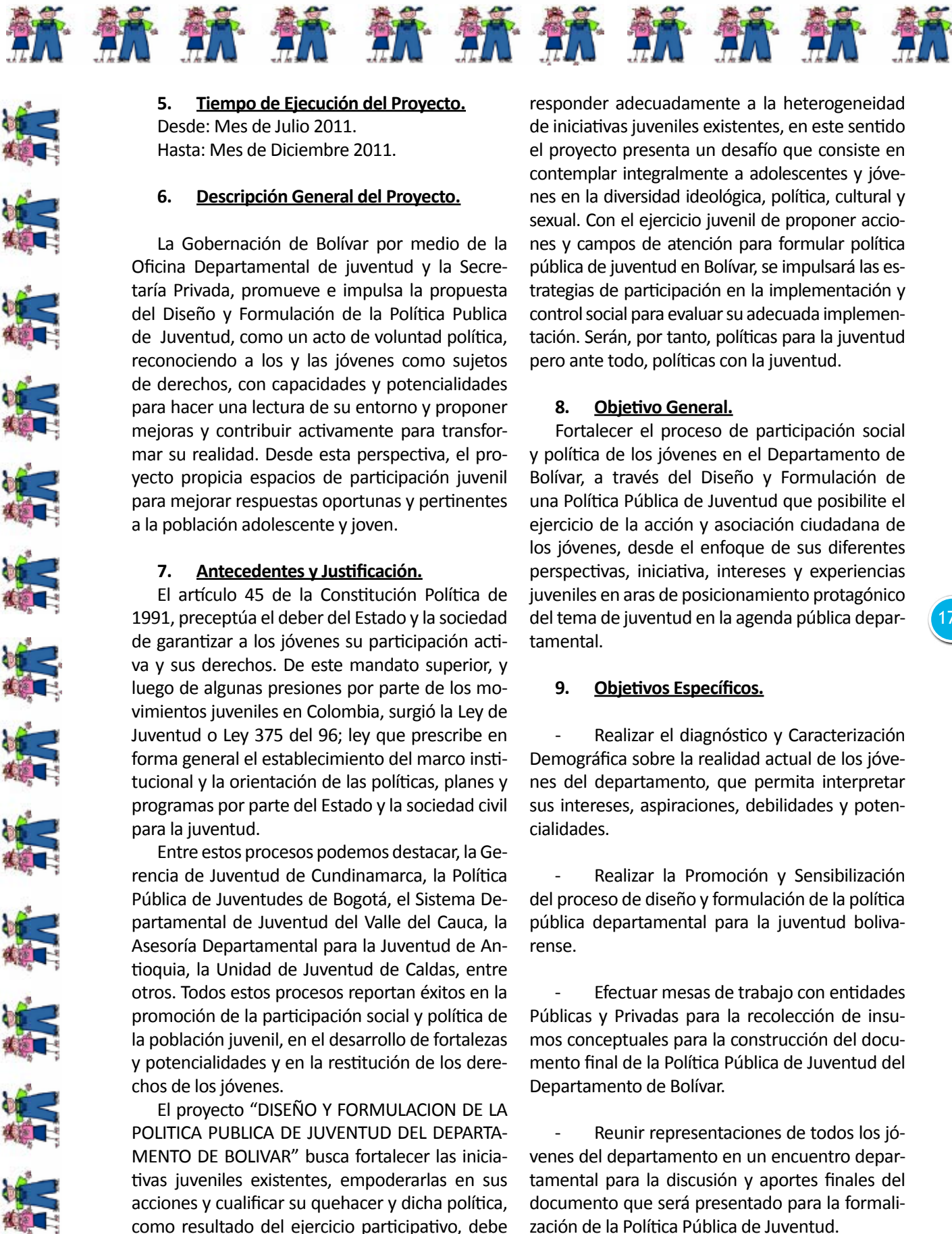
1.3.4.5. Experiencia exitosa en el diseño y formulación de la Política Pública de Juventud del Departamento de Bolívar.

1. **Nombre del Proyecto:** Diseño y Formulación de la Política Publica de Juventud en el Departamento de Bolívar.
2. **Lugar Donde Ejerce Influencia:** Departamento de Bolívar.
3. **Información de Contacto:** Luis Miguel Villarreal Aguilar, Celular: 3004129710, Correo Electrónico: oficinadejuventudes@gmail.com
4. **Nombre del Director del Proyecto:** Gobernación de Bolívar.

Organizaciones Participantes del Proyecto:

NOMBRE	TIPO	ROL EN EL PROYECTO
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA	PUBLICA	EJECUTOR
OFICINA DE JUVENTUDES	PUBLICA	INTERVENTORA - ASESORA
SECRETARIA PRIVADA	PUBLICA	INTERVENTORA





5. Tiempo de Ejecución del Proyecto.

Desde: Mes de Julio 2011.

Hasta: Mes de Diciembre 2011.

6. Descripción General del Proyecto.

La Gobernación de Bolívar por medio de la Oficina Departamental de juventud y la Secretaría Privada, promueve e impulsa la propuesta del Diseño y Formulación de la Política Pública de Juventud, como un acto de voluntad política, reconociendo a los y las jóvenes como sujetos de derechos, con capacidades y potencialidades para hacer una lectura de su entorno y proponer mejoras y contribuir activamente para transformar su realidad. Desde esta perspectiva, el proyecto propicia espacios de participación juvenil para mejorar respuestas oportunas y pertinentes a la población adolescente y joven.

7. Antecedentes y Justificación.

El artículo 45 de la Constitución Política de 1991, preceptúa el deber del Estado y la sociedad de garantizar a los jóvenes su participación activa y sus derechos. De este mandato superior, y luego de algunas presiones por parte de los movimientos juveniles en Colombia, surgió la Ley de Juventud o Ley 375 del 96; ley que prescribe en forma general el establecimiento del marco institucional y la orientación de las políticas, planes y programas por parte del Estado y la sociedad civil para la juventud.

Entre estos procesos podemos destacar, la Gerencia de Juventud de Cundinamarca, la Política Pública de Juventudes de Bogotá, el Sistema Departamental de Juventud del Valle del Cauca, la Asesoría Departamental para la Juventud de Antioquia, la Unidad de Juventud de Caldas, entre otros. Todos estos procesos reportan éxitos en la promoción de la participación social y política de la población juvenil, en el desarrollo de fortalezas y potencialidades y en la restitución de los derechos de los jóvenes.

El proyecto “DISEÑO Y FORMULACION DE LA POLITICA PUBLICA DE JUVENTUD DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR” busca fortalecer las iniciativas juveniles existentes, empoderarlas en sus acciones y cualificar su quehacer y dicha política, como resultado del ejercicio participativo, debe

responder adecuadamente a la heterogeneidad de iniciativas juveniles existentes, en este sentido el proyecto presenta un desafío que consiste en contemplar integralmente a adolescentes y jóvenes en la diversidad ideológica, política, cultural y sexual. Con el ejercicio juvenil de proponer acciones y campos de atención para formular política pública de juventud en Bolívar, se impulsará las estrategias de participación en la implementación y control social para evaluar su adecuada implementación. Serán, por tanto, políticas para la juventud pero ante todo, políticas con la juventud.

8. Objetivo General.

Fortalecer el proceso de participación social y política de los jóvenes en el Departamento de Bolívar, a través del Diseño y Formulación de una Política Pública de Juventud que posibilite el ejercicio de la acción y asociación ciudadana de los jóvenes, desde el enfoque de sus diferentes perspectivas, iniciativa, intereses y experiencias juveniles en aras de posicionamiento protagónico del tema de juventud en la agenda pública departamental.

9. Objetivos Específicos.

- Realizar el diagnóstico y Caracterización Demográfica sobre la realidad actual de los jóvenes del departamento, que permita interpretar sus intereses, aspiraciones, debilidades y potencialidades.
- Realizar la Promoción y Sensibilización del proceso de diseño y formulación de la política pública departamental para la juventud bolivarense.
- Efectuar mesas de trabajo con entidades Públicas y Privadas para la recolección de insumos conceptuales para la construcción del documento final de la Política Pública de Juventud del Departamento de Bolívar.
- Reunir representaciones de todos los jóvenes del departamento en un encuentro departamental para la discusión y aportes finales del documento que será presentado para la formalización de la Política Pública de Juventud.



10. Metas Planteadas.

- 1- Diseñar Y Formular la Política Publica de Juventud del Departamento de Bolívar.
- 2- Realizar 6 foros zodales en todo el Departamento de Bolívar, Con la Participación de más de 4000 Jóvenes en Ellos.
- 3- Realizar el Primer Encuentro Departamental de la Cultura Joven Bolivareense.

11. Metodología Utilizada.

El diseño y Formulación de la Política Publica de Juventud en el Departamento de Bolívar, será un Proceso Metodológico, dinámico e Incluyente, que pretende recoger el Sentir de los Jóvenes del Departamento de Bolívar sobre su realidad y las Herramientas que Necesitan para Generar su Desarrollo y Cumplimiento de sus Derechos.

Caracterización Demográfica de los Jóvenes del Departamento de Bolívar.

- Foros ZODALES, con la Participación de Jóvenes de todo el Departamento de Bolívar, para conocer de Cerca la Percepción de los Jóvenes Bolivarenses su Problemática y Posible solución.
- Mesas de Trabajo Con Entidades Públicas y Privadas, para Generar Aportes y Alianzas para el Diseño Final del Documento de la Política Publica de Juventud.
- Presentación del Documento Final, mediante Proyecto de Ordenanza a la Asamblea Departamental.

12. Experiencias Significativas.

Programa Juventud Elite.

Programa Creado Mediante Alianza entre la Gobernación de Bolívar, Cruz Roja, Defensa Civil, Bomberos, Defensoría del Pueblo, Personería Distrital, para Formar Jóvenes Integralmente para el Manejo de Problemas Ambientales y Juveniles.

Quiénes Somos.

Grupo de Jóvenes Voluntarios “Juventud Elite”. Son un grupo de Jóvenes Voluntarios Formados Integralmente en el manejo de riesgo, prevención de desastres, Manejo de Crisis, Primeros Auxilios, Prevención de la Violencia, Gestión del Riesgo, generadores de soluciones en sus municipios y comunidades.

Misión.

Tenemos como misión: “ Propiciar la Formación y Motivación integral de las y los jóvenes Bolivarenses entre 14 y 26 años en el marco de una coordinación efectiva para la ejecución de Políticas de Prevención a problemas que afectan directamente a sus comunidades.

Visión.

Para el 2014, consolidar el, **GRUPO DE JOVENES VOLUNTARIOS “JUVENTUD ELITE”**. Como la red más grande de Jóvenes Voluntarios en el Departamento de Bolívar, y el referente a nivel Nacional.

Objetivo general.

Formar y Promover una Cultura de prevención en las Comunidades del Departamento de Bolívar, Coordinando con las OG’s y ONG’s a fin de garantizar la ejecución de programas, planes y proyectos que consecuentemente nos lleven a Concientizar a la Población del Departamento, de la importancia de prevenir ante cualquier amenaza sea de tipo Social o Ambiental.

Grupo de jóvenes voluntarios “Juventud Elite”. Son un grupo de Jóvenes Voluntarios Formados Integralmente en el manejo de riesgo, prevención de desastres, Manejo de Crisis, Primeros Auxilios, Prevención de la Violencia, Gestión del Riesgo, generadores de soluciones en sus municipios y comunidades.

Entidades que Realizaron Convenio Con la Oficina de Juventudes Para el Proceso de Formación: Lanzamiento se realizo el 27 de Agosto del 2011.





80 Jóvenes Formados del Departamento de Bolívar, en un Proceso de 3 Meses, que Culminara en el Congreso Mundial de Voluntarios a Realizar en la Ciudad de Barranquilla.

1.3.4.6. Jóvenes como Titulares de Derecho en la Legislación Internacional y Nacional.

La adopción de un enfoque de derechos humanos en el ámbito de las políticas poblacionales implica que las instituciones y decisiones políticas que tienen por finalidad promover el bienestar de un colectivo específico se fundan en normas establecidas por el derecho internacional y voluntariamente refrendadas por los Estados partes como un marco imperativo. La finalidad de su aplicación es analizar las desigualdades, corregir las prácticas discriminatorias y redistribuir el poder para garantizar que los derechos humanos del país signatario cumplan con los principios de universalidad, responsabilidad, indivisibilidad y participación.

Siendo por principio universales, los derechos humanos han sido objeto de especial protección jurídica en aquellos colectivos cuyo status y necesidades particulares demandan una atención más específica, como es el caso de trabajadores/as, mujeres, niños/as y pueblos indígenas.

Un hito internacional importante para el logro de los derechos económicos y sociales en el mundo, ha sido la Declaración del Milenio de las Naciones

Unidas, que puso al centro y en un mismo nivel sitúa explícitamente los compromisos en materia de derechos humanos y los objetivos de desarrollo como prioridades, concertando ocho objetivos cuantificados y con plazos precisos, los Objetivos para garantizar la atención médica y el cuidado durante el embarazo, el parto y el postparto (art.12); la atención especial a los derechos de la mujer rural (art. 14); la igualdad jurídica con el hombre en material civil y vida matrimonial, entre otros. de Desarrollo del Milenio (ODM), sustentados por tratados internacionales como parte de un marco integrado de obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, haciendo referencia explícita a la juventud en la meta 16, empleo juvenil digno y productivo.

Por otra parte, en 2008 entró en vigor el único tratado internacional del mundo que reconoce a la juventud como sujeto específico de derecho, la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, al ser ratificada por cinco países (Ecuador, República Dominicana, Honduras, España y Costa Rica).

Promovida por la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), consta de 44 artículos que establecen una serie de derechos Civiles y Políticos (Derecho a la Vida, a la Objeción de Conciencia, a la Justicia, Libertad de Pensamiento y Religión, Libertad de Expresión, Reunión y Asociación, entre otros); y Económicos, Sociales y Culturales (Derecho a la Educación, a la Educación Sexual, a la Cultura y el Arte, al Trabajo, a la Vivienda, entre otros).



1.3.5. CICLOS DE VIDA DE 0 A 17 AÑOS.



1.3.5.1. CATEGORÍA EXISTENCIA.





En esta categoría se analizarán los siguientes
Objetivos de Política:

Todos Vivos.
Ninguno Desnutrido.
Todos Saludables.

Ninguno Sin Familia.

1.3.5.1.1. **Objetivo de política: Todos Vivos.**
El monitoreo del objetivo de política se da a
partir de los temas e indicadores que se presen-
tan a continuación:

Tabla 71. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Vivos.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Todos Vivos	Mortalidad por Causas Extremas	Tasa de mortalidad de 0 a 17 años por causas extremas (homicidio, suicidio, accidentes, violencia intrafamiliar).

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Vivos. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Mortalidad por Causas Extremas.

- Tasa de mortalidad de 0 a 17 años por causas externas (homicidio, suicidio, accidentes, violencia intrafamiliar).

El análisis de la mortalidad por causas externas (HOMICIDIO, SUICIDIO, ACCIDENTES Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR) en la población de 0 a 17 años se realizó teniendo en cuenta el censo DANE 2005

a 2009 y Medicina Legal, que señala el siguiente comportamiento:

Se observa que el comportamiento de la tasa tiende a disminuir cada año, debido al total de muertes por causas externas y la disminución de la población de 0 a 17 años de edad; debido a la implementación de programas y estrategias encaminadas a la prevención de los eventos de interés en salud mental y violencias en los diferentes municipios del Departamento de Bolívar. Ver Tabla

175

Tabla 72. Mortalidad de 0-17 años por causas externas (homicidio, suicidio, accidentes y violencia intrafamiliar.

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009
Total de caso de muertes por causas externas.	61	55	44	47	38
Total de población de 0 a 17 años	663.526	632.606	630.952	628.738	624.346
Tasa	9,6	8,7	7	7,4	6

Fuente: DANE 2005-2009.



Tabla 73. Comportamiento de las principales causas externa de muerte de 0 a 17 años en el Departamento de Bolívar 2005-2009.

Tipo de hecho	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Accidente de transporte terrestre	6	14	6	7	6	39
Agresiones (Homicidio)	7	3	5	4	4	23
Intento de suicidio	1	1	1	3	1	7
Total	14	18	12	14	11	69

Fuente: DANE 2005-2009.

Revisando la información presentada anteriormente, se puede anotar que del total de algunas de las causas de mayor importancia por muertes externas en la población de 0 a 17 años en el periodo de 2005 – 2009 (39) casos corresponden a accidentes de transportes terrestres, (23) casos se presentaron por homicidios, (7) casos por intento de suicidio. Comparando la información durante los años 2005 a 2009 se puede observar que la tendencia de la mortalidad por causas externas va hacia el descenso, en lo cual se puede evidenciar el desarrollo e implementación de estrategias consistentes en la realización de acciones colectivas e individuales con la población infantil y adolescente; las cuales van direccionadas a la prevención de eventos de interés en Salud Mental y la promoción de estilos de vida saludables. Estrategias como la implementación de Servicios amigables en Salud para adolescentes y jóvenes, estrategias IEC para la prevención de la violencia y conflictos, la conformación y operativización de redes comunitarias, el diseño de planes operati-

vos anuales para la promoción y prevención en los niveles locales de salud, el acompañamiento en asistencias técnicas, sensibilización en estrategia de atención primaria en salud mental, talleres formativos a niños, jóvenes y adolescentes, talleres educativos dirigidos a docentes para la puesta en marcha de estrategias educativas que conlleven al mejoramiento de la convivencia y estilos de vida saludable, fortalecimiento a las escuelas de padres, campañas educativas puerta a puerta, son las acciones en donde estamos comprometidos los niveles departamentales y locales y son las que nos permiten evitar este tipo de muertes por causas externas en niños, adolescentes, jóvenes y población general.

1.3.5.1.2. **Objetivo de política: Ninguno Desnutrido.**

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 74. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno Desnutrido.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Desnutrido	Desnutrición	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con desnutrición crónica y global.

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Desnutrido. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.





Desnutrición.

- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes valorados con desnutrición crónica y Global.

La desnutrición es el resultado de múltiples factores: Enfermedades infecciosas frecuentes, prácticas inadecuadas de alimentación e higiene, ambiente insalubre, consumo insuficiente de alimentos nutritivos Entre otras. Todas ellas asociadas generalmente a la pobreza de la familia y cultura.

Urge la priorización en los grupos sociales más vulnerables que son los niños, niñas y adolescentes. La desnutrición crónica no es sólo un problema de salud, es un indicador de desarrollo del país.

Los expertos afirman que iniciada la gestación y en los tres años primeros años de vida, la desnutrición crónica y la anemia afectan de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños y genera un mayor riesgo de enfermar por infecciones (diarreica y respiratoria) y de muerte.

Este deterioro reduce su capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita sus posibilidades de acceder a otros niveles de educación. En el largo plazo, se convierte en un adulto con limitadas capacidades físicas e intelectuales para insertar en la vida laboral. Un niño desnutrido hoy, tiene altas probabilidades de ser un adulto pobre mañana.

La desnutrición por si misma limita el desarrollo económico del país al reducir la productividad y el potencial del capital humano.

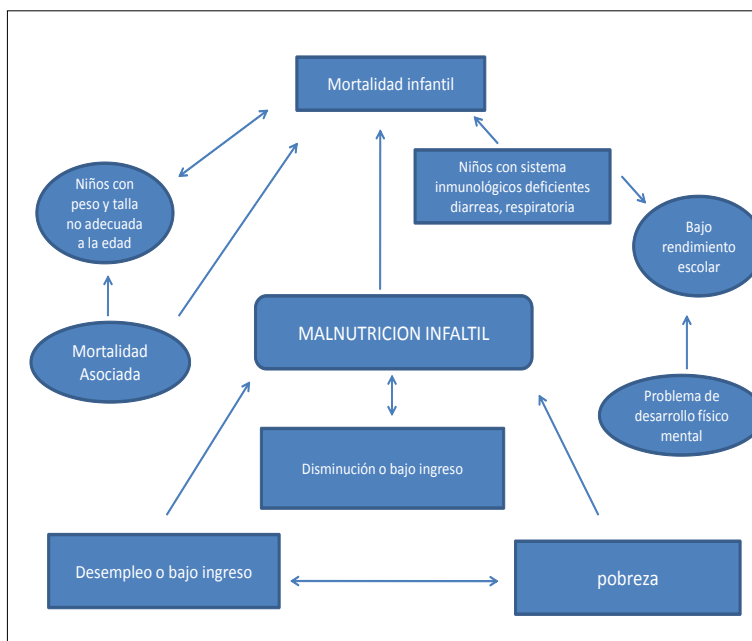
Ser pobre y estar desnutrido es una doble condición que acentúa la exclusión y la inequidad. La nutrición del niño se presenta como insumo esencial para el desarrollo social y económico para el país.

La mal nutrición, la causa de este cuadro está relacionada con la deficiente ingesta de alimentos y el entorno biológico, socioeconómico, cultural y no por problemas particular del organismo, es la razón por la cual generalmente afecta a grupos sociales y comunidades.

En ciertas etapas de la vida, el cuerpo exige un mayor aporte de nutrientes como es: la niñez, adolescencia embarazo y la lactancia.

Se puede decir que un alto porcentaje de las muertes de niños de todo el mundo se vinculan a la mal nutrición. La resistencia a la infección es menor en los niños malnutridos que tienen mayor propensión a morir por causas de enfermedades infantiles comunes como las enfermedades diarreica y las infecciones de las vías respiratorias. La frecuencia de las enfermedades ocasiona que aquellos niños sobrevivientes tiendan a seguir malnutridos y sujetos al círculo vicioso de la enfermedad recurrente y la perturbación del crecimiento.

Ilustración 10. Efectos que causa la malnutrición.



Fuente: Martha Rodríguez. Pu. Secretaría de Salud de Bolívar.



1.3.5.1.3. **Objetivo de política: Ninguno Sin Familia.**

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 75. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno Sin Familia.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Sin Familia	Adoptabilidad	Número de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años declarados en situación de adoptabilidad.
		Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años declarados adoptables, dados en adopción.
	Personas en situación de calle	Número estimado de personas entre los 0 y 17 años en situación de calle.

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno Sin Familia. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Adoptabilidad.

- Número de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años declarados en situación de adoptabilidad.

Se observa en la matriz que el mayor número de niños y niñas en esta situación se concentra en la población de 0 a 5 años debido a la actitud abandonica física, emocional y psicoafectivo y por la violación de sus derechos fundamentales por parte de sus padres, representantes legales o de las personas que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención, que lleva a la autoridad competente (defensor de Familia) a declararlos en situación de adoptabilidad, para restablecer el derecho vulnerado a través de la protección del Estado, y garantizar sus derechos fundamentales.

Con este mismo grupo etareo se presenta la situación en los años 2006 al 2010.

La disminución en los mayores de 12 a 17, obedece a que frente a este grupo etareo llegan los adolescentes de difícil adopción por la edad o discapacidad física y/o mental, permanecien-

do en protección mediante atención especializada en hogares sustitutos.

El único Departamento con quien Bolívar comparte estadísticas similares a nivel de la Costa Atlántica es con el Departamento del Atlántico, quien ocupa el primer lugar en declaratoria de adoptabilidad, seguido del Departamento de Córdoba. San Andrés es el único que presenta un índice muy bajo, comparado con Bolívar el porcentaje comparativo es del 3%

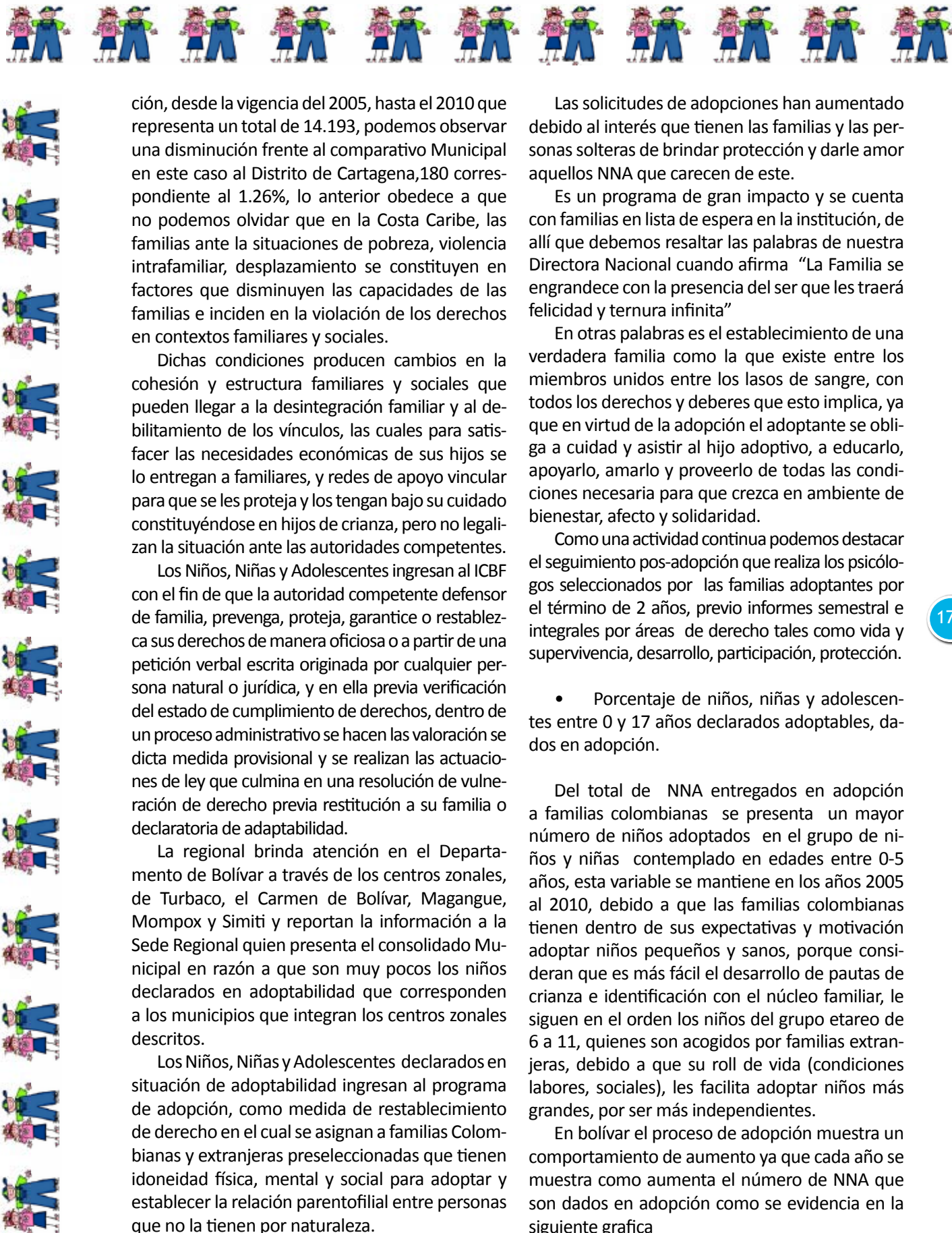
El porcentaje de NNA declarados en adoptabilidad del Departamento de Bolívar, del 2005 hasta el 2010 representa un promedio de 1.5% con relacional al nivel nacional.

Estrategia

El Nivel Nacional viene desde el año 2010 implementando El programa de vacaciones en el extranjero, cuyo objetivo es ampliar la oportunidad de que los niños mayores de 8 años a tener una familia, puedan desplazarse a Estados Unidos siendo acogidos por una familia idónea voluntaria.

Analizado el comparativo Nacional frente a los Niños ,Niñas y Adolescentes asignados en adop-





ción, desde la vigencia del 2005, hasta el 2010 que representa un total de 14.193, podemos observar una disminución frente al comparativo Municipal en este caso al Distrito de Cartagena, 180 correspondiente al 1.26%, lo anterior obedece a que no podemos olvidar que en la Costa Caribe, las familias ante las situaciones de pobreza, violencia intrafamiliar, desplazamiento se constituyen en factores que disminuyen las capacidades de las familias e inciden en la violación de los derechos en contextos familiares y sociales.

Dichas condiciones producen cambios en la cohesión y estructura familiares y sociales que pueden llegar a la desintegración familiar y al debilitamiento de los vínculos, las cuales para satisfacer las necesidades económicas de sus hijos se lo entregan a familiares, y redes de apoyo vincular para que se les proteja y los tengan bajo su cuidado constituyéndose en hijos de crianza, pero no legalizan la situación ante las autoridades competentes.

Los Niños, Niñas y Adolescentes ingresan al ICBF con el fin de que la autoridad competente defensor de familia, prevenga, proteja, garantice o restablezca sus derechos de manera oficiosa o a partir de una petición verbal escrita originada por cualquier persona natural o jurídica, y en ella previa verificación del estado de cumplimiento de derechos, dentro de un proceso administrativo se hacen las valoraciones se dicta medida provisional y se realizan las actuaciones de ley que culmina en una resolución de vulneración de derecho previa restitución a su familia o declaratoria de adaptabilidad.

La regional brinda atención en el Departamento de Bolívar a través de los centros zonales, de Turbaco, el Carmen de Bolívar, Magangue, Mompo y Simití y reportan la información a la Sede Regional quien presenta el consolidado Municipal en razón a que son muy pocos los niños declarados en adoptabilidad que corresponden a los municipios que integran los centros zonales descritos.

Los Niños, Niñas y Adolescentes declarados en situación de adoptabilidad ingresan al programa de adopción, como medida de restablecimiento de derecho en el cual se asignan a familias Colombianas y extranjeras preseleccionadas que tienen idoneidad física, mental y social para adoptar y establecer la relación parentofilial entre personas que no la tienen por naturaleza.

Las solicitudes de adopciones han aumentado debido al interés que tienen las familias y las personas solteras de brindar protección y darle amor aquellos NNA que carecen de este.

Es un programa de gran impacto y se cuenta con familias en lista de espera en la institución, de allí que debemos resaltar las palabras de nuestra Directora Nacional cuando afirma “La Familia se engrandece con la presencia del ser que les traerá felicidad y ternura infinita”

En otras palabras es el establecimiento de una verdadera familia como la que existe entre los miembros unidos entre los lazos de sangre, con todos los derechos y deberes que esto implica, ya que en virtud de la adopción el adoptante se obliga a cuidar y asistir al hijo adoptivo, a educarlo, apoyarlo, amarlo y proveerlo de todas las condiciones necesarias para que crezca en ambiente de bienestar, afecto y solidaridad.

Como una actividad continua podemos destacar el seguimiento pos-adopción que realiza los psicólogos seleccionados por las familias adoptantes por el término de 2 años, previo informes semestral e integrales por áreas de derecho tales como vida y supervivencia, desarrollo, participación, protección.

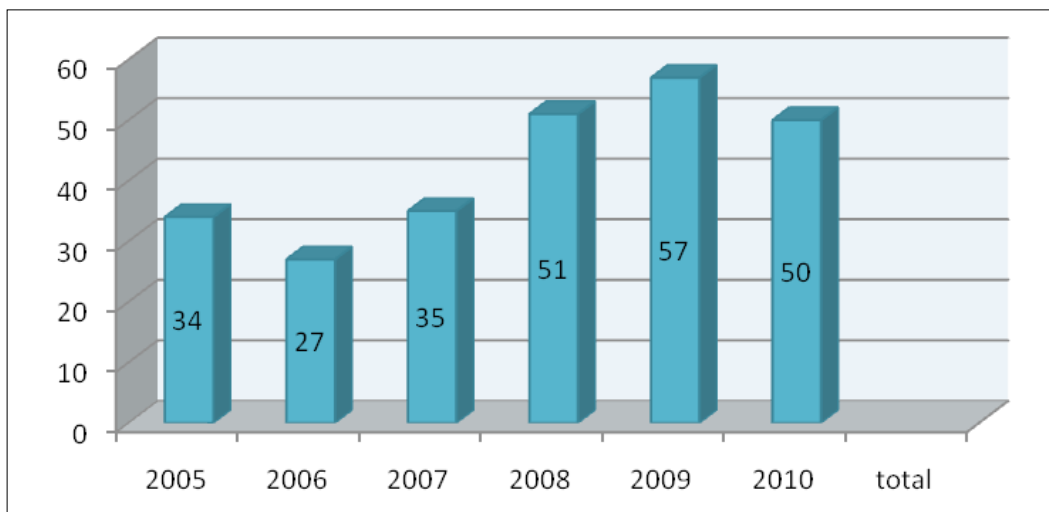
- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años declarados adoptables, dados en adopción.

Del total de NNA entregados en adopción a familias colombianas se presenta un mayor número de niños adoptados en el grupo de niños y niñas contemplado en edades entre 0-5 años, esta variable se mantiene en los años 2005 al 2010, debido a que las familias colombianas tienen dentro de sus expectativas y motivación adoptar niños pequeños y sanos, porque consideran que es más fácil el desarrollo de pautas de crianza e identificación con el núcleo familiar, le siguen en el orden los niños del grupo etario de 6 a 11, quienes son acogidos por familias extranjeras, debido a que su rol de vida (condiciones laborales, sociales), les facilita adoptar niños más grandes, por ser más independientes.

En Bolívar el proceso de adopción muestra un comportamiento de aumento ya que cada año se muestra como aumenta el número de NNA que son dados en adopción como se evidencia en la siguiente gráfica



Grafica 91. Niños, niñas y adolescentes dados en adopción en bolívar.



Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2005-2010.

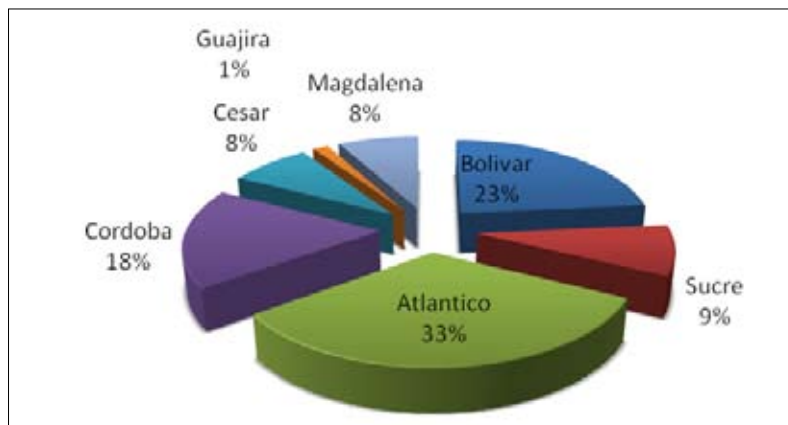
Es importante considerar que el sentido real de la adopción y prioridad básica del ICBF no es otra que proporcionarle al niño, niña o adolescente colombiano una familia adecuada que le brinde el verdadero calor de hogar acompañado de afecto, respeto y protección y que crezcan juntos en sus roles familiares padres e hijos.

A la fecha la Regional Bolívar viene preparando familias interesadas en adoptar a través de los equipos de la defensoría de familia de los distintos Centros Zonales quienes comparten con las familias elementos informativos y formativos para que adquieran recursos que le ayuden a

tomar decisión y hacer frente a situaciones derivadas de la dinámica de la adopción, tales como talleres y pruebas psicológicas para determinar su idoneidad física, mental y social.

El promedio de NNA entregados en adopción a familias colombianas y extranjeras, representan un porcentaje de 1.5% con respecto al Nivel Nacional y a nivel de la Costa Atlántica, el departamento del Atlántico ocupa el primer lugar, seguido del Departamento de Bolívar, y Córdoba como datos significativo relevantes frente al proceso de adopción como lo muestra la siguiente grafica.

Grafica 92. Participación regional de niños, niñas y adolescentes dados en adopción.



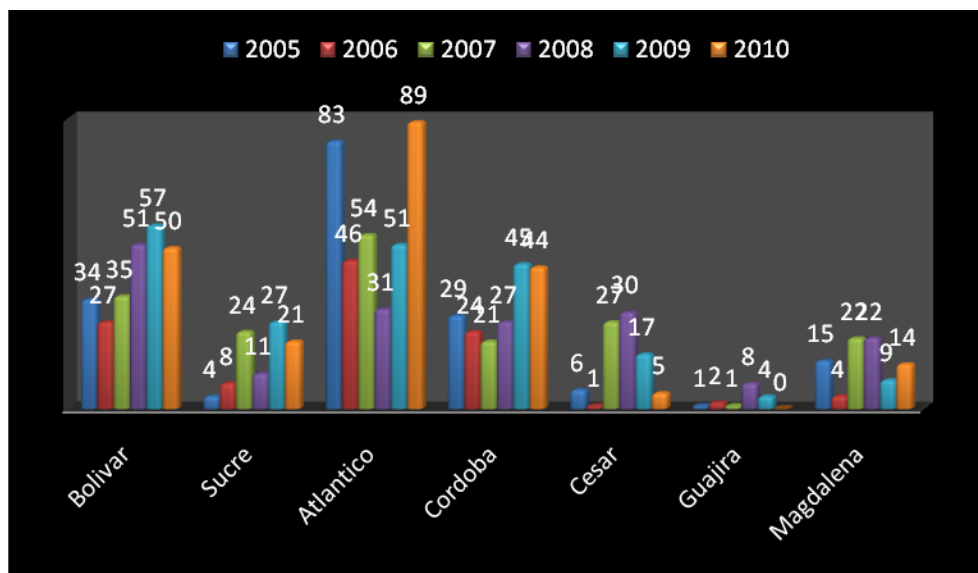
Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2005-2010.





La anterior grafica muestra el nivel de participación de de cada una de las regionales de la Región Caribe en lo que concierne a el proceso de adopción de NNA durante el periodo de 2005 al 2010 mostrando a atlántico en la cabeza y bolívar en 2ª lugar; para mayor descripción adjuntamos la siguiente grafica donde describimos mas expeditamente este resultado.

Grafica 93. Comportamiento regional de niños, niñas y adolescentes dados en adopción.



Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2005-2010.

Personas en situación de Calle.

- Número estimado de personas entre los 0 y 17 años en situación de Calle.

El rango más alto de NNA EN SITUACION DE CALLE, atendidos por el ICBF en las instituciones de protección por encontrarse en condición de amenaza o vulneración, están concentrado en el rango de edades de 12 a 17 años, se atendieron 525 NNA entre el 2005 y 2010, de este gran total 421 NNA se ubican en el rango de 12 a 17 años, representando un 80%.de la población.

Es de resaltar que esta población proviene de los sectores vulnerables de las faldas de la popa, Loma Fresca, Petares, Pablo Vi, San Francisco, barrios de la Zona Suroriental, Suroccidental y municipios cercanos, en donde la familia los expulsa a la calle por problemas de comportamiento que los obliga a deambular en el Distrito de Cartage-

na y Municipios identificados como El Carmen de Bolívar y Magangué respectivamente. Esta población es fluctuante y se incrementa en épocas de fiestas de la independencia, vacaciones de junio y fin de año.

Para restablecer sus derechos vulnerados el ICBF Regional Bolívar, viene celebrando contrato de aporte con instituciones de protección tales como FUNDAFAMILIAR, NIÑOS DE PAPEL, JOVENES Y MAÑANA, en los cuales los NNA reciben atención integral por áreas de derechos.

A nivel de la Costa Atlántica la única ciudad que presenta condiciones similares de NNA en situación de vida en calle podemos identificar El Departamento del Atlántico, especialmente la Ciudad de Barranquilla, los demás Departamentos de la Costa Atlántica presentan esta misma problemática en un número muy reducido y los pocos casos que se presentan son atendidos en otros programas (hogares sustitutos).



1.3.5.2. CATEGORÍA DESARROLLO

1.3.5.2.1. Objetivo de política: Todos Jugando.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de 3 temas que se presentan a continuación:

Tabla 76. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Jugando.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Todos Jugando	Programas de Lectura	Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que asisten a bibliotecas.
	Programas de Recreación y Deporte	Porcentaje niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años matriculados o inscritos en programas de recreación y deporte.
	Programas artísticos, lúdicos y culturales.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años, inscritos o matriculados en programas artísticos, lúdicos o culturales.

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Jugando. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Programas de Lectura.

- Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que asisten a bibliotecas.

La Gobernación de Bolívar por Ordenanza 07 de 2006 crea la Red Departamental de Bibliotecas Públicas, en estos últimos cinco años el departamento y la Biblioteca Nacional de Colombia han venido desarrollando un plan de capacitación y dotación a las bibliotecas municipales. En Bolívar, sólo faltan por dotar: Magangué, Mahates, Norosí, Río Viejo, San Cristóbal y Talaigua Nuevo, en este año se dotarán en adición al convenio 2330 de 2008 suscrito con el Ministerio de Cultura, Biblioteca Nacional y el Departamento de Bolívar los municipios de Achí y Pinillos.

El departamento ha venido ampliando las colecciones literarias con libros de autores Bolivarenses y del Caribe Colombiano a demás de materiales didácticos para las salas infantiles de estas bibliotecas.

Nuestros bibliotecarios han recibidos capacitaciones con Fundalectura, Banco de la Repú-

blica, Cerlac, Biblioteca Nacional incluyendo el encuentro departamental entre otros.

La Ley 1379 de 15 de enero de 2010 donde organizan la Red Nacional de Bibliotecas Públicas y le asigna no menos del 10% del valor del recaudo total de la Estampilla Pro cultura departamental para el funcionamiento de las bibliotecas.

Las bibliotecas públicas de nuestro departamento se encuentran con una pésima infraestructura en la mayoría de los municipios, con espacios adaptados para su funcionamiento que no cumplen con las necesidades básicas para prestar un buen servicio a las comunidades.

Cabe destacar algunas dotaciones importantes del Japón en los municipios de Turbana, Barranco de Loba, Marialabaja y del Ministerio de Cultura el Centro Cultural de Palenque donde se encuentra la biblioteca especializada en cultura Afro y la Casa de la Cultura de Marialabaja, próximamente la Fundación Arcos construirá la biblioteca de Turbaco.

El nivel de estudio de nuestros bibliotecarios es muy bajo, generalmente son contratados por orden





de servicio, no existe ningún bibliotecario que tenga el título profesional en bibliotecología, se les ofrecen numerosas capacitaciones y los alcaldes no los apoyan para acceder a estos espacios pues la biblioteca es relegada a la mala contratación hacen estas funciones.

La comunidad que utiliza los servicios de nuestras bibliotecas generalmente son niños y jóvenes en edad escolar donde creen que el bibliotecario es quien debe ayudarlos a hacer sus tareas y estos se quedan simplemente pasando textos escolares y no desarrollan las potencialidades que pueden ofrecer estos espacios.

El bibliotecario debería tener programas propios de incentivos para implementar procesos en fomento de la lectura, proyección de cine, talleres literarios entre otros aprovechando que ahora se cuenta con recursos de la estampilla pro cultura municipal.

Con respecto a la Red departamental, contamos con coordinador desde su creación, la oportunidad de reunirnos por lo menos una vez al año con la dificultad que esta coordinación no le asigna recursos para hacer seguimiento a las dotaciones y los programas y proyectos que se realizan en las bibliotecas municipales a demás de consolidar las estadísticas de estas.

Por último el Departamento de Bolívar está en mora de tener su biblioteca pública departamental donde se encuentre el depósito legal y recoger, reservar y difundir el patrimonio bibliográfico del departamento.

Estrategias para mejorar y fortalecer las bibliotecas públicas y sus procesos:

- Garantizar la participación de los bibliotecarios públicos y la CRDBP en las capacitaciones, encuentros regionales, nacionales y congresos nacionales e internacionales.

- Realización de no menos dos encuentros departamentales de Bibliotecarios Públicos para acordar directrices a seguir en el año y luego mostrar los resultados.

- Acompañamiento y seguimiento por la Coordinación de la Red Departamental de Bibliotecas Públicas (CRDBP) en los procesos que se adelanten dentro de las bibliotecas y las necesidades de apoyo que surjan.

- Estímulos a los bibliotecarios a cumplir con el envío de las estadísticas a la Coordinación de la Red Departamental de Bibliotecas Públicas.

- Implementación del programa de Formación Tecnológica en Gestión en Bibliotecas Públicas (Convenio Macro de Cooperación No. 0026 de 2008 entre el SENA y el Ministerio de Cultura) y otras ciencias afines a los bibliotecarios del Departamento de Bolívar.

Programas de Recreación y Deporte.

- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años matriculados o inscritos en programas de recreación y deporte.





Realizar un diagnostico de la situación actual del deporte en la infancia y adolescencia en Bolívar tiene sus dificultades desde el punto de vista deportivo, económico, organizativo y conceptual. La verdadera dificultad radica para que el diagnostico sea objetivo y claro es la información oficial que se tiene en el Sistema nacional del Deporte y en Iderbol, es decir el levantamiento de la información, procesamiento y análisis tiene grandes dificultades desde los entes municipales de deporte, con sus respectivos clubes, ligas, escuelas de iniciación deportiva y otras entidades relacionadas con el deporte en cuanto al manejo de la información bajo un sistema unificado y accesible para todos.

El Instituto Departamental de Deporte y Recreación de Bolívar –Iderbol logro consolidar la siguiente información que nos permite realizar un análisis del sector deporte:

1-Existen en el Departamento de Bolívar 27 ligas registradas oficialmente y 10 clubes deportivos y 52 escuelas de formación deportivas que cumplen con todas las especificaciones requeridas. Estas ligas tienen presencia de un 85% en el Departamento de Bolívar destacándose la liga de Futbol que tiene cobertura del 100% en todo el Departamento, albergando el mayor número de niños y adolescentes desde su inicio.

2- El Departamento de Bolívar posee ligas deportivas que albergan población infantil que

están en un rango de edad de 7-10 años como: Patinaje, natación, futbol, beisbol, tenis de campo, gimnasia, karate-do, taekwondo entre otras.

3. Es de anotar que la Liga de Futbol es la única liga del departamento de Bolívar que muestra más cobertura geográfica esta en todos los 46 municipios del departamento y es la que mas muestra más deportista infantil que están afiliados a esta.

Resultados deportivos.

Bolívar mejoró su posición en los pasados **Juegos Nacionales 2008** donde subió del puesto catorce (14) al puesto nueve (9) mostrando preparación para las competencias con respectos a años anteriores, igualmente se logro obtener 41 medallas de las cuales siete (7) medallas de oro en las disciplinas de (Béisbol, Karate do, Levantamiento de pesas, Taekwondo y softbol femenino).

En comparación con las catorce (14) obtenidas en el año 2004 donde se obtuvieron tres (3) oro y se obtuvo diez (10) medallas de plata y varias de bronce.

JUEGOS INTERCOLEGIADOS

Los juegos Intercolegiados están orientados a la población de estudiantes del ciclo de educación básica media y vocacional que se encuentran entre las edades de 12 y 17 años.

Ilustración 11. Inauguración Intercolegiados.



Fuente: Propia.





En los últimos años Bolívar ha logrado consolidar a través de la Secretaria del Departamento y las de los diferentes municipios vincular a la población estudiantil a estos juegos, logrando que en el año 2007 se realizara la Fase Departamental donde participaran los estudiantes de los 45 municipios del Departamento.

En esta Fase se logro la participación de por lo menos 6550 estudiantes en edades de 12 a 17 años, procedentes de los diferentes establecimientos e Instituciones educativas del Departamento de Bolívar y del Distrito de Cartagena. Lo que dio pie a que la ciudad de Cartagena fuera escogida a nivel nacional como sede para la realización de la Fase Nacional para la vigencia 2011.

Escuelas de formación deportiva.

El Plan de Desarrollo Unidos por la Prosperidad de Bolívar tiene entre sus metas a 2011 crear escuelas en diferentes disciplinas del deporte considerados como prioritarios.

Actualmente en el Departamento de Bolívar existen 52 escuelas de formación que han sido creadas por diversas organizaciones privadas y comunitarias que encontraron en esta una fortaleza para articular diversas propuestas de orden social, encaminadas a la protección y al fortalecimiento del desarrollo social de la niñez y de la juventud. A estas se unieron los clubes deportivos, juntas comunales, ONG y las empresas privadas que visualizaron en este proyecto una alternativa para ayudar a la niñez.

Tabla 77. Escuelas de formación deportiva del departamento de Bolívar.

Municipio	No. escuelas	Disciplina
Turbaco	2	Patinaje – Futbol
Santa Rosa del Sur	1	Patinaje
Altos del Rosario	1	Futbol
Mompox	2	Futbol – Futsalon
San Jacinto del Cauca	1	Futbol
Arjona	1	Futbol
San Fernando	1	Futbol
Cantagallo	1	Futbol
El Carmen de Bolívar	3	Voleybol – Baloncesto – Futbol
San Pablo el Sur	1	Futbol
Simiti	1	Futbol
Regidor	1	Futbol
Talaigua nuevo	1	Futbol
Arroyo Hondo	1	Beisbol
Barranco de Loba	1	Beisbol
Calamar	1	Futbol
San Juan Nepomuceno	1	Futbol
Montecristo	1	Futbol
Cartagena	29	Béisbol, Fútbol, Patinaje, Baloncesto, Softbol, entre otras.

Fuente: propia.



Cabe resaltar que muchas escuelas de iniciación y formación deportivas funcionan en el resto de municipios del Departamento de Bolívar, que no han sido registradas como tal en el Instituto Departamental de Deporte y Recreación de Bolívar-Iderbol.

Dificultades.

Es importante dejar en claro que la Escuelas de Iniciación y Formación deportivas dependen del sector privado pues este sector cuenta con recursos propios y el Instituto Departamental de Deporte y recreación de Bolívar –Iderbol cuenta hoy día con recursos limitados, ya que los recursos asignados, durante la vigencia 2010 se

redujeron considerablemente, debido a que las fuentes de financiación como cigarrillo y licores decrecieron en un 60%.

Además muchos municipios de Bolívar no cuentan con una oficina de deporte que se encargue del deporte de formación e iniciación desde sus bases, acompañado de un bajo liderazgo, baja cobertura del desarrollo de la educación física y las actividades físicas, inadecuados hábitos de estilo de vida saludables y una pobre infraestructura deportiva para la práctica de deportes factores estos que inciden de manera negativa en la formación integral de la población de niños, niñas y adolescentes de nuestro departamento.

Infraestructura deportiva.



Bolívar hoy cuenta con un censo detallado de escenarios deportivos que muestra una deficiente infraestructura en lo que a escenarios de deporte y recreación se refiere. Por lo que hoy se ha propuesto mejorar la estructura física de estos escenarios y construir de acuerdo a lo establecido en el presupuesto asignado para este tema.

El Departamento a través del Iderbol ha logrado construir 120 y ha mejorado alrededor de 141 escenarios deportivos, para un gran total de 261 como tal en el periodo de 2005 al 2010.

En el Periodo de 2008 en lo que se refiere a escenarios de carácter recreativos se instalaron 45 mobiliarios para parques infantiles en igual número de municipios.

Recientemente Iderbol elaboro una encuesta regional a manera de inventario de escenarios deportivos y espacios recreativos cuyo objetivo principal era tener una semblanza aproximada de la cuantificación y estado de la infraestructura sectorial que se verifico en los 46 municipios de Bolívar en donde se ve lo siguiente:





Tabla 78. Infraestructura deportiva mejorada – años 2005-2010

Escenarios	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polideportivos	0	0	1	7	6	5
Estadios	2	2	15	27	12	13
Canchas	2	0	17	13	9	4
Parques	1	0	1	4	0	0
TOTAL MEJORADOS	5	2	34	51	27	22

Fuente: Iderbol.

Tabla 79. Infraestructura deportiva construida-año 2005-2010

Escenarios	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polideportivos	0	0	1	0	0	1
Estadios	0	0	2	1	1	5
Canchas	0	0	0	0	25	31
Parques	0	0	0	0	27	26
TOTAL CONSTRUIDOS	0	0	3	1	53	63

Fuente: Iderbol.

Una muestra del inventario realizado por Iderbol en los 46 municipios de Bolívar permite registrar que el escenario recreativo predominante es el parque, y en lo deportivo son las diferentes canchas donde practican algún deporte, seguido de los estadios y polideportivos respectivamente.

Los espacios recreativos en el nivel de los establecimientos educativos se centran en las canchas que posea el colegio para la realización

de la práctica de deportes como baloncesto, voleibol y fútbol.

Es de resaltar que los estudios y estadísticas que se han venido desarrollando no han sido suficientes para precisar las necesidades de mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura disponible por parte del municipio, lo que obstaculiza indiscutiblemente la administración y el manejo de la parte física de estos.



DISCAPACIDAD



188

El Instituto Departamental de Deporte y Recreación de Bolívar (IDERBOL) viene realizando diferentes actividades para la niñez y la juventud con discapacidad ya sea Motora, cognitiva y sensorial, esto es con el objetivo de que ésta población se vincule y se incluya en todas las actividades de tipo cultural, recreativo y deportivo.

Algunas de las actividades realizadas en este programa son:



1. Realización de capacitaciones con el objetivo de fortalecer el proceso deportivo y recreativo que se viene realizando con las personas con discapacidad.

2. Valoraciones médicas y Fisioterapéuticas.

3. Apoyo para asistir a capacitaciones fuera de la ciudad para fortalecer el proceso que se





relaciona con el deporte y la recreación para las personas con discapacidad.

4. Apoyo económico para asistir a los clasificatorios que son obligatorios para participar en los III juegos paralímpicos 2012.

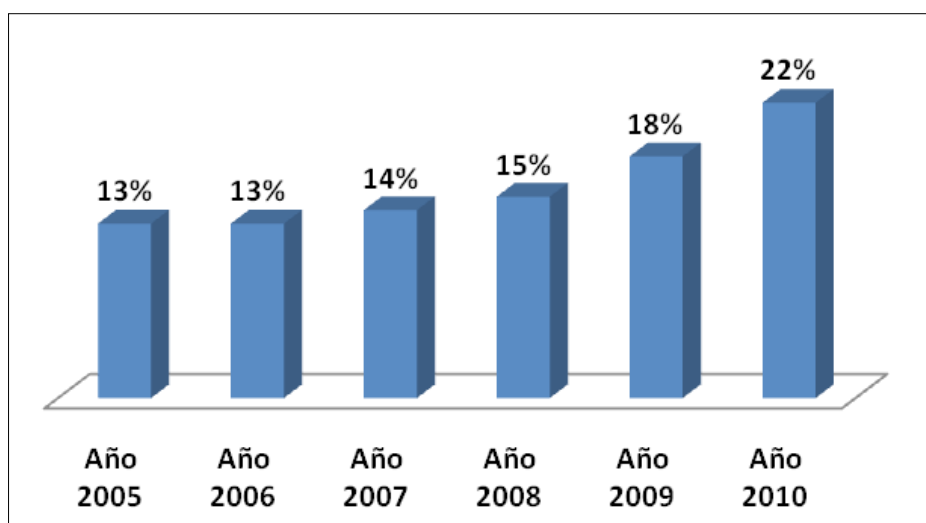
5. Participación en los eventos deportivos realizados por IDERBOL en los municipios del departamento.

6. Realización del proyecto de actividad física adaptada y juegos tradicionales en los municipios de los montes de María y norte del departamento

7. Realización de eventos deportivos y recreativos para personas con discapacidad

8. Apoyo económico a clubes y ligas de discapacidad en implementación deportiva.

Grafica 94. Niños, niñas y adolescentes inscritos en programas deportivos y recreativos.



Fuente: Iderbol.

Para concluir en el grafico anterior podemos observar el comportamiento que ha tenido el Deporte y la Recreación en el Departamento de Bolívar desde el año 2005 al 2010 en la población de 5 a 17 años, donde vemos que en los años 2005 y 2006 abarcaron un 13% del total de esta población, en los años 2007 y 2008 tuvieron un incremento del 1% cada año para llegar así a un 15%, para el año 2009 seguimos en aumento y logramos llegar a un 18%, y como vemos para el año 2010 logramos abarcar el 22% del total de la población de 5 a 17 años, teniendo un incremento desde el año 2005 al 2010 de un 9%.

Con lo anterior vemos que el Deporte en el departamento de Bolívar ha mejorado año tras año, muy a pesar de las dificultades que tienen los municipios, pero con el apoyo del Instituto Departamental de Deporte y Recreación de Bolívar

– Iderbol a las Diferentes Escuelas de formación deportiva, Clubes Deportivos, Ligas Deportivas, Municipios, e incentivos a participar en los Juegos Intercolegiados, Juegos Escolares, entre otros, se ha logrado promover, incentivar el desarrollo de la Recreación y el Deporte en esta población y de la población discapacitada.

Programas artísticos, lúdicos y culturales.

- Porcentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años, inscritos o matriculados en programas artísticos, lúdicos o culturales.

El Departamento de Bolívar siguiendo los lineamientos del Ministerio de Cultura, establecidos en Programa de música para la Convivencia desde el año 2005 vienen trabajando con este



Programa es así como en los planes de desarrollo “Por el Bolívar que todos queremos y Salvemos todos a Bolívar”, dentro del componente cultural de estos se inserto como estrategia el Programa de Música.

Con el apoyo de las administraciones municipales encargadas de proporcionar el espacio para el funcionamiento de las escuelas y el nombramiento de los instructores de música para sus municipios a partir del año 2005 comienzan a crearse las escuelas de música especialmente en los municipios de la Zode del Magdalena Medio y Montes de María, (Zona de desarrollo social y económico) que fueron los municipios que inicialmente recibieron dotaciones de bandas y las capacitaciones por parte del Ministerio de Cultura. En el 2008 la Gobernación de Bolívar

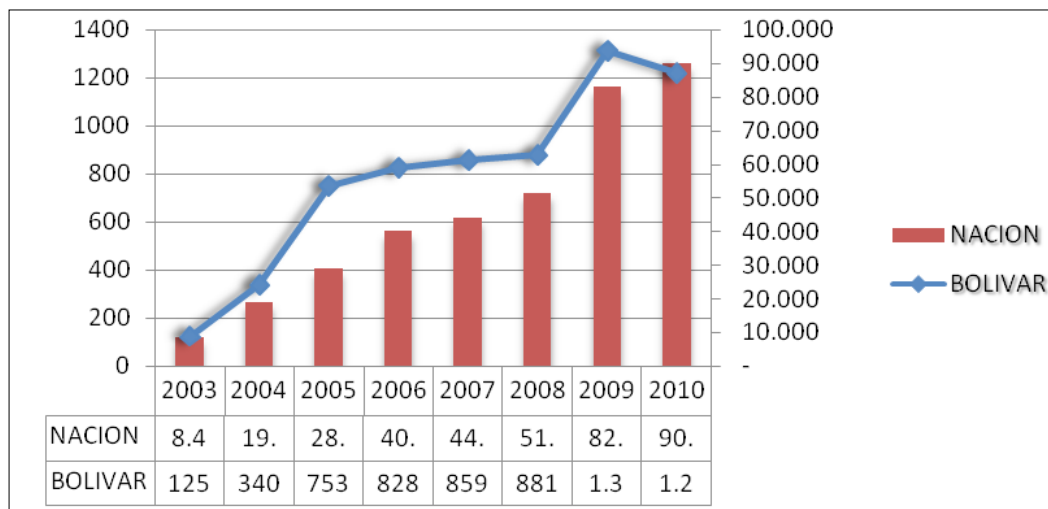
cofinanció con el Ministerio de Cultura la compra de 14 juegos de música de banda para igual número de municipios y dotó a todos con juegos de música tradicional y acordeones.

De los 45 municipios del departamento, han recibido dotación en bandas 34 municipios algunos municipios han comprado también instrumentos para ampliar la cobertura de estas escuelas.

La mayoría de las escuelas de música, basan su formación en música de bandas seguidos de la música tradicional, acordeones y guitarras. Bolívar es un departamento con poca tradición en música coral con excepción de Cartagena y Mompos de allí que esta práctica sea mínima.

Casi todos los municipios desarrollan procesos musicales, sin embargo algunos no registran escuelas de música.

Grafica 95. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes inscritos o matriculados en programas artísticos, lúdicos o culturales.



Fuente: Secretaria Educación.

Es preciso seguir promoviendo la creación y legalización de las escuelas de música y el fortalecimiento de las existentes con dotaciones de instrumentos, equipos, material didáctico, y ampliar la cobertura tanto en el número de estudiantes como en los programas.

Pero para garantizar el funcionamiento de las escuelas es preciso que los instructores de las escuelas sean nombrados de tiempo completo y no por OPS y que estén tengan una formación

académicas. Se recomienda Además a la Gobernación de Bolívar establecer convenios con entidades formadoras con programas de música para que envíen a sus estudiantes a hacer las pasantías en los municipios y sirvan de apoyo a los instructores.

Dinamizar la Red de instructores de música. Apoyar la participación de los grupos musicales en competencias y eventos del orden departamental y nacional establecer un programa de





becas para los mejores estudiantes.

Establecer convenios con el ministerio de cultura y las entidades locales en programas que repercutan en la consolidación y reconocimiento de las escuelas

Con el fin de hacerle seguimiento a las escuelas de música brindarles asesoría y recopilar la información preciso que la Coordinadora del programa se desplace por lo menos dos veces al año a cada uno de los municipios., como también se recomienda hacer anualmente una reunión con

los instructores de música para conocer de cerca sus logros problemáticas e inquietudes.

1.3.5.2.2. **Objetivo de política: Todos Capaces de Manejar Afectos, Emociones y Sexualidad.**

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los siguientes temas e indicadores que se presentan a continuación:

Tabla 80. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Capaces de Manejar Afectos, Emociones y Sexualidad.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Todos Capaces de Manejar afectos, Emociones y Sexualidad	Orientación en Educación Sexual y Reproductiva	Número de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años que recibieron orientación en educación sexual y reproductiva.

191

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Capaces de Manejar Afectos, Emociones y Sexualidad. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Orientación en Educación Sexual y Reproductiva.

- Número de niño, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años, que recibieron orientación en educación sexual y reproductiva.

En todos los establecimientos educativos del ente territorial se desarrolla como enseñanza obligatoria el tema de educación sexual y reproductiva, impartida en cada caso, de acuerdo con las necesidades síquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad vital, en cumplimiento de la ley N° 1029 del 12 de junio de 2006, por la cual se modificó el artículo 14 de la ley 115 del 1994. Esta enseñanza obligatoria se ha brindado

a través de proyectos, acciones y actividades a la población escolar del departamento de bolívar.

1.3.5.3. **CATEGORÍA CIUDADANÍA.**

En esta categoría se analizarán los siguientes objetivos de políticas:

Todos Participando en Espacios Sociales.

1.3.5.3.1. **Objetivo de política: Todos Participando en Espacios Sociales.**

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:



Tabla 81. Adolescencia. Indicadores trazadores. Objetivo de política Todos Participando en Espacios Sociales.

OBJETIVO DE POLITICA	TEMA	INDICADOR
Todos Participando en Espacios Sociales	Gobiernos Escolares	Porcentaje de gobiernos escolares operando.
	Consejos de Política Social	Porcentajes de consejos de política social (Departamental y Municipales) en los que participan niños, niñas y adolescentes.

Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Todos Participando en Espacios Sociales. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Gobiernos Escolares.

- Porcentaje de gobiernos escolares operando.

Según la ley 115 del 94 en su Artículo 142 Conformación del Gobierno escolar, instituye que cada establecimiento educativo tendrá un gobierno escolar conformado por el rector, el consejo directivo y el consejo académico, y el decreto 1860 de agosto 3 del mismo año en su artículo 19 establece que Todos los establecimientos educativos deberán organizar un gobierno para la participación democrática de todos los estamentos de la comunidad educativa, según lo dispone el artículo 142 de la ley 115 de 1994, en este sentido el departamento de bóli-var cuenta con 217 gobiernos escolares confor-

mados, organizados y funcionando.

1.3.5.4. CATEGORÍA PROTECCIÓN.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los siguientes temas e indicadores que se presentan a continuación:

Todos Participando en Espacios Sociales.

1.3.5.4.1. Objetivo de política: Ninguno Maltratado, Abusado o Víctima del Conflicto Interno Generado por Grupos al Margen de la Ley.

El monitoreo del objetivo de política se da a partir de los temas e indicadores que se presentan a continuación:



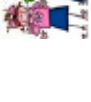


Tabla 82. Indicadores trazadores. Objetivo de política Ninguno maltratado, abusado o víctima del conflicto interno generado por grupos al margen de la ley.

OBJETIVO DE POLÍTICA	TEMA	INDICADOR
Ninguno Maltrato, Abusado o Víctima del Conflicto Interno Generado por Grupos al Margen de la Ley.	Maltrato en niños, niñas y adolescentes.	Número de casos denunciados de maltrato en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años.
	Abuso Sexual en niños, niñas y adolescentes.	Número de casos de denuncia por abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años.
		Tasa de informes periciales sexológicos en niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años.
		Número de casos de informes periciales sexológicos en menores de 18 años.
	Niñas, niños, y adolescentes víctimas antipersonas sin explotar.	Pocentaje de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años que son víctimas de Minas antipersona y Municiones Sin Explotar.
	Niñas, niños, y adolescentes desplazados por la violencia	Porcentaje de personas entre 0 y 17 años desplazados por la violencia.

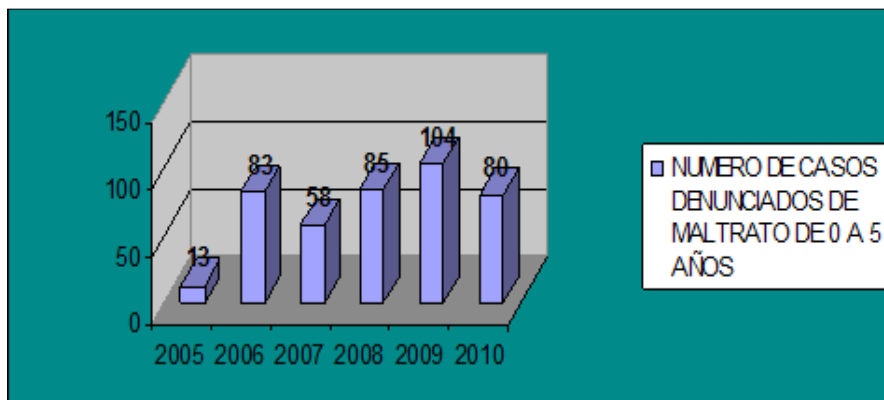
Fuente: Adaptación “Indicadores trazadores. Objetivo de política. Ninguno maltratado, abusado o víctima del conflicto interno generado por grupos al margen de la ley. Marco para las políticas públicas y lineamientos para la planeación del desarrollo de la infancia y la adolescencia en el municipio.

Maltrato en niños, niñas y adolescentes.

- Número de casos denunciados de maltrato en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años.



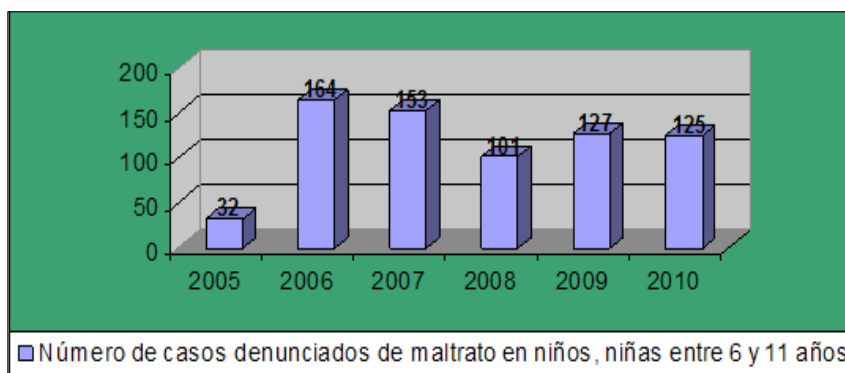
Grafica 96. Número de casos denunciados de maltrato de 0 a 5 años.



Fuente: Medicina legal Cartagena.

El número de casos denunciados por maltrato en niños, niñas y adolescentes hasta los 5 años ha ido en un aumento progresivo desde los 13 casos denunciados en 2005, hasta el punto más crítico de 194 casos en 2009, presentando una disminución sustancial en el 2010 con 89 casos denunciados.

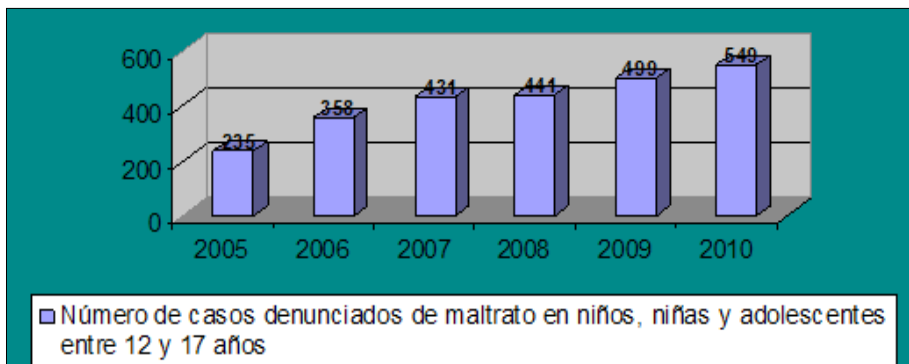
Grafica 97. Número de casos denunciados de maltrato de 6 a 11 años.



Fuente: Medicina legal Cartagena.

Para los casos denunciados en la población infantil de 6 a 11 años el pico mas alto lo presenta el año 2006 con 164 casos y 2007 con 153 casos. Los registros siguen altos pero han disminuido un poco con respecto a los años en mención.

Grafica 98. Número de casos denunciados de maltrato de 12 a 17 años.



Fuente: Medicina legal Cartagena.





Los registros de maltrato infantil aumentan considerablemente en la población de 12 a 17 años, presentando cifras alarmantes en el Departamento de Bolívar de 549 casos denunciados en el año 2010 y le siguen 499 y 441 en 2009 y 2008.

Abuso Sexual en niños, niñas y adolescentes.

- Número de casos de denuncia por abuso sexual en niños, niñas y adolescente entre 0 y 17 años.

Se observa que durante el periodo de 2005 al 2007, el mayor índice de abuso fue entre las edades de los 6 a 11 años, Teniendo en cuenta que en

esta etapa de desarrollo, en donde los NN, preadolescentes y adolescentes, están en una etapa transformaciones físicas que implica la transición de niñas a mujeres adultas, se va convirtiendo en factor de riesgo y que de igual forma se les puede manipular y ejercer coerción sobre ellos; teniendo en cuenta que la coerción (o lo que es lo mismo, el empleo de la fuerza física, presión psicológica o engaño) se convierte en una herramienta clave para que los niños, niñas y preadolescentes, no revelen el secreto del agresor. Muchas veces por la incredibilidad que ellos consideran que pueden causar y por ejercer el abusador figuras de autoridad o confianza en la familia al hacer parte de ella o siendo personas cercanas, vecinos o parientes.

Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 0 y 5 años	2005	23
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 6 y 11 años		302
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años		190
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años		ND
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 0 y 5 años	2006	25
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 6 y 11 años		313
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años		200
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años		44
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 0 y 5 años	2007	40
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 6 y 11 años		420
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años		220
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años		127



Los niños y las niñas de 0 a 5 años son igualmente vulnerables a la violencia familiar, ya que por su edad son fáciles de engañar ya sea ofreciéndoles regalos, confundiéndolos sobre el tipo de caricias permitidas o no y/o manipulándolos sentimentalmente a guardar el secreto, sin que en el índice de abuso en este rango de edad el sexo sea un factor determinante o de riesgo, convirtiéndose la confianza y oportunidad del agresor en el factor determinante.

El índice del aumento de la problemática presentada en NNA, en estos años, puede estar sujeta a las diversas estrategias de prevención que se vienen trabajando en la familia y la comunidad en general en torno al denuncia de casos de abuso y la explotación sexual trabajo que se viene realizando a nivel del Departamento de Bolívar.

Con relación al periodo comprendido entre el 2008 al 2010 hay una disminución en las cifras,

lo cual está sujeto a la intensificación de diversas campañas que se vienen socializando en todo el departamento que han permitido a la comunidad en general estar sensibilizados y generar mecanismos preventivos al interior de la familia; lo cual se también asociado a los esfuerzos institucionales adelantados desde la formulación de la Política nacional de construcción de Paz y Convivencia Familiar para la identificación, detección y atención de los casos de violencia intrafamiliar mediante acciones de prevención, sensibilización, capacitación y promoción de la denuncia, dirigidos a la comunidad y a los servidores públicos que intervienen en esta problemática. Con ello se ha logrado un mayor empoderamiento de las víctimas, al reconocerlas como sujetos de derechos; más credibilidad en las instituciones y, especialmente, la desnaturalización de la violencia.

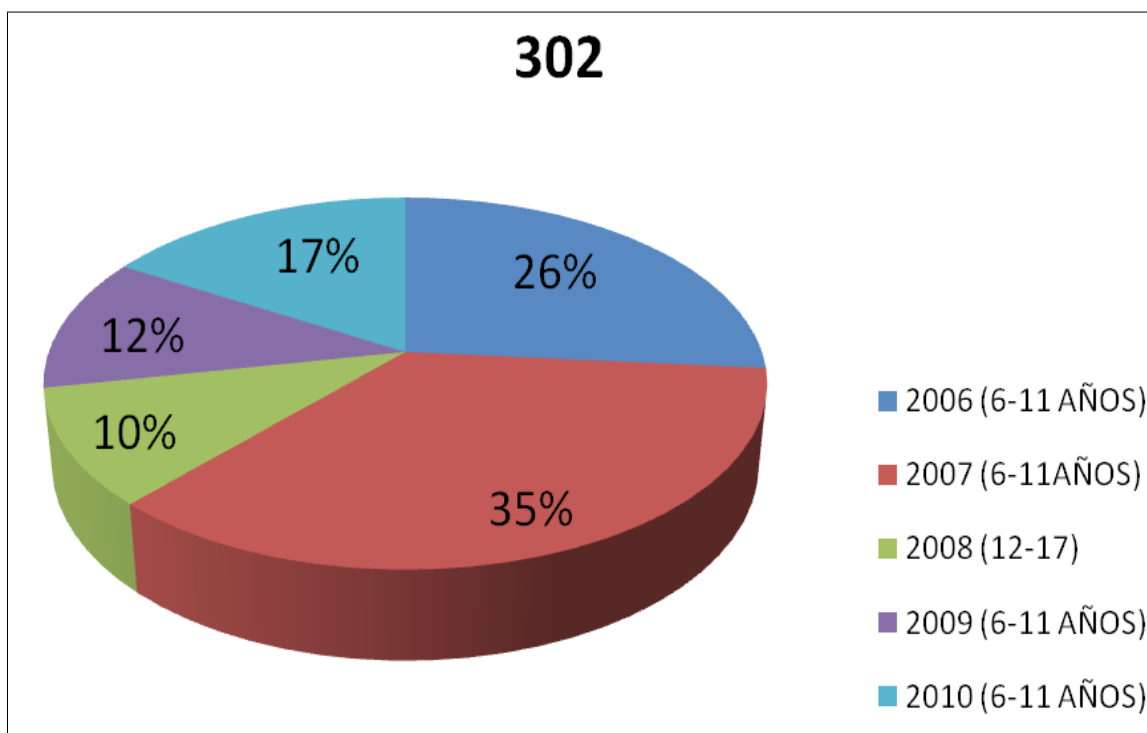


Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 0 y 5 años	2008	12
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 6 y 11 años		75
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años		120
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años		29
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 0 y 5 años	2009	104
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 6 y 11 años		138
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años		102
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años		18
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 0 y 5 años	2010	59
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas entre 6 y 11 años		195
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 12 y 17 años		125
Número de casos denunciados de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años		ND





ESTADISTICAS DE ABUSO SEXUAL



197

Fuente: SIM (Sistema de Información Misional Modulo de Atención al Ciudadano) ICBF 2010 y SIAC (Sistema de Información al Ciudadano) ICBF 2005-2010

De acuerdo a información recopilada desde el consejo de prevención del abuso y la explotación sexual en NNA tenemos la siguiente información:

DESDE EL NIVEL NACIONAL

Durante 2006 el abuso sexual infantil en Colombia aumentó en un 6% respecto al año anterior. El rango más alto se encuentra en niños y niñas entre 5 y 14 años de edad.

Bogotá y Antioquia son identificadas como las zonas en donde más se cometen abusos. Se denunciaron 14.840 casos ante Medicina Legal en el último año.

El 86% de las víctimas de abuso sexual que se presentan en Medicina Legal son menores de edad.

12.247 niñas y 2.593 niños fueron abusados sexualmente durante el año pasado.

3 de cada 100 menores asistieron a Medicina Legal por abuso sexual.

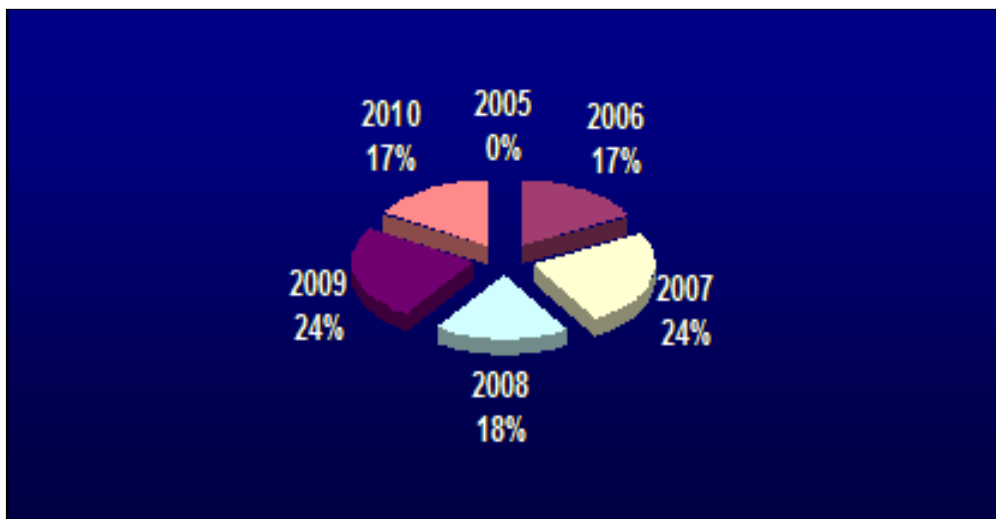
El silencio es la cifra más importante pues se estima que el 70% de los casos no es denunciado por temor, conflictos sociales o coerción.

Existen 2.406 casos reportados indirectamente por institutos médicos o servicios sociales obligatorios. Cada 14 minutos se presume que se presenta un caso de abuso sexual contra un menor de edad en Colombia, que es denunciado. Se cree que la cifra de casos no denunciados es mucho

Para el año 2005 no existe información, en el año 2006 existe subregistro, pero a partir de 2007 se normaliza el sistema de información y los datos registrados son veraces. El pico más alto de casos denunciados de 0 a 5 años es el año 2007 y el más bajo 2010.



Grafica 99. Número de casos denunciados de abuso sexual de 0 a 5 años.

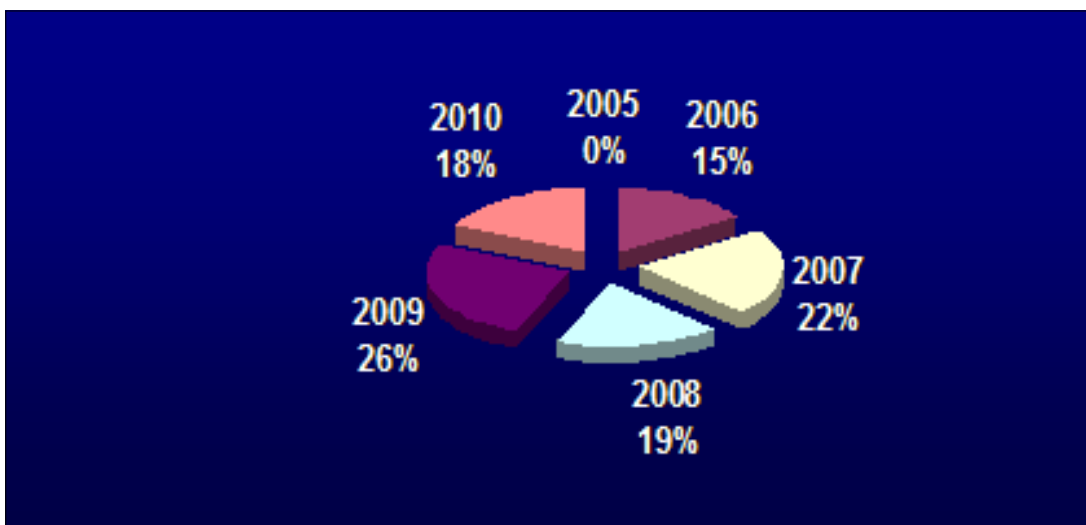


Fuente: Medicina legal Cartagena.

Los casos denunciados en 2009 representan el 24% del total al igual que el año 2007, los demás años participan casi en forma equitativa con un 18%.

Para la población infantil de 6 a 11 años las mayores denuncias para este delito corresponde al año 2009, (26%) le sigue 2007, (22%) con 155 casos y el año que menos casos se denunciaron fue el 2006 con un 15% de participación del total denuncias.

Grafica 100. Número de casos denunciados de abuso sexual de 6 a 11 años



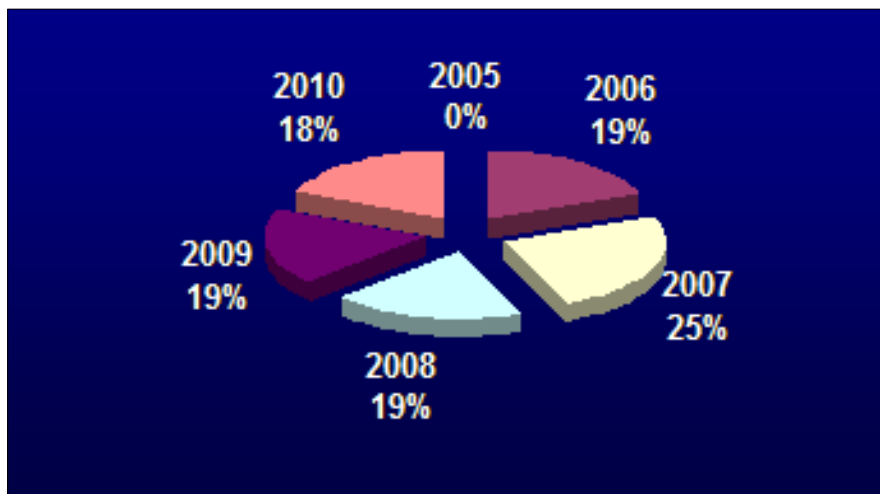
Fuente: Medicina legal Cartagena

Los mayores casos denunciados corresponden a las edades comprendidas entre los 12 y 17 años, llegándose a presentar cifras de 228 casos denunciados en 2007 y 179 y 176 casos en los años 2008 y 2006 respectivamente. Los porcentajes de estas denuncias por años están representados en la grafica siguiente:





Grafica 101. Número de casos denunciados de abuso sexual de 12 a 17 años.



Fuente: Medicina legal Cartagena.

- Tasa de informes periciales sexologicos en niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años.

Tabla 83. Tasa de dictámenes sexologicos en niñas, niños y adolescentes entre 0 y 17 años.

2005	2006	2007	2008	2009	2010
ND	0.05211	0.07072	0.057	0.067	0.05341

Fuente: Medicina legal Cartagena.

La tasa de Dictámenes Sexológicos en Niños, Niñas y Adolescentes en el Departamento de Bolívar para el periodo comprendido entre 2005 y 2010 es el siguiente: para 2005 no existen registros, para 2006 es de 0.05211, para 2007 de 0.07072 y de 0.0570, 0.067 y 0.05341 para los años 2008 al 2010 respectivamente.

En el siguiente cuadro esta la información detallada de la población de Infancia y Adolescencia de 0 a 17 años en todo el Departamento de Bolívar por años así:

Tabla 84. Población de 13 a 17 años.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
TOTAL POBLACION 13 - 17 AÑOS	ND	708,116.00	708,430.00	708,050.00	707,200.00	705,767.00

Fuente: Medicina legal Cartagena.

A continuación detallamos el número de casos de Dictámenes Sexológicos realizados a la población en mención entre los años 2006 al 2010.



Tabla 85. Numero dictámenes sexologicos realizados en personas 13 a 17 años.

2005	2006	2007	2008	2009	2010
ND	369	501	404	475	377

Fuente: Medicina legal Cartagena.

1.3.5.4.2. **Objetivo de política: Ninguno en Actividad Perjudicial.**

Trabajo Infantil.

- Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años, que participan en una actividad remunerada o no.

A Nivel Nacional en el 2005 el Numero de NNA trabajadores disminuyo en 122.863 al pasar de 1.180. 863 a 1.058.000 según el DANE.

El ICBF Regional Bolívar atendió entre el 2005 y 2008, 1.200.000 NNA a razón de 300 NNA

anuales, a través de tres instituciones de protección que son la Asociación de padres de familia menor trabajador en el Carmen de Bolívar ALE-LI, Asociación de padres de familia del hogar del niño nueva Esperanza en Magangué y Fundación Semillas de Esperanza en Cartagena, en el 2009 y 2010 se incrementa anualmente la población atendida en 330 NNA mas, atendiendo un total desde 2005 al 2010 de 2.460 NNA, la atención a esta población incrementa porque a partir del 2009 se viene trabajando con familias y NNA de las minas en los municipios de Santa Rosa Del Sur, Barranco de Loba y San Martin de Loba .

Tabla 86. La población atendida por el ICBF.

Municipio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Cartagena	100	100	100	100	100	100	600
Magangué	90	90	90	90	90	90	540
Carmen de Bolívar	110	110	110	110	110	110	660
Santa Rosa del Sur					170	170	340
Barranco de Loba					130	130	260
San Martin de Loba					30	30	60
Total	300	300	300	300	630	630	2.460

Fuente: ICBF.

La gestión y estrategias preventivas utilizadas para evitar o minimizar la situación del trabajo infantil. En las instituciones del ICBF son:

- **Programa de Formación en valores:** se desarrolla como un proceso de interiorización a través de la explicación de los conceptos y la

aplicación de los mismos en la práctica con vivencial, se utiliza para fortalecer la autonomía de los NNA y darle a conocer sus derechos y sus deberes; así como para asumir elementos de cultura ciudadana que mejoran su calidad de vida. Este proceso ha servido a los NNA por que han asumido una actitud consciente sobre su





condición y por lo tanto hacen respetar sus derechos y aumentan su autoestima, lo cual evita ser maltratado o explotado por que se valoran.

- **Programa de utilización del tiempo libre:** a través del programa hemos establecido una estrategia fundamentada en el aprender jugando, de esa forma las actividades realizadas están enmarcadas en procesos integradores y de promoción humana. En este orden los NNA realizan juegos que les permiten estrechar lazos de hermandad y buen manejo de relaciones personales a demás de cumplir con su derecho a la recreación que es fundamental para su desarrollo personal. Dentro de la jornada concerniente al programa tenemos: Viernes recreativos desarrollado por medio de juegos de mesa, campeonatos de ajedrez, torneo de futbolito mixto, salidas a la ciudad de Cartagena en coordinación y apoyo de la Armada Nacional, concursos de baile.

- **Programa de formación para el trabajo:** se establecen estrategias de prevención y apoyo para la prevención del trabajo infantil a través de talleres formativos y reflexivos dirigidos a los NNA y sus familias para el conocimiento de sus derechos fundamentales, la normatividad laboral nacional e internacional y todo lo que respecta a la explotación y trabajo infantil. El programa incluye algunas actividades de identificación y estimulación de habilidades por medio de la formación pre vocacional en artesanías y material reciclable, además del taller de panadería y modistería. Conocimiento de los NNA, padres y/o cuidadores de las causas, consecuencias y peores formas del Trabajo Infantil. Compromiso de padres y/o cuidadores por detener sus causas y asumir responsabilidades como garantes de derechos. La participación efectiva de los padres y/o cuidadores a los Semilleros de Orientación y Formación Familiar.

- **Estrategia traviesa travesía:** es una técnica que ha resultado muy benéfica para nuestros NNA debido a la posibilidad de trabajar con base en experiencias vivenciales y utilizando como estrategias el juego, la lúdica y la creatividad, relacionada con la realidad de la infancia que se encuentra en riesgo de explotación laboral o que

está siendo explotada laboralmente en nuestro municipio. Mediante ésta técnica se les ha ofrecido a los NNA la posibilidad de observar y percibir su realidad como sinónimo de maltrato, indefensión y castradora de sueños, pero también de verla como oportunidad y fortaleza la educación, la formación vocacional y el emprendimiento.

- **En las minas:** Se viene trabajando con las familias soporte psicosocial, fortalecimiento a la familia, procesos de restablecimientos de derecho uso recreativo del tiempo libre, capacitación a padres de familia, docentes y adolescentes, coordinación con el SENA, y proyectos productivos los cuales deben garantizar que estas familias cambien su actividad laboral y por ende los NNA no ingresen a laborar en ninguna acción del proceso de extracción de oro. Los proyectos productivos a iniciar se relacionan a continuación están en San Martín de Lobos 9 proyectos, 6 en barranco de loba y 4 en santa rosa del Sur para un total de 19 proyectos productivos.

- Número de niños, niñas y adolescentes entre 5 y 17 años que trabajan 15 o más horas en oficios del hogar.

Esta Información se reporta mediante los cupos atendidos de NNA en las instituciones de protección, de ellas se trabajo con 18 niñas en el 2010 en Cartagena, esta cifra ha venido disminuyendo en relación con las cifras del 2005 (30) 2006 (28) 2007 (24) 2008 (21) y 2009 (25) las cuales oscilaban en 27 niñas, lo anterior debido a la vinculación sistemática de esta población al sistema educativo formal, a las actividades formativas de emprendimiento (Talleres prácticos realizados en las instituciones) con las familias y los jóvenes, además de generar cambios de actitud en los representantes legales de los Niños, niñas y adolescentes en cuanto a que estos deben atender su verdadero rol, que es estudiar, jugar y divertirse, y no roles de adulto que es trabajar y ser corresponsables en atender las necesidades básicas de sus hijos, sin exponerlos a riesgos al asumir labores que no son propias de su edad. En Magangué y el Carmen de Bolívar esta cifra es baja porque los NNA se dedican en mayor proporción a ventas callejeras.



- Número de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años explotados sexualmente.

Esta población durante los años 2005-2010 se mantiene en un promedio similar debido a las características de la ciudad, el turismo y las épocas de fiestas. El ICBF Regional Bolívar atiende esta población mediante el contrato de aporte con instituciones de protección como Renacer, Restaurar y Hombres de mi Tierra.

Existen muchos factores que propician, favorecen o facilitan la ocurrencia de la Explotación Sexual Comercial en Niños, Niñas y Adolescentes (ESCNA), dentro de los cuales se identifica, la violencia y la falta de reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, que generalmente producen esquemas sociales de poder y desigualdad. El acto de prostituir expresa una forma más de explotación humana, esta violencia sistemática y exclusión de la víctima se hace patente cuando se ve socialmente el problema, como de mujeres prostituidas haciendo invisible las redes que controlan el negocio y quienes las reclutan, trafican, explotan y esclavizan. El silencio, la complicidad, la corrupción de funcionarios y policía, la débil aplicación de las leyes y sociedades llenas de prejuicios posibilitan el maltrato y victimización de los más débiles.

En cuanto al modelo educativo y cultural patriarcal a pesar de los avances generados por los movimientos de mujeres aun hoy impera un modelo educativo que acepta y promueve la dominación del hombre sobre la mujer, que favorece la iniciativa sexual del hombre y pone a la mujer al servicio de las apetencias sexuales de aquel. La sexualidad se convierte en un asunto de poder y de violencia sobre las mujeres, la trata como objetos sexuales y las descalifica, cuando asumen su sexualidad de manera autónoma. Por otro lado la coacción y el abuso de poder son factores que no están ausentes en la utilización de los niños, niñas y adolescentes en la prostitución, están ejercidos, casi siempre, por los progenitores, compañeros sentimentales, u otras personas a cargo de los niños, niñas y adolescentes, y en cualquiera que sea el caso, buscan la obtención de beneficios a través de la explotación.

Ante el incremento de los casos de Explotación Sexual en el Departamento de Bolívar, de acuerdo a las estadísticas reportadas en los di-

ferentes Centros Zonales de la Regional Bolívar y las 32 Comisarías que existen en los diferentes municipios, se hace necesario desarrollar un Proyecto de Prevención al Abuso y/o Explotación Sexual que enmarque acciones conjuntas con los organismos del estado, dirigidas a los Establecimientos Educativos Oficiales más vulnerables de la región, con el fin de implementar programas de promoción, detección e intervención a los Niños, Niñas y Adolescentes en especial a todos aquellos que han sido excluidos de los bienes y servicios sociales, con el fin de restituir sus derechos; comprender mejor sus vidas, fortalecerlos como sujetos de derecho, crear contextos que le permitan valorarse más y construir proyectos de vida.

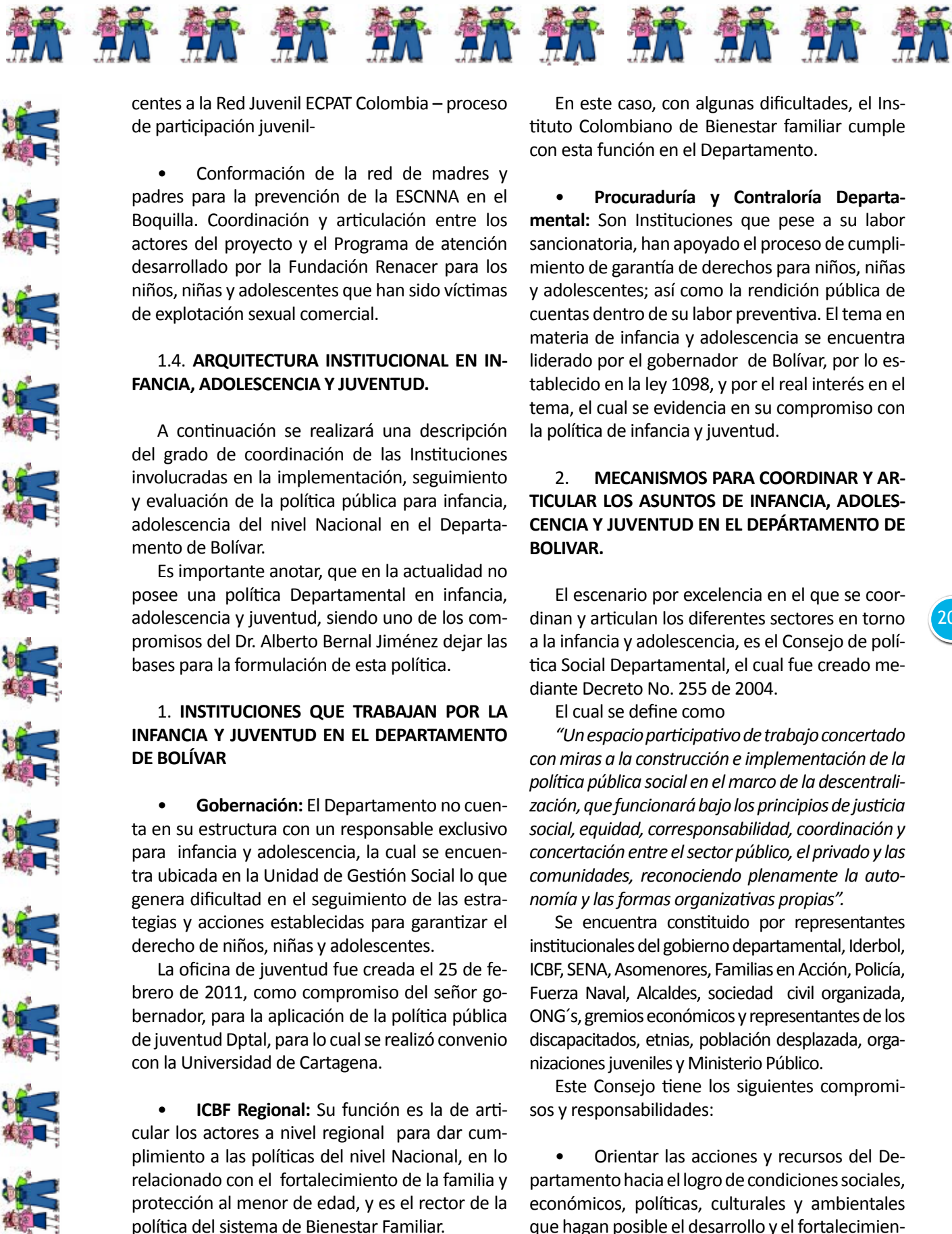
Conforme a lo anterior, Colombia ha fundamentado su actuar en la través del plan de acción de la institución desde el Consejo Distrital para la atención y protección integral a los menores abusados y explotados en la ciudad de Cartagena, el cual fue creado mediante el acuerdo 012 del 11 de mayo de 1999, emanado del Concejo Distrital de Cartagena, como una entidad asesora y consultora, cuyo fin será fomentar y garantizar políticas tendientes a la ejecución del programa y la asignación presupuestal que permita los objetivos trazados. Este consejo lo integran representantes de entidades públicas, privadas y comunitarias que desarrollan planes y proyectos encaminados a la atención de la problemática como son:

- Alcaldía de Cartagena de Indias o su Delegado
- Comandante de Policía de Bolívar
- Director del ICBF Regional Bolívar
- Director del DADIS
- Secretario del Interior Distrital
- Secretaria de Participación y Desarrollo Social Distrital
- Defensor del Pueblo
- Personería Distrital
- Director Seccional DAS
- Director Seccional fiscalía
- Procurador de Familia
- ONG-REPRESENTANTE(TDH)
- Dos Concejales del Distrito de Cartagena.

Logros Importantes.

- Vinculación de **80** niños, niñas y adoles-





centes a la Red Juvenil ECPAT Colombia – proceso de participación juvenil-

- Conformación de la red de madres y padres para la prevención de la ESCNNA en el Boquilla. Coordinación y articulación entre los actores del proyecto y el Programa de atención desarrollado por la Fundación Renacer para los niños, niñas y adolescentes que han sido víctimas de explotación sexual comercial.

1.4. ARQUITECTURA INSTITUCIONAL EN INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

A continuación se realizará una descripción del grado de coordinación de las Instituciones involucradas en la implementación, seguimiento y evaluación de la política pública para infancia, adolescencia del nivel Nacional en el Departamento de Bolívar.

Es importante anotar, que en la actualidad no posee una política Departamental en infancia, adolescencia y juventud, siendo uno de los compromisos del Dr. Alberto Bernal Jiménez dejar las bases para la formulación de esta política.

1. INSTITUCIONES QUE TRABAJAN POR LA INFANCIA Y JUVENTUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOLÍVAR

- **Gobernación:** El Departamento no cuenta en su estructura con un responsable exclusivo para infancia y adolescencia, la cual se encuentra ubicada en la Unidad de Gestión Social lo que genera dificultad en el seguimiento de las estrategias y acciones establecidas para garantizar el derecho de niños, niñas y adolescentes.

La oficina de juventud fue creada el 25 de febrero de 2011, como compromiso del señor gobernador, para la aplicación de la política pública de juventud Dptal, para lo cual se realizó convenio con la Universidad de Cartagena.

- **ICBF Regional:** Su función es la de articular los actores a nivel regional para dar cumplimiento a las políticas del nivel Nacional, en lo relacionado con el fortalecimiento de la familia y protección al menor de edad, y es el rector de la política del sistema de Bienestar Familiar.

En este caso, con algunas dificultades, el Instituto Colombiano de Bienestar familiar cumple con esta función en el Departamento.

- **Procuraduría y Contraloría Departamental:** Son Instituciones que pese a su labor sancionatoria, han apoyado el proceso de cumplimiento de garantía de derechos para niños, niñas y adolescentes; así como la rendición pública de cuentas dentro de su labor preventiva. El tema en materia de infancia y adolescencia se encuentra liderado por el gobernador de Bolívar, por lo establecido en la ley 1098, y por el real interés en el tema, el cual se evidencia en su compromiso con la política de infancia y juventud.

2. MECANISMOS PARA COORDINAR Y ARTICULAR LOS ASUNTOS DE INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN EL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR.

El escenario por excelencia en el que se coordinan y articulan los diferentes sectores en torno a la infancia y adolescencia, es el Consejo de política Social Departamental, el cual fue creado mediante Decreto No. 255 de 2004.

El cual se define como

“Un espacio participativo de trabajo concertado con miras a la construcción e implementación de la política pública social en el marco de la descentralización, que funcionará bajo los principios de justicia social, equidad, corresponsabilidad, coordinación y concertación entre el sector público, el privado y las comunidades, reconociendo plenamente la autonomía y las formas organizativas propias”.

Se encuentra constituido por representantes institucionales del gobierno departamental, Iderbol, ICBF, SENA, Asomenores, Familias en Acción, Policía, Fuerza Naval, Alcaldes, sociedad civil organizada, ONG's, gremios económicos y representantes de los discapacitados, etnias, población desplazada, organizaciones juveniles y Ministerio Público.

Este Consejo tiene los siguientes compromisos y responsabilidades:

- Orientar las acciones y recursos del Departamento hacia el logro de condiciones sociales, económicos, políticas, culturales y ambientales que hagan posible el desarrollo y el fortalecimiento



to de los derechos y de las capacidades y oportunidades de los niños, las niñas, adolescentes, juventud, familia, mujer, adulto mayor, población con discapacidad, población desplazada por la violencia y grupos étnicos como sujeto en ejercicio responsable de sus derechos.

- Mantener actualizados los sistemas, las estrategias de información que permitan funda-

mentar la toma de decisiones adecuadas y oportunas sobre la materia.

- Diseñar y poner en marcha acciones para lograr la inclusión de la población infantil más vulnerable a la vida social en condiciones de igualdad.

Cuenta con diferentes sub comités como se aprecia a continuación:

Ilustración 12. Cinco Subcomités dentro del Consejo de Política Social del Departamento de Bolívar.



Fuente. Elaboración propia.

Como comité permanente opera el Subcomité Permanente del Análisis y Política de Infancia y Familia, el cual está integrado por representantes del ICBF, Asomenores, Secretaria de Educación y Cultura, Oficina del Trabajo, Iderbol, Oficina de la Gestión Social; Unidad de Desarrollo Social del Departamento Administrativo de Planeación, Procuraduría Judicial de Familia, ONG's y de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Estupefacientes.

El Decreto 255 de 2004 fue modificado por el Decreto 318 de 2011, en el cual se ratifica la

existencia y los integrantes del Subcomité Permanente del Análisis y Política de Infancia y Familia.

Con el Decreto No.299 de Mayo 18 de 2011 se creó el Comité Coordinador para la Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil y la Protección del Niño, Niña y Adolescente Trabajador del Departamento de Bolívar. Este Comité de carácter permanente está integrado por representantes del Ministerio de Protección Social, del gobierno departamental, ICBF, Iderbol, Sena, Central Obrera y de los empleados de Bolívar.





3. SITUACION ORGANIZACIONAL PARA ATENDER LOS ASUNTOS DE LA INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

Políticas. Las estrategia y acciones en torno a la garantía de derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes se definen de acuerdo a lo establecido en la Ley 1098 “Código de infancia y adolescencia”, los direccionamientos establecidos por la “Estrategia hechos y derechos” y lo establecido en los concejos de política social.

Planeación. La planeación de acciones y estrategias se logra a partir de:

1. El cumplimiento a lo establecido en el plan de desarrollo “UNIDOS POR LA PROSPERIDAD” de Noviembre 2010 a Diciembre 2011.
2. Dar cumplimiento a las recomendaciones de la **estrategia hechos y derechos**.

Siendo lo anterior, lo que determina las intervenciones, estrategias y acciones para la garantía de los derechos de la infancia, la adolescencia y la

juventud del departamento de Bolívar.

Coordinación estratégica.

La coordinación estratégica se encuentra en cabeza de la oficina de Gestión Social, que tiene como función la ejecución de las políticas públicas de la infancia, adolescencia y juventud, articulando con las diferentes secretarías de despacho para la formulación de estrategias y acciones con el objeto de lograr la garantía de derechos de infancia, adolescencia y juventud, con el apoyo de la dirección de planeación departamental.

Financiación.

En el plan de inversiones del plan de desarrollo departamental 2010-2011, se indicó una inversión en el Programa Infancia y Adolescencia por valor de \$164 millones con cargo a los recursos de Ingresos Corrientes de Libre Destinación. Esta inversión no ha sido posible cumplirla por cuanto no han ingresado al erario público los recursos esperados.

Tabla 87. Indicadores Sectoriales.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PRIMERA INFANCIA	ND	100.000.000,00	ND	ND	104.850.000,00	ND
INFANCIA	490.000,00	ND	ND	ND	ND	ND
ADOLESCENCIA	ND	ND	ND	ND	ND	ND
EDUCACION	2.000.000,00	6.000.000,00	ND	ND	ND	ND
SALUD	ND	100.000.000,00	144.000.000,00	ND	ND	300.000.000,00
EDUCACION	ND	ND	2.000.000,00	ND	ND	ND
SANEAMIENTO AMBIENTAL	ND	ND	ND	ND	ND	ND
RECREACION	ND	ND	ND	150.000.000,00	ND	ND
CULTURA	ND	ND	ND	ND	500.000.000,00	929.350.000,00
DEPORTE	ND	ND	ND	ND	210.150.000,00	ND
TOTAL	2.490.000,00	206.000.000,00	146.000.000,00	150.000.000,00	815.000.000,00	1.229.350.000,00

Fuente: Propia.

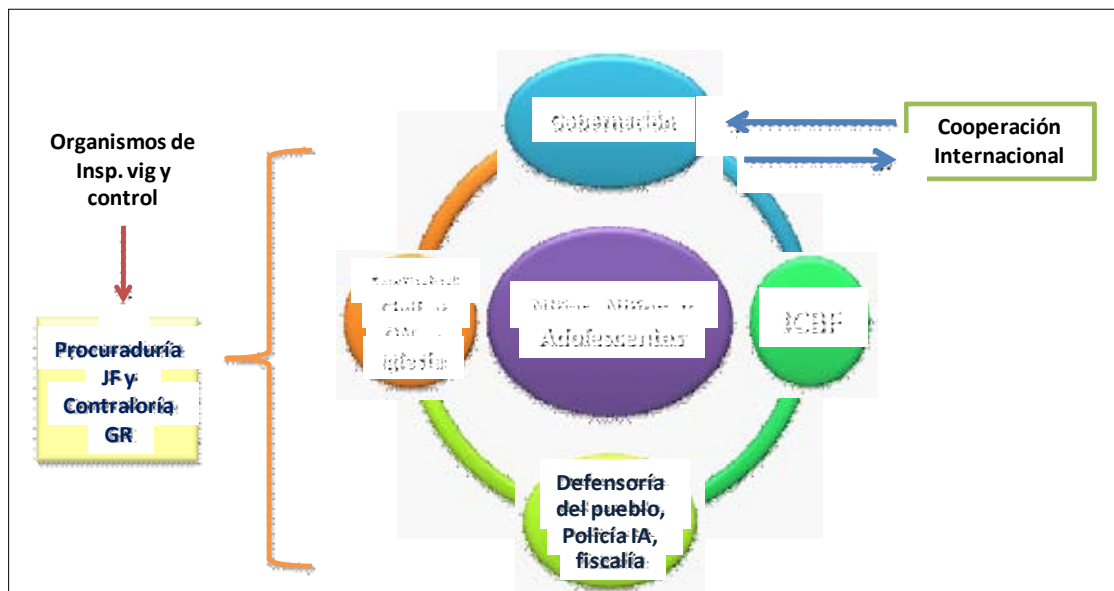
ASPECTOS IMPORTANTES A TENER EN CUENTA EN MATERIA DE ARQUITECTURA INSTITUCIONAL.

En la coordinación y articulación de las instituciones responsables en los asuntos de infancia, adolescencia y juventud en el departamento de Bolívar se cuenta con el Consejo de Política Social.

En relación con la coordinación y articulación de los asuntos de infancia, adolescencia y juventud, se encuentra incipiente, debido a que es esta administración la que ha fortalecido el tema y la que busca la formulación de la política de infancia, adolescencia y juventud, mediante convenio marco de asistencia técnica con UNICEF.



PROPUESTA DE ARQUITECTURA INSTITUCIONAL



1.5. BUENAS PRÁCTICAS.

206

El Gobierno del Departamento de Bolívar desde todas sus Secretarías, desarrolla diferentes programas para atender a la población en especial aquellas franjas con más dificultades a fin de disminuir los factores de vulnerabilidad, a través del incremento de factores protectivos y de generatividad que posibiliten el logro de niveles de vida apropiados en lo cual ha tenido resultados favorables en los grupos poblacionales en general, destacándose en este caso, la franja de Niños, Niñas y Adolescentes vinculados a procesos judiciales como autores o partícipes de conductas punibles en el Departamento de Bolívar y otros Departamentos de la Costa Norte de Colombia.

ASOMENORES es una Entidad Garantista de Derechos, por lo que se rige además de la reglamentación Nacional y las disposiciones del ICBF como ente rector del sistema, por la Reglas de BEIJIN para los menores privados de la libertad logrando articular un proceso de atención basado en las cuatro grandes áreas de derecho (Existencia, Desarrollo, Protección y participación).

Para el logro de los objetivos propuestos se cuenta con la participación en calidad de socios de la Gobernación de Bolívar y la Alcaldía del DTyC de Cartagena así como el Instituto Colom-

biano de Bienestar Familiar, el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA y la Policía Nacional. Cada Entidad efectúa aportes relacionados con su naturaleza Jurídica, el ICBF y los Entes territoriales para funcionamiento del programa el Sena instructores de taller y materia prima para los talleres de capacitación vocacional y prelaboral. La Policía Nacional aporta las unidades de vigilancia y seguridad. Así mismo, a través de los Entes Territoriales se logra articular servicios de salud, educación, recreación, deporte. Se tiene convenios de Cooperación Docente con diversas Universidades de la ciudad.

Desde el 9 de Diciembre de 1991 la Entidad viene funcionando de manera continua atendiendo más de (7.000) siete mil adolescentes y a un número igual de familias obteniendo logros significativos en términos de jóvenes vinculados. Es por esta razón y a pesar del trabajo de diferentes organizaciones a favor de la infancia del Departamento que se presenta como buena práctica esta Institución cuyo lema es "EDUCANDO EN LIBERTAD PARA LA LIBERTAD".

ANTECEDENTES.

La ASOCIACION PARA LA REEDUCACION DE LOS MENORES DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR "ASOMENORES", inicia su labor de reeducación desde el año 1991, en respuesta a lo





requerido por el Código del Menor (Ley 2737 de 1989) y con el objeto de atender a los jóvenes infractores de la ley penal en el departamento de Bolívar. Esto bajo una perspectiva garantista de derecho, la cual establecía como uno de sus principios rectores la reeducación de los jóvenes para reintegrarlos a su medio social con un proyecto de vida digno basado en su realidad.

A partir de la puesta en marcha de la Ley 1098 de 2006 o ley de Infancia y Adolescencia, (En Junio del 2009 para la Costa Norte de Colombia) se paso al Sistema de Responsabilidad Penal del Adolescente (Modelo Restaurativo) por lo que se cambio la forma de mirar al adolescente responsable de conductas punibles, no ya desde un modelo Tutelar sino del modelo propio del Sistema de Responsabilidad Penal el cual por medio de la acción pedagógica se promueve en el adolescente, espacios de reflexión que hacen visibles las acciones para el reconocimiento de responsabilidad sobre el delito, motivación para la aceptación y reparación de los daños causados a las víctimas, de tal forma que, se establece una relación educativa encaminada a desarrollar la plena conciencia como ciudadano activo y responsable.

CONTEXTO.

ASOMENORES es una Entidad de carácter Departamental de beneficio común sin ánimo de lucro presidida por el Señor Gobernador del Departamento de Bolívar cofinanciada por el ICBF Regional Bolívar, Alcaldía del DT y Cultural de Cartagena de Indias, el Sena Regional Bolívar, y la Policía Nacional.

Tiene como objetivo garantizar la Protección Integral, la Educación y la Restauración con el apoyo de la Familia y Especialistas de los adolescentes en edades comprendidas entre 14 hasta los 17 años, pudiendo permanecer hasta cumplir los 21 años remitidos por autoridades competentes como autores o partícipes de la comisión de conductas punibles. Se trabaja en la prospección y construcción de una nueva realidad en donde la RESPONSABILIDAD es el medio fundamental para lograrlo.

La experiencia se ubica en el departamento de Bolívar en que se cuenta con dos Sedes: Una en Cartagena de Indias Barrio Zaragocilla y otra en el Municipio de Turbaco, Sector La Granja.

La población beneficiaria son los Niños, Niñas y Adolescentes autores y/o partícipes de conductas punibles a cargo de Jueces de Infancia y Adolescencia del Departamento de Bolívar y otros Departamentos de la Costa Atlántica.

LÍNEA BASE DE LA EXPERIENCIA.

La situación institucional antes de la experiencia en la que se toma como línea de división los ajustes al modelo pedagógico y terapéutico, suponían una atención desde las diferentes áreas con carencia de integralidad, con un sentido humano no sistematizado, la población atendida no incluía en su mayoría casos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, no existían criterios claros de ingreso y éste estaba determinado por la remisión directa del Juez para el cumplimiento de una medida por la comisión de una conducta punible, sin que se tomara en cuenta los conceptos y recomendaciones del Equipo Técnico, en caso de algunos limitantes o de personalidad que afectara los resultados de cambio en los individuos. Los recursos institucionales estaban limitados tanto en estructura física como en aportes de los entes responsables y derivado de estos la restricción de la oferta en cuanto a recursos y actividades engranantes del proceso.

La gestión administrativa se centraba en la satisfacción de necesidades inmediatas y no en una proyección institucional que se ajustara a las exigencias de una problemática creciente con visión de resultados efectivos.

La concepción del joven se limitaba a la de un infractor en cumplimiento de una medida legal determinado por las carencias de su medio social que se extendían a la institución donde se capacitaba en aptitudes y actitudes básicas sin una proyección de vida determinante sin contar además con la participación activa en la planeación de estos procesos de las familias.

MARCO CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO QUE SUSTENTA LA EXPERIENCIA.

Dentro de este trabajo es importante que se definan los conceptos claves con base a los cuales se trabaja ya que nuestra experiencia se fundamenta bajo el principio filosófico “EDUCAR EN LIBERTAD PARA LA LIBERTAD ” haciendo referen-



cia a que los jóvenes experimenten vivencias fundantes similares a las que cotidianamente se ven expuestos en su vida diaria exigiéndole la toma de decisiones determinantes para su proceso de vida, en donde ellos sean capaces de actuar de manera consciente frente a sus responsabilidades como individuos inmersos dentro de un contexto social con todas sus complicaciones, entendiendo este como el ambiente social natural dentro del cual ha socializado el joven, y que hace unas exigencias normativas de convivencia.

Tomando como base este referente y consciente de las necesidades de las personas atendidas que vienen siendo los usuarios del programa y quienes se impactan directamente con éste, este concepto es recogido de las teorías humanistas constructivistas desde el construccionismo social y desde el paradigma integral de la complejidad sistémico-ecológico generando desde nuestra experiencia, una necesidad imperante de brindar un trato humanizado para estos jóvenes que por circunstancias de vida se involucraron en situaciones de riesgos para su proceso de vida y/o personal y familiar que han sido estigmatizados socialmente como “malandros, drogadictos” hecho que estructura un auto concepto pobre y negativo que los lleva a desvalorizarse, siendo este uno de los focos de atención buscando conducir al joven a un proceso de reconceptualización de sí mismos, crear un concepto propio más sano y positivo, esto se realiza a través la creación de ambientes apropiados de aprendizaje los cuales vienen siendo escenarios de convivencia cotidianas a propósito creadas con características similares a los de su medio social en donde se les lleva a vivir de manera diferente experiencias iguales a las que tiene en la comunidad en que conviven, para lo cual se ofrecen las herramientas necesarias para afrontarlas de manera adecuada tomando como experiencia la interrelación directa del individuo con su medio y vivencia con el impacto emocional que estas experiencias dejan en este, esto lleva al joven a ver desde la perspectiva diferente la forma de relacionarse con su medio incluso en situaciones adversas y de esta forma afronten sus situaciones críticas en todos los ámbitos en que se desenvuelven.

Este proceso se realiza a través de la convivencia y participación dentro de los ambientes

de aprendizaje, utilizando Técnicas de Intervenciones Terapéuticas y Pedagógicas Integradas, tomando en cuenta la individualidad de las personas atendidas para los cuales se plantea un Plan de Atención Individual de acuerdo a las necesidades que se identifican desde su realidad personal, social y familiar, las cuales se abordan a través de intervenciones terapéuticas individuales y grupales, apoyadas desde la cotidianidad con señalamientos, confrontaciones y clarificaciones específicas frente a situaciones presentadas, cabe anotar que en estas se tiende a resaltar los espacios positivos y el aprendizaje que se puedan obtener de las experiencias vivenciadas. Dentro de estos ambientes se plantea la lúdica dirigida con un objetivo, el deporte, fortalecimiento de valores culturales, la música como cimiento terapéutico, actividades extra muros avalados por las autoridades competentes, tales como salidas recreativas, integraciones y fiestas juveniles, familiares, cine foro, cine a las estrellas, entre otras, las cuales son planteadas con la participación de los jóvenes. De igual forma se realizan talleres ocupacionales que a su vez revelan destrezas y habilidades en los jóvenes que ayuda en el proceso de reconceptualización, todo esto se realiza de manera sistemática bajo un marco filosófico de atención efectiva y de contacto físico revalorizado estrategias insertas desde la conceptualización de la Pedagogía de la Presencia.

PARTICIPACIÓN.

Partiendo de la concepción de los jóvenes como sujetos plenos de derecho, la institución abre espacios necesarios para la expresión libre de sus ideas, emociones y sentimientos, así como la participación en la toma de decisiones en aspectos de la dinámica institucional que son de su inherencia. Para esto se desarrollan grupos de encuentro diarios, asambleas, conformación de comités de trabajo, fortalecimiento del liderazgo y del sentido de pertenencia, brindándole oportunidades de ejercer apoyo institucional, periódicamente son elegidos a través del voto libre los miembros del comité del gobierno institucional. Poseen un Buzón de Sugerencias disponible para recibir comentarios y peticiones que son atendidas de manera oportuna. A las familias se les vincula como corresponsable en los





procesos de formación y atención, promoviendo permanentemente su participación activa y compromiso. Estos aportan a la institución la influencia de una dinámica autorreguladora, donde son significativos para la cotidianeidad, los avances como las debilidades presentadas siendo protagonistas de su propio cambio cada uno de los agentes que participan en este sistema.

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS.

Los recursos para el funcionamiento del programa son aportados de acuerdo a preceptuado en la Ley 1098 del 2006 de Infancia y Adolescencia, y la Ley 2737 del 1986 de acuerdo con lo estipulado en el convenio inter, administrativo, firmado entre las entidades aliadas, los aportes financieros son realizados por el Instituto colombiano de Bienestar Familiar Regional Bolívar, el distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias. La Gobernación del Departamento de Bolívar. El ICBF contrata mediante la modalidad de cupos de acuerdo a las necesidades de la Región y el Departamento y el Distrito en partes iguales asumen la diferencia que se encuentra en el presupuesto elaborado para la respectiva vigencia, cabe anotar que este presupuesto es elaborado de acuerdo a los requerimientos o lineamientos dispuestos por el ICBF como órgano rector de los programas de protección para cada Modalidad de atención de acuerdo con las demandas propias de la Institución. La Policía Nacional a través de la Policía de Infancia y Adolescencia, dispone de Patrulleros permanentes para cubrir la vigilancia y seguridad de cada una de las unidades o infraestructura en donde funcionan las Modalidades del Programa reeducativo. Así mismo, la Policía se encarga de la asignación de custodios y la logística de transporte para la movilización de los jóvenes tanto a las diferentes audiencias como a las diligencias de salud. El SENA Regional Bolívar es el encargado de asignar los instructores para los diferentes talleres e insumos de aprendizaje para los mismos.

Cabe resaltar el aporte de la **GOBERNACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE BOLIVAR** en la contratación de una Fundación, a través de la Secretaría Departamental de Educación la cual se encarga de impartir Educación Formal en Nivelación, Básica Primaria, y Secundaria hasta grado 11 con la metodología de

aceleración y Educación personalizada, llevando a la fecha cinco promociones de Bachilleres.

La UNICEF doto la escuela y la sala de sistemas. El Ministerio de Cultura a través de los programas de concertación aportó para el programa de Música como estrategia terapéutica y Pedagógica. Se cuenta con múltiples convenios con diferentes centros de educación superior en donde la institución se convierte en un excelente campo de formación de profesionales.

RESULTADOS ALCANZADOS.

Se considera que de la experiencia se han derivado dos productos fundamentales: Uno en el campo científico y otro en el campo humano.

En el campo científico se puede destacar la elaboración de un proyecto metodológico, pedagógico y terapéutico que direccionara el proceso reeducativo en forma armónica con sus circunstancias. Diseño e implementación del programa paralelo de atención a jóvenes infractores farmacodependientes PPAFIM, Proyecto de música-terapia y proyecto de ludomática como estrategia reeducativa. Así mismo, el Programa para transgresores sexuales, el de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva,

A nivel humano la experiencia, garantiza el proceso de inclusión social con el perfil de los jóvenes egresados que con su praxis denoten una vida enmarcada desde los valores, la autorregulación, autogestión, la trascendencia, autoconstrucción y autoafirmación como seres capaces de estructurar un proyecto de vida digno, además un sistema familiar con logros afectivos y efectivos adecuados y saludables empoderados de su realidad y congruentes con la definición de líneas vitales de crecimiento colectivo y un nivel de satisfacción altos con respecto a los logros alcanzados.

Lo anterior gracias al logro de objetivos como:

- Generación de compromiso para la gestión de procesos de empoderamiento que impacten en forma positiva el desarrollo personal, familiar y social.
- Potencialización del desarrollo de sus capacidades y el respeto a su dignidad posibilitando



la colaboración de proyectos de vida armónicos y acorde a sus circunstancias.

- Visualización del amor como principal elemento reeducativo entendido este como la aceptación, la entrega que los lleva a construir su autonomía resaltando la cotidianeidad como principal espacio formador en la reflexión oportuna en la acción que posibilite la transformación de sus procesos cognitivos.

- Integración y activación de todos los sistemas involucrados buscando el desarrollo no solo de los niños, niñas y jóvenes sino también el de sus familias y su comunidad, lo que les permita convertirse en gestores de cambio al interior de estas.

Para la obtención de estos logros se consideraron factores como la adaptación al sistema, identificación de problemáticas, profundización y autonomía y proyección. Bajo una concepción sistémica y humanizada de los procesos individuales en los que se toma en cuenta sus experiencias, tomadas estas como la interrelación directa con su medio.

Esta propuesta goza en la actualidad de reconocimiento local y regional por los jóvenes y familias beneficiadas que nuestra labor ha mejorado ostensiblemente su calidad de vida, la cual ahora es productiva y proyectiva. El impacto de los resultados alcanzados ha generado mayor interés y participación tanto en los procesos como en el cumplimiento de sus responsabilidades para el mantenimiento y mejoramientos institucional.

Dentro de todo este quehacer, el joven es consciente que es capaz de visualizar la realidad de su medio familiar y social que los créditos con los que salen son avalados por una institución nacional de alta credibilidad como lo es el SENA lo que le aumenta las probabilidades de iniciarse en su vida productiva. Los jóvenes se sienten más seguros de sí mismos, más tranquilos con un mayor conocimiento de ellos y de su realidad, hecho que les hace proyectar actitudes de autorregulación y autonomía con deseos de aportar a su medio y motivados a continuar con sus procesos de vida, no siendo determinados ya, no solo por sus necesidades básicas sino que contemplan la posibilidad de trascendencia.

Teniendo en cuenta que las conductas de los jóvenes se regulan en un medio controlado, como lo es el Institucional, se hace necesario que a su egreso estos jóvenes cuenten con un programa de reinserción social que dependa de los diferentes municipios del departamento donde se cuente con el acompañamiento para su incorporación adecuada al sistema educativo y/o laboral. Por otro lado el ICBF contrate la modalidad post institucional que permita fortalecer y consolidar el proyecto de vida de los jóvenes en medio social comunitario con la participación activa de la empresa privada que brinde oportunidades laborales y de formación a los jóvenes.

SOSTENIBILIDAD.

Se considera que nuestra experiencia es sostenible dada la trayectoria de casi 20 años de funcionamiento continuo con una permanencia y un crecimiento notorio, principalmente en los últimos diez años; es determinante la existencia de un convenio interadministrativo firmado desde 1990 que le da celeridad al compromiso del Estado frente a los aportes necesarios para su funcionamiento luego de la Constitución del 91 cobra relevancia el concepto de Corresponsabilidad y el interés superior de los NNA al igual que los logros obtenidos que han permitido el reconocimiento local, regional nacional e incluso Internacional.

La Metodología que se aplica en la Institución viene dada por el marco conceptual y metodológico expreso en los lineamientos técnicos determinados por el ICBF como Ente rector del sistema, lo cual permite la permanencia de esta en la Institución modificándose en la medida en que los modelos pedagógicos se varían de acuerdo con el énfasis de la Legislación. Se ha logrado además articular un gran grupo de colaboradores con sentido de pertenencia y orientación al logro cuya formación específica esta fortalecida con diversas Especializaciones, con estabilidad laboral lo que indican los bajos índices de rotación. Los procesos de selección del talento humano se efectúan con base a competencias donde la educación, la formación, la experiencia, y la actitud se engranan para garantizar un colaborador con las capacidades necesarias para ofrecer un proceso de atención acorde con los requerimientos de los jóvenes usuarios.





LECCIONES APRENDIDAS.

La humanización de procesos reeducativos y de rehabilitación cifrados en los siguientes pilares:

- Validar su esencia como persona,
- Mirar la persona no el error cometido,
- La autorregulación y la autogestión no es libre albedrío,
- La participación activa no es debilitadora del sistema,
- Educar en Libertad para la Libertad no es debilitamiento de la autoridad,
- La construcción de ambientes propios de aprendizaje son fundamentales para generar cambios.
- Participación activa de los afectados en la construcción de nuevos destinos solidarios.
- Inclusión social de la familia.
- La utilización de la pedagogía de la presencia como estrategia pedagógica efectiva.

Estas y otras lecciones son hoy en día la guía de los ajustes de nuevas estrategias pedagógicas

y terapéuticas, a si como materia de estudio e investigación tanto a nivel institucional como en entidades a fines, igualmente en centros de educación superior en el ambiente local y regional.

Como estrategia para el desarrollo de las acciones que implementa la Institución y con un abordaje con visión sistémica y ecológica se activan todos recursos disponibles en el medio entre los que destacan:

Departamento de Bolívar, Alcaldía Distrital de Cartagena de Indias, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Policía Nacional a través de la Policía de Infancia y adolescencia Defensoría del Pueblo, Procuraduría Departamental de familia, Defensoría de Familia, Juzgado de Infancia y Adolescencia, Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, Instituciones de Protección vinculadas al sistema Nacional de Bienestar Familiar SNBF, Secretaria de Salud y Educación, Hospitales Locales y Departamentales, Instituto de Medicina Legal de Cartagena; Universidad de Cartagena, Universidad de San Buenaventura de Cartagena, Universidad Tecnológica de Bolívar, Universidad Rafael Núñez, Corporación Regional Autónoma del Caribe, estas como parte de un sistema de red formal. Por otro lado se trabaja en red pero de manera informal con familia, colegios locales, entidades culturales locales, grupos comunitarios, empresa privada, instituciones religiosas, ONG'S que trabajan con pandillas y delincuentes.



CAPÍTULO II

2. INFORMACIÓN DE INTERÉS DE LA CIUDADANÍA.

Cabe anotar que en la actualidad la recepción de quejas y reclamos en la gobernación de Bolívar, para el caso que nos ocupa, tiene la connotación; que si bien es cierto son recibidas y posteriormente atendidas en la dependencia correspondiente, como lo es la Unidad de Atención al Ciudadano, la cual es el lugar donde se reciben las distintas peticiones, quejas, reclamos, etc y desde allí son direccionadas a las diferentes dependencias de la Gobernación de Bolívar, en la unidad mencionada no se clasifica la recepción de peticiones, quejas o reclamos que se presentan ante el ente territorial por tipo de población, solo se toman los datos generales y son direccionadas a la dependencia que corresponde, lo que quiere decir que no existe un software donde se pueda verificar la información de manera específica y se pueda llevar a cabalidad una estadística, con una base de datos donde se pueda tener la información exacta, de cuál es la incidencia en materia de petición, de quejas y reclamos de una población determinada en cuanto a infancia, adolescencia y juventud, para posteriores estudios, análisis y suministros de información a los distintos entes de control y ciudadanía en general.

Dentro del plan de mejoramiento se tiene establecido la implementación de un software, donde al momento de recepcionar la queja, reclamo, etc, por parte del ciudadano, se registren dentro de dicho programa o software cual es el objeto, la pretensión de la solicitud por parte del ciudadano, edad, sexo, si el beneficio es de interés general, colectivo o si es de interés particular, tipo de acción que instaura ante la gobernación, la procedencia del querellante, o peticionario, para poder así, verificar el nivel socioeconómico etc. En síntesis quien reciba estos datos en la oficina de atención al ciudadano, deberá digitalizar esta información, y enviarla a la dependencia que corresponda de manera específica y clasificada, por consiguiente cada dependencia que reciba la información proveniente de la oficina

de atención al ciudadano, la deberá digitalizar de igual forma, ya sea en el nivel central o descentralizado, las acciones de tutelas o cualquier otro medio constitucional de ejercicio ciudadano. Lo anterior con la finalidad de hacer uso objetivo de informaciones solidas en las bases de datos y que periódicamente se realicen análisis de esta recopilación detallada.

2.1. CONSULTA A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES.

De acuerdo con la división político-social del departamento de Bolívar, se trabajaron los municipios pertenecientes al Zodes Dique, Zodes Montes de María, Zodes Depresión Momposina y Magdalena Medio donde se inicio el proceso de socialización la Ley de Infancia y adolescencia 1098 del 2006. Este proceso conto con el apoyo de los directores de CALSE (centro administrativo local de servicio educativo), los cuales se comprometen a seleccionar los niños de diferentes instituciones educativas, con la inclusión de minorías étnicas, desplazados, y discapacitados, teniendo en cuenta la participación de docentes, padres de familia y organizaciones de base comprometidas en la defensa de los derechos del menor.

Se socializo la ley de infancia y adolescencia con los rectores de colegios de todos los municipios del departamento.

CONSULTA A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JOVENES SOBRE EL AVANCE EN LA GARANTIA DE SUS DERECHOS.

La consulta se baso en una serie de preguntas con las que se buscaba identificar las condiciones particulares, personales, familiares, de su barrio, y la relación con sus derechos en diferentes áreas, a partir de su participación en diferentes experiencias.

DERECHO DE EXISTENCIA:

Ámbito Individual:

Sobre su salud: los NNJ, muestran mucha preocupación por su estado nutricional y alimenticio, considerando fundamental y básico una buena alimentación y la ingestión de grandes cantidades de agua.

Ámbito Familiar: Salud de su grupo familiar:





Se refieren sobre todo a los alimentos que se consumen dentro de sus núcleos familiares.

Ámbito Comunitario: Salud Comunitaria:

Salud en su barrio: Manifiestan no gustarles el mal estado de sus calles, basuras, y el ruido producidos por los “picop”

DERECHO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Ámbito Individual:

Sobre su educación: Manifiestan preocupación por el estado en que se encuentran los establecimientos de educación: hacinamiento, mal estado de baterías sanitarias, falta de equipos tanto de laboratorio como de computadores adecuación para discapacitados, capacitación a profesores en tecnología de punta, espacios propios para recreación y deportes, seguridad, salón de primeros auxilios, falta de equipo de atención sicosocial.

Ámbito Familiar: Se quejan mucho de las personas mayores que están conviviendo con ellos, algunos dicen que son muy aburridos, que les reprimen un poco su diversión, que se “pone intensa” están un poco viejos y les da miedo que les ocurra algo.

Ámbito Comunitario: Dicen que hay algunos vecinos que son muy bulleros, y que a veces se forman peleas entre personas adultas porque ingieren bebidas alcohólicas, y eso no les gusta.- Todos los niños asisten a la escuela, y que en su gran mayoría están en la jornada de la mañana, los que están en bachillerato asisten a la escuela en la jornada de la tarde, y algunos pocos a la nocturna.- Cuando no se está en época escolar sus ratos libres lo utilizan para recrearse haciendo deportes como futbol, beisbol, etc, muchas veces en campos no habilitados para hacer deportes por la carencia de parques y canchas deportivas.

DERECHOS DE PROTECCION:

Ámbito Individual: Todos los NNJ, entrevistados no manifestaron haber sido objeto de ningún tipo de violencia o maltrato por parte de sus familiares o profesores, por el contrario se observa un fuerte sentimiento de amor hacia sus padres, hermanos, compañeros y demás miembros de sus familia y de su comunidad. En algunos casos mencionaron tener a “su mejor amigo”.-

Ámbito Familiar: Con relación a su núcleo familiar, está muy arraigado el sentimiento de amor y respeto que se deben profesar mutuamente.-

Ámbito Comunitario: Ellos manifiestan que dentro de sus comunidades no hay violencia contra los niños.-

DERECHOS DE CIUDADANIA:

Ámbito Individual: Todos los niños, niñas y adolescentes y jóvenes, manifestaron poseer tarjetas de identidad, ya que ese derecho se lo exigen como requisito para poder ingresar a la escuela.-En su mayoría no pertenecen a ningún tipo de movimiento, algunos jóvenes pertenecen a las bandas de paz de los diferentes colegios.-

Ámbito Familiar: Dentro de los núcleos familiares todos en su gran mayoría poseen “papeles”, o documentos de identidad.- En sus comunidades si existen organizaciones de carácter comunal, las cuales realizan actividades en beneficio de todos los habitantes de sus sectores, y donde hay algunos miembros de sus familias participando.

Ámbito Comunitario: Es común escuchar en las comunidades que la gente “no tiene papeles”, sobre todo cuando la policía hace brigadas.- En la mayoría de las comunidades algunos de sus miembros pertenecen a juntas administradoras locales, ediles, son madres comunitarias, juntas de acción comunal, de parques, de viviendas, comités deportivos, etc.

DISCAPACIDAD.

El enfoque diferencial se ha trabajado desde la Gobernación de Bolívar- Unidad de Gestión Social y el Despacho de la Primera Dama del Dpto. de Bolívar, tal como lo estipula, concadenada con la Ley de Infancia la Ley 1145 de 2007, crea y regula el sistema de atención integral a la población en o con situación de discapacidad, se pretende dar operatividad a los comités municipales, para que a través de ellos, esta población pueda acceder a los sistemas de salud, educación, recreación, vivienda, a la fecha el Departamento de Bolívar a través de procesos de asistencia técnicas ha logrado que veinte (20) municipios del Dpto. de Bolívar cuenten con los Comités Municipales de Discapacidad operando.



Siguiendo enfoque diferencial la Unidad de Gestión Social en coordinado con la Secretaria de Obras Publicas ha socializado la necesidad de construir rampas de acceso a la Gobernación de Bolívar para la población discapacitada, esta normatividad se ha socializado en instituciones del estado de seis (6) municipios de la Zodes Loba, La población en situación de discapacidad

ha sido una prioridad para la Gobernación de Bolívar, con el objetivo de aunar esfuerzo y lograr mejorar la calidad de vida de esta población el Despacho de la Primera Dama y la Unidad de Gestión Social en coordinación con la Secretaria de Salud han entregado ayudas técnicas (sillas de rueda) a 23 niños, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad.





CAPÍTULO III

3. EVALUACIÓN PROSPECTIVA SOBRE EL PROCESO DE GESTIÓN PARA LA GARANTÍA DE DERECHOS DE INFANCIA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

1. ¿Qué asuntos considera estratégicos para garantizar la sostenibilidad de las políticas, programas y proyectos para la garantía de los derechos de las niñas, niños adolescentes y jóvenes, que durante su administración mostraron mejores resultados?

En relación con los temas que le competen a la unidad de cobertura los asuntos relevantes que garantizan la sostenibilidad de los derechos fundamentales de niños, niñas, adolescentes y jóvenes son: La gratuidad educativa, Acceso y permanencia al sistema educativo en condiciones de equidad de los estudiantes a través de estrategias muy conocidas en el departamento como son; alimentación escolar, transporte escolar, kit escolares, dotación de aulas informáticas.

2. ¿Qué acciones políticas y técnicas deberían desarrollar las entidades del orden nacional para asegurar que los próximos gobernantes realicen un ejercicio de planificación basado en evidencia que identifique los campos estratégicos con sus respectivas fuentes de financiación que contribuya a garantizar los derechos de esta población?

Dotar a todos y cada uno de los establecimientos educativos de equipos tecnológicos a la altura

de los tiempos modernos y garantizar un servicio de conectividad continua y permanente que permita el acceso a la información de manera oportuna y real que le permita a los dirigentes tomar acciones objetivas acorde a los resultados de los análisis de indicadores, establecer los medios legales que obliguen a los encargados de reportar la información de matrícula, lo hagan con el detalle y el complemento necesario en concordancia con las demás fuentes de información como son: Registraduría, ICBF, Red Unidos, Acción Social etc. Permitiendo la unificación de la información.

3. ¿Qué acciones estratégicas de fortalecimiento institucional se deben realizar para minimizar los efectos del cambio de gobierno en asuntos de coordinación y articulación institucional?

Establecer una forma de trabajo por procesos y que estos se encuentren certificados y se pueda continuar en el tiempo sin que el cambio implique traumatismos a los mismos.

4. ¿Qué acciones políticas y estratégicas deberían desarrollar las entidades del orden nacional y territorial para asegurar un ejercicio del derecho a la participación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, a lo largo del ciclo de la gestión pública?

Que se le dé cumplimiento a las políticas de participación ciudadana, participación a la comunidad en la elaboración del plan de desarrollo, dar mayor importancia a los gobiernos escolares y los jóvenes, personeros y líderes en los establecimientos educativos.



CAPÍTULO IV

4. PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL,

PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
CONSEJOS DE POLITICA SOCIAL MUNICIPALES	Apoyar en la implementación de los Consejos de Política social en los 46 Municipios del departamento.	Líderes de programas infancia y adolescencia y líder del sistema de información en la unidad de planeación	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Seminarios, Charlas e información de interés a través de la pagina web
	Capacitar y apoyar a los funcionarios Municipales en la puesta en marcha de los Consejos				
CONSEJOS DE JUVENTUD MUNICIPALES	Fortalecer, apoyar y direccionar a los municipios del departamento en la Conformación de los consejos de Juventud	Consejería de la Juventud y Departamento Administrativo de Planeación	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Seminarios, Charlas e información de interés a través de la pagina web
PORCENATJE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE 0 Y 17 AÑOS INSCRITOS Y/O MATRICULADOS EN PROGRAMAS LUDICOS, ARTISTICOS O CULTURALES	Establecer un sistema de información que retroalimente a la Secretaría de Educación	Secretaría de Educación Departamental	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Adquisición de software Especializado- Encuestas y formularios dirigidos
COBERTURA DE ALCANTARILADO INDIVIDUAL (POZOS SEPTICOS Y Letrinass)	Realización de censos de cobertura de servicios	Gobernación de Bolívar, Secretario de salud, Secretaria de Agua Potable Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar y Municipales	Largo	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Contratación recurso humano técnico, tecnológico, profesional y especializado con competitividad.
COBERTURA DE RECOLECCION DE BASURAS	Realización de censos de cobertura de servicios	Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar y Municipios	Largo	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Contratación recurso humano técnico, tecnológico, profesional y especializado con competitividad.





PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
NÚMERO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE 0 Y 17 AÑOS DECLARADAS EN SITUACIÓN DE ADOPTABILIDAD	Realización de censos	ICBF	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Apoyo a través de los hogares comunitarios existentes en los diferentes municipios
NÚMERO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE 0 Y 17 AÑOS DADOS EN ADOPCIÓN	Realización de censos	ICBF	Corto	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Apoyo a través de los hogares comunitarios existentes en los diferentes municipios
NUMERO DE CASOS DE DENUNCIADOS DE MALTRATO EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ENTRE 0 Y 17 AÑOS	Establecer un sistema de información que retroalimente al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	ICBF	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Cruce de Información con las Comisarias de Familia, y estaciones de policía. Realización de Encuestas de Hogares Municipales

PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN EN SALUD	Estructura de los grupos poblacionales por sexo , discapacidad, condición social y ciclo vital	Líderes de programas infancia y adolescencia, y líder del sistema de información en la unidad de planeación	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Adquisición de software y/o validador, Diseñas un instrumento con herramientas que permitan recoger la información dirigido por los líderes de programa y sistema de información, con recurso humano capacitado y de planta.
	Sistema de información con los manuales de procesos y procedimientos actualizados				



PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
CONCURRENCIA A MUNICIPIOS PRIORIZADOS PARA EL LOGRO DE COBERTURAS ÚTILES DE VACUNACIÓN	Intensificación de vacunación en zonas urbanas y rurales de los municipios	Líderes de programas infancia y adolescencia, y líder del sistema de información en la unidad de planeación. Coordinador de la Unidad de Salud Pública Equipo PAI Departamental	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Grupos extramurales de vacunación con 30 Auxiliares de Enfermería(vacunadoras) contratadas y 10 Auxiliares de Enfermería (vacunadores) de planta
	Realización de Jornadas de Vacunación según programación Nacional		Mediano		
	Abogacía con alcaldes para lograr su compromiso en la ejecución de las acciones extramurales de vacunación, garantizando el desplazamiento del equipo de vacunación a las zonas rurales		Previo a cada recorrido según cronograma en cada municipio		Dotación de insumos (Algodón, Soluciones desinfectantes, Contenedores, Bolsas para desecho de residuos, jabón para manos) necesarios para el desarrollo de Jornadas
CONTRATACIÓN DEL TALENTO HUMANO	Alta rotación del talento humano contratado	Secretario de salud, oficina de asesores jurídicos, unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Recurso humano técnico, tecnólogo, profesional y especializado con competitividad.





PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
VIGILANCIA Y CONTROL	fortalecer y articular las acciones de vigilancia y control con los demás ejes programáticos	Gobernación de Bolívar, Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar y Municipales	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Grupos de trabajo con programación de reuniones bimensuales para realizar seguimiento a la implementación y desarrollo de la política de infancia y adolescencia
	Deficiencia en la calidad, prestación en servicios de salud en población materno-infantil y adolescencia				Seguimiento a los prestadores de los planes de educación médica continuada
					Seguimiento a la aplicación de normas técnicas, guías de atención y protocolos.
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	Información veraz, oportuna y de calidad de los eventos de interés en salud pública concernientes a infancia, adolescencia y materno infantil	Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar y Municipios	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Contratación recurso humano técnico, tecnólogo, profesional y especializado con competitividad.

PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
Estrategia AIEPI; IAMI	Implementar estrategias AIEPI; IAMI en las instituciones de salud del departamento	Gobernación de Bolívar, Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar y Municipales	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Capacitación, abogacía y seguimiento a los actores sociales.
					Elaboración planes operativos dpto y municipales para implementación de la estrategia AIEPI.
					Avance en las acciones de adiestramiento y organización de los actores sociales preestablecidas en los municipios.



SALUD MENTAL	Ausencia de la oferta de servicios de atención primaria en salud mental de baja complejidad	Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar y Municipios	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Seguimiento a los planes municipales de salud mental.
					Articulación intersectorial que permitan el progreso de actividades dirigidas a la política de infancia y adolescencia
SERVICIOS AMIGABLE EN SALUD PARA ADOLESCENTE Y JOVENES	Seguimiento a los procesos de implementación de la estrategia SASJ	Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar y Municipios	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Elaborar y alcanzar las responsabilidades de los EPS, IPS en la ejecución, progreso seguimiento y evaluación de los modelos de atención de servicios amigables



PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
NUTRICION	Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológico de los eventos de malnutrición	Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar, Municipios y ICBF	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	sensibilización de los equipos locales de salud
	Fortalecimiento de centros de recuperación nutricional				Notificación oportuna. Capacitación de recurso humano, seguimiento permanente y compra de insumos
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	Empoderamiento de la población sobre derechos sexuales y reproductivos.	Secretario de salud, Unidades funcionales de secretaria de salud departamental de Bolívar, EPS, y Municipios	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	Capacitación a las EPS, IPS grupos organizados de la comunidad y redes sociales.
					Seguimiento al impacto de las acciones
					Estrategias IEC dirigidas a la población objeto de la política
					Seguimiento y fortalecimiento a las acciones de demanda inducida





PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
MEJORAR EL PROCESO GESTIÓN DE LA COBERTURA EDUCATIVA, DESDE LA ETAPA DE DIFUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HASTA LAS AUDITORIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	- Ampliar conectividad en las regiones apartadas del departamento. - Disponer de mejores equipos informáticos para el desarrollo del proceso. - Recursos humano con el perfil adecuado para el manejo de la herramienta SIMAT. - Mejorar los canales de comunicación entre Secretaría y establecimientos educativos.	Secretaría de Educación Unidad de Cobertura – Unidad Sistemas de Información y los Municipios, mediante una estrategia conjunta entre todos	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	1. Apoyando el transporte escolar, por medio de el suministro de medios de transporte que garantice la movilización de los estudiantes a los establecimientos educativos en las regiones urbanas y rurales alejadas (bicicletas, moto canoas, burros, motores fuera de borda, etc.) 2. Brindando kit escolares a los estudiantes que no poseen los recursos.
MEJORAR EL PROCESO GESTIÓN DE LA COBERTURA EDUCATIVA, DESDE LA ETAPA DE DIFUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HASTA LAS AUDITORIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	- Actualización constante de los funcionarios de la unidad de cobertura en y los establecimientos educativos en relación a las mejoras continuas del SIMAT en el MEN. - Actualizar completamente los datos reportados al SIMAT en concordancia con las bases de datos de registradora, acción social, ICBF, red Unidos, para garantizar la pertinencia y oportunidad de la información.	Secretaría de Educación Unidad de Cobertura – Unidad Sistemas de Información y los Municipios, mediante una estrategia conjunta entre todos	Mediano	Recursos Administrativos logísticos y financiero	3. Gestionando los recursos y desarrollando proyectos que mejoren la conectividad en el departamento de Bolívar. Desarrollar proyecto de dotación a establecimientos educativos. 4. Vigilar por medio de auditorías la destinación de los recursos que giran a los municipios por concepto de calidad educativa, para garantizar el acceso y la permanencia de los estudiantes.



PROCESO / SUBPROCESO	QUE (PROCESO A MEJORAR)	QUIENES (RESPONSABLE)	CUANDO (CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO)	CON QUE (RECURSOS)	COMO (QUE ACTIVIDADES)
MEJORAR EL PROCESO GESTIÓN DE LA COBERTURA EDUCATIVA, DESDE LA ETAPA DE DIFUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HASTA LAS AUDITORIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	Asignación de recursos a los proyectos de estrategias de Acceso y permanencia.	Secretaría de Educación Unidad de Cobertura – Unidad Sistemas de Información y los Municipios, mediante una estrategia conjunta entre todos	Mediano	Recursos Administrativos, logísticos y financiero	5. Gestionar con los municipios los recursos que garantice la creación y sostenimiento de restaurantes escolares para garantizar la alimentación de los estudiantes. 6. Suministrar los recursos necesarios para hacer seguimiento y auditoria al proceso de matrícula en cada municipio. 7. Capacitar a funcionarios municipales para que consoliden y verifiquen la información de los establecimientos educativos.
MEJORAR EL PROCESO GESTIÓN DE LA COBERTURA EDUCATIVA, DESDE LA ETAPA DE DIFUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HASTA LAS AUDITORIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	Fortalecer la correcta conformación, organización y funcionamiento de los diferentes gobiernos escolares en los establecimientos educativos de los municipios no certificados del departamento.	Secretaría de Educación Unidad de Cobertura, Unidad de Calidad, Unidad Sistemas de Información y los Municipios, mediante una estrategia conjunta entre todos	Corto	Recursos Administrativos, logísticos y financiero	Realizar talleres con los distintos secretarios de educación, planeación, comisarías de familias, directores de CALSE, supervisores de educación, rectores y directores rurales de cada municipio, para brindar las asesorías pertinentes
MEJORAR EL PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD EDUCATIVA, DESDE LA ETAPA DE DIFUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN HASTA LAS AUDITORIAS EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS	Fortalecer y seguimiento a los proyectos obligatorios transversales: educación sexual y reproductiva.	Secretaría de Salud departamental, Secretaría de Educación Unidad de Calidad, MEN-proyecto de educación sexual, secretarías de educación municipales.	Corto	Recursos Administrativos, logísticos y financiero	Realizar talleres y encuentros con los distintos equipos técnicos regionales de educación sexual, directivos docentes y docentes de los establecimientos educativos de los municipios no certificados del departamento.





Gobernación
De Bolívar

www.Bolivar.gov.co

Protección integral de los niños,
niñas y adolescentes
La responsabilidad des de todos:
Familia – Estado- Sociedad.