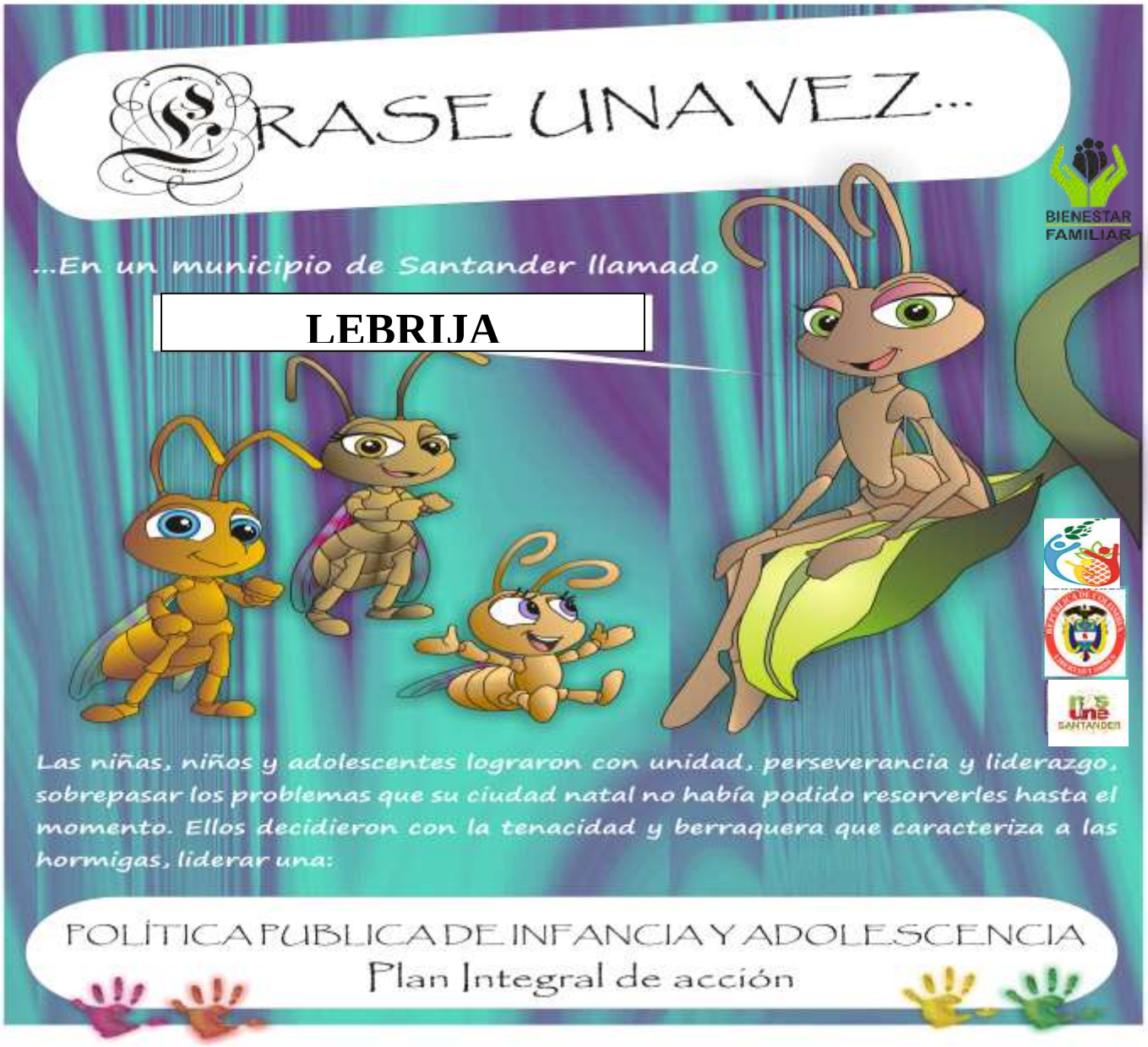

ERASE UNA VEZ...
BIENESTAR FAMILIAR
...En un municipio de Santander llamado
LEBRIJA
Una SANTANDER
Las niñas, niños y adolescentes lograron con unidad, perseverancia y liderazgo, sobrepasar los problemas que su ciudad natal no había podido resorverles hasta el momento. Ellos decidieron con la tenacidad y berraquera que caracteriza a las hormigas, liderar una:
POLÍTICA PUBLICA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA
Plan Integral de acción

DOCUMENTO DE AJUSTE A LA POLITICA PÚBLICA DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA DEPARTAMENTO DE SANTANDER

MUNICIPIO DE LEBRIJA

NOVIEMBRE DE 2018

GABINETE MUNICIPAL

SERGIO ALONSO VALENZUELA ISABELLA
ALCALDE MUNICIPAL

SECRETARIOS DE DESPACHO

SANDRA MILENA SERRANO LEAL. SECRETARIO DE GOBIERNO
JOSUÉ HERRERA CASTILLO SECRETARIA GENERAL
LUZ AMPARO GÓMEZ PRADA. SECRETARIA DE DESARROLLO SOCIAL Y ECONÓMICO
MÓNICA MOGOLLÓN HERRERA. SECRETARIA DE SALUD
MARTHA CECILIA RODRÍGUEZ ARGUELLO. SECRETARIA DE HACIENDA Y DEL TESORO

JEFES Y/O DIRECTORES DE OFICINA

MIGUEL FERNANDO VÁSQUEZ SANTOS. JEFE DE OFICINA ASESORÍA DE PLANEACIÓN
CLAUDIA YANETH GARCÍA SERRANO. COMISARIA
DIEGO ANDRES SANCHEZ MANTILLA. COMISARIO
SOCORRO ÁLVAREZ TORRES. CONTROL INTERNO
ALEXANDER CARREÑO HERRERA. PERSONERO MUNICIPAL
TERESA REYES OROZCO. DIRECTORA DE NÚCLEO

HONORABLE CONCEJO MUNICIPAL

LEBRIJA 2016-2019

FREDY BOHÓRQUEZ FIGUEROA
PRESIDENTE DEL CONCEJO MUNICIPAL

PEDRO JOSÉ PEÑA
PRIMER VICEPRESIDENTE

JUAN BAUTISTA RODRIGUEZ
SEGUNDO VICEPRESIDENTE

PEDRO JOSÉ PEÑA
REINALDO FERREIRA GAMBOA
FREDY MOTTA GODOY
SANDRO SERRANO SERRANO
JUAN BAUTISTA RODRIGUEZ
WILLIAM FERNANDO HERNÁNDEZ GARCÍA
YOBANI ELIECER GRANDAS MONROY
JAIRO SANTOS PEÑALOZA
BERTINA SANDOVAL
NORBERTO VÁSQUEZ VILLAREAL
GABRIEL MARTÍNEZ CALDERÓN
FREDY BOHÓRQUEZ FIGUEROA

HONORABLES CONCEJALES

TABLA DE CONTENIDO

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS..... 18
2. INTRODUCCIÓN 22
3. MARCO POLITICO Y NORMATIVO 31
4. PRESENTACIÓN 34
5. ANÁLISIS SITUACIONAL DE DERECHOS DE LA PRIMERA INFANCIA DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA DEPARTAMENTO DE SANTANDER EN CLAVE DE REALIZACIONES..... 35

5.1. DATOS DEMOGRÁFICOS 35

5.2. Realización: Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que lo acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral. 49

5.3. Realización: Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud 58

5.4. Realización: Goza y mantiene un estado nutricional adecuado..... 82

5.5. Realización: Crece en entornos que favorecen su desarrollo 93

5.6. Realización Construye su identidad en un marco de diversidad 112

5.7. Realización: Expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta. .. 116

5.8. Realización: Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración. 119

6. ANALISIS SITUACIÓNAL DE DERECHOS DE LA INFANCIA DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA DEPARTAMENTO DE SANTANDER EN CLAVE DE REALIZACIONE..... 124

6.1. DATOS DEMOGRAFICOS DE INFANCIA:..... 124

6.2. REALIZACION: Cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que le acogen (vínculos afectivos y de protección), favorecen su desarrollo integral Y le reconocen como agente activo del mismo. (Tasa de violencia intrafamiliar, Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes). 132

6.3. REALIZACION: Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud. 137
6.4. REALIZACION: Goza de un buen estado nutricional.... 141
6.5. REALIZACION: Desarrolla y potencia sus capacidades, habilidades y destrezas con procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral..... 146
6.6. REALIZACION: Construye su identidad en un marco de diversidad 159
6.7. REALIZACION: Disfruta de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida..... 160
6.8. REALIZACION: Expresa libremente sentimientos, ideas y opiniones e incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos. 163
6.9. REALIZACION: Realiza prácticas de autoprotección y autocuidado, y disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración. 163
7. ANALISIS SITUACIONAL DE DERECHOS DE LA ADOLESCENCIA DEL DEPARTAMENTO SANTANDER EN CLAVE DE REALIZACIONES 164
7.1. DATOS DEMOGRAFICOS EN ADOLESCENTES: 164
7.2. REALIZACION: Cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que le acogen (vínculos afectivos y de protección), favorecen su desarrollo integral y le reconocen como agente activo del mismo. 168
7.3. REALIZACION: Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud y adopta estilos de vida saludables..... 179
7.4. REALIZACION: Goza de un buen estado nutricional y adopta hábitos alimenticios saludables..... 186
7.5. REALIZACION: Vive y expresa responsablemente su sexualidad..... 188
7.6. REALIZACION: Desarrolla y potencia sus capacidades, habilidades y destrezas con procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral..... 191
7.7. REALIZACION: Continúa construyendo su identidad en

AMBIENTE, VIDA Y DESARROLLO
2016-2019
Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

un marco de diversidad. 206

7.8. REALIZACION: Disfruta de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida. 209

7.9. REALIZACION: Realiza prácticas de autoprotección y autocuidado y disfruta de entornos protectores y protegidos frente a situaciones de riesgo o vulneración..... 212

8. APORTES DE NIÑOS, NIÑAS Y FAMILIAS DEL MUNICIPIO 218

9. PLAN ESTRATEGICO POLITICA PUBLICA DE PRIMERA INFANCIA,INFANCIA,ADOLESCENCIA Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA 2019-2024 226

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización De Ubicación De La Cabecera municipal. ... 36
Tabla 2. Resultados Censo DANE Año 2005. ... 37
Tabla 3. Vivienda, Hogares Y Personas. ... 37
Tabla 4. Proyección Población Para Lebrija Del Año 2016. ... 38
Tabla 5. Proyección Población Para Lebrija Del Año 2020. ... 38
Tabla 6. Interpretación pirámide poblacional. ... 41
Tabla 7. Densidad poblacional en Lebrija del año 2015. ... 43
Tabla 8. Distribución poblacional del Sisben del año 2016. ... 43
Tabla 9. Distribución por edades del Sisben año 2016. ... 43
Tabla 10. Población de 0 a 6 años. ... 44
Tabla 11. Edad Actual Personas. ... 46
Tabla 12. Etnia Personas. ... 46
Tabla 13. Genero Personas. ... 47
Tabla 14. Condición de discapacidad. ... 47
Tabla 15. Grupo de edad, según categoría de discapacidad. ... 47
Tabla 16. Área de residencia y sexo, según grupos de edad. ... 48
Tabla 17. RCB Y Educación No Formal. ... 48
Tabla 18. Reporte de la ESE. ... 66
Tabla 19. Nacidos en 2015. ... 69
Tabla 20. Nacidos por régimen y lugar de nacimiento. ... 70
Tabla 21. Cobertura en vacunación 2015. ... 77
Tabla 22. Cobertura de vacunación 2015 trazadores. ... 77
Tabla 23. Metas programáticas. ... 79
Tabla 24. Biólogos trazadores. ... 80
Tabla 25. Lactancia materna. ... 83
Tabla 26. Indicador de talla para menores de 2 años. ... 89
Tabla 27. Indicador peso para la talla en menores de 2 años, 2015. ... 90
Tabla 28.Indicador de pesos talla niños y niñas de 2 a 4 años y 11 meses. ... 91
Tabla 29. Reporte secretaria de salud. ... 92
Tabla 30. Cobertura de programas atendidos por el ICBF en el municipio de Lebrija. ... 97
Tabla 31. Niños y niñas atendidos en atención integral por el ICBF. ... 98
Tabla 32. Coberturas educación inicial 2012-2015. ... 105
Tabla 33. Número de matrículas en colegios privados y oficial casco urbano en primera infancia 2016. ... 106
Tabla 34. Cobertura en educación de primera infancia. ... 106
Tabla 35. Primera Infancia atendidos en literatura y arte. ... 111

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

Tabla 36. Tasa de exámenes médicos por presunto delito sexual contra niños y niñas menores de 5 años. 122
Tabla 37. Población de infancia y adolescencia 2016. 124
Tabla 38. Índice demográfico. 125
Tabla 39. Población de infancia y adolescencia 2016. 125
Tabla 40. Proporción de población por ciclo vital 2005, 2016, 2020. 126
Tabla 41. Distribución por edades del Sisben año 2016. 126
Tabla 42. Edad Actual Personas. 127
Tabla 43. Población víctima de infancia y adolescencia. 128
Tabla 44.Población victima infancia y adolescencia 2015. 129
Tabla 45. Etnia Personas. 129
Tabla 46. Genero Personas. 129
Tabla 47. Discapacidad Personas. 129
Tabla 48. Grupo de edad, según categoría de discapacidad. 130
Tabla 49. Área de residencia y sexo, según grupos de edad. 130
Tabla 50. RCB Y Educación No Formal. 131
Tabla 51. Estadísticas comisaria de familia 2015. 134
Tabla 52. Procesos de restablecimiento de derechos 2015. 134
Tabla 53. Custodias 2015. 134
Tabla 54. Estadísticas comisaria 2016. 135
Tabla 55. Proceso de restablecimiento de derechos 2016. 135
Tabla 56. Clasificación de los procesos de restablecimiento de derechos 2016. 135
Tabla 57. Reporte medicina legal. 136
Tabla 58. Porcentaje de niños y niñas afiliados al régimen contributivo menores de 18 años. 140
Tabla 59. Índice de masa corporal 5-18 años 2015. 142
Tabla 60. Talla para la edad 2016 5 a 18 años cuarto trimestre 2016. 143
Tabla 61. Diagnostico nutricional de 5 a 18 años según indicador IMC/EDAD cuarto trimestre 2016. 144
Tabla 62. Zonas educativas de Lebrija. Año 2003. 149
Tabla 63. Colegios oficiales y privados: programas educativos que se ofertan en Lebrija. 150
Tabla 64. Número De Estudiantes Matriculados Por Colegio Y Sede Del Año 2016. 152
Tabla 65. Distribución de estudiantes según institución y sedes educativas oficiales. 154
Tabla 66. Cobertura escolar básica primaria niños y niñas de 6 a 10 años 2014,2015. 156
Tabla 67. Cobertura escolar básica primaria. 156
Tabla 68. Cobertura escolar básica primaria. 157
Tabla 69. Educación básica primaria. 157
Tabla 70. Programas culturales 2015,2016. 161
Tabla 71. Programas deportivos 2015,2016. 162

Tabla 72. Tasa de exámenes medico legales por presunto delito sexual contra niños y niñas. 164
Tabla 73. Población de infancia y adolescencia 2016. 164
Tabla 74. Distribución por edades del Sisben año 2016. 165
Tabla 75. Proporción de población por ciclo vital 2005, 2016,2020. 165
Tabla 76.Población víctima de infancia y adolescencia. 166
Tabla 77. Población victima infancia y adolescencia 2015. 167
Tabla 78. Registro adolescencia. 167
Tabla 79.Estadísticas comisaria de familia 2015. 173
Tabla 80.Procesos de restablecimiento de derechos 2015. 174
Tabla 81.Custodias 2015. 174
Tabla 82.Estadísticas comisaria 2016. 174
Tabla 83.Proceso de restablecimiento de derechos 2016. 175
Tabla 84.Clasificación de los procesos de restablecimiento de derechos 2016. 175
Tabla 85. Indicadores de violencia contra infancia y adolescencia. 175
Tabla 86. Tasa de mortalidad en menores de 18 años por causas externas. 182
Tabla 87.Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años. 185
Tabla 88.Cobertura de agua. 186
Tabla 89. Desnutrición en menores de edad. 187
Tabla 90. Control prenatal 2013, 2014, 2015,2016. 189
Tabla 91. Cobertura escolar en básica secundaria 2014,2015. 192
Tabla 92.Cobertura escolar en educación media 2014,2015. 192
Tabla 93. Cobertura neta y bruta de los niveles de básica primaria, secundaria y media del municipio de Lebrija años 2015, 2016 y 2017. 195
Tabla 94. Cobertura Nivel de Media. 197
Tabla 95. Deserción escolar en los niveles de b. Primaria, secundaria y media, años 2015, 2016 y 2017. 198
Tabla 96. Repitencia escolar en los niveles de b. Primaria, secundaria y media, años 2015, 2016 y 2017. 200
Tabla 97. Tasa de analfabetismo en el municipio de Lebrija. 201
Tabla 98. Clasificación de establecimientos educativos en las Pruebas ICFES 2017. 203
Tabla 99. Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación – ICFES 2017. 205
Tabla 100. Promedio de Santander. 206
Tabla 101. Etnia Personas. 207
Tabla 102. Porcentaje de adolescentes con discapacidad (De 12 a 17 años). 208
Tabla 103. Programas culturales 2015,2016. 210
Tabla 104. Programas deportivos 2015,2016. 210
Tabla 105. Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual contra adolescentes (De 12 a 17 años). 213

Tabla 106. Tasa de suicidios en adolescentes. 214
Tabla 107. Causas de muerte en adolescentes. 214
Tabla 108. Porcentaje de víctimas del conflicto. 215
Tabla 109. Alternativas de solución a las problemáticas. 218

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Comportamiento Del Crecimiento Poblacional Año 2016. 39
Gráfica 2. Comportamiento Del Crecimiento Poblacional Año 2020. 40
Gráfica 3. Proyección Del DANE Para Año 2016. 40
Gráfica 4. Proyección Del DANE Para Año 2020. 40
Gráfica 5. Pirámide poblacional comparativa. 41
Gráfica 6. Población primera infancia de 0 a 6 años. 44
Gráfica 7. Distribución de Primera infancia, infancia y adolescencia. 45
Gráfica 8. Comportamiento Poblacional Victimas. 46
Gráfica 9. Porcentajes de la composición familiar. 50
Gráfica 10. Porcentajes en materia de cuidado y crianza. 52
Gráfica 11. Porcentajes de permanencia de los niños y niñas. 53
Gráfica 12. Porcentajes de cuidadores. 54
Gráfica 13. Violencia intrafamiliar NNA/Violencia social. 56
Gráfica 14. Madres adolescentes a nivel nacional. 60
Gráfica 15. Madres adolescentes en el departamento de Santander. 61
Gráfica 16. Inicio control prenatal, 2013, 2014,2015. 62
Gráfica 17. Con 40 o más controles. 64
Gráfica 18. Razón de mortalidad materna. 65
Gráfica 19. Cifras de atención al parto. 69
Gráfica 20. Tasa de mortalidad. 71
Gráfica 21. Tasa de mortalidad por EDA y ERA a nivel nacional. 73
Gráfica 22. Tasa de mortalidad por EDA y ERA en el departamento de Santander. 74
Gráfica 23. Afiliación NNA en salud. 75
Gráfica 24. SUIN. 76
Gráfica 25. Cobertura en vacunación 2015. 77
Gráfica 26. Biólogos trazadores. 80
Gráfica 27. Peso de mujeres en gestación. 84
Gráfica 28.Duración de lactancia materna. 86
Gráfica 29. Reporte de la ESE. 87
Gráfica 30. Porcentaje de desnutrición y en riesgo de desnutrición crónica. 88
Gráfica 31. Niñas y niños menores de 5 años con desnutrición en Santander. 89
Gráfica 32. Registro talla en menores de dos años. 90
Gráfica 33. Distribución porcentual peso para la talla en menores de 2 años, 2015. 91
Gráfica 34. Distribución peso, talla en niños y niñas de 2 a 4 años 11 meses. 92
Gráfica 35. Niños y niñas que asisten a programas de atención a primera infancia. 95

Gráfica 36. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia no asisten a programas de atención. 99
Gráfica 37. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia no asisten a programas de atención. 100
Gráfica 38. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo. 101
Gráfica 39. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo. 102
Gráfica 40. Niños y niñas en educación inicial y han sido atendidos en programas de atención integral en el departamento de Santander. 103
Gráfica 41. Cobertura escolar en 2010. 104
Gráfica 42. Niños y niñas menores de 5 años que asistieron a un establecimiento de atención integral a primera infancia (AIPI). 104
Gráfica 43. Coberturas en educación primera infancia municipio de Lebrija. 106
Gráfica 44. Cobertura escolar de primera infancia. 107
Gráfica 45. Actividades que desarrollan los cuidadores a nivel nacional. 108
Gráfica 46. Escenarios deportivos y recreativos en Santander. 109
Gráfica 47. Donde consiguen los cuidadores con lo que juegan los niños. 110
Gráfica 48. Oferta primera infancia en literatura y arte. 111
Gráfica 49. Niños no registrados a nivel nacional. 115
Gráfica 50. Niños registrados en Santander. 116
Gráfica 51. Niñas y niños menores de cinco años víctimas del conflicto armado. 121
Gráfica 52. Pirámide poblacional. 124
Gráfica 53. Comportamiento Poblacional Victimas. 128
Gráfica 54. Índice masa corporal infancia y adolescencia 2015. 142
Gráfica 55. Indicador talla/edad de 5 a 18 años cuarto trimestre 2016. 143
Gráfica 56. Diagnostico nutricional 5 a 18 años cuarto trimestre 2016 indicador IMC/edad. 144
Gráfica 57. Distribución de matrículas 2016 colegios oficiales. 155
Gráfica 58. Cobertura escolar. 156
Gráfica 59. Educación básica primaria. 158
Gráfica 60. Programas culturales 2015,2016 infancia. 161
Gráfica 61. Programas deportivos infancia 2015,2016. 162
Gráfica 62. Control prenatal infancia y adolescencia 2013, 2014, 2015,2016. 190
Gráfica 63. Cobertura bruta nivel de basica primaria, secundaria y media en el municipio de Lebrija. 193
Gráfica 64. Cobertura neta nivel de basica primaria, secundaria y media en el municipio de Lebrija. 194

Gráfica 65. Deserción en los niveles de básica primaria, secundaria y media en el municipio de Lebrija. *199*
Gráfica 67. Tasa de analfabetismo en el municipio de Lebrija. *202*
Gráfica 68. Programas culturales 2015,2016 infancia. *210*
Gráfica 69. Programas deportivos infancia 2015,2016. ..... *211*
Gráfica 70. Procesos PARD por consumo de SPA. *217*

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Límites del Municipio de Lebrija. 36
Ilustración 2. Conformación de hogares según número de personas. 51
Ilustración 3. Inicio control prenatal 2013, 2014, 2015. 62
Ilustración 4. Tasa de mortalidad por área. 66
Ilustración 5. Tasa de mortalidad por EDA e IRA en menores de 5 años. 73
Ilustración 6. Tipo de familia por tipo de área (2010). 132
Ilustración 7. Tipo de familia por región (2010). 132
Ilustración 8. Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue. 138
Ilustración 9.Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA. 139
Ilustración 10. Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niña desde 9 años en adelante. 140
Ilustración 11. Tasa de fecundidad especifica de 10 a 14 años. 159
Ilustración 12 169
Ilustración 13 169
Ilustración 14 171
Ilustración 15 172
Ilustración 16 173
Ilustración 17.Mortalidad en niños, niñas y adolescente por dengue. 181
Ilustración 18.Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociados a VIH/SIDA. 182
Ilustración 19.Porcentajes de nacidos vivos de madres menores de 18 años. 183
Ilustración 20.Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niña desde 9 años en adelante. 184
Ilustración 21. Reporte ASIS fecundidad. 209

LISTA DE FUENTES

Fuente 1. Mapa Extraído De La Página: http://vgv.unidadvictimas.gov.co:8080/uvictimas/#..... 36
Fuente 2. Autores 22..... 36
Fuente 3. Plan De Desarrollo 2012-2015. 37
Fuente 4. Autores, datos tomados del censo 2005..... 37
Fuente 7. Autores, Autores 39
Fuente 8. Autores, Autores 40
Fuente 9. Autores 40
Fuente 10. Autores 40
Fuente 11. Secretaria de salud. 41
Fuente 12. Secretaria de salud. 42
Fuente 13. Secretaria de salud. 43
Fuente 14. Sisben, febrero del 2016. 43
Fuente 15. Sisben, febrero del 2016. 43
Fuente 16. Elaboración propia, datos DANE. 44
Fuente 17. Plan de desarrollo Ambiente, vida y desarrollo..... 45
Fuente 18. Enlace víctimas..... 46
Fuente 19. Autores, Basado En Datos De Enlace Víctimas. 46
Fuente 20. Enlace víctimas..... 46
Fuente 21. Enlaces Víctimas. 47
Fuente 22. Enlace víctimas..... 47
Fuente 23. SISPRO..... 47
Fuente 24. Secretaria de desarrollo social y económico..... 48
Fuente 25. Secretaria de desarrollo social y económico..... 48
Fuente 26. DANE, censo 2005..... 51
Fuente 27. Plan de Desarrollo Ambiente, vida y desarrollo 2016-2019..... 62
Fuente 28. Plan de desarrollo Ambiente Vida y desarrollo 2016-2019..... 62
Fuente 29. Secretaria de Salud Municipal..... 69
Fuente 30. Secretaria de Salud Municipal..... 70
Fuente 31. Secretaria de Salud Municipal..... 77
Fuente 32. Secretaria de Salud..... 77
Fuente 33. Secretaria de Salud..... 77
Fuente 34. Dane, ministerio de salud y protección social. 79
Fuente 35. Secretaria de Salud Municipal, datos tercer trimestre 2015. 89
Fuente 36. Secretaria de Salud municipal..... 90
Fuente 37. Secretaria de salud. 90
Fuente 38. Secretaria de Salud..... 91

Fuente 39. Secretaria de salud. *91*
Fuente 40. Secretaria de salud. *92*
Fuente 41. SUIN. *97*
Fuente 42. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo 2016-2019. ..... *98*
Fuente 43. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo. *105*
Fuente 44. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo. *106*
Fuente 45. Dirección de núcleo. *106*
Fuente 46. Secretaria de cultura deporte y turismo. *111*
Fuente 47. Secretaria de cultura y deporte. *111*
Fuente 48. DANE. *124*
Fuente 49.Informe ASIS, secretaria de salud municipal. *125*
Fuente 50. DANE. *125*
Fuente 51. DANE. *126*
Fuente 52. Sisben, febrero del 2016. ..... *127*
Fuente 53. Enlace víctimas. *127*
Fuente 54. Autores, Basado En Datos De Enlace Víctimas. *128*
Fuente 55. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo. *129*
Fuente 56. Enlace víctimas. *129*
Fuente 57. Enlaces Víctimas. *129*
Fuente 58. Enlace víctimas. *129*
Fuente 59. SISPRO. *130*
Fuente 60. Secretaria de desarrollo social y económico. *131*
Fuente 61. Secretaria de desarrollo social y económico. *131*
Fuente 62. Comisaria de familia. *134*
Fuente 63. Comisaria de familia. *134*
Fuente 64. Comisaria de familia. *134*
Fuente 65. Comisaria de familia. *135*
Fuente 66. Comisaria de familia. *135*
Fuente 67. Comisaria de familia. *136*
Fuente 68. Plan de desarrollo 2016-2019. ..... *142*
Fuente 69. Plan de desarrollo 2016-2019. ..... *142*
Fuente 70. Secretaria de salud municipal. *143*
Fuente 71. Secretaria de salud municipal. *143*
Fuente 72. Secretaria de Salud Municipal *144*
Fuente 73. Secretaria de Salud municipal. *144*
Fuente 74. Dirección de Núcleo. *150*
Fuente 75. Plan de desarrollo 2016-2019. ..... *153*
Fuente 76. Plan de desarrollo municipal *154*

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

Fuente 77. Plan de desarrollo 2016-2019. ..... *155*
Fuente 78. Dirección de núcleo. *156*
Fuente 79. Autores, datos Secretaria de cultura y deporte. *161*
Fuente 80. . Autores, datos Secretaria de cultura y deporte. *161*
Fuente 81. Secretaria de Deporte y cultura. *162*
Fuente 82. Autores, datos secretaria de deporte y cultura. *162*
Fuente 83. DANE. *164*
Fuente 84. Sisben, febrero del 2016. ..... *165*
Fuente 85. DANE. *166*
Fuente 86. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo. *167*
Fuente 87. rni.unidadvictimas.gov.co 2015, CARACTERIZACION CORPORACION ANDAMIOS 2016. ..... *168*
Fuente 88.Comisaria de familia. *174*
Fuente 89, Comisaria de familia. *174*
Fuente 90.Comisaria de familia. *174*
Fuente 91.Comisaria de familia. *175*
Fuente 92. Comisaria de familia. *175*
Fuente 93.Comisaria de familia. *175*
Fuente 94. Ministerio de salud y protección social. *184*
Fuente 95. Secretaria de Salud. *189*
Fuente 96. Autores, datos secretaria salud. *190*
Fuente 97. Dirección de núcleo. *192*
Fuente 98. Dirección de núcleo. *192*
Fuente 99. Enlace víctimas. *207*
Fuente 100. Autores, datos Secretaria de cultura y deporte. *210*
Fuente 101. Autores, datos Secretaria de cultura y deporte. *210*
Fuente 102. Secretaria de Deporte y cultura. *210*
Fuente 103. Autores, datos secretaria de deporte y cultura. *211*

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Honorables Concejales del Municipio del Lebrija:

Nuestra Constitución Política de 1991 demanda en su artículo 44 la prevalencia de derechos de los niños, niñas y adolescentes en relación con los derechos de las demás personas, esto, como consecuencia del especial grado de protección que ellos requieren por sus condiciones de vulnerabilidad y su estado de indefensión y la atención especial con que se debe proteger su proceso de desarrollo y formación.

El Código de la Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006, demanda responsabilidades para hacer que, en un Estado Social de Derecho, las acciones que se realicen en función de la niñez se hagan enmarcadas en la Protección Integral. Se enuncian como esenciales los principios del interés superior, la prevalencia de derechos y la corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia, para la garantía de sus derechos.

Consecuente con esto, el artículo 204 de la citada Ley, ordena a los alcaldes y gobernadores, como mandatarios territoriales y principales responsables del cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes contar con una política pública diferencial y prioritaria de infancia y adolescencia para garantizar la definición y asignación de los recursos para la ejecución de la política pública propuesta.

El Municipio de Lebrija, consecuente con estos principios asumió su papel de garante de los derechos de los Niños, las Niñas y Adolescentes, adoptando unas acciones dentro su gestión pública para hacer efectiva el ajuste y posterior implementación de la Política Pública de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar.

Con base en un ejercicio liderado desde el marco de la instancia de operación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, mesa municipal de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar, perteneciente al consejo municipal de política social, los distintos agentes, corresponsables de la protección integral, realizaron el respectivo proceso de ajuste a dicha política, que se verá materializado en el análisis situacional frente a la garantía de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la construcción del plan estratégico y el plan operativo de la política pública.

AMBIENTE, VIDA Y DESARROLLO
2016-2019
Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

Igualmente, y siguiendo los lineamientos establecidos por el nivel nacional desde la dirección del Sistema Nacional de Bienestar Familiar, se realizaron ejercicios de participación significativa con los niños, niñas y adolescentes del municipio, pertenecientes a la instancia de participación y que pudieron dar a conocer sus puntos de vista y lo más importante generar propuestas que permitan ayudar a solucionar los problemas que hoy en día los están afectando frente a su desarrollo integral.

Cabe resaltar que este proyecto de acuerdo no busca formular una nueva política pública, al contrario, lo que se pretende es poder crear las bases concretas que permita implementar la política pública que fue formulada en el año 2013 y adoptada por el acuerdo municipal No... 022 del 30 de Julio del 2013.

En el ejercicio de ajuste realizado a la política pública se tuvo en cuenta todos los principios constitucionales y legales, en especial lo que establece el código de infancia y adolescencia y la Ley 1804 de 2016, el cual establece la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre, y sienta las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral. Con ello busca fortalecer el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a seis años de edad, así como la materialización del Estado Social de Derecho.

La guía orientadora de esta política pública es el enfoque de derechos humanos. Así mismo, se desarrollan acciones colectivas que permiten identificar los principales problemas y establecer la situación actual de los niños, niñas y adolescentes del Municipio de Lebrija, y la manera de garantizar o restituir los derechos a esta población.

Como alcalde del Municipio de Lebrija y dando cumplimiento a un mandato constitucional y legal es que se presenta para el estudio de los honorables concejales del Municipio de Lebrija este proyecto de Acuerdo que busca el ajuste de la Política Pública de Primera Infancia, Infancia, Adolescencia y Fortalecimiento Familiar 2019-2024 para el Municipio de Lebrija que hemos denominado "**ERASE UNA VEZ EN UN MUNICIPIO DE SANTANDER LLAMADO LEBRIJA"**

Dado lo anterior, resulta imperante que el Municipio del Lebrija ajuste la Política Pública para los Niños, las Niñas y los/las Adolescentes para el período 2019 – 2024, que permitirá garantizar un avance positivo para su protección integral

Cordialmente

SERGIO ALONSO VALENZUELA ISABELLA
Alcalde

AMBIENTE, VIDA Y DESARROLLO

DIAGNOSTICO SITUACION EN PRIMERA INFANCIA

Lebrija, Santander

SERGIO ALONSO VALENZUELA ISABELLA

Alcalde

2. INTRODUCCIÓN

El presente análisis situacional de Derechos de la Primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento Familiar del Municipio de Lebrija Departamento de Santander y con una mirada provincial teniendo en cuenta el Municipio de Lebrija, Incluye información demográfica y aspectos sensibles al desarrollo integral de la primera infancia, ordenado por el momento o curso de la vida de las personas en edad fértil y las niñas y los niños en primera infancia como tal.

El documento hace un recorrido por la información disponible, tiene como propósito lo dispuesto en los Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento Familiar, con énfasis en las Realizaciones, considerando los indicadores asociados y su análisis por Realización, evidenciando problemáticas, y sugiriendo propuestas de acción que aporten decididamente al desarrollo integral de la infancia y la adolescencia, como aspectos generales y reflexiones sobre la situación nacional, departamental y municipal.

Como un avance del país frente al reto del ejercicio de los derechos por parte de las niñas, niños y adolescentes, la Comisión Intersectorial ha planteado un horizonte de sentido a la Política que se concreta en el concepto de realizaciones este hace referencia a las "condiciones y estados que se materializan en la vida de cada niña o niño y que hacen posible su desarrollo integral"[1]. Las Realizaciones representan las condiciones de vida y el grado de bienestar que requieren las niñas, niños y adolescentes para alcanzar el desarrollo integral. En este sentido, se logran a través de un conjunto coherente e intencionado de acciones del Estado, de la sociedad y la Familia, impulsadas en el marco de la Protección Integral"[2].

De ahí que las realizaciones son un propósito nacional de asegurar pleno desarrollo de las niñas, los niños y los adolescentes, entendido como el conjunto situaciones hacia donde señalamos todos nuestros esfuerzos para lograr que el desarrollo integral como marco ético y político sea una realidad en la vida de los niños, niñas y adolescentes. Así, las realizaciones son nuestro horizonte que le da sentido a la acción de los diferentes actores en el territorio.

[1] Cfr.: Presidencia de la República et. Al. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá.
[2] Ibídem

Desde la Política se considera clave y fundamental que las realizaciones:

[…] deben materializarse desde el inicio de la vida, pero se transforman y adecuan a las particularidades que va adquiriendo el sujeto de acuerdo con su edad, contexto y situaciones específicas, las Realizaciones son un concepto asociado a todos los niños, niñas y adolescentes, que expresa ciertas particularidades en las condiciones y en el bienestar, que son característicos de cada uno de los momentos del curso de vida[3].

De esta manera, este documento se trabaja en clave de realizaciones, las cuales se concretan en el día a día de los niños, niñas y adolescentes que hacen parte integral de su formación. De esta forma, se podrá incidir de manera positiva en la vida de los niños y las niñas, quienes son el presente de nuestro país[4]. Correspondiendo a lo anterior, se han definido las siguientes realizaciones:

Primera infancia:

1. Cuenta con padre, madre o cuidadores principales que lo acogen y ponen en práctica pautas de crianza que favorecen su desarrollo integral.
2. Vive y disfruta del nivel más alto posible de salud.
3. Goza y mantiene un estado nutricional adecuado.
4. Crece en entornos que favorecen su desarrollo.
5. Construye su identidad en un marco de diversidad.
6. Expresa sentimientos, ideas y opiniones en sus entornos cotidianos y estos son tenidos en cuenta.
7. Crece en entornos que promocionan sus derechos y actúan ante la exposición a situaciones de riesgo o vulneración.

Infancia:

1. Cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que lo acogen. (vínculos afectivos y de protección) favorecen su desarrollo integral y lo reconocen como agente activo del mismo.
2. Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud
3. Goza de un buen estado nutricional.

[3] Ibídem
[4] Cfr.: Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia "Un Modo de Concebir, comprender y actuar". Cartilla sobre los Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión. Comisión Intersectorial para la Atención Integral a la primera infancia. Bogotá. 2015. Pág. 6 y 7.

4. Desarrolla y potencia sus capacidades, habilidades y destrezas con procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral.
5. Construye su identidad en un marco de diversidad
6. Disfruta de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida
7. Expresa libremente sentimientos, ideas y opiniones e incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos
8. Realiza prácticas de autoprotección y autocuidado y disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo y vulneración.

Adolescencia:

1. Cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que lo acogen. (vínculos afectivos y de protección) favorecen su desarrollo integral y lo reconocen como agente activo del mismo.
2. Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud
3. Goza de un buen estado nutricional.
4. Vive y expresa responsablemente su sexualidad.
5. Desarrolla y potencia sus capacidades habilidades y destrezas con procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral.
6. Continúa construyendo su identidad en un marco de diversidad.
7. Disfruta de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción del sentido y la consolidación de sus proyectos de vida.
8. Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos.
9. Realiza práctica de auto protección y auto cuidado y disfruta de entorno protectores y protegidos frente a situaciones de riesgo y vulneración.

Lineamientos de Enfoque de Derechos, Poblacional, Curso de Vida, Diferencial e Intercultural y Territorial.

Este análisis situacional reconoce y visibiliza a las niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derecho, siendo titulares de los mismos derechos que las demás personas, pero con un énfasis particular reconocido en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la Constitución Política y el Código de la Infancia y la Adolescencia como agentes del

desarrollo territorial[5], en dialogo y vinculación con sus entornos, así mismo reconociendo sus diferencias y particularidades, la diversidad y los contextos en los que ellos y ellas habitan.

Correspondiendo a lo anterior, es necesario tener en cuenta las condiciones especiales que implica orientar acciones hacia los niños, niñas y adolescentes y sus Familias, la importancia de asumir el enfoque de derechos, el enfoque poblacional, el enfoque curso de vida, el enfoque diferencial e intercultural y el enfoque territorial de acuerdo a los lineamientos nacionales para la inclusión de la primera infancia, infancia y adolescencia en los planes de desarrollo territorial[6].

Desde el enfoque *de derechos* es obligación esencial del Estado, la Familia y la sociedad o comunidad con los niños, niñas y adolescentes es asegurar su protección integral, lo

Cual implica desarrollar cuatro acciones fundamentales que son el reconocimiento, garantía, prevención de la amenaza o vulneración de los derechos, y restablecimiento de los derechos vulnerados. De igual manera el Estado, la Familia y la sociedad o comunidad tienen obligaciones concurrentes, simultáneas e interrelacionadas en la Protección Integral de los niños, niñas y adolescentes. Estas responsabilidades no son aisladas, ni diferenciables, sino que dependen unas de otras para su cumplimiento en conjunto[7].

Por su parte, *el enfoque poblacional* es una orientación conceptual, técnica y metodológica, la cual aborda las dinámicas demográficas, es decir, los volumen y tamaño de la población (natalidad, fecundidad), dinámicas de crecimiento (mortalidad, morbilidad, migración), composición de la población, condiciones de pobreza y vulnerabilidad, nivel educativo, género, pertenencia étnica, entre otros, de igual manera la distribución de la población en el territorio, la movilidad ya sea de carácter permanente o transitorio. Lo anterior, son procesos necesarios para entender, atender y orientar acciones para la toma de decisiones. Así mismo, desde este enfoque es necesario describir el tamaño e identificar las características, urbanas y rurales de las poblaciones, así aquellas que se derivan de su condición y/o situación (víctimas, desplazados, discapacidad, personas en proceso de

[5] Cfr.: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar liar. (2016) Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero. P. 12
[6] Ibídem
[7] Ibídem

reintegración) a fin de generar estrategias que reconozcan las vinculaciones entre la población, sus formas de entender y prácticas de vivir el territorio[8].

Sumado a lo anterior, *el enfoque de curso de vida* "se refiere al conjunto de trayectorias que tiene una persona y su Familia, de acuerdo con los roles que desarrolla a lo largo de su vida (hijo, padre, trabajador, esposo, jubilado, etc.), las cuales están marcadas por las experiencias acumuladas, las transiciones y los momentos significativos". Este enfoque reconoce el proceso continuo del desarrollo a lo largo de la vida, así como la interacción e influencia de diferentes factores (biológicos, psicológicos, sociales, históricos y culturales), las experiencias acumulativas, las trayectorias, las transiciones (cambios de estado), los momentos significativos o sucesos vitales, los efectos acumulativos y las diversas situaciones presentes de cada sujeto, influenciadas por el contexto Familiar, social, económico, ambiental y cultural, teniendo en cuenta los entornos donde los sujetos se desarrollan, reconoce la existencia de períodos críticos de crecimiento y desarrollo en todas las etapas de la vida (acontecimientos favorables y desfavorables), y finalmente, de los acontecimientos individuales únicos[9].

Más aún, el enfoque diferencial e intercultural, se constituye en un reto para avanzar en la visibilizarían y reconocimiento de la heterogeneidad, no linealidad del desarrollo de los niños, las niñas y los adolescentes de sus particularidades en los diversos cursos de vida.

Asimismo, constituye un desafío tomar en consideración la diversidad de configuraciones de niños, niñas, adolescentes y sus Familia en razón de su cultura, pertenencia étnica, contexto, condiciones, dimensiones particulares o afectaciones transitorias. Solo así será posible que en efecto cada niña, niño y adolescente colombiano sea sujeto de una aproximación, un acompañamiento y una atención pertinente[10].

---

[8] Cfr.: Alianza por la Niñez Colombiana (2013) Recursos para la infancia y la adolescencia: una prioridad a nivel territorial Reflexiones y recomendaciones para alcaldes y gobernadores. Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar liar. Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero.

[9] Cfr.: Blanco M. (2011). "El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo". Revista Latinoamericana de Población 5(8): Enero-junio. También ver en: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar. Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero. P 1

[10] Presidencia de la República et. Al. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión Bogotá, p 91. Citado en: Documento sobre El enfoque diferencial y su práctica. Elaborado por: Carolina Turriago Borrero. Bogotá, 2014.

Por ende, implica visibilizar y valorar esta diversidad en el diseño e implementación de las políticas públicas, así como promover que se elimine cualquier discurso o práctica discriminatoria basada en las diferencias[11]. El enfoque diferencial "se fundamenta en los principios de igualdad, diversidad, interculturalidad, integralidad, participación e inclusión, por lo que enfatiza en la necesidad de evidenciar, profundizar o ajustar la oferta de atención dirigida a los niños, niñas, adolescentes y a sus Familias, de acuerdo con sus diferencias individuales y colectivas"[12]. Lo anterior basado en la protección de los derechos fundamentales de las poblaciones desde una perspectiva de equidad y diversidad, desde un diálogo intercultural, que respete las cosmovisiones de las diversas culturas y establezca posibilidades de construir propuestas adaptadas, pertinentes, flexibles, de acuerdo a sus condiciones particulares, las cuales vale la pena que sean valoradas por la institucionalidad[13].

El enfoque diferencial está vinculado a la perspectiva de género, lo cual implica "evidenciar y promover la transformación de las relaciones de poder que se establecen entre hombres y mujeres, asociadas no solo a dicha condición, sino a otras como la edad, la etnia, la clase social, la orientación sexual, entre otras". Por otra parte, con respecto a la pertenencia étnica, el enfoque promueve la visibilización, autonomía y libre determinación de los pueblos, permite identificar grupos con identidades diferenciadas en torno a sus relaciones políticas, sociales y culturales. Implica comprender el contexto de las comunidades, las organizaciones de base de los pueblos, "la armonización de las autoridades étnicas y la institucionalidad, así como el uso de enfoques metodológicos diferenciados"[14]. así como "las diferencias basadas en sus relaciones simbólicas traducidas en el orden de mitos, cosmovisión, concepción del territorio, relación con la tierra, configuración de su historia y

[11] Cfr.: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar (2016). Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero. P 21.
[12] Ibídem, P 21.
[13] Cfr.: Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (2015) "Metodología de acompañamiento territorial para la implementación de la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia". En este documento donde se señala la pertinencia de la construcción de Rutas institucionales con atenciones interculturales, en las entidades territoriales con más del 50% de población étnica, las cuales se desarrollan directamente en el marco de las Mesas de Infancia, Adolescencia y Programa Desarrollo infantil en medio familiar con la participación de las autoridades indígenas de las comunidades y los representantes de las oficinas de asuntos étnicos. La cual promueve la adaptación o creación de atenciones con pertinencia de acuerdo a las poblaciones existentes en los territorios.
[14] Cfr.: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar (2016). Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero. P 22.

memoria de sus ancestros, lenguaje, entre otros aspectos". El reconocimiento de la diversidad poblacional, territorial étnica, lingüística y social del país, obliga a acciones diferenciales y sin daño[15].

Más aún, la Corte Constitucional destaca unos sujetos de especial protección constitucional para los cuales exige una atención diferencial, debido a que son personas:

[…] que por sus condiciones de pobreza, marginalidad, precariedad económica, circunstancias físicas o psicológicas, o su calidad de víctima de la violencia generalizada o de discriminación social, se encuentran en una situación de debilidad manifiesta, de inferioridad y de injusticia extrema y requieren de la máxima protección del Estado y de la sociedad para la garantía y refuerzo principalmente de sus derechos humanos y fundamentales, e incluso de sus derechos prestacionales o asistenciales de segunda y tercera generación constitucional[16].

Del mismo modo, como una apuesta ética y conceptual, se tiene en cuenta el enfoque territorial, en el cual no solamente se entiende territorio como una porción de superficie terrestre con una delimitación específica, sino como un espacio que contiene y determina relaciones y prácticas socioculturales propias y ajenas, entre diferentes actores sociales, que se interrelacionan con el propósito de adelantar acciones, proyectos, de esta manera lograr objetivos de desarrollo y construir activamente su identidad colectiva. Es el resultado de aspectos tangibles e intangibles como formas de conocimiento, lengua, sentimientos de identidad, entre otros. Así el territorio se convierte en un "espacio donde confluyen intereses, recursos físicos, patrimonio cultural y recursos naturales"[17].

Es menester de las administraciones territoriales realizar el diagnóstico de la situación de la niñez y la adolescencia en su departamento y municipio, con el fin de establecer las problemáticas prioritarias que deberán atender en sus diferentes instrumentos de planeación, basados en la evidencia[18]. A continuación, se exponen de manera sucinta

[15] Cfr.: Presidencia de la República et. Al. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá.
[16] Peláez G. Holmedo. "Justicia Contemporánea en Colombia a la luz de los Sujetos de Especial Protección Constitucional". Citado en: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar (2016). Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero. P 22.
[17] Cfr.: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar (2016). Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero. P 23.
[18] Código de Infancia y Adolescencia, Ley 1098 de 2006. Articulo 204

algunas cifras acerca de la situación de las niñas y los niños y adolescentes del municipio de Lebrija Santander.

Quizás lo primero que haya que decir es que el país ha venido haciendo un esfuerzo por establecer con la claridad y el detalle necesarios la información sobre quiénes son y cómo viven las niñas, los niños y los adolescentes en sus entornos. No obstante, persisten limitaciones en la cobertura, en la desagregación y en la vigencia de información especialmente para la franja de edad de 0 a 5 años, así como para los grupos étnicos, con discapacidad o afectados por el conflicto armado y otros tipos de violencia. Teniendo en cuenta dicha situación, se trabajará con la información disponible a la fecha, tanto en fuentes nacionales, como territoriales.

El departamento de Santander cuenta con una política pública formulada en el año 2013 igualmente cuenta con una ordenanza donde se adoptaron los lineamientos para dicha construcción, la PP denominada “Erase una vez en un departamento llamando Santander” fue presentada en un pacto departamental a los 87 municipios de Santander los cuales cuentan con políticas públicas territoriales soportadas con decretos y acuerdos municipales.

El municipio de Lebrija Santander cuenta con una política pública denominada “Erase una vez un municipio llamado Lebrija” la cual fue adoptada mediante el acuerdo del consejo municipal 022 del 30 de Julio del 2013.

La Constitución Política establece que «son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y su nacionalidad, tener una familia y no ser separada de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos, consagrados en la Constitución, en las leyes, y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La Familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás» (artículo 44).

El Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006) tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas, a los y las adolescentes su pleno desarrollo y crecimiento en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

Se entiende por protección integral de los niños, las niñas, los y las adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y el cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos (artículo 7º de la Ley 1098 de 2006).

Las políticas públicas de infancia, adolescencia y familia como políticas de Estado se regirán como mínimo por los siguientes principios: el interés superior del niño, niña o adolescente; la prevalencia de los derechos de los niños, las niñas, los y las adolescentes; la protección integral; la equidad; la integralidad y articulación de las políticas; la solidaridad; la participación social; la prioridad de las políticas públicas sobre niñez y adolescencia; la complementariedad; la prioridad en la inversión social dirigida a la niñez y la adolescencia; la financiación, gestión y eficiencia del gasto y la inversión pública y la perspectiva de género (artículo 203 de la Ley 1098 de 2006).

AMBIENTE, VIDA Y DESARROLLO
2016-2019
Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

3. MARCO POLITICO Y NORMATIVO

La sociedad y el estado ha aprobado un conjunto de normas que definen unas garantías que deben darse a los niños, niñas y adolescentes, establecen que su otorgamiento tiene prelación sobre otras responsabilidades y definen sanciones por su incumplimiento.

Además de las responsabilidades conjuntas de la familia y la comunidad frente al ejercicio de los derechos por los niños, niñas y adolescentes, existe un papel fundamental: es la función de garantía de esos derechos. Para que un derecho pueda cumplirse se necesita un titular, que es quien lo ejerce, y un garante, que es quien se hace cargo de que sea provisto por los distintos responsables y vigila que no sea violado. El Titular es cada ser humano, y el alcance de su titularidad está definido por las normas vigentes. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes de Colombia están básicamente establecidos en la Constitución Nacional y en algunas leyes —como las de educación y seguridad social— y el alcance de la titularidad está precisamente establecido en el Código de la Infancia y la Adolescencia. El Garante de que el derecho sea provisto en una red de responsabilidades compartidas con la familia y la comunidad es siempre y exclusivamente el Estado. Al aceptar la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Internacional de los Derechos del Niño, los Estados civilizados se han comprometido expresamente a garantizar, promover y vigilar los derechos humanos.

El principal marco normativo internacional que orienta las acciones de Colombia y de los 190 países que la firmaron en 1989, es la Convención internacional sobre los derechos del niño, la cual fue ratificada en el país por medio de la Ley 12 de 1991. Desde entonces, el Estado Colombiano viene realizando importantes esfuerzos para garantizar y hacer efectivos los derechos consagrados en los instrumentos internacionales y en la Carta Política. Esta, se ha convertido en un marco orientador de las políticas y programas nacionales y territoriales.

A nivel nacional, el marco que orienta las acciones de política es la Constitución de 1991, que introduce una revaloración de los niños, niñas y adolescentes. Los artículos 44 y 45, consagran sus derechos fundamentales, la obligación de protección y asistencia en cabeza del Estado, la sociedad y la familia y la prevalencia de sus derechos sobre los derechos de los demás. A nivel nacional, el marco que orienta las acciones de política es la Constitución de 1991, que introduce una revaloración de los niños, niñas y adolescentes. Los artículos 44 y 45, consagran sus derechos fundamentales, la obligación de protección y asistencia en cabeza del Estado, la sociedad y la familia y la prevalencia de sus derechos sobre los derechos de los demás.

Ámbito Internacional

- Convención de los derechos del niño de 1989:
  A partir de la convención de los derechos del niño aprobada por la Asamblea general de las Naciones Unidas se reconoció a los niños y niñas del mundo como agentes sociales y sujetos de derechos; de esta forma la convención se convirtió en el primer y más completo tratado sobre los derechos humanos para la protección y promoción de los derechos de la infancia.

- Corte Interamericana de Derechos Humanos, consultiva 17 de 2002:
  Como resultado de la consulta del 30 de marzo de 2001, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció al niño como sujeto de derecho donde se afirma que todos los seres humanos independientes de su condición son sujetos de derechos que le son inherentes y se deben atender las necesidades del niño como verdadero sujeto de derecho y no solo como objeto de protección.

- Objetivos de Desarrollo del Milenio y Objetivos de Desarrollo Sostenible:
  Desde el año 2000 en la cumbre del milenio de las naciones unidas, los gobernantes del mundo adoptaron los ODM, como lucha principal de lucha contra la pobreza y la discriminación, se adoptaron 8 objetivos que fueron medidos en 2015.
  A partir del 2015 hasta el 2030 se implementara una nueva agenda con 17 nuevos objetivos, muchos de ellos reiteran los objetivos plasmados en los ODM, con metas más universales que incluyen temas como el desarrollo económico sostenible y la construcción de sociedades en paz. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y las 169 metas tratan de completar lo que los Objetivos de Desarrollo del Milenio no alcanzaron y de estimular la acción de los gobiernos en los próximos 15 años en áreas muy importantes para los niños y las niñas.
  En términos de infancia, por ejemplo, se apuesta a disminuir el índice de mortalidad entre recién nacidos y niños menores de cinco años en los próximos 15 años. Se proponen, también, medidas para acabar con todas las formas de desnutrición antes de 2030[19].

Ámbito Nacional

- Constitución política de Colombia de 1991:

[19] Tomado de: http://unicef.org.co/noticias/unicef-los-ods-objetivos-de-desarrollo-sostenible-deben-priorizar-los-ninos-mas

Declara al país como un estado social de derecho, en sus artículos 44 y 67 hace referencia directa a la protección de los niños y niñas lo que ratifica la convención de 1989 y establece un orden jurídico específico para niños y niñas.

- Conpes social 109 de 2007:
  "Colombia por la primera infancia", se convierte en la primera política pública en toda su historia dirigida a este grupo poblacional.

- Ley 100 de 1993:
  Da prioridad a la infancia, a la población gestante, a la población infantil menor de 1 año y a las mujeres cabeza de familia.

- Ley 115 de 1994: Ley general de educación
  Establece los niveles de educación incluyendo la preescolar, más adelante construiría otras herramientas importantes en avances de atención a niños y niñas como el plan sectorial de educación y el Plan decenal de educación con la política educativa en primera infancia en el marco de hechos y derechos.

- Ley 1098 del 2006:
  En su artículo 29 define la primera infancia: "La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad".

- Ley 1804 del 2 de agosto de 2016:
  "Por el cual se establece la política de estado para el desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre y se dictan otras disposiciones"
  En la cual define la atención integral como:
  "Es el conjunto de acciones intersectoriales, intencionadas, relacionales y efectivas encaminadas a asegurar que en cada uno de los entornos en los li que transcurre la vida de los niños y niñas, existan las condiciones humanas, sociales y materiales para garantizar la promoción y potenciación de su desarrollo". También define la Ruta Integral de Atenciones RIA, como la herramienta que contribuye a ordenar la atención integral en el territorio de manera articulada.

4. PRESENTACIÓN

Se entiende como primera infancia el periodo comprendido desde la gestación y los 5 años 11 meses y 30 días. Los primeros años en la vida del ser humano tienen gran relevancia para su crecimiento y desarrollo de sus capacidades cognitivas, comunicativas y sociales; si las niñas y niños crecen en entornos amorosos y respetuosos con el cuidado y la alimentación que requieren podrán crecer física y mentalmente sanos, desarrollando habilidades y ser emocionalmente seguros.

Colombia se ha comprometido con la primera infancia reconociéndolos como sujetos activos de derechos, únicos y singulares, activos en su propio desarrollo, interlocutores válidos e integrales, y reconoce al Estado, la familia y la sociedad como garantes de derechos[20].

El estado colombiano viene adoptando transformaciones importantes en la atención integral a la niñez; en 1990 formalizo la adhesión a la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño; el Congreso de la República aprobó la Convención Internacional sobre los Derechos del niño a través de la Ley 12 de 1991, incorporándolos constitucionalmente en el artículo 44 de la C.P y promulgándolo a través del Código de Infancia y Adolescencia Ley 1098 de 2006; Por razones éticas y políticas la Atención Integral a la Primera Infancia es una responsabilidad ejercida de manera permanente y sostenible por el Estado.

[20] Tomado de la cartilla de fundamentos políticos, técnicos y de gestión, estrategia integral a la primera infancia pag 18.

5. ANÁLISIS SITUACIONAL DE DERECHOS DE LA PRIMERA INFANCIA DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA DEPARTAMENTO DE SANTANDER EN CLAVE DE REALIZACIONES

5.1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Localización Geográfica del Municipio de Lebrija

Lebrija es un municipio del departamento de Santander (Colombia). Se ubica a 15 Kilómetros de Bucaramanga, capital del departamento, a menos de 3 km del Aeropuerto Internacional Palonegro y se encuentra ubicada a menos de 500 km de la capital del país. Llamada la Capital Piñera de Colombia, por ser este producto agrícola el más importante renglón en la economía de este municipio, tal es así que cada mes de junio se realiza unas festividades en honor a esta fruta (Feria de la Piña) que incluyen verbenas, degustaciones de productos hechos con la piña y conciertos musicales. También se destaca en su economía los productos avícolas (pollo, huevo), por la cantidad de galpones que hay en la zona rural del municipio dedicado a la crianza de esta ave.[21]

Límites:

Lebrija limita por el oriente con el Municipio de Girón; por el occidente, con el municipio de Sabana de Torres; por el norte, con el Municipio de Rio Negro y por el sur con Girón así:
Por el oriente, desde el punto denominado las becas, en la vía para el Municipio de Rio Negro, siguiendo hacia la cordillera o alto de Palonegro, pasando por el alto del Rubén a dar al de Girón, hasta el punto en donde se encuentra el camino nacional que de dicho Municipio conduce al puerto de Martha, limitando en todo este trayecto con territorio del mismo Municipio de Girón.

[21] Datos tomado de la página oficial de la Alcaldía Municipal de Lebrija, fuente, http://www.lebrija-santander.gov.co/informacion_general.shtml#geografia Consultado el día 14/03/16

Ilustración 1. Límites del Municipio de Lebrija.

Fuente 1. Mapa Extraído De La Página: http://vgv.unidadvictimas.gov.co:8080/uvictimas/#

Por el sur, desde el punto últimamente dicho y siguiendo la referida vía hasta dar al punto de El Salado y siguiendo el camino que lleva al Cedro hasta el que llega a la quebrada llamada Boca del Monte, esta, aguas abajo, hasta su desembocadura en la de Puja manes o Negra; de ahí partiendo en línea recta, a dar a la cordillera de la Paz en su parte más elevada, y de ahí, siguiendo en la misma línea, hasta la quebrada río Sucio y desde este punto sigue río Sucio aguas arriba hasta donde desemboca en este río la quebrada Comero, lindando con Sabana de Torres de esta quebrada aguas arriba hasta su nacimiento, de aquí en línea recta hasta el nacimiento de la quebrada Doradas y de esto aguas abajo hasta su desembocadura con el río Lebrija y del río Lebrija aguas arriba lindando con el municipio del río Negro hasta llegar al punto denominado Bocas, punto de partida.

Tabla 1. Caracterización De Ubicación De La Cabecera municipal.

EXTENSIÓN TOTAL (KM^2)	EXTENSIÓN ÁREA URBANA (KM^2)	EXTENSIÓN ÁREA RURAL (KM^2)	ALTITUD DE LA CABECERA MUNICIPAL (MSNM)	LA CABECERA MUNICIPAL	TEMPERATURA MEDIA (°C)	DISTANCIA DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA (KM)
549,85	2,4943	547,3557	1.050	Latitud: 7° 0.7' Longitud: 73º 13'	23	17

Fuente 2. Autores 22.

Enfoque poblacional:

El componente demográfico nos ilustra de la población proyectada por el DANE[22] para los años 2016 y 2020 y nos permite observar la cantidad de población, adicionalmente se muestra la población inscrita en el SISBEN del Municipio.

DANE

En Colombia la entidad oficial encargada de recopilar los datos poblacionales que conllevan a la toma de decisiones es el Departamento Administrativo Nacional De Estadísticas (DANE); para el 2005 para el municipio de Lebrija, según el censo arrojo los siguientes resultados:

Tabla 2. Resultados Censo DANE Año 2005.

DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN DANE				
SECTOR	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	PORCENTAJE (%)
CABECERA	6952	7141	14093	45,48
RURAL	9238	7653	16891	54,52
TOTAL	16190	14794	30984	100
PORCENTAJE (%)	52,25	47,75	100	

Fuente 3. Plan De Desarrollo 2012-2015.

Se logra observar que en proporción hay más hombre que mujeres con un porcentaje de 52.25% y 47.75% respectivamente; la población se ha establecido en mayor proporción en el sector rural con 54,52% contra un 45.48% que se acentuaba en la cabecera Municipal. Adicionalmente el censo nos proporcionó la siguiente información:

Tabla 3. Vivienda, Hogares Y Personas.

VIVIENDAS, HOGARES Y PERSONAS							
Área	Hogares General	Viviendas Censo	Lugares Especiales De Alojamiento Leas Censados	Unidades Económicas	Unidades Agropecuarias	Población 2005	Proyección Población 2016
Cabecera	3.330	3.034	5	792	0	13.898	19.217
Restos	4.173	4.001	4	265	3.810	17.082	20.181
Total	7.503	7.035	9	1.057	3.810	30.980	39.398

Fuente 4. Autores, datos tomados del censo 2005.

[22] DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

LEAS: lugares especiales de alojamiento, mediante esta base de datos se genera información estadística estratégica sobre variables sociodemográficas, económicas y de actividades agropecuarias asociadas a estos lugares dentro de los cuales están clasificados por tipo: cárcel, albergue infantil, asilo de ancianos, conventos, seminarios, internado de estudios, cuartel, guarnición, campamento de trabajo, lugares para alojar habitante de la calle, casas de lenocinio, prostíbulo, alberge de desplazados, albergue de reinsertados, centro de rehabilitación no penitenciario, otros[23]

Tabla 4. Proyección Población Para Lebrija Del Año 2016.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES SEGÚN DANE			
AÑO 2016			
RANGO DE EDADES	NO. HABITANTES	HOMBRES	MUJERES
MENOR DE 1	760	388	372
1<5	2.968	1.524	1.444
5<10	3.564	1.846	1.718
10<15	3.469	1.809	1.660
15<20	3.633	1.879	1.754
20<25	3.491	1.806	1.685
25<30	3.033	1.541	1.492
30<35	2.639	1.324	1.315
35<40	2.704	1.341	1.363
40<45	2.563	1.297	1.266
45<50	2.583	1.344	1.239
50<55	2.348	1.251	1.097
55<60	1.786	961	825
60<65	1.231	659	572
65<70	995	523	472
70<75	674	338	336
75<80	451	219	232
80 y +	506	237	269
TOTAL	39.398	20.287	19.111

Fuente. 5. Autores[24]

Tabla 5. Proyección Población Para Lebrija Del Año 2020.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES SEGÚN DANE			
AÑO 2020			
RANGO DE EDADES	NO. HABITANTES	HOMBRES	MUJERES

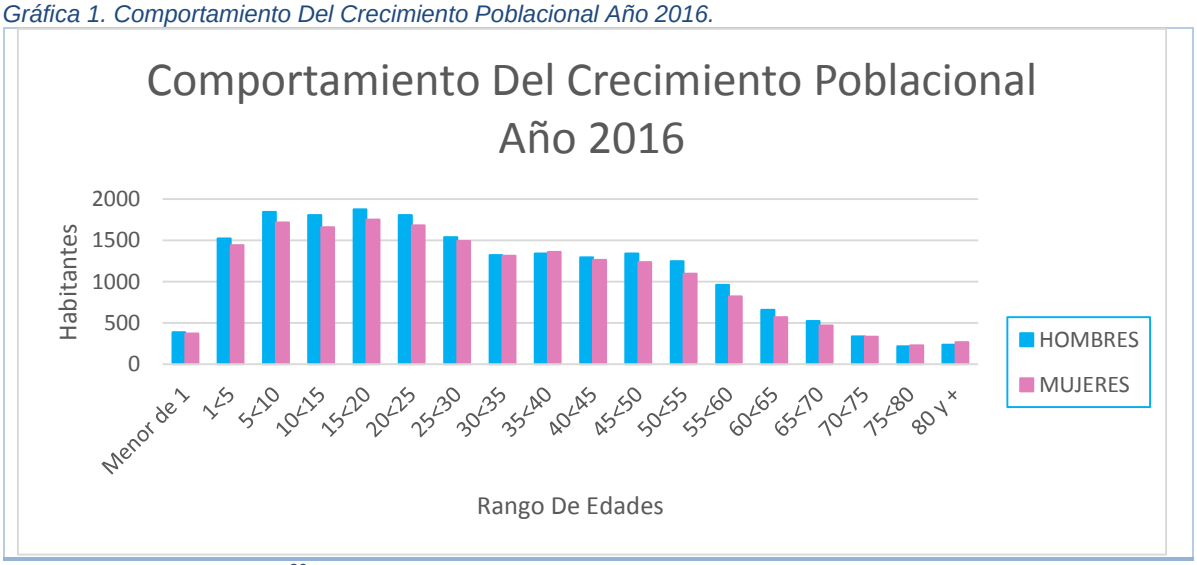
[23] Información tomada del DANE de la página web: http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/109/datafile/F2 tomado en día 28/03/2016.

[24] *Datos tomados del DANE Año 2005 del archivo VisorCertificaPPO_oct11.xls distribución por edades.xls*

Menor de 1	812	415	397
1<5	3168	1625	1543
5<10	3785	1956	1829
10<15	3591	1868	1723
15<20	3508	1820	1688
20<25	3600	1836	1764
25<30	3479	1769	1710
30<35	3033	1515	1518
35<40	2722	1352	1370
40<45	2824	1400	1424
45<50	2666	1358	1308
50<55	2679	1400	1279
55<60	2284	1214	1070
60<65	1647	874	773
65<70	1119	585	534
70<75	883	446	437
75<80	531	254	277
80 y +	564	249	315
total	42895	21936	20959

Fuente. 6. Autores[25]

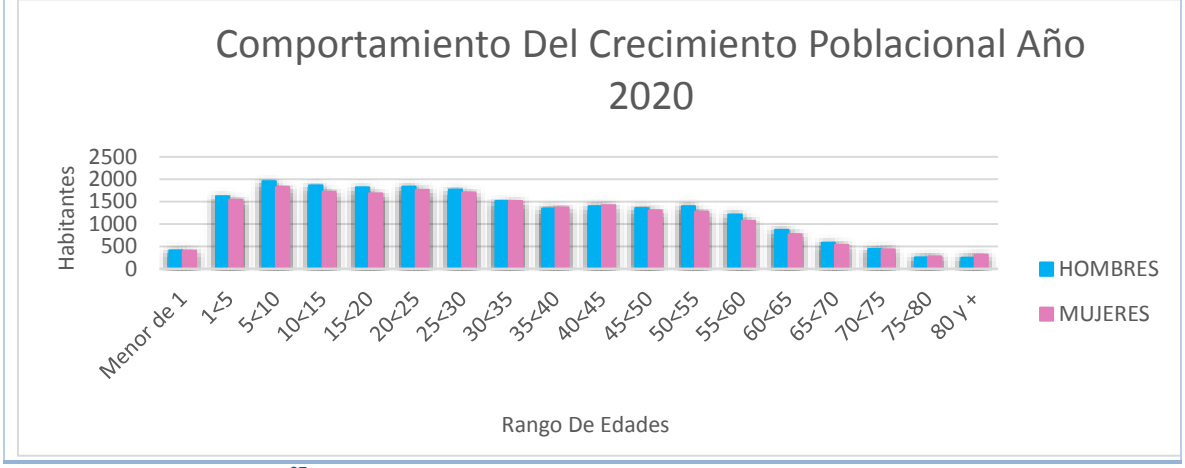
Gráfica 1. Comportamiento Del Crecimiento Poblacional Año 2016.



Fuente 5. Autores, Autores[26]

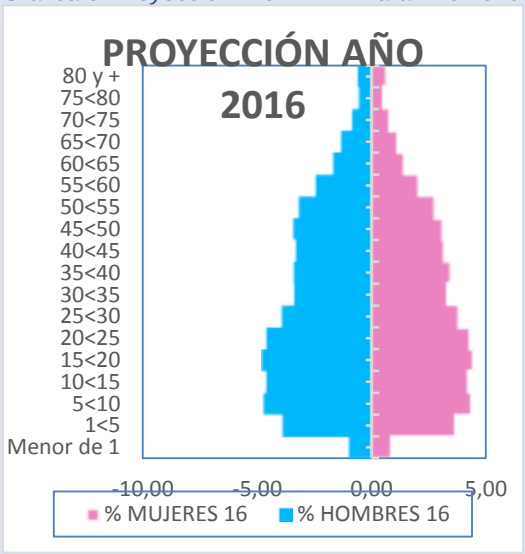
[25] Datos tomados del DANE Año 2005 del archivo VisorCertificaPPO_oct11.xls distribución por edades.xls
[26] *Datos tomados del DANE Año 2005 del archivo VisorCertificaPPO_oct11.xls distribución por edades.xls*

Gráfica 2. Comportamiento Del Crecimiento Poblacional Año 2020.

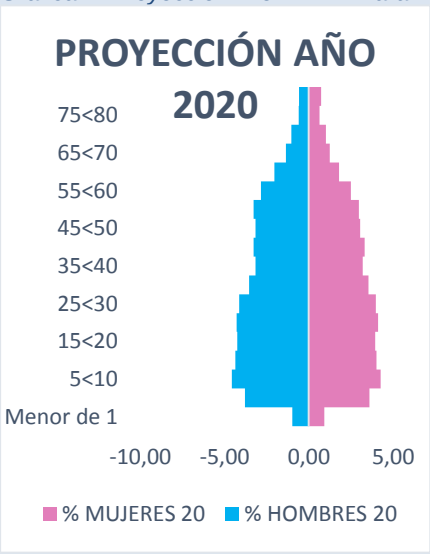


Fuente 6. Autores, Autores[27]

Pirámide poblacional año 2016	Pirámide poblacional año 2020
Gráfica 3. Proyección Del DANE Para Año 2016.	*Gráfica 4. Proyección Del DANE Para Año 2020.*



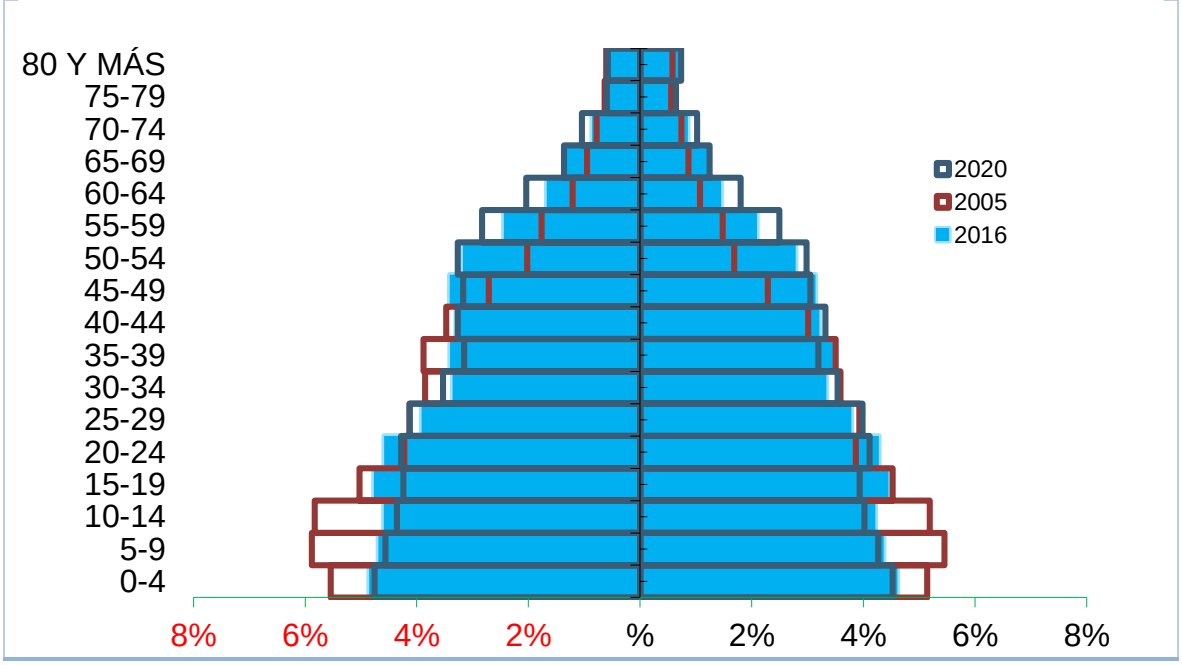
Fuente 7. Autores[28]



Fuente 8. Autores[29]

[27] Datos tomados del DANE Año 2005 del archivo VisorCertificaPPO_oct11.xls distribución por edades.xls
[28] Datos tomados del DANE Año 2005 del archivo VisorCertificaPPO_oct11.xls distribución por edades.xls
[29] Datos tomados del DANE Año 2005 del archivo VisorCertificaPPO_oct11.xls distribución por edades.xls

Gráfica 5. Pirámide poblacional comparativa.



Fuente 9. Secretaria de salud.

El Municipio de Lebrija según base DANE para 2016 tiene una población total de 39.398 habitantes de los cuales 20.287 son hombres y 19.111 mujeres con una tasa porcentual de 51,49% y 48,51% respectivamente. Obsérvese como la base de la pirámide se hace más angosta según la proyección 2020 y comparación con la población 2005, lo que indica que nuestra población infantil tiende a crecer más lentamente mientras que la población adolescente permanece estable y la económicamente activa o adulta joven también presenta un crecimiento menor, viéndose aumentada la población mayor de 50 años.

Tabla 6. Interpretación pirámide poblacional.

NDICES DEMOGRÁFICOS	INTERPRETACIÓN
Relación hombres/mujer	Representa la relación entre hombre y mujeres. En el año 2016 por cada 100 mujeres hay 106,153524148396 hombres.
Razón niños mujer	Representa la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año 2016 por cada 100 mujeres en edad fértil,

	entre 15 y 49 años, hay 36,859798299387 niños y niñas entre 0 y 4 años
índice de infancia	Representa la relación entre los menores de15 años y la población total. En el año 2016 por cada 100 personas 27,3135692167115 correspondían a población menor de 15 años.
índice de juventud	Representa la relación entre la cantidad de personas entre 15 y 29 años y la población total. En el año 2016 por cada 100 personas, 26 tienen entre 15 y 29 años.
índice de vejez	Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2016 de cada 100 personas, 6,66531296004873 tienen 65 años y más.
índice de envejecimiento	Representa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el año 2016 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 24,4029365300623 personas mayores de 65 años
índice demográfico de dependencia	Representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 51,4666871708123 menores de 15 y mayores de 65 años
Índice de dependencia infantil	Representa la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 41,3709584406597 personas menores de 15 años.
Índice de dependencia mayores	Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2016, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 10,0957287301526 tienen más de 65 años.
índice de Friz	Representa la relación entre la población menor de 20 años (entre 0 y 19 años), con respecto a la población entre los 30 y los 49 años. Cuando este índice supera el valor de 160 se considera que la población estudiada es una población joven, mientras que si resulta inferior a 60 se considera una población envejecida.

Fuente 10. Secretaria de salud.

Densidad poblacional por kilómetro cuadrado

Tabla 7. Densidad poblacional en Lebrija del año 2015.

Municipio	Extensión urbana		Extensión rural		Extensión total	
	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje	Extensión	Porcentaje
Lebrija	168 Ha	0.31	54.817Ha	99.69	54.985Ha	100

Fuente 11. Secretaria de salud.

Según secretaria de salud Para el año 2015 la densidad poblacional del Municipio de Lebrija es de 36 habitantes por kilómetro cuadrado en el área rural y de 11159 habitantes por kilómetro cuadrado en la zona urbana, observándose de esta manera una gran concentración de población en el casco urbano del Municipio, mientras que existen grandes extensiones de tierra a nivel rural que se encuentran despobladas, aclarando que dichos terrenos son utilizados en su mayoría para la explotación agropecuaria que caracteriza al Municipio.

SISBEN MUNICIPIO DE LEBRIJA

Tabla 8. Distribución poblacional del Sisben del año 2016.

DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL SISBEN				
SEXO	No. URBANO	No. RURAL	TOTAL	PORCENTAJE
HOMBRES	8618	10644	19262	50,71
MUJERES	9111	9614	18725	49,29
TOTAL	17729	20258	37987	100

Fuente 12. Sisben, febrero del 2016.

Tabla 9. Distribución por edades del Sisben año 2016.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES			
EDAD/MUJERES	No. MUJERES	EDAD/HOMBRES	No. HOMBRES
0<5	1149	0<5	1240
5<10	1563	5<10	1641
10<15	1594	10<15	1711
15<20	1874	15<20	1886
20<25	1844	20<25	1825
25<30	1571	25<30	1551
30<35	1423	30<35	1315
35<40	1423	35<40	1331
40<45	1142	40<45	1192
45>	5142	45>	5570
TOTAL	18725	TOTAL	19262

Fuente 13. Sisben, febrero del 2016.

Sin embargo, La población que arroja el Sisben da como resultado que la población de hombres tiene una participación porcentual de 50,71% y las población de mujeres el 49,29% de un total de 37987 personas, distribuidas en la zona urbana y rural de 17729 y 20258 personas respectivamente; es de anotar que la población tanto de hombres como de mujeres en los rangos de edad de (0<5) años ocupa el 6%, De (5<10)años ocupa el 9%, de (10<15) años ocupa el 9%, de (15<20) años ocupa el 10%, de (20<25)años ocupa el 10%, de (25<30) años ocupa el 8%, de (30<35) años ocupa el 7%, de (35<40) años ocupa el 7%, de (40<45)años ocupa el 6% y mayores de 45 años ocupa el 28% de la población.

LA SITUACION DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS

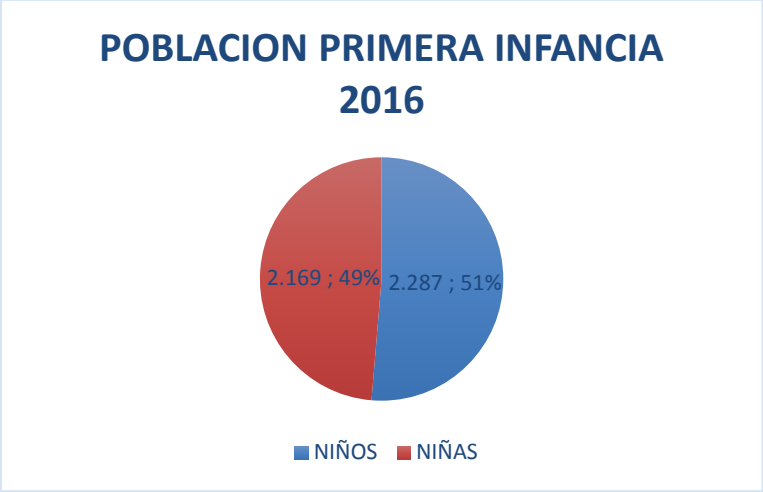
DATOS DEMOGRÁFICOS[30]

Tabla 10. Población de 0 a 6 años.

POBLACION PRIMERA INFANCIA 2016		
NIÑOS	NIÑAS	TOTAL, POBLACION
2.287	2.169	4.456

Fuente 14. Elaboración propia, datos DANE.

Gráfica 6. Población primera infancia de 0 a 6 años.

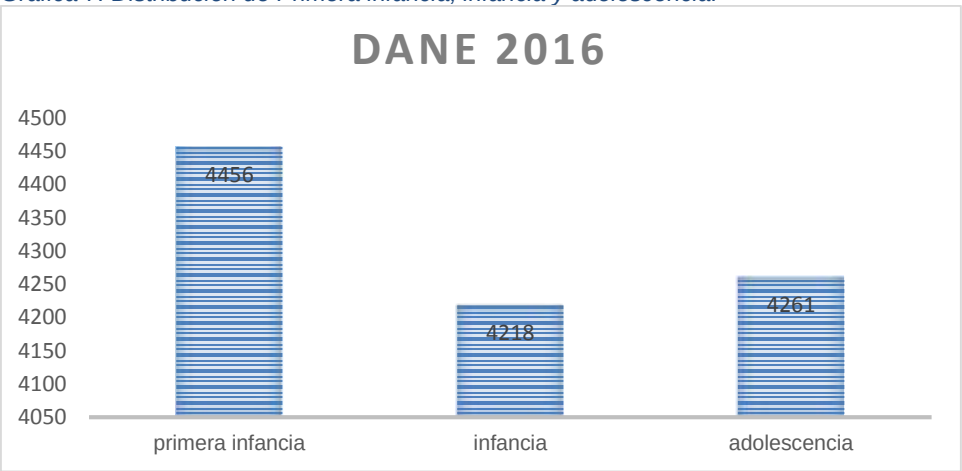


[30] Los datos demográficos corresponden a la proyección DANE para el año 2016, salvo que se especifique lo contrario

Según la proyección del DANE para el 2016, el municipio de Lebrija cuenta con una población menor de 6 años de 4.456 niños y niñas correspondiente al 11,31% de la población total del municipio[31]. De ellos el 51% son niñas y el 49% son niños y donde el 17% son niños y niñas menores de un año es decir 760 en total.

Para el 2020 esta población abra crecido a 4.754 presentando un incremento del 6,69% del total de la población.

Gráfica 7. Distribución de Primera infancia, infancia y adolescencia.



Fuente 15. Plan de desarrollo Ambiente, vida y desarrollo.

Según proyección DANE, la población total de primera infancia, infancia y adolescencia en el municipio es de 12.935, como se observa en la gráfica la población más representativa de este grupo es el de Primera Infancia con el 34% del total de niños, niñas y adolescentes. De esta población la estrategia unidos atendió 134 niñas y niños, correspondiente al 5% de toda la población atendida por la estrategia.

Enfoque diferencial

Se presenta la distribución por ciclo vital (rangos de edad definidos) de la población víctima ubicada en la entidad territorial, pudiendo distinguir entre diferentes etapas del ciclo como son: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y Persona mayor (envejecimiento y vejez).

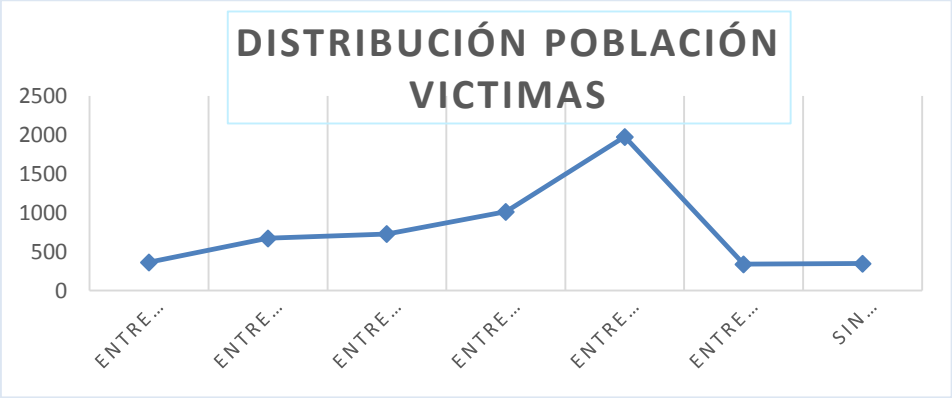
[31] Corresponde a 39.398, según proyección DANE.

Tabla 11. Edad Actual Personas.

RANGO DE EDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Entre 0 y 5 Años	363
Entre 6 y 11 años	672
Entre 12 y 17 Años	727
Entre 18 y 28 años	1.013
Entre 29 y 60 años	1.974
Entre 61 y 100 años	339
Sin información	347

Fuente 16. Enlace víctimas.

Gráfica 8. Comportamiento Poblacional Victimas.



Fuente 17. Autores, Basado En Datos De Enlace Víctimas.

Se presenta la distribución de la población víctima que se reconoce con alguna pertenencia étnica, de acuerdo a la información contenida en el Registro y que se ubica en la entidad territorial.

Tabla 12. Etnia Personas.

TIPO DE ETNIA	NÚMERO DE PERSONAS
Ninguna	5.331
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	91
Indígena	9
Gitano(a) ROM	3
Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	1

Fuente 18. Enlace víctimas.

De acuerdo a la información disponible en el RUV, suministrada por la población víctima, se realiza una aproximación al enfoque de género presentando la distribución correspondiente al Municipio.

Tabla 13. Genero Personas.

GENERO	NÚMERO DE PERSONAS
Hombre	2.790
Mujer	2.626
No Informa	19

Fuente 19. Enlaces Víctimas.

En concordancia con información disponible en la Subdirección RNI, se presenta la distribución concerniente a las personas víctimas con discapacidad y sin ella, a fin de revisar los programas existentes en la oferta territorial que apunten a mejorar las condiciones de vida de esta población.

Tabla 14. Condición de discapacidad.

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Con discapacidad	123
Sin discapacidad	5.312

Fuente 20. Enlace víctimas.

Tabla 15. Grupo de edad, según categoría de discapacidad.

CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD	GRUPOS DE EDAD						TOTAL
	1. de 0 a 4	2. de 5 a 9	3. de 10 a 14	4. de 15 a 44	5. de 45 a 59	7. Sin Información	
1. Movilidad	3	3	5	29	31	55	126
10. Enanismo				1			1
11. No la sabe nombrar				1	1	1	3
12. Múltiple	1	2	2	3	4		12
2. Sensorial Auditiva		2	3	3	4	2	14
3. Sensorial Visual		1		3	8	9	21
4. Sensorial Gusto – Olfato – Tacto					1		1
5. Sistémica				1			1
6. Mental Cognitivo	3	3	4	33	4		47
7. Mental Psicosocial				5	3		8
8. Voz y Habla.	1		2	3	3	1	10
9. Piel, Uñas y Cabello						1	1
-Sin Información	1		1	1	2		5
Total	9	11	17	83	61	69	250

Fuente 21. SISPRO.

Tabla 16. Área de residencia y sexo, según grupos de edad.

GRUPOS EDAD (AÑOS)	AREA RURAL (RURAL DISPERSO)			CABECERA MUNICIPAL (AREA URBANA)			CENTRO POBLADO (INSPECCIÓN CORREGIMIENTO O CASERÍO)		TOTAL
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Mujer	Total	
1. Menores de tres		2	2	1	2	3	1	1	6
2. de 3 a 4	2		2		1	1			3
3. de 5 a 9	3	2	5	3	3	6			11
4. de 10 a 14	2	5	7	6	3	9	1	1	17
5. de 15 a 19	4	3	7	9	2	11			18
6. de 20 a 24	1	2	3	7	2	9			12
7. de 25 a 29	3	6	9	6	4	10			19
8. de 30 a 34	5	2	7	5	4	9			16
9. de 35 a 39		2	2		2	2			4
10. de 40 a 44	7	2	9	2	3	5			14
11. de 45 a 49	8	2	10	3	5	8			18
12. de 50 a 54	5	4	9	6	5	11			20
13. de 55 a 59	9	6	15	7	1	8			23
14. de 60 a 64	5	5	10	8	2	10	1	1	21
15. de 65 a 69	3	3	6	7	1	8			14
16. de 70 a 74	4	4	8	6	3	9			17
17. de 75 a 79	1	3	4		1	1			5
18. de 80 a 84		2	2	4	2	6			8
19. de 85 y mas	2	2	4						4
Total	64	57	121	80	46	126	3	3	250

Fuente 22. Secretaria de desarrollo social y económico.

Según el reporte de la base de datos de la UGD el municipio cuanta con 256 discapacitados. En el cuatrienio anterior se realizaron convenios con la Comunidad Guanella cuyo objetivo es la educación no formal el cual atiende de 18 a 20 niños mensuales en sus instalaciones. A partir del 2014 contrato la fundación Carlos José ramón, para la atención integral RBC y se atendió un promedio de 30 Niños.

Tabla 17. RCB Y Educación No Formal.

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
RBC	24	20	44
EDUCACIÓNNO FORMAL	7	12	19
TOTAL	31	32	63

Fuente 23. Secretaria de desarrollo social y económico.

Tenemos que de los 63 beneficiarios del programa de discapacidad 31 son mujeres equivalente al 49% y 32 son hombres equivalente al 51%, teniendo una diferencia de 1%, lo que difiere que son más hombres los inscritos en programas dirigidos a población con discapacidad.

ANALISIS DEL DEPARTAMENTO

En concordancia, de acuerdo a las estadísticas del DANE, Santander tiene diferentes grupos étnicos en su población distribuidos de la siguiente manera 1% de indígenas, 3.2% de afrocolombianos, además de poseer asentamientos gitanos en el municipio de Girón, Así mismo se evidencia que con respecto a los datos de todo el país el departamento se encuentran entre los que tiene menor variedad étnica, realidad que de ninguna manera resta importancia a la responsabilidad de impulsar el acceso de todos los niños a los programas departamentales identificando su entorno social de manera que se logre llegar con estrategias acordes a su problemática en aras de lograr su progreso conservando su identidad.

ANALISIS DEL MUNICIPIO

La mayor aparte de la población reside en el área rural donde se encuentran los medios productivos en el territorio si existen etnias indígenas u otros grupos poblacionales minoritarios.

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

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

Los indicadores que se trabajaran son los siguientes:

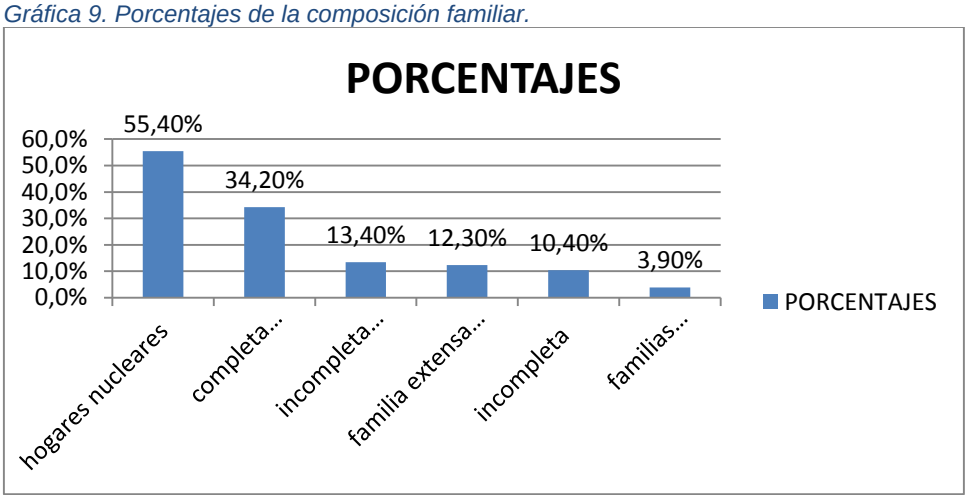
- Composición Familiar (nuclear completa, nuclear incompleta, extensa completa, extensa incompleta, compuesta)

- Porcentaje convive con: padre y madre, madre, padre, ninguno, huérfanos, hijos de crianza
- Cuidadores: madre, padre, abuelos, hermanos, niñera o empleada, otros, menor de 10 años, permanecen solos
- Violencia intrafamiliar / Violencia social

a. Composición Familiar (nuclear completa, nuclear incompleta, extensa completa, extensa incompleta, compuesta)

La composición familiar de las regiones de Colombia es bastante homogénea. Para el caso de la región Central a la cual pertenece el Departamento de Santander, la distribución porcentual de los hogares nucleares es en un 55,4%, con un 34.2% completa y 13.4% incompleta debido a la falta del padre o de la madre. En cuanto a la familia extensa, corresponde al 12.3% completa, donde la pareja vive con sus hijos y otros parientes y al 10.4% incompleta (el o la jefe sin cónyuge vive con sus hijos solteros y otros parientes). El 3.9% corresponde a familias compuestas por parientes y no parientes.

Gráfica 9. Porcentajes de la composición familiar.



ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

De acuerdo a los datos disponibles se observa que con relación a la región central de Colombia, Santander presenta indicadores positivos en el caso de la familia: nuclear en la región 55.40% en comparación 57.50% de Santander, siendo superior en un 2.10% , igualmente, la familia nuclear completa se muestra también por encima 34.20% y 36.90%,

respectivamente, con una diferencia favorable 2.70% , aún más alentador es que la familia nuclear incompleta tiene un porcentaje inferior con respecto al regional ya que se presenta 13.40%, mientras que en Santander 11.8% . Del mismo modo la familia extensa presenta resultados muy similares: extensa completa con 12.30% y 13.8%, equivalente a 1.50% positivo para el departamento, al igual que extensa incompleta 10.40% y 8.30% correspondientemente, es decir -2.10% . Esta tendencia hace pensar que al menos en teoría la familia constituida como célula social en el departamento tiene buenas perspectivas en la formación de ciudadanos de bien y que sus niños cuentan con un soporte familiar por encima de las estadísticas de la región, sin embargo dada su importancia se debe implementar estrategias que potencialicen esta tendencia positiva.

INFORMACION DEL MUNICIPIO

La familia es el grupo social con el que cuenta toda persona al nacer; es el primer grupo de referencia y pertenencia desde el cual en individuo entra hacer parte de la sociedad. El hogar es el primer entorno de relación de los niños y niñas y se hace necesario que desde la concepción se encuentre todo preparado para recibir y acompañar a los niños y niñas en todo el proceso de acompañamiento y se encuentre en un entorno rodeado de amor, armonía y cuidado integral.

Por estas razones es fundamental que el Estado y la sociedad se concentren en apoyar y formar las familias creando entornos enriquecedores, protectores y seguros, garantes de amor y vínculos afectivos que los nuevos integrantes necesitan para su sano desarrollo. El estado la sociedad y la familia deben profundizar su responsabilidad como promotores y veedores de la prevención de riesgos y de la eliminación de situaciones de vulnerabilidad que afecten su integridad física, psicológica y el bienestar de los niños y niñas.

Ilustración 2. Conformación de hogares según número de personas.

Fuente 24. DANE, censo 2005.

ANÁLISIS MUNICIPAL

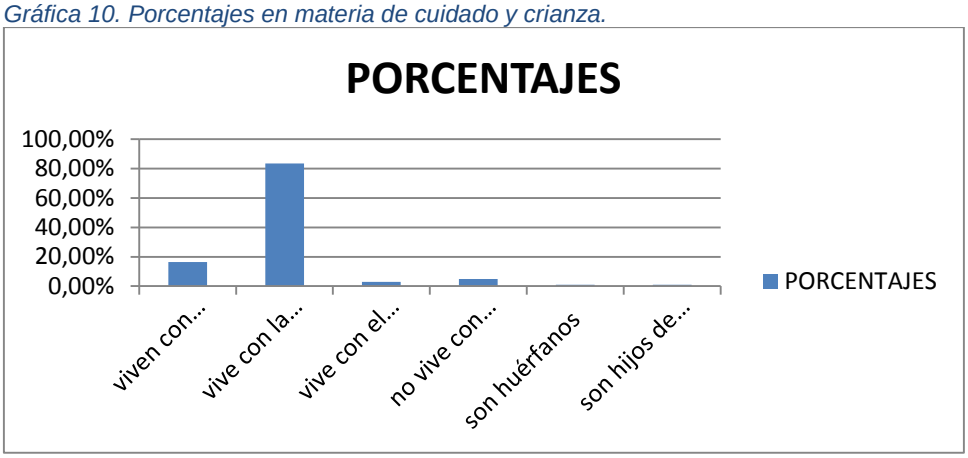
Según datos censo DANE, el tamaño promedio de hogares en el municipio de Lebrija es de 4 o menos integrantes[32]. Este mismo censo arroja como resultado que el 20,9% su estado conyugal es viven en unión libre.

El municipio de Lebrija no cuenta con una caracterización poblacional que permita determinar con exactitud los datos estadísticos de las Familias Nucleares, Familias reconstruidas.

b. Porcentaje viven con: padre y madre, madre, padre, ninguno, huérfanos, hijos de crianza

En materia de cuidado y crianza, se calcula que, de los niños y niñas menores de 15 años del departamento, el 16.31% viven con padre y madre; el 83.54% vive con la madre; el 2.84% vive con el padre; el 4.8% no vive con ninguno de los padres; un 1% son huérfanos y un 1% son hijos de crianza. Si bien no es una información específica para primera infancia, da una idea de la conformación de los hogares del Departamento.

Gráfica 10. Porcentajes en materia de cuidado y crianza.



ANALISIS DEPARTAMENTAL

De acuerdo a los resultados obtenidos, es preocupante que en Santander sólo un el 16% de los niños menores de 15 años vivan con el padre y la madre, mientras que un 83.54%

[32] Fuente dane http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/68406T7T000.PDF

viven únicamente con la mamá. Es necesario desarrollar estrategias que generen conciencia tanto en hombres como en mujeres de la conveniencia para los niños de crecer con la figura paterna, logrando de esta forma prevenir y hacer frente a factores que generen embarazos no deseados, separación de los padres, entre otras situaciones que creadoras de dicha realidad, ya que por más que se esfuerce la progenitora en ser padre y madre a la vez, la presencia del papá es irremplazable para los menores en formación.

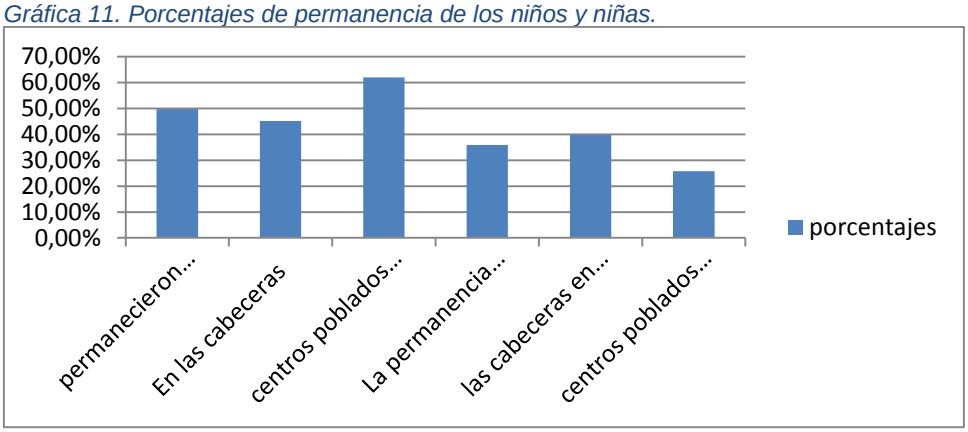
ANÁLISIS MUNICIPAL

Se debe buscar los medios en el municipio para realizar una caracterización real que permita determinar cuántos niños y niñas del municipio vive con padre o madre, son hijos de crianza o huérfanos.

c. Cuidadores: madre, padre, abuelos, hermanos, niñera o empleada, otros, menor de 10 años o permanecen solos.

En 2016 a nivel nacional, el porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que permanecieron la mayor parte del tiempo entre semana con su padre o madre en casa fue 49,7%. En las cabeceras fue 45,2% y 61,9% en centros poblados y rural disperso. La permanencia en “hogar comunitario, jardín, centro de desarrollo infantil o colegio” fue 35,9% para el total nacional, en las cabeceras 39,7% y en centros poblados y rural disperso alcanzó el 25,8%.

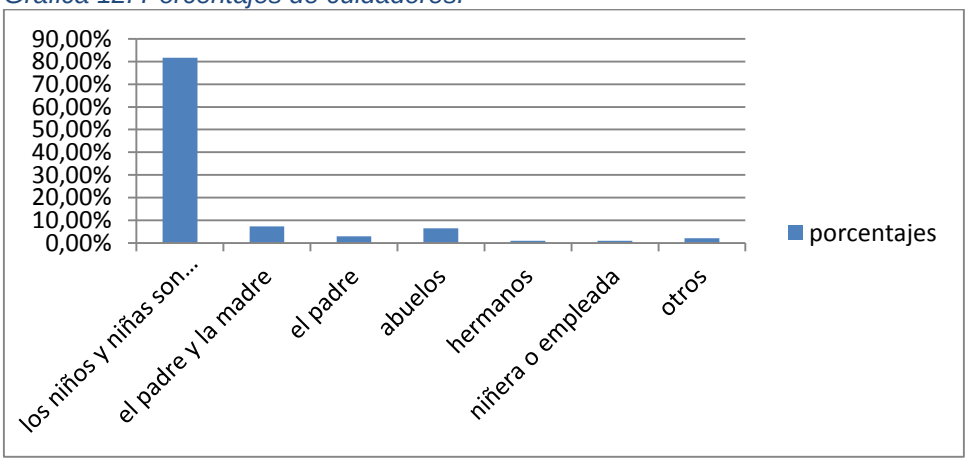
Gráfica 11. Porcentajes de permanencia de los niños y niñas.



En el Departamento de Santander en el hogar, los niños y niñas son dejados al cuidado de la madre (81.68%); el padre y la madre (7.31%), el padre 2.9%; los abuelos (6.4%);

hermanos (1%); niñera o empleada (1%); otros (2%). Esta es una evidencia de la importancia de involucrar a las familias y otros cuidadores en actividades de formación y acompañamiento.

Gráfica 12. Porcentajes de cuidadores.



Sobre el cuidado y crianza se analiza, como el aumento de embarazo en adolescentes se encuentra relacionado a mayor número de familias monoparentales, en los cuales los abuelos asumen el rol de cuidadores, y en muchos casos desautorizan a la madre o padre, respecto a los patrones culturales para educar un hijo.

Igualmente se analiza en el sector rural, los padres poco asumen la responsabilidad de educar a sus hijos, por lo general se delega a la escuela, colegio o modalidad de atención del ICBF, siendo que es corresponsabilidad Estado, familia y sociedad.

Si bien no se cuenta, con información actualizada del departamento sobre pautas de crianza, se puede constatar que los patrones culturales inciden altamente en cuanto el cuidado, alimentación, salud, recreación de los niños y niñas. En la sociedad actual, se presenta que es escaso el tiempo para atender y cuidar a la primera infancia, cuando la mujer ingresa el mundo laboral y ha sido madre adolescente, se destina poco tiempo para compartir y educar a su hijo. Esto situación se identifica como critica, por lo tanto, se requiere orientar y educar a las madres sobre pautas de crianza, cuidados que requiere él bebe, la importancia del Vínculo afectivo y la corresponsabilidad del padre en la educación y desarrollo integral de su hijo.

Igualmente se considera importante, orientar a los adolescentes, jóvenes y adultos en la responsabilidad de ser padres y madres, los derechos de la infancia, la importancia del

vínculo afectivo, del juego, la lectura, la exploración y compartir experiencias significativas en Familia.

Para este tema resulta apremiante revisar los porcentajes donde los niños y las niñas viven con los padres y madres, ya que se deben observar variables como: ¿si el padre es biológico o es el padrastro? ¿El vivir con el padre y la madre garantiza la crianza adecuada de los niños y las niñas? Las implicaciones para el correcto desarrollo integral de un niño y de una niña con quien vive, resultan ser determinantes, ya que los cuidadores imprimen su huella en el desarrollo por ejemplo neuronal.

Por otro lado, es impostergable analizar y reflexionar en torno la composición de las Familia ya que la Familia también se construye a partir de relaciones, de las dinámicas de quienes conviven bajo un mismo techo y comparten alimentos, lo cual incluyen otras miradas en torno al cuidado y a la crianza de los niños y las niñas y genera otros elementos para tener en cuenta a la hora de hablar de desarrollo integral.

En cuanto al cuidado de las madres que cuidan a los niños y las niñas el porcentaje pareciera muy elevado ya que hoy día lo que se observa en el departamento es que con más frecuencia los niños y niñas están quedando al cuidado de abuelos, de vecinos o de otras personas ajenas a las Familias consanguíneas.

Es necesario desarrollar estrategias de formación para abuelos y abuelas, así como de cuidadores frente al manejo de crianza positiva, crianza con amor.

ANALISIS DEPARTAMENTAL

De acuerdo a las estadísticas nacionales existe un porcentaje elevado de niños menores de 5 años que son dejados a cuidar en una institución así: 35.90% a nivel nacional, 39.70% cabeceras municipales y 25.80% en centros poblados, aunque no existen para Santander específicamente información disponible, en estos datos se demuestra que la tendencia en el país es que los padres deben salir a laborar, por lo tanto no le pueden dedicar el tiempo que necesita un niño en este rango de edad, este ambiente tiende a afectar a los infantes, puesto que en sus primeros años requieren más del afecto de sus progenitores, para crear el vínculo emocional generador de unidad familiar.

En cuanto a las estadísticas departamentales los niños son cuidados por la madre con un 81.68%, seguida por los padres con 7.31%, los abuelos el 6.4%, el padre 2.9% los hermanos 1% y la niñera 1%, es de subrayar que los abuelos tienen el tercer lugar en cuidado de los niños por tanto deben dialogar con los padres sobre la mejor forma de

educarlos de tal manera que se eviten conflictos familiares por desacuerdos en cuanto a la crianza. En este orden de ideas es necesario que los niños menores de 10 años permanezcan acompañados con un mayor de edad responsable con capacidad de educarlos, establecer lazos de afecto y respeto, para garantizar su salud emocional y física.

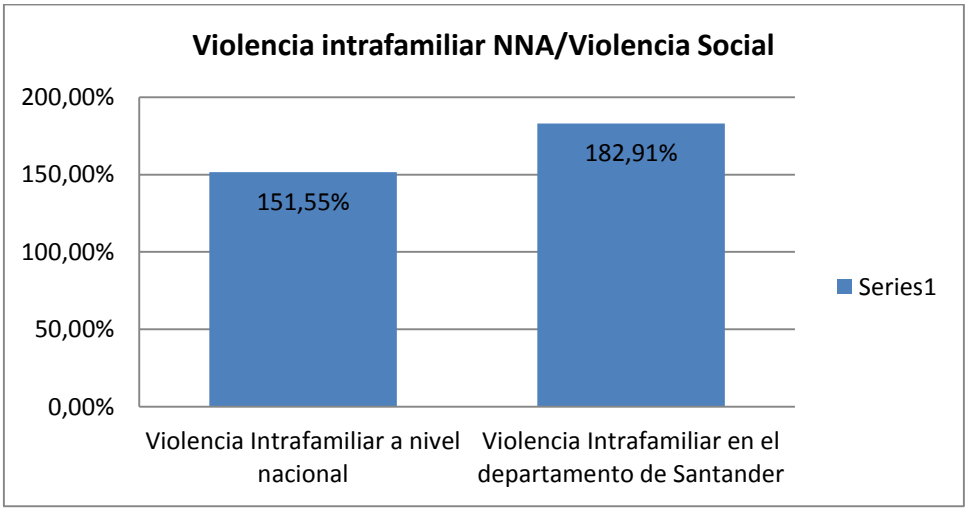
ANALISIS MUNICIPAL

Aunque no existe información al respecto por ser un municipio de sexta categoría, desde el análisis realizado en el marco de la mesa de primera infancia, se puede establecer que la mayor parte de los niños y niñas están al cuidado de sus padres por cuanto sus actividades se realizan bajo la supervisión de sus propias familias.

d. Violencia intrafamiliar NNA/Violencia Social.

El SUIN reporta para el año 2015 una tasa a nivel nacional de 151.55% de Violencia Intrafamiliar y fue reportado 3.441 Examen médico legal por presunto delito sexual realizado a niños y niñas menores de 5 años, al igual que de la misma fuente SUIN reporta para el año 2015 en el Departamento de Santander una tasa de 182.91%[33] de Violencia Intrafamiliar y fue reportado 209 Examen médico legal por presunto delito sexual realizado a niños y niñas menores de 5 años

Gráfica 13. Violencia intrafamiliar NNA/Violencia social.



[33] SUIN 2015.

ANALISIS DEPARTAMENTAL

La violencia intrafamiliar en el departamento se encuentra por encima de la violencia intrafamiliar a nivel nacional, dato alarmante debido a que los niños y niñas son especialmente sensibles a este fenómeno quedando con secuelas para toda la vida tendientes a perpetuar el fenómeno, si no les es prestada la atención especializada correspondiente, La violencia intrafamiliar tiene el agravante que en muchos casos nunca es denunciada convirtiéndose en un problema grave complejo de resolver, se debe procurar con la mayor brevedad posible mediante campañas educativas permanentes, asesoría y apoyadas con sanciones severas combatir esta problemática.

ANALISIS MUNICIPAL

En el Municipio de Lebrija de acuerdo los casos reportados a Medicina Legal se presentaron 2 casos de Violencia contra NNA y 2 de violencia intrafamiliar correspondiente a una tasa del 55,05% en 2015, para el 2016 tenemos 0 casos reportados.

La violencia intrafamiliar como lo muestra la medición han tenido fluctuaciones importantes, lo que está asociado con acciones de promoción, prevención y atención y lo que es claro que hasta que no se logren hacer cambios radicales en el 2016 la atención número uno es audiencias de custodias, alimentos y visitas esto obedece a que los padres son muy jóvenes y no son capaces de enfrentar la responsabilidad económica y educativa, no dimensionan la responsabilidad que implica formar un hogar, y se presenta alta ruptura de la relación ya sea por el hombre y la mujer, esto obedece a la omisión y negligencia de las responsabilidades del menor económica, moral y física de los menores; En segundo lugar se encuentra el maltrato infantil esto obedece a familias disfuncionales y por lo general estos niños o niñas que son maltratados proceden de hogares donde la madre es la cuidadora del hogar a cargo del menor. En el proceso de restablecimiento de derecho se da cuando la mayoría de derechos del niño han sido vulnerados, en seguimiento se da principalmente por omisión y negligencia en cuidados básicos y primordiales, omisión en pautas de crianza.

Según la comisaria de familia la mayor problemática en primera infancia se debe principalmente a:

- hijos no deseados que original rechazo desde el momento de la gestación.
- carencias afectivas de los padres a los hijos. ausencia de afecto, respeto.
- manejo de vocabulario inadecuado a interior a los hogares.
- maltrato psicológico verbal (gritos, amenaza)

- se enseña con violencia o tratos inadecuados al interior del hogar.
- falta de tolerancia de los padres hacia los hijos.

De acuerdo a las cifras anteriores se puede observar la disminución en los casos reportados en las diferentes instituciones del municipio, conociendo que existe un problema de subregistro por ende no es posible conocer con exactitud la cifra real de posibles casos de violencia en el municipio. Sin embargo desde la interinstitucionalidad se promueve la sensibilización para poner en conocimiento desde las Familias el riesgo de ocurrencia o eventos ejecutados.

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

Esta realización supone la materialización de lo dispuesto para el derecho a la salud[34], conexo con el derecho a la vida, la integridad personal, y la dignidad humana de niñas y niños, precisando condiciones y estados para que este derecho se disfrute con garantías, como parte del desarrollo integral de la Primera Infancia.

Los principales indicadores correspondientes a esta realización y su análisis, asociadas son las siguientes:

- Madres adolescentes (Numero y Porcentaje de madres adolescentes)
- Mujeres que realizaron 4 ó más controles prenatales (porcentaje atención institucionalizada a parto Consumo de suplementos de hierro durante el embarazo Mortalidad materna (comparación con cifras de los tres años anteriores)
- Estado nutricional de las mujeres gestantes
- Razón de mortalidad maternal
- Cifras de Atención al parto: hospital, domicilio, médico, enfermero, parteras.
- Tasa de mortalidad menor de un año (tendencia aumento-disminución) /Tasa de mortalidad menor de 5 años (tendencia aumento-disminución)
- Tasa de mortalidad enfermedad diarreica aguda EDA/Tasa de mortalidad Enfermedad respiratoria aguda ERA
- Afiliación SGSS (Número y Porcentaje de Niños y Niñas en el régimen contributivo y subsidiado)
- Cobertura immunizacion DPT, Triple viral

[34] Corte Constitucional. Sentencia T 760 de 2008

En Santander las madres adolescentes entre los 15 y 19 años corresponden al 17.2%, y el 0.01% de niñas entre los 10 y los 14 años, se estima que las principales causas que dieron origen a este indicados son la precaria situación económica e inequidad, por tanto esta cifra es neurálgico así se encuentre por debajo del promedio nacional que es de 19.50%, en consecuencia debe ser mejorada con el objeto de garantizar a las madres y a los menores de edad el derecho a la vida, a la salud, la integridad personal y la dignidad a través de programas de sensibilización tanto a mujeres como a varones de la conveniencia de concebir hijos dentro de un hogar con las mejores condiciones posibles

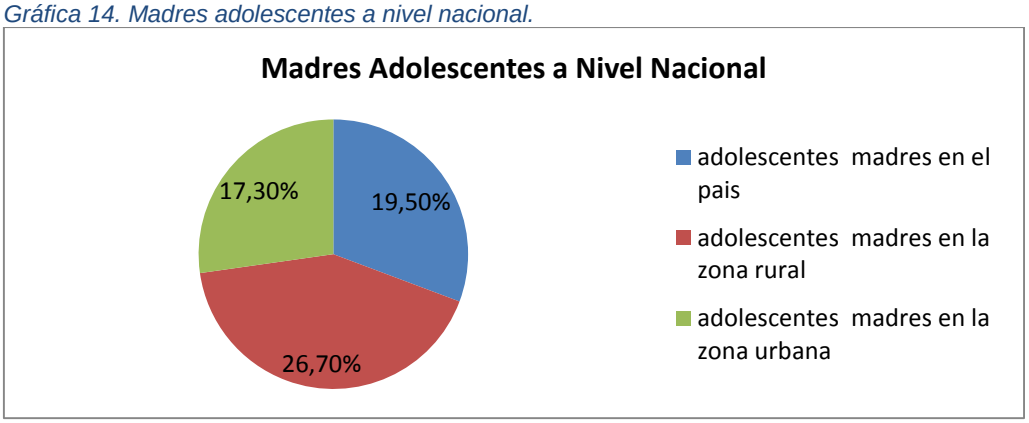
En cuanto a la ***salud materna e infantil***, a través del Sistema Integral de información de la protección social SISPRO reporta para el Departamento de Santander que el 92.74% corresponde a 30.500 mujeres, las cuales tuvieron 4 o más consultas prenatales. El porcentaje de mujeres que recibieron atención institucionalizada en el parto fue de 87.92%. Según la ficha territorial de indicadores del ministerio de protección social 2014, el porcentaje de partos por cesárea fueron 16.442 que equivale al 53.91%., parto espontáneo 13.990 que corresponde al 45.87% e instrumentado 68 cuyo porcentaje es 0.22% , de las cuales fueron atendidas en instituciones de salud 30.398, en domicilio 72 y en otro sitio 30[35].

a. Madres adolescentes (Número y porcentaje de madres adolescentes)

El embarazo en adolescentes no puede dejarse de lado. Es una de las grandes preocupaciones del país y de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, ya que 19,5% de las adolescentes son madres. En la zona rural este porcentaje corresponde al 26,7% mientras que en la zona urbana es de 17,3%, lo cual tiene un trasfondo latente de falta de oportunidades e inequidad que repercuten en la pobreza y la movilidad social. Para el caso del Departamento de Santander de 1.047.000 mujeres el 17.2% son madres adolescentes o están en embarazo entre los 15 y 19 años, que corresponde a 5.268 En la zona rural este porcentaje corresponde al 0.5% mientras que en la zona urbana es de 99.5% y 171 niñas entre los 10 y 14 años son madres que corresponde al 0.01%. Las adolescentes que fueron madres corresponde al 19.74% del total de mujeres que fueron madres.

[35] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/IndicadorPorCicloVital.aspx
Buscar indicador "Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas prenatales" y hacer la consulta. Fuente DANE 2016.

Gráfica 14. Madres adolescentes a nivel nacional.

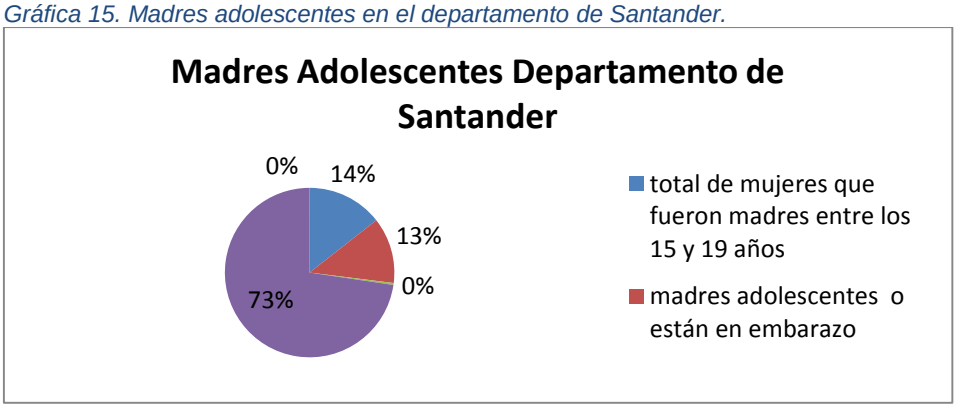


Es sabido que el embarazo a temprana edad constituye un riesgo para la protección de la vida y la salud de las niñas, los niños y sus madres antes, durante y después del nacimiento. La gestación en la adolescencia está asociada a una mayor probabilidad de presentar hipertensión (preeclampsia), placenta previa, anemia materna, bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, malformaciones congénitas y otras situaciones que pueden dejar secuelas permanentes en la salud y el bienestar de los niños y niñas.[36]

Respecto al compromiso del Estado, la sociedad y la Familia frente a la protección de los derechos en la primera infancia, el país en su conjunto debe hacer conciencia de las afectaciones presentes y las implicaciones futuras en la vida de las niñas, los niños y sus Familias cuando estos derechos no son debidamente garantizados. El reconocimiento de esta situación solo debe llevar a una movilización profunda por la protección de aquellos que comienzan su vida.

[36] https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadísticas-vitales/4647-nacimientos-2013
Esta información la encuentra en el Cuadro 7.

Gráfica 15. Madres adolescentes en el departamento de Santander.



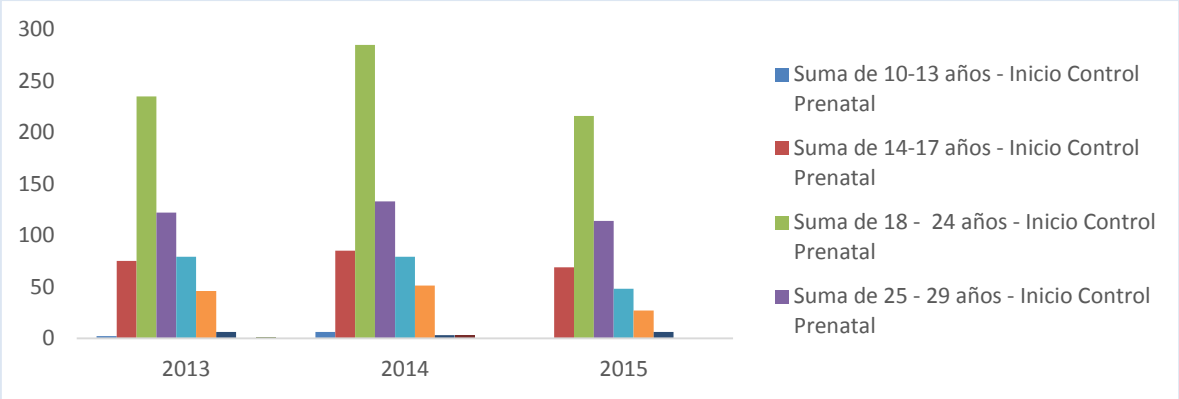
En Santander las madres adolescentes entre los 15 y 19 años corresponden al 17.2%, y el 0.01% de niñas entre los 10 y los 14 años, se estima que las principales causas que dieron origen a este indicados son la precaria situación económica e inequidad, por tanto esta cifra es neurálgico así se encuentre por debajo del promedio nacional que es de 19.50%, en consecuencia debe ser mejorada con el objeto de garantizar a las madres y a los menores de edad el derecho a la vida, a la salud, la integridad personal y la dignidad a través de programas de sensibilización tanto a mujeres como a varones de la conveniencia de concebir hijos dentro de un hogar con las mejores condiciones posibles.

INFORMACION MUNICIPAL

El embarazo en adolescentes es una de las grandes preocupaciones en el país ya que el 19% de las adolescentes son madres; en la zona rural este porcentaje corresponde al 26,7% mientras que en la zona urbana es del 17,3% lo cual tienen trasfondo en la pobreza y falta de oportunidades. El embarazo a temprana edad se constituye en un riesgo para la protección de la vida y la salud de los niños y las niñas y sus madres antes, durante y después del nacimiento. La gestación en la adolescencia está asociada a una mayor probabilidad de presentar hipertensión (preclampsia), placenta previa, anemia materna, bajo peso al nacer, prematuridad, ictericia neonatal, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, malformaciones congénitas y otras situaciones que pueden dejar secuelas permanentes en la salud y el bienestar de los niños y niñas[37].

[37] Fuente fundamentos políticos y técnicos de cero a siempre, pagina 41,42.

Gráfica 16. Inicio control prenatal, 2013, 2014,2015.



Fuente 25. Plan de Desarrollo Ambiente, vida y desarrollo 2016-2019.

Ilustración 3. Inicio control prenatal 2013, 2014, 2015.

Año	Diagnóstico	10-13 año	14-17 año	18 - 24 año	25 - 29 año	30-34 año	35 -39 año	40-44 año	45 - 49 año	50-54 año	Total
2013	Inicio Control Prenatal	2	75	235	122	79	46	6	0	1	566
2014	Inicio Control Prenatal	6	85	285	133	79	51	3	3	0	645
2015	Inicio Control Prenatal	0	69	216	114	48	27	6	0	0	480

Fuente 26. Plan de desarrollo Ambiente Vida y desarrollo 2016-2019.

ANÁLISIS MUNICIPAL

Según la información reportada por cada una de las IPS con sede en el Municipio, podemos observar una vez consolidada la misma que aún prevalece un porcentaje de embarazos en adolescentes del **13,19** %, para el año 2015 se encontraron 0 casos en menores de 14 años teniendo una reducción del 100%; en el rango de los 14 a los 17 años se reportaron para el año 2013 un total de 75 casos que con respecto de los 85 casos reportados en el año 2014 se obtuvo un déficit del 53,13% en prevención en esta muestra poblacional, pero en comparación del año 2014 con el año 2015 con un reporte de 69 casos se logró una reducción del 18,82% encontrándose además una mayor prevalencia de embarazos en el rango de edad entre los 18 y 24 años de edad, por lo tanto se hace necesario continuar con los programas de promoción de los derechos sexuales y reproductivos y demás actividades encaminadas a fortalecer la construcción de un proyecto de vida en la población adolescente y fortalecimiento de valores, auto cuidado y construcción de familia; La comisaria de familia con su equipo interdisciplinario desarrolla de manera permanente campañas en PREVENCION del embarazo en adolescentes mediante talleres dirigidos a adolescentes especialmente en las instituciones educativas.

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

b. Mujeres Gestantes que realizaron 4 ó más controles prenatales (89.3%) atención institucionalizada a parto Consumo de suplementos de hierro durante el embarazo Mortalidad materna

En cuanto a la ***salud materna e infantil***, a través del Sistema Integral de información de la protección social SISPRO reporta para el Departamento de Santander que el 92.74% corresponde a 30.500 mujeres, las cuales tuvieron 4 o más consultas prenatales24. El porcentaje de mujeres que recibieron atención institucionalizada en el parto fue de 87.92%. Según la ficha territorial de indicadores del ministerio de protección social 2014, el porcentaje de partos por cesárea fueron 16.442 que equivale al 53.91%., parto espontáneo 13.990 que corresponde al 45.87% e instrumentado 68 cuyo porcentaje es 0.22% , de las cuales fueron atendidas en instituciones de salud 30.398, en domicilio 72 y en otro sitio 30[38].

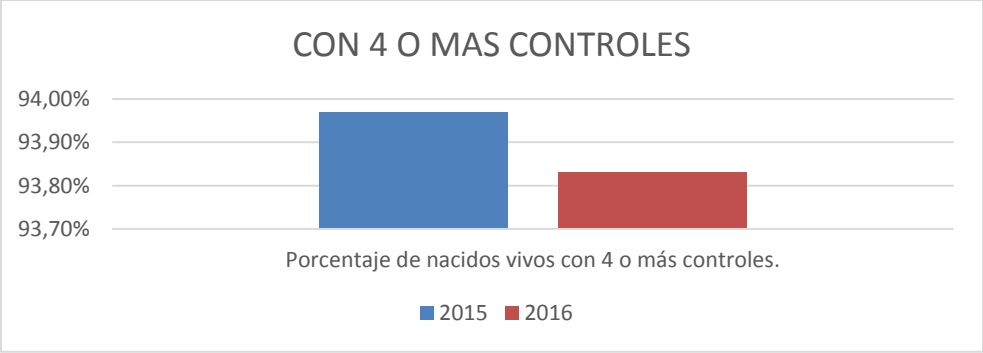
ANÁLISIS DEL DEPARTAMENTO

El porcentaje de Santander aunque el 100% de mujeres embarazadas no tuvieron la oportunidad de contar con su control prenatal y dar a luz con la prestación de un servicio de salud adecuado como seria la meta a conseguir, si se estima que tiene un elevado porcentaje de cubrimiento a la población, ya que 92.74% de las mujeres embarazadas tuvieron controles prenatales, el 87.92% dieron a luz en una institución especializada, datos muy alentadores ya que ayuda a que tanto la madre como él bebe tengan mejores probabilidades de vida y posibilidades de salud.

INFORMACION MUNICIPAL

[38] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/IndicadorPorCicloVital.aspx
Buscar indicador "Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas prenatales" y hacer la consulta. Fuente DANE 2016.

Gráfica 17. Con 40 o más controles.



De acuerdo a la información suministrada por la ESE hospital Lebrija durante el año 2015 de las madres gestantes reportadas ese año el 93,97% de ella asistieron a más de cuatro controles, en el 2016 de las gestantes reportadas por la ESE el 93,83% cumplieron también con más de cuatro controles.

ANÁLISIS MUNICIPAL

Para el año 2016 disminuyó en un 0,14% el número de madres gestantes que realizan más de 4 controles en su gestación porcentaje que no es muy significativo, pero de igual forma el municipio debe adelantar acciones que permitan llevar a superar el 98% de la Mujeres en estado de gestación a sus controles para así garantizar su salud y la del niño.

.

c. Estado nutricional de las mujeres gestantes

Gracias a las accione de prevención, promoción y protección en este grupo población, que garantizan la atención de la gestante, se prioriza en el desarrollo del programa de control prenatal, donde el Municipio tiene como línea principal de atención la búsqueda activa de gestantes para dar inicio temprano según lo contemplado con los protocolos de atención, garantizando el seguimiento de la gestante hacia una maternidad segura y una disminución de factores de riesgo tanto de la madre como del hijo, para que tengan un estado nutricional adecuado y no presenten problemas nutricionales durante su gestación.

ANÁLISIS MUNICIPAL

No se presentan casos de bajo peso de la gestante, que se debe a la asistencia oportuna de las madres a los controles prenatales consumiendo a adecuadamente los micronutrientes sugeridos.

d. Razón de mortalidad materna

La razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en el Departamento de Santander de 30.500 para el año 2016 fue de 35.51%, es decir 10.831 mujeres.

Gráfica 18. Razón de mortalidad materna.

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

Aunque existe un alto porcentaje de mujeres con acceso al sistema de salud para realizar sus controles prenatales y parto, muchas de ellas presentan complicaciones como pesos inadecuados que oscilan entre bajos con 16.2% en pacientes entre 13 y 18 años hasta problemas de obesidad de un 9.8% de las madres, que dificultan el feliz término del embarazo presentándose una mortalidad materna del 35.51% equivalente a 10.831 casos en el año 2016. Este porcentaje debe ser mejorado puesto que las implicaciones económicas y sobre todo sociales son relevantes, ya que el núcleo Familiar queda incompleto y el niño tendrá posibilidades diferentes de desarrollo a las que disfrutara si viviera con su madre

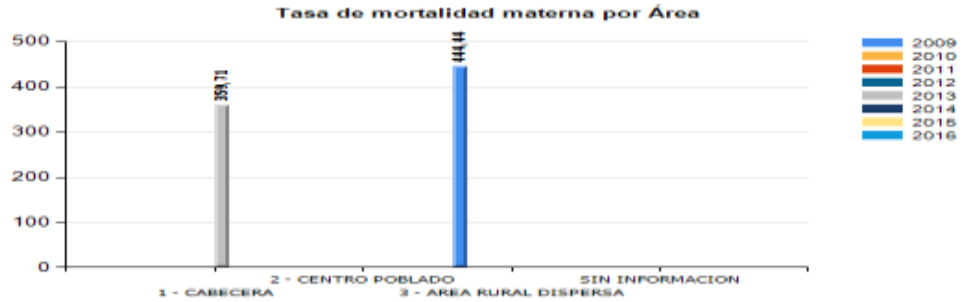
INFORMACION MUNICIPAL

Según reporte de la ESE Centro de Salud Lebrija en el territorio en los años 2014, 2015, 2016 no se ha presentado mortalidad maternas.

Tabla 18. Reporte de la ESE.

Indicador	Sexo	Muertes 2013	Muertes 2014	Muertes 2015	Muertes 2016
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos.	**Total**	**186,57**			

Ilustración 4. Tasa de mortalidad por área.



En relación a la **mortalidad materna**, se puede evidenciar la eficiencia del programa de maternidad segura que se viene realizando, el cual ha podido arrojar una disminución en la tasa de mortalidad materna en los últimos años, presentándose en el periodo de 2009 a 2016 dos mortalidades, las cuales se presentaron en maternas de otros municipios que por cercanía y paso fueron atendidas en Lebrija no obstante, estos no tuvieron seguimiento sino atención en el momento del parto.

El Municipio de Lebrija en cumplimiento de sus obligaciones frente a la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, viene adelantando acciones de prevención, promoción y protección en este grupo poblacional, dentro de esto se encuentra la aplicación de políticas públicas de infancia y adolescencia, el desarrollo de acciones que permitan garantizar y mejorar la calidad en la atención de la gestante, su atención durante el parto y el monitoreo de condiciones de determinantes de salud que afecten al recién nacido y el infante hasta alcanzar los 5 años de edad.

Dentro de las acciones contempladas en el sector salud, se viene desarrollando los diferentes programas orientados a la Promoción de la Salud y la Prevención de enfermedades tanto en gestantes como en niños, niñas y adolescentes; de esta manera se prioriza en el desarrollo del programa de control prenatal, donde el Municipio tiene como línea principal de atención la búsqueda activa de gestantes para dar inicio temprano según lo contemplado con los protocolos de atención, garantizando el seguimiento de la gestante hacia una maternidad segura y una disminución de factores de riesgo tanto de la madre como del hijo.

ACCIONES ADELANTADAS POR EL MUNICIPIO:

- Dentro de las acciones la Secretaria de Salud Municipal realiza seguimiento y auditoria a los programas de control prenatal y control de crecimiento y desarrollo, garantizando el cumplimiento y la oportunidad en el ingreso a los programas, la calidad y la eficacia de las guías y rutas de atención dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual incluye paraclínicos, medidas diagnósticas y de seguimiento, entrega de micronutrientes y de medicamentos de acuerdo a las patologías encontradas.
- En el momento en que se presentan casos, se realizan las visitas de campo y las unidades de análisis, buscando identificar las posibles causas y las alternativas de solución, esto con el fin de disminuir o evitar eventos de esta naturaleza, formulando los planes de mejora y realizando su respectivo seguimiento.
- Se realiza búsqueda activa de gestantes y de menores que no han ingresado a los programas de crecimiento y desarrollo, lo cual se hace a través de casa a casa, información masiva por medios de comunicación y en reuniones comunitarias donde se informa la importancia de los programas y los beneficios que estos traen en el desarrollo integral de los menores.
- Por medio del Plan de Intervenciones Colectivas se hace acompañamiento a las gestantes dentro del programa de maternidad segura y preparación para la maternidad, los cuales son desarrollados en diferentes temáticas abordadas por médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeros, higienistas orales y promotores de actividad física, como medio de garantizar la maternidad y proteger el binomio madre hijo.
- Promoción de la estrategia IAMI – AIEPI con énfasis en el fortalecimiento de los grupos de apoyo de lactancia materna

ANALISIS MUNICIPAL

En el municipio los últimos años no se han presentado casos de mortalidad materna debido a las acciones que realiza la ESE y la secretaria de salud en cuanto a atención y seguimiento a las gestantes identificadas.

e. Cifras de Atención al parto: hospital, domicilio, médico, enfermero, parteras

En lo que corresponde a ***salud***, el bienestar físico, mental y social de las niñas y los niños resulta de la interacción de determinantes biológicos, sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales, configurados por las circunstancias en las que nacen, crecen y viven.

Las niñas y niños que crecen y se desarrollan en un óptimo estado de salud tienen mayor oportunidad de disfrutar su existencia y aportar al bienestar de las comunidades a las que pertenecen.

Del total 30.500 de niños y niñas que nacieron en el Departamento de acuerdo a la fuente DANE 2016, 30.398 lo hicieron en una institución de salud y 72 en el domicilio y en otro sitio 30. De ellos 30.409 fueron atendidos por médico, 11 por enfermeros, 9 por auxiliares y 3 por promotores de salud, 39 por parteras y otros 29[39].

Los datos nos indican que la mayoría de los Niños y Niñas Nacidos en el Departamento de Santander contaron con los servicios Médicos en el momento de su nacimiento garantizando así su Derecho a gozar del nivel más alto de Salud.

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

El porcentajes correspondiente a 30398 niños que nacieron en una institución médica apropia es del 99.67% del total de nacimientos de Santander en el año 2016, estadística que confirma que la mayoría de niños goza del derecho a la salud, siendo el primer paso fundamental para alcanzar el desarrollo óptimo que necesita para llegar a ser un ciudadano integro.

[39] https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadísticas-vitales/4647-nacimientos-2013. DANE 2016
Esta información la encuentra en el Cuadro 5.

Gráfica 19. Cifras de atención al parto.

INFORMACION MUNICIPIO

Tabla 19. Nacidos en 2015.

NACIMIENTOS 2015 CON CORTE A 30 DE JUNIO DE 2016								
Nacimientos 2015	Hombre	mujeres	Cabecera municipal Hombres	Cabecera municipal mujeres	Centro poblado Hombres	Centro poblado mujeres	Rural disperso hombres	Rural disperso mujeres
525	283	242	154	125	1	0	128	117
PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO AÑO 2015								
Sitio del parto	Total	Medico	Enfermería	Auxiliar de enfermería	Promotor de salud	Partera	Otra persona	Sin información
Total	66	64	1	0	0	1	0	0
Institución de Salud	65	64	1	0	0	0	0	0
Domicilio	1	0	0	0	0	1	0	0
Otro Sitio	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin información	0	0	0	0	0	0	0	

Fuente 27. Secretaria de Salud Municipal.

Tabla 20. Nacidos por régimen y lugar de nacimiento.

NACIMIENTOS POR TIPO DE PARTO 2015					
Tipo de seguridad social	Total	Institución de salud	Domicilio	Otro sitio	Si información
Total	66	65	1	0	0
Contributivo	4	4	0	0	0
Subsidiado	61	61	0	0	0
Excepción	0	0	0	0	0
Especial	0	0	0	0	0
No asegurado	0	0	0	0	0
Sin información	1	0	1	0	0

Fuente 28. Secretaria de Salud Municipal.

Según los datos entregados por la secretaria de salud municipal para el 2015 se presentaron en total 525 nacimientos 66 nacimientos en total en donde el 98,48% se realizaron en una institución de salud en Lebrija correspondiente al 13% y el 87% restante nacen en una institución de 2 o 3er nivel, en municipios cercanos al municipio como Bucaramanga o Floridablanca; el 54% de los nacidos son niños y el 46% corresponde a niñas; el 53% de los nacidos corresponde a población de cabecera municipal y el 47% población rural o centro poblado. El 98% de los partos fueron atendidos por un médico.

ANÁLISIS MUNICIPAL

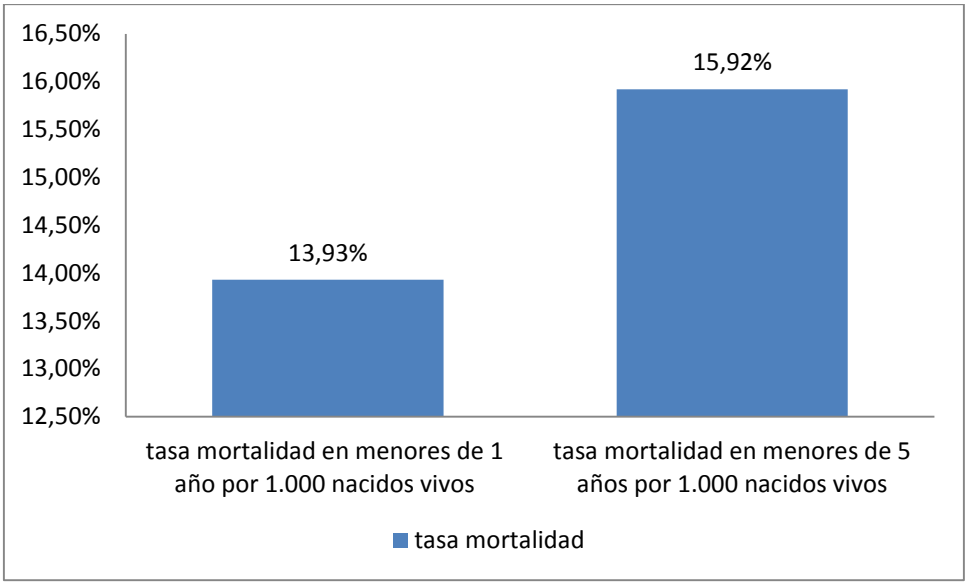
Los datos nos indican que la mayoría de los Niños y Niñas Nacidos en el Municipio de Lebrija contaron con los servicios Médicos en el momento de su nacimiento garantizando así su Derecho a gozar del nivel más alto de Salud.

f. Tasa de mortalidad menor de un año (tendencia aumento-disminución)/Tasa de mortalidad menor de 5 años (tendencia aumento-disminución)

En lo relativo a la salud en el Departamento en las niñas y los niños, la tasa mortalidad en menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos es de 13.93 %[40] en el año 2014, y de menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos es de 15.92%[41].

[40] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/IndicadorPorCicloVital.aspx
Buscar indicador "Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)" y hacer la consulta.
[41] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/IndicadorPorCicloVital.aspx

Gráfica 20. Tasa de mortalidad.



La mortalidad infantil en Santander se analiza en función de que 60 municipios operan la media Departamental 14 están el promedio del Departamento y la nación y 13 municipios presentan tasas menores al promedio departamental, en vacunación DTP 16 municipios se catalogan con buena cobertura, 15 municipios presentan un promedio adecuado y 56 municipios están por debajo de la media Departamental.

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

La tasa de mortalidad en Santander para niños menores de 5 años es de 15.92% y del 13.93% para niños menores de un año, siendo tema a analizar ya que 60 de los municipios tienen la media departamental en mortalidad y 56 municipios presentan una vacunación por debajo de la media departamental, haciéndose necesaria la implementación de estrategias tendientes a mejorar la cobertura de vacunación en los 56 municipios mencionados.

INFORMACION MUNICIPIO.

Buscar indicador "Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos" y hacer la consulta.

Según lo manifestado por la Secretaria de Salud Municipal se presentó un caso en el año 2015 correspondiente a una tasa del 11,3 y un caso en el año 2016 correspondiente a una tasa de 10,62 por 1.000 nacidos vivos menores de un año, menores de 5 años no se presentaron casos de mortalidad infantil.

ANALISIS MUNICIPAL

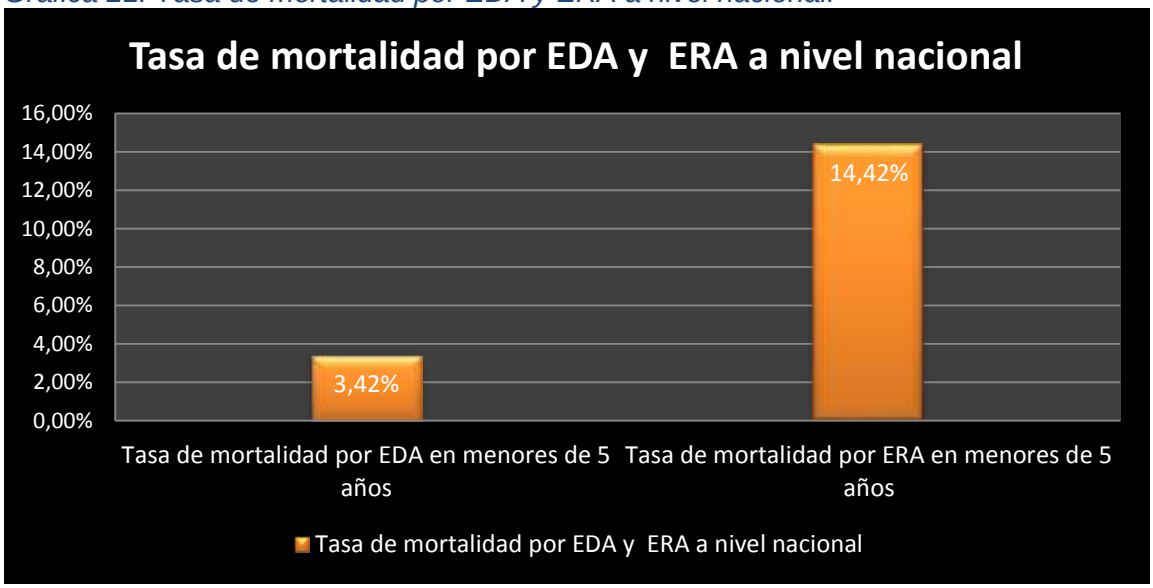
Durante los dos últimos años se ha registrado una caso de mortalidad en menores de un año, esta tasa de mortalidad se debe a la calidad de los servicios prestados por ESE y así mismo las acciones de prevención y promoción que adelanta la secretaria de Salud Municipal en los primeros años de vida.

g. Tasa de mortalidad enfermedad diarreica aguda EDA/Tasa de mortalidad Enfermedad respiratoria aguda ERA

En el caso de la nación, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del SUIN reporta que para el año 2013 la tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años[42] es de (3.42%) y reporta que para el año 2013 la tasa de mortalidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años[43] es de (14.42%). En el caso del Departamento de Santander, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del SUIN reporta que para el año 2013 la tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años es de (1.19%) y reporta que para el año 2013 la tasa de mortalidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años es de (10.13%), lo cual lo ubica por debajo de la de la tasa nacional.

[42] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/IndicadorPorCicloVital.aspx
Buscar indicador "Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años" y hacer la consulta.
[43]http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/IndicadorPorCicloVital.aspx
Buscar indicador "Tasa de mortalidad por ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda) en menores de 5 años" y hacer la consulta.

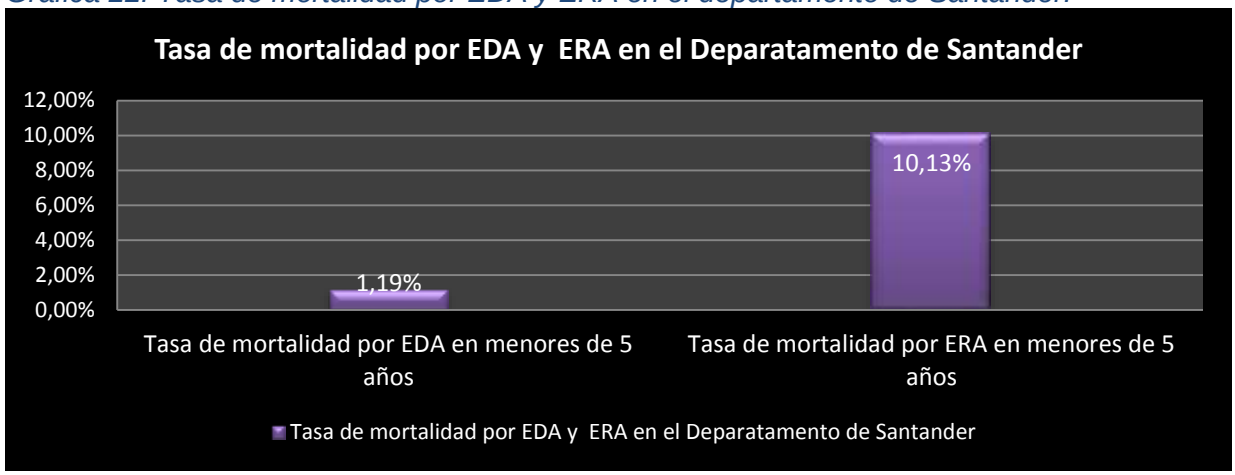
Gráfica 21. Tasa de mortalidad por EDA y ERA a nivel nacional.



De acuerdo al SUIN, Santander tiene en relación con el país una tasa favorable de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años de 1.19% y 3.42% respectivamente y una tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias agudas 10.13% y de un 14.42% correspondientemente, pudiéndose analizar que se encuentra por debajo de las estadísticas nacionales. Y nuevamente las estadísticas son alentadoras pero dada su importancia se debe optimizar el resultado.

Ilustración 5. Tasa de mortalidad por EDA e IRA en menores de 5 años.

Gráfica 22. Tasa de mortalidad por EDA y ERA en el departamento de Santander.



Según reporte de la Secretaria de Salud de Lebrija en los años 2015, 2016 no se han presentado casos de mortalidad infantil por EDA Y ERA.

h. Porcentaje de niños y niñas Afiliados al SGSS (número y porcentaje contributivo y subsidiado)

En cuanto al *aseguramiento en salud*, datos del Ministerio de Salud y Protección Social señala que, para el Departamento de Santander en el año 2015, 597.810 niñas y niños menores de 18 años estaban afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, de los cuales 258.239 (43.20%) estaban en régimen contributivo[44], y 292.130 (48.87%) en el régimen subsidiado[45].

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

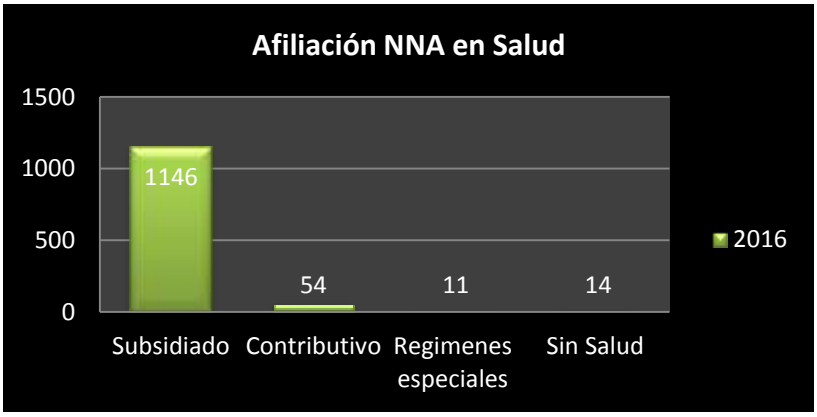
En Santander durante el año 2015 los menores de 18 años afiliados al sistema de salud ascendía a 258.239 pertenecientes al régimen contributivo y 292.130 incluidos en el régimen subsidiado, correspondientes al 43.20% y 48.87% respectivamente, garantizándoles el acceso a la vida, la salud y la dignidad humana.

[44] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/PorIndicador.aspx?id=1
Buscar indicador "Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años" y hacer la consulta.
[45] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/PorIndicador.aspx?id=1 2015
Buscar indicador "Número de afiliados al régimen subsidiado menores de 18 años" y hacer la consulta.

INFORMACION MUNICIPIO.

En cuanto al *aseguramiento en salud*, datos del Ministerio de Salud y Protección Social señala que, para el municipio Lebrija en el año 2015, hay 11.539 niñas, niños y adolescentes estaban afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, de los cuales 7280 (63,09%) pertenecen al Régimen subsidiado, 4259 (36.91%)al régimen Contributivo, perteneciente a esta población 9,39% menores de 6 años, en el año 2016, hay 11.357 niñas, niños y adolescentes estaban afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, de los cuales 6.936 (61,07%) pertenecen al Régimen subsidiado, 7280 (38,93%) al régimen Contributivo, perteneciente a esta población 10,65% menores de 6 años.

Gráfica 23. Afiliación NNA en salud.



ANALISIS MUNICIPAL

El municipio de Lebrija el 100% de los niños menores de 6 años se encuentran asegurados, garantizándoles el acceso a la vida, la salud y la dignidad humana.

.

i. Cobertura inmunización DPT, Triple viral

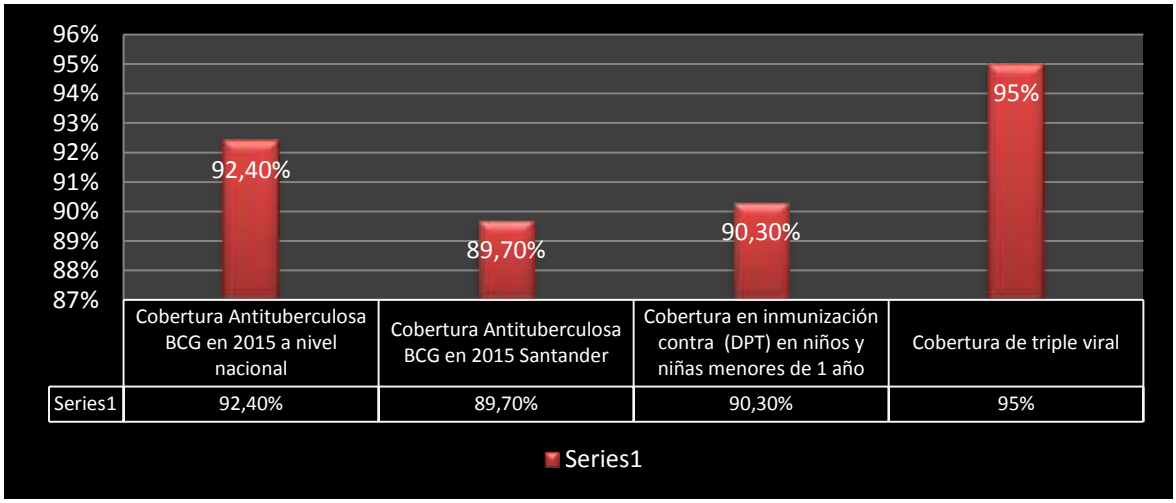
Por su parte, en el Departamento de Santander la cobertura Antituberculosa BCG, menores de un año en 2015 ascendía a 92.4% - Nal 89.7% la cobertura en inmunización contra la

difteria, tosferina y tétano (DPT)[46] en niños y niñas menores de un año a 90.3%; y la cobertura de triple viral[47] a 95%.

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

La inmunización en el departamento según SUIN, tiene altos niveles en sus indicadores siendo superiores a los nacionales en un 2.7% puesto que el nacional alcanza 89.70% mientras que el departamental llega hasta el 92.4% conformado por DPT 90.3% y la triple viral 95%, igualmente es un buen indicador pero la meta es que los niños de 0 a 5 años tengan el 100% de su cobertura en seguridad social que les garantice el derecho a la vida y la salud.

Gráfica 24. SUIN.



La vacunación de la población infantil del Municipio de Lebrija, es una de las prioridades para la Secretaria de Salud Municipal, por lo que día a día se realizan y fortalecen las estrategias para mejorar coberturas de vacunación tanto en el casco urbano como en la zona rural de esta manera lograr prevenir, controlar y minimizar los riesgos que propicien la aparición de enfermedades prevenibles por vacunas.

[46] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/PorIndicador.aspx?id=1
Buscar indicador "Cobertura de inmunización contra la disfteria, tosferina y tétano (DPT) en niños y niñas menores de un año" y hacer la consulta.
[47] http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Pages/PorIndicador.aspx?id=1
Buscar indicador "Cobertura de inmunización contra el triple viral (TV) de un año" y hacer la consulta.

Tabla 21. Cobertura en vacunación 2015.

COBERTURA DE VACUNACIÓN 2015		POBLACIÓN VACUNADA
Bcg	83,7%	548
Hb	83,1%	544
Polio 2	97,6%	639
Rota 2	97,6%	639
Neumo 2	97,6%	639
Pentavalente 3	99,4%	651
Polio 3	95.1%	623
Triple Viral 1 Año	95,4%	626
Neumo 3	95,0%	623
Vip 1	94.5%	619
Triple Viral 5 Años	89.6%	568

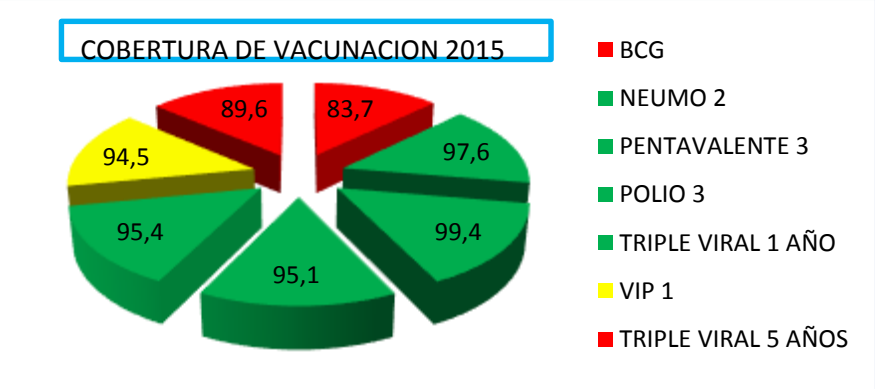
Fuente 29. Secretaria de Salud Municipal.

Tabla 22. Cobertura de vacunación 2015 trazadores.

COBERTURA DE VACUNACION 2015 TRAZADORES	
BCG	83,7
NEUMO 2	97,6
PENTAVALENTE 3	99,4
POLIO 3	95,1
TRIPLE VIRAL 1 AÑO	95,4
VIP 1	94,5
TRIPLE VIRAL 5 AÑOS	89,6

Fuente 30. Secretaria de Salud.

Gráfica 25. Cobertura en vacunación 2015.



COBERTURA UTIL	
COBERTURA NO UTIL	
COBERTURA CRITICA	

Fuente 31. Secretaria de Salud.

Para el año 2015, se asignó al Municipio de Lebrija en su meta programática una población de 655 niños y niñas a vacunar menores de un año, dentro del rango de un año a vacunar se asignaron 656 menores y para la población de 5 años fueron asignados 634. Estos menores se distribuyeron entre las 5 IPS del Municipio que son IPS Salud Plena, IPS Salud con Calidad, IPS Avanzar FOS, IPS Vida ser, IPS Clínica Forpresalud.

El Municipio cuenta con una sola IPS vacunadora, la cual es la E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LEBRIJA, con la cual se trabaja mancomunadamente para el fortalecimiento de la estrategia de vacunación, estrategia que debe mantenerse en el tiempo para inmunizar a las cohortes de nacidos vivos, de manera que se evite la acumulación de grupos susceptibles y que el nivel de inmunidad poblacional mantenga el nivel requerido. Por ello, el gráfico nacidos vivos vacunados, que se muestra en la Figura anterior es de gran utilidad para identificar los grupos de edad que no lograron las coberturas meta.

Observamos que 4 de los biológicos trazadores se encuentran en el rango de 95% a 100%, indicándonos que la cobertura y protección inmunológica es adecuada para los biológicos de segunda dosis de neumococo, tercera dosis de pentavalente, tercera dosis de polio en menores de un año, y triple viral para población de un año de edad.

Dentro de los biológicos que se reportaron con porcentaje Menor al 95% en el Municipio, solo se encuentra un biológico trazador que es el correspondiente a la primera dosis de polio inyectable, cuya cobertura es inferior a la cifra esperada y es necesario identificar las causas que nos llevaron a las coberturas no útiles debido a que falto muy poco para lograr la cobertura esperada.

En coberturas críticas por debajo del 90% encontramos el biológico de BCG que se aplica a los recién nacidos, y la triple viral que se administra a los 5 años, estos resultados en los anteriores biológicos hacen que el Municipio deba definir estrategias de vacunación pensadas en elevar y mejorar la protección de la población menor de 6 años; sin embargo es importante aclarar que en su mayoría estos niños han sido vacunados pero no han sido reportados al Municipio de Lebrija[48], ya que muchos de estos recién nacidos por la clasificación del riesgo de la madre son direccionados para la atención del parto en los Municipios de Bucaramanga y Floridablanca, dejando sin especificar en el certificado de

[48] Las instituciones que vacunan al municipio y no se ven reflejadas en las coberturas de Lebrija, son: clínica metropolitana, ESE hospital de florida, clínica chicamocha, clínica UIMIST Bucaramanga, Clínica materno infantil san Luis SA, clínica Salucoop cañaveral, Hospital local del norte, Fundación oftalmológica de Santander, ESE hospital de girón y clínica la merced, según datos suministrados por la secretaria de salud municipal.

nacido vivo el lugar de procedencia de la madre, de esta manera se pierde cargue de la vacunación con este biológico al Municipio afectando la cobertura esperada.

En cuanto al biológico trazador de triple viral en población de 5 años, el cual tiene dentro de sus utilidades determinar cuántos niños han completado su esquema, reflejando la calidad de la oferta del servicio; se acepta un nivel menor de 5% a la cobertura esperada, lo cual sirve al Municipio para considerar que hay un buen sistema de seguimiento de los niños/as, ya que a pesar que no se cumplió cobertura útil con este biológico el porcentaje nos permite indicar que se está realizando un seguimiento adecuado a los menores de 6 años.

Finalmente, para el 2016 la meta programática asignada al Municipio de Lebrija por el Ministerio de la Protección Social en menores de un año es de 636 niños y para la población de un año es de 636 niños, es decir se debe realizar una cobertura mensual de 7.9 equivalente a vacunar 50 niños mensualmente en la IPS vacunadora del Municipio: E.S.E **HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**[49].

La secretaria de salud Municipal realizo revisión de los siguientes datos:

- Meta programática población menor de un año del 2014 al 2018
- Meta programática población mayor de un año del 2014 al 2018
- Serie de nacidos vivos DANE 2014 a 2018 teniendo en cuenta lugar de residencia de la madre
- Biológicos trazadores 2014 a 2018
- Resultados de los MRC y ECV

Tabla 23. Metas programáticas.

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018
META PROGRAMATICA POBLACION MENOR DE 1 AÑO	685	655	636	596	607
META PROGRAMATICA POBLACION DE 1 AÑO	710	656	636	608	618
NACIMIENTOS POR LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE	548	531	470	528	-
PROYECCION DANE MENORES DE UN ANO	743	748	760	770	784

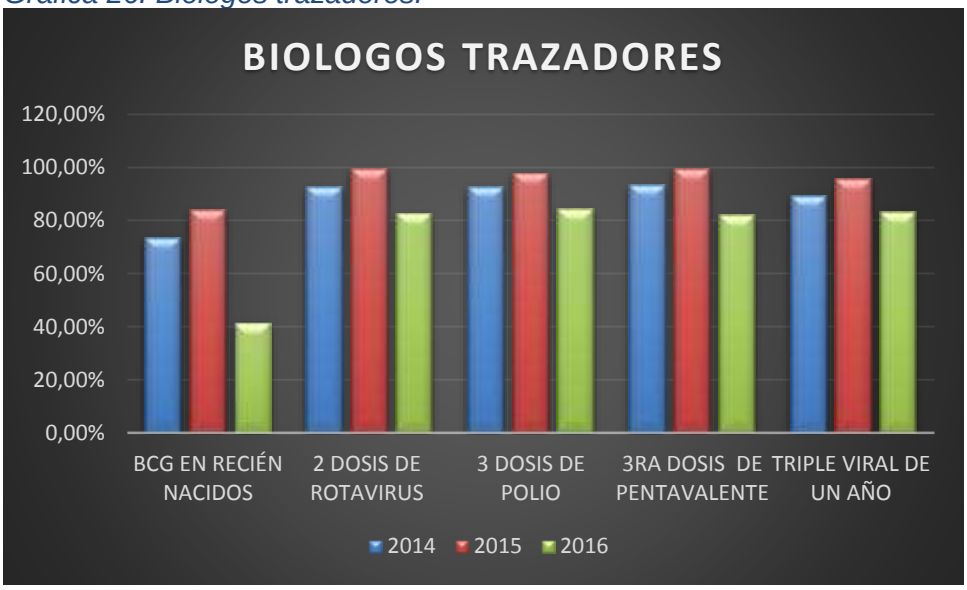
Fuente 32. Dane, ministerio de salud y protección social.

[49] Fuente, tomado de Plan desarrollo 2016-2019 ambiente, vida y desarrollo basado en datos suministrados por la secretaria de salud municipal.

Tabla 24. Biólogos trazadores.

BIOLÓGICOS TRAZADORES	2014	2015	2016
BCG EN RECIÉN NACIDOS	503 vacunados 73,4%	548 vacunados 83,7%	266 vacunados 41,8%
2 DOSIS DE ROTAVIRUS	635 Vacunados 92,7	651 Vacunados 99,4	525 Vacunados 82,5%
3 DOSIS DE POLIO	635 Vacunados 92,7%	639 vacunados 97,6%	536 vacunados 84,3%
3RA DOSIS DE PENTAVALENTE	638 vacunados 93,1%	651 vacunados 99,4%	520 Vacunados 81,8%
TRIPLE VIRAL DE UN AÑO	633 vacunados 89,2%	626 vacunados 95,4%	530 vacunados 83,3%

Gráfica 26. Biólogos trazadores.



ANÁLISIS MUNICIPAL

Con base a los datos reflejados en el cuadro anterior, el Municipio de Lebrija presenta coberturas críticas en vacunación para el año 2016 comparado con las vigencias anteriores, sin embargo se vienen adelantando continuas acciones para lograr las coberturas útiles en vacunación no obstante siempre se ha presentado la dificultad en el biológico de BCG en recién nacidos, pues a pesar de las estrategias implementadas en el Municipio con el apoyo de las EPS y las IPS que están en nuestra red de servicios, surge la preocupación constante con las gestantes de alto riesgo, cuyos partos son atendidos en segundos y terceros niveles de atención, conllevando a que estas IPS que atienden el parto no registran el lugar de procedencia, razón por la cual no están siendo cargados al Municipio y sus coberturas siempre van a ser bajas.

Surge igualmente el inconveniente con los niños que siendo del Municipio, transitan de un lugar a otro por cuestiones laborales de sus padres vacunándose en el mismo sin dejar el reporte por parte del Municipio Vacunador, afectando significativamente nuestras coberturas, las cuales no nos concuerdan con los monitores rápidos de coberturas y encuestas de vacunación realizadas en el Municipio y que en los últimos años nos han arrojado coberturas útiles de vacunación e indicando que la población menor de un año y un año de edad esta vacunada con los biológicos requeridos para la edad.

Con base en lo anterior Informamos que La secretaria de salud municipal continuara con el fortalecimiento en las diferentes instituciones de salud del programa ampliado de inmunizaciones y la supervisión del cumplimiento de las siguientes estrategias:

- Continuar con el seguimiento a cohortes de recién nacidos.
- Seguimiento mensual a los planes de acción estipulados por las EPS
- reporte mensual del tablero gerencial y envió a la secretaria de salud municipal y secretaria de salud departamental
- Realizar seguimiento a las IPS que atienden partos de gestantes del municipio en el segundo y tercer nivel, para que reporten en el certificado de nacido vivo el lugar de procedencia de la madre y se notifique mensualmente en los informes de vacunación las vacunas de BCG Y HB en la casilla de otros municipios.
- Continuar con la vacunación extramural según cronograma en la IPS contributivas del municipio
- Envió de la población objeto PAI a vacunar
- Continuidad a la búsqueda activa de inasistentes y demanda inducida en el área rural y urbana con apoyo de las APS
- Continuar garantizando la tenencia de carne de vacunación.

- Continuar el fortalecimiento con los diferentes actores sociales del municipio (EPS contributivo, subsidiado, familias en acción, programas de promoción y prevención)
- Participación en las Jornadas de vacunación estipuladas por el ministerio de salud
- Fortalecimiento del Seguimiento a cohorte de influenza
- Continuar con las Jornadas extramurales los días viernes en áreas de difícil acceso
- Transmisión de videos institucionales promocionando el servicio de vacunación.
- Envió mensual por parte de la secretaria de salud municipal de los nacimientos del municipio en donde previamente se realiza revisión de base de datos del SISBEN Y FOSYGA

5.4. Realización: Goza y mantiene un estado nutricional adecuado.

Esta realización se relaciona con el conjunto de acciones de política, intencionadas y efectivas, a través de las cuales se provee al niño y a la niña de nutrientes que son asimilados por su organismo. "El estado nutricional impacta la sobrevivencia y calidad de vida, por ello es uno de los mejores indicadores para evaluar el estado de salud de niños y niñas"[50]. Para garantizar esta realización se requiere de acciones en torno a la nutrición, alimentación y formación de las Familias, en el marco de las particularidades culturales y étnicas que deben ser tenidas en cuenta de acuerdo con el enfoque diferencial. Esta realización se relaciona con el goce efectivo del derecho a la alimentación que trata el Artículo 23 de la Ley 1098 de 2006.

La ***nutrición*** es otro aspecto determinante del desarrollo. Existe abundante evidencia científica (*The Lancet,* 2007) que no deja duda sobre los impactos negativos y duraderos de una alimentación inadecuada en la vida de las niñas y los niños. La desnutrición temprana disminuye la capacidad de aprendizaje, el rendimiento escolar, la productividad económica en la vida adulta y las capacidades para cuidar de las nuevas generaciones, y atrapa a las personas en un círculo que perpetúa la desnutrición, la pobreza y el atraso en el desarrollo. Procurar las condiciones para que las niñas y los niños cuenten con una adecuada alimentación y nutrición ayuda a prevenir enfermedades y a disponer el cuerpo y la mente para desarrollar todo su potencial.

Los indicadores a tener en cuenta son:

- Práctica de la lactancia maternal

[50] Cfr: Presidencia de la República et. Al. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá. P. 154

- Número de niños y niñas que fueron amamantados: # al nacer, # durante la primera hora de nacimiento
- Tiempo de lactancia: exclusiva y complementaria
- Porcentaje de Desnutrición crónica, prevalencia de desnutrición global (peso para la edad) en menores de 5 años y la prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes%

a. PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA

Con respecto a la *práctica de la lactancia materna* como opción privilegiada para el desarrollo infantil cabe recordar que la leche materna es el único alimento que proporciona todos los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento y desarrollo de las niñas y los niños en sus primeros meses de vida. Contiene células, factores inmunológicos, factores anti infecciosos y hormonas que favorecen su salud, los protegen de un gran número de enfermedades comunes y estimulan su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial (ENSIN, 2010: 213). No hay ningún otro alimento que tenga la propiedad de ser el único necesario en un momento de la vida, por eso hasta los seis meses debe ser exclusivo en la dieta de los bebés, y después hay que buscar los nutrientes requeridos a través de una alimentación variada. La leche materna es irremplazable e imposible de replicar con procedimientos químicos; además, no implica ningún gasto monetario y está a disposición más fácilmente para todos los momentos en que el niño o la niña, la demande.

Tabla 25. Lactancia materna.

EVENTO	2015	2016
Duración mediana de la lactancia materna exclusiva	2,1	4,3

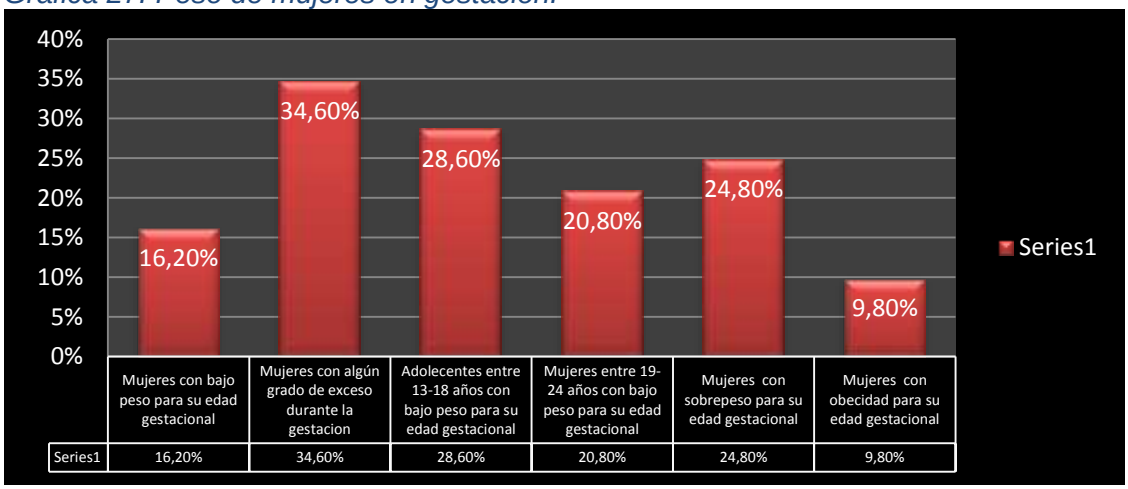
EVENTO	2015	2016	2017
Lactancia Materna exclusiva edad promedio	2.5 meses	2.5 meses	2.7 meses
Lactancia materna con complementariedad	18 meses	19 meses	17 meses.
Porcentaje Desnutrición crónica en menores de 5 años	4.2%	4%	4%
Prevalencia de exceso de peso	4.8%	4.5%	4.5%

En el cuadro anterior se refleja que para la vigencia actual el promedio de lactancia materna es de 2.7 meses este promedio se da por diversas causas de acuerdo a lo analizado, por la necesidad de la madre de salir a trabajar fuera de sus hogares para contribuir con la economía de la Familia, también algunos casos puede deberse a las condiciones físicas y emocionales de las madres a la hora de lactar motivo por el cual la modalidad Familiar apoya el procesos para las madres que pueden presentar dificultades, así mismo el factor cultural de complementar la lactancia con algunos líquidos.

b. Número de niños y niñas que fueron amamantados: número al nacer, número durante la primera hora de nacimiento

Los datos relacionados con el *estado nutricional de las mujeres gestantes* muestran que el 16,2% de las mujeres presentó bajo peso para su edad gestacional, siendo las más afectadas las adolescentes y jóvenes (13-18 años, 28,6% y 19-24 años, 20,8%). Una de cada dos gestantes en el país presentó peso adecuado para su edad gestacional, y el 34,6% de ellas tuvo algún grado de exceso (24,8% sobrepeso y 9,8% obesidad).

Gráfica 27. Peso de mujeres en gestación.



No obstante, la práctica de la lactancia materna en general ha disminuido en el país, pues de 97,1% de mujeres que alguna vez amamantó a su hijo o hija en 2005, se pasó a 96,0% en 2010, lo cual representa un aumento del 2,9% al 4,0% de mujeres que nunca lo hicieron.

Además de su reducción como práctica, la prolongación de la lactancia tampoco presenta progresos. Por un lado, su duración total se incrementó de manera importante entre 1995 y 2005, pero no cambió para 2010. Actualmente se ubica en 14,9 meses, mientras la recomendación internacional es de 24 meses.

Los resultados de la ENSIN muestran que la introducción de alimentos complementarios a la leche materna en el país se hace de forma precoz y que la calidad de la dieta es deficiente con respecto a los requerimientos nutricionales en la primera infancia, especialmente para el grupo de edad de 6 a 8 meses.

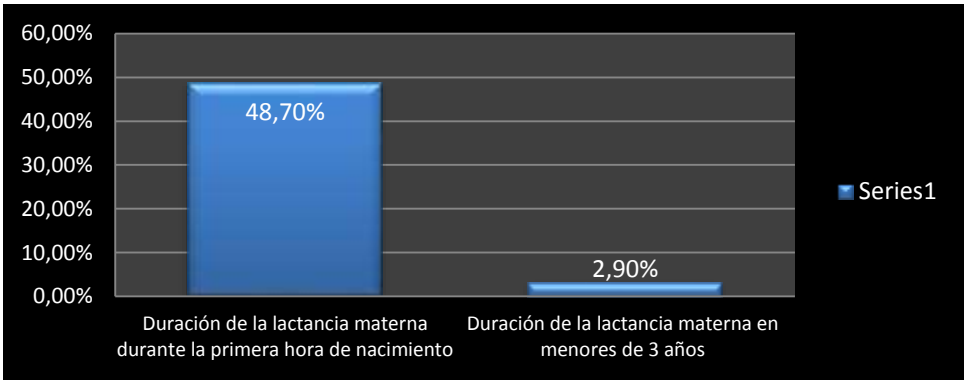
Lo anterior significa, que el país corre riesgos en la alimentación de las niñas y niños menores de 1 año, debido a que la lactancia materna dura mucho menos tiempo del sugerido, se introduce prematura y defectuosamente la alimentación complementaria, y los alimentos ofrecidos carecen de los nutrientes necesarios para asegurar su óptimo desarrollo.

Según fuente SUIN 2010, en el Departamento de Santander la duración de la lactancia materna durante la primera hora de nacimiento es de 48.7% y en menores de 3 años para el Departamento es del 2.9%.

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

En el país la práctica de la lactancia materna ha disminuido en el periodo comprendido entre el año 2005 al año 2010 de 97.1% a 96.0%, del mismo modo en Santander los recién nacidos amamantados durante su primera hora de vida corresponden al 48.7%, y los bebes se alimentan con leche sus primeros 14.9 meses en lugar de 24 meses como es lo indicado, contribuyendo a ocasionar la desnutrición crónica por la ingesta de alimentos con poco valor nutricional.

Gráfica 28.Duración de lactancia materna.



Según el SUIN no se reportan datos a nivel de municipio, sin embargo el reporte de la ESE centro de Salud de las madres gestantes en su totalidad amamantaron a sus hijos en la primera hora de vida para los años 2015 y 2016

Lo anterior debido a la educación que se le realiza por parte de las diferentes instituciones desee la ESE en los controles prenatales, la modalidad Familiar desde los encuentros realizados semanalmente y en los encuentros en el hogar que realizan las agentes educativas en promoción e lactancia materna desde las primeras horas de vida.

c. Tiempo de lactancia: exclusiva y complementaria

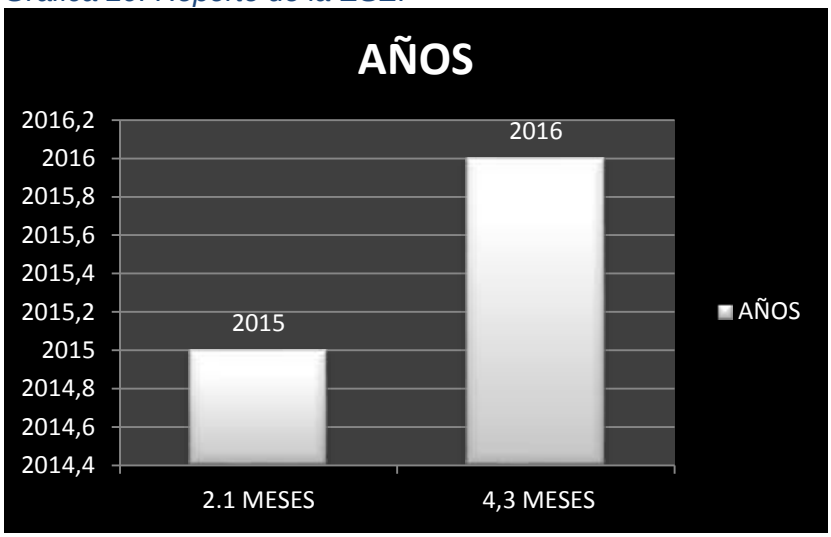
Frente a la duración mediana de la lactancia materna en meses se tiene que en el Departamento de Santander la lactancia total es de 14.9 meses, siendo exclusiva[51].

INFORMACION DEL MUNICIPIO

[51] http://www.proPrograma Desarrollo infantil en medio familiar.org.co/encuestas/Programa Desarrollo infantil en medio familiar/Programa Desarrollo infantil en medio familiar /images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-11.pdf
ENDS. Programa Desarrollo infantil en medio familiar. Página 277. Cuadro 11.3.2
http://www.vigilanciasuperiorprocuraduria.org/rpc_neo/vig_derechos_p1.php?id_ind_valor_select=&id_indicador_select=6&id_ano_sele
ct=1&id_nal_select=0&id_depto_select=54&id_mpio_select=800&boton_cargar=1&boton_editar=1&new_edit=editar&id_coin=49ad8c 7ee16b6e00535ed4c78f95c8f1

Según reporte de la ESE centro de salud Lebrija en el año 2015 el promedio en meses de lactancia materna exclusiva de los neonatos es de 2.1 meses y para el año 2016 a corte es de 4.3 meses.

Gráfica 29. Reporte de la ESE.



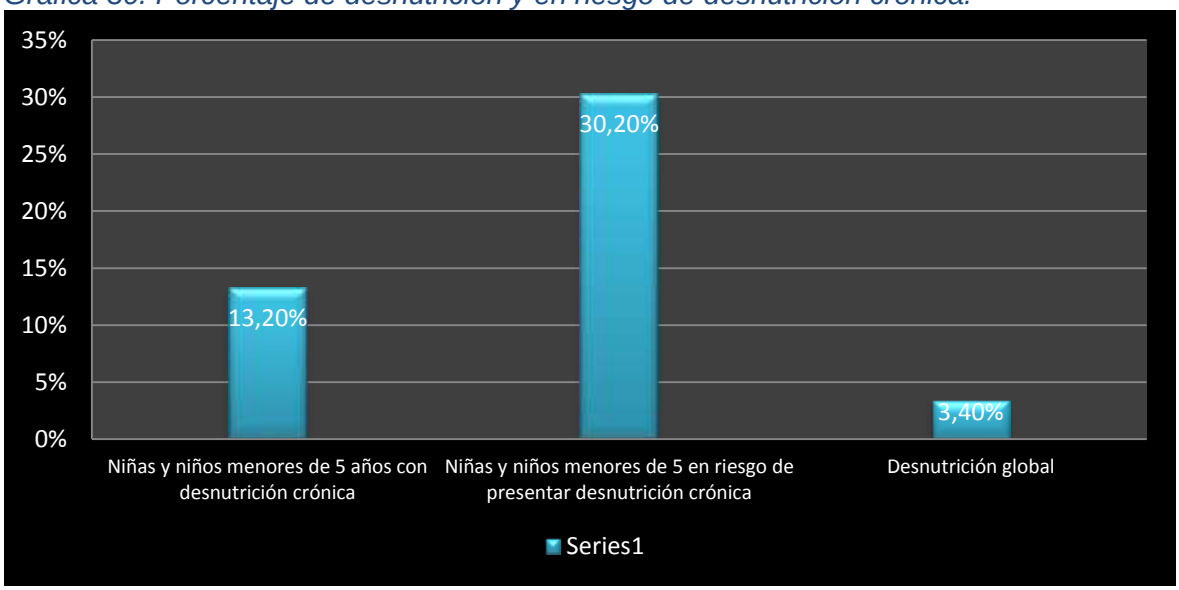
En el municipio de Lebrija la alimentación complementaria iniciaría aproximadamente a los 4,3 meses de edad, siendo este el tiempo en que los niños tienen lactancia exclusiva, ya que por diferentes razones como el tiempo laboral por las necesidades económicas de la Familia deben ser cuidados por terceros quienes podrían suministrar otras leches u otros alimentos, aunque a pesar de esto el tiempo de lactancia va en incremento ya que para el año anterior solos se lactaba de manera exclusiva hasta los 2.1 meses

d. Porcentaje de Desnutrición crónica, prevalencia de desnutrición global (peso para la edad) en menores de 5 años y la prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes%/ Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

De acuerdo con la ENSIN, el 13,2% de las niñas y niños menores de cinco años tiene *desnutrición* crónica (la talla no corresponde a su edad), y el 30,2% se encuentra en riesgo de presentarla. El 3,4% presenta desnutrición global (bajo peso para la edad), la cual lleva el riesgo de convertirse en crónica si no se trata a tiempo. Aunque estas prevalencias se

han reducido a la mitad en los últimos 20 años, aún se encuentran por encima de las metas para los objetivos de desarrollo del milenio, fijadas en 8% y 2,6%, respectivamente.

Gráfica 30. Porcentaje de desnutrición y en riesgo de desnutrición crónica.

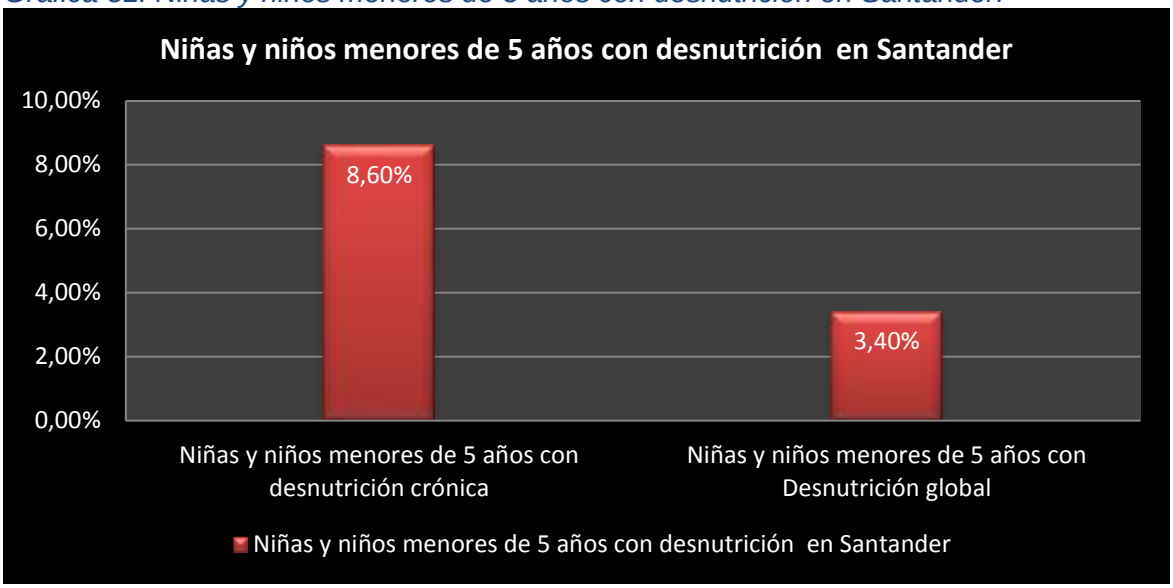


En el Departamento de Santander de acuerdo a la fuente SUIN 2010 el 8.6% de las niñas y niños menores de cinco años tiene *desnutrición* crónica (la talla no corresponde a su edad), y el 3,4% presenta desnutrición global (bajo peso para la edad).

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

Según SUIN, el porcentaje de desnutrición crónica de niños menores de cinco años de Santander en relación con el índice nacional reportado por EASIN presentan una tendencia positiva así el departamento tiene el 8.6% y el país 13.2% y en el caso de la desnutrición global el 3.4% corresponde tanto a la nación y como al departamento, sin embargo los resultados no alcanzaron las metas del milenio establecida en 8% para la desnutrición crónica y 2.6% para la desnutrición global, siendo necesario la revisión de las políticas y estrategias implementadas con el ánimo de lograr a futuro los objetivos planteados.

Gráfica 31. Niñas y niños menores de 5 años con desnutrición en Santander.



INFORMACION MUNICIPIO

Estado Nutricional niños y niñas menores de 2 años.

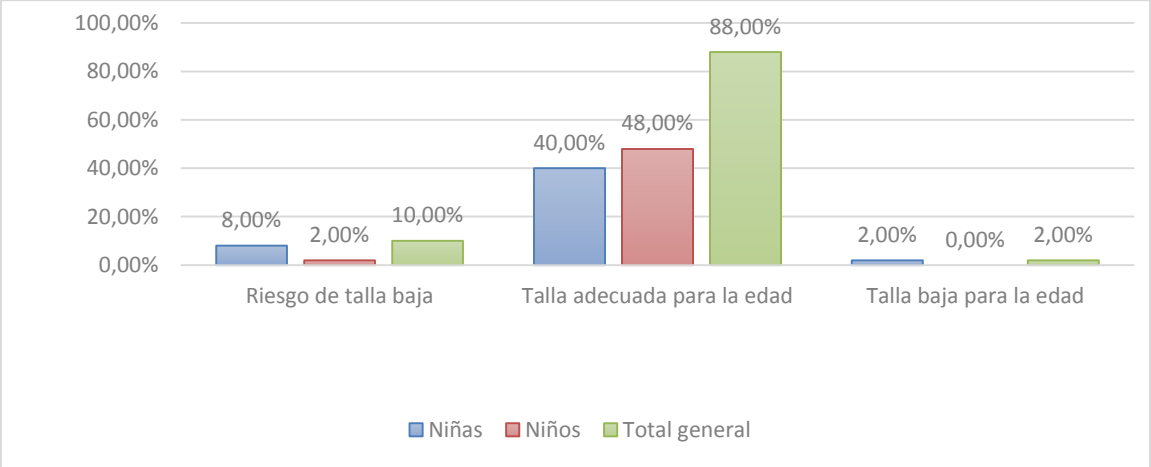
Indicador de Talla para la edad

Tabla 26. Indicador de talla para menores de 2 años.

DENOMINACION	NIÑAS N=25(50,00%)		NIÑOS N= 25 (50%)		TOTAL N=50(100%)	
Talla Baja Para La Edad O Retraso En Talla	1	2,00%	0	0,00%	1	6,23%
Riesgo De Baja Talla Para La Edad	4	8,00%	1	2,00%	5	10,00%
Talla Adecuada Para La Edad	20	40,00%	24	48,00%	44	88,00%
Total General	25	50%	25	50%	50	100%

Fuente 33. Secretaria de Salud Municipal, datos tercer trimestre 2015.

Gráfica 32. Registro talla en menores de dos años.



Fuente 34. Secretaria de Salud municipal.

Según el indicador de Talla/edad en niños y niñas menores de 2 años del total de valorados (n=50) el 88% presentan una talla adecuada para la edad; el 10% se encuentran en riesgo de talla baja y el 2% presentan talla baja para la edad esto corresponde a 1 niña.

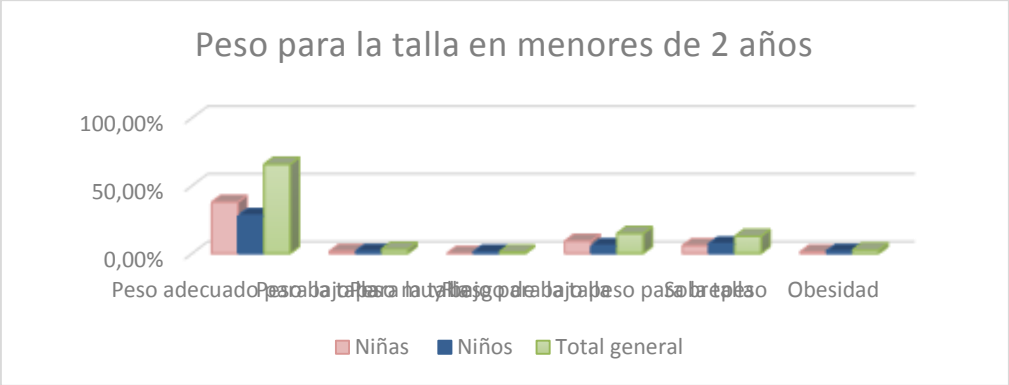
Indicador de Peso para la talla

Tabla 27. Indicador peso para la talla en menores de 2 años, 2015.

DENOMINACION	NIÑAS N= 25(50%)		NIÑOS N= 25 (50%)		TOTAL N=50(100%)	
Peso Adecuado Para La Talla	12	24,00%	14	28,00%	26	52,00%
Peso Bajo Para La Talla DNT Aguda	0	0,00%	1	2,00%	1	2,00%
Peso Muy Bajo Para La Talla DNT Aguda Severa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Riesgo De Peso Bajo Para La Talla	8	16,00%	3	6,00%	11	22,00%
Sobrepeso	5	10,00%	6	12,00%	11	22,00%
Obesidad	0	0,00%	1	2,00%	1	2,00%

Fuente 35. Secretaria de salud.

Gráfica 33. Distribución porcentual peso para la talla en menores de 2 años, 2015.



Fuente 36. Secretaria de Salud.

La grafica muestra del total valorados (n=50) el 52% presenta un pesos adecuado para la talla; el 2% presenta desnutrición aguda esto corresponde a 1 caso; el municipio presenta un 0% de desnutrición aguda severa; el 22% presenta riesgo de peso bajo para la talla; el 22% presenta sobrepeso y el 2% presenta obesidad.

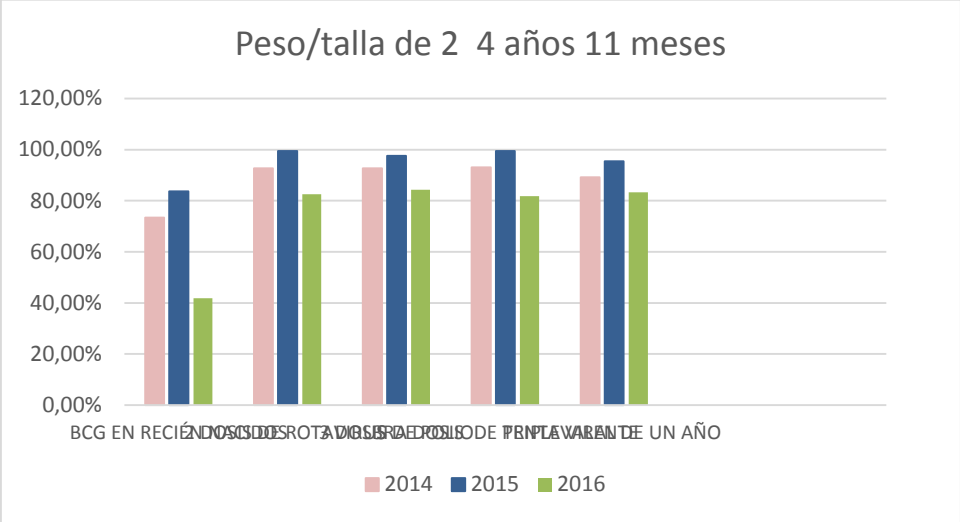
Estado nutricional niños y niñas de 2 años a 4 años y 11 meses

Tabla 28.Indicador de pesos talla niños y niñas de 2 a 4 años y 11 meses.

PESO PARA LA TALLA	NIÑAS N= 213(55,18%)		NIÑOS N= 173 (44,81%)		TOTAL N=386(100%)	
Peso Adecuado Para La Talla	146	37,82%	108	27,97%	254	65,79%
Peso Bajo Para La Talla DNT Aguda	6	1,55%	6	1,55%	12	3,1%
Peso Muy Bajo Para La Talla DNT Aguda Severa	0	0,00%	4	1,03%	4	1,03%
Riesgo De Peso Bajo Para La Talla	35	9,06%	22	5,69%	57	14,75%
Sobrepeso	22	5,69%	27	6,99%	49	12,68%
Obesidad	4	1,03%	6	1,55%	10	2,58%
Total General	213	55,18%	173	44,81%	386	100%

Fuente 37. Secretaria de salud.

Gráfica 34. Distribución peso, talla en niños y niñas de 2 a 4 años 11 meses.



Fuente 38. Secretaria de salud.

Según el indicador Peso/talla en edades entre los 2 años y 4 años 11 meses, del total valorados (n= 386), se encuentra que la mayoría presenta un peso adecuado para su talla (65,75%), mientras el 3,1% está en peso bajo para la talla, el 1,03% en peso muy bajo para la talla; el 12,68% presenta sobrepeso y 2,58% presenta obesidad.

Según el reporte del SUIN no hay reporte a nivel municipal, sin embargo la Secretaria de Salud reporta la siguiente información:

Tabla 29. Reporte secretaria de salud.

EVENTO	**2015**	**2016**
Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años	0	0
Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla para la edad en menores de 5 años	0,50%	6,93
Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años	0,30%	2,60%
Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas en menores de 5 años	0,20%	0,80%

Duración mediana de la lactancia materna exclusiva	2,1	4,3
Porcentaje de niños con bajo peso al nacer	6,98	8,07

ANÁLISIS MUNICIPAL

En el municipio hay más mal nutrición que desnutrición, lo anterior se debe posiblemente a regulares hábitos de alimentación desde las Familias a pesar de que desde los diferentes programas como modalidad Familiar y Hogares comunitarios, PIC se orienta a las madres de Familia para brindar a los niños y niñas mejores alimentos que aporten mayor cantidad de nutrientes.

Frente al análisis de los **fenómenos o Trastornos nutricionales** que conduzcan a mortalidad o morbilidad en relación al Municipio de Lebrija no se han presentado eventos, ya que se viene trabajando en la Política de Seguridad Alimentaria, permitiendo de esta manera el compromiso en la Calidad, Inocuidad, Disponibilidad y Aprovechamiento de los alimentos, en este orden se realizan programas de Formación y fortalecimiento de los productores agrícolas teniendo en cuenta que somos parte de la despensa agrícola del departamento, igualmente se realiza acompañamiento en los programas de educación nutricional priorizando la sana alimentación en la comunidad y dando énfasis a los niños, niñas y adolescentes en la disminución de consumo de alimentos poco saludable, ingesta de frutas y verduras, disminución de sal y azúcar como parte del seguimiento a una alimentación saludable. A su vez el Municipio cuenta con diferentes programas tanto en maternas como menores de edad enfocados al fortalecimiento nutricional, la entrega de raciones nutricionales y el fortalecimiento de los comedores escolares y hogares infantiles donde se atiende a menores de cinco años.

A través del Plan de Intervenciones Colectivas se realiza promoción de loncheras saludables a nivel de las instituciones educativas, con el fin de optimizar los recursos que se utilizan para la alimentación de los niños, niñas y adolescentes, involucrando de manera conjunta a los padres y docentes, con el fin de concientizarlos sobre el adecuado uso de los recursos y de una alimentación saludable; además el Municipio realiza seguimiento al estado nutricional de los menores de 18 años a través de la plataforma SINU, y la inclusión de los niños, niñas, adolescentes y gestantes en los programas de asistencia social tales como, familias en acción, PAIPI, PAE y restaurantes escolares.

5.5. Realización: Crece en entornos que favorecen su desarrollo

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

- Número de niños y niñas que asisten a programas de atención a primera infancia hogar comunitario, Programa Desarrollo infantil en medio familiar , hogar infantil jardín preescolar, privado, otros
- Porcentaje cinco principales razones por las que los niños y niñas en primera infancia no asisten a programas de atención: no tiene dinero, no hay institución cerca, cuidan al niño en casa, no está en edad de asistir, otro
- Porcentaje cinco principales razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo: No tiene dinero, demasiado lejos, No le gusta la comida, No le gusta como lo tratan, Cambió de residencia, por desplazamiento
- Número de niños y niñas en educación inicial y han sido atendidos en programas de atención integral
- Recreacion

En materia de ***educación inicial***, Colombia ha transitado por múltiples discusiones y experiencias que han llevado al Estado a comprometerse nacional e internacionalmente con una educación inicial que reconoce que el aprendizaje comienza desde el mismo momento del nacimiento; que la Familia, la comunidad y las instituciones son agentes y responsables de ella, y que los entornos son determinantes para que sea una realidad (Jomtien, 1990)[52]. Sin pretender restringir la educación a los espacios y programas intencionados para ella, a continuación, se presentan algunas cifras en nuestro país.

a. Número de niños y niñas que asisten a programas de atención a primera infancia. Número de niños y niñas atendidos en Hogares Comunitarios de

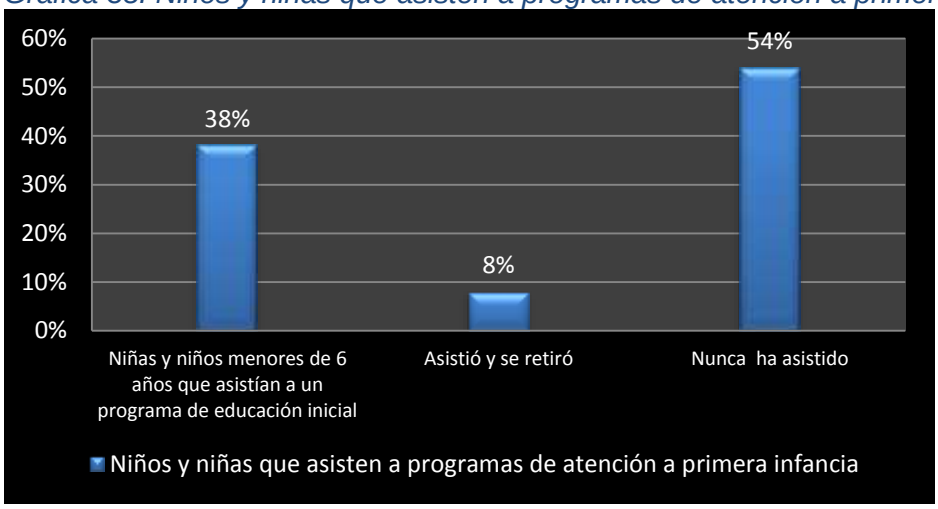
[52]Declaración Mundial sobre Educación para Todos "Satisfacción de las necesidades básicas de aprendizaje" (Jomtien,Tailandia, marzo de 1990), p. 10

Bienestar -HCB, Fami , Grupal y en Establecimientos de Reclusión y otras formas de atención

De acuerdo con la ENDS 2010, más de la tercera parte (38%) de las niñas y niños menores de 6 años asistía a un programa de educación inicial; 8% asistió, pero se retiró, y 54% nunca lo ha hecho. Entre estos últimos la mitad (53%) no lo hace porque lo cuidan en la casa. Según datos de cobertura de programas de atención del ICBF 2016 Para el Departamento de Santander[53] la cantidad de los niños y niñas que asisten a programas de atención en la primera infancia es de 61.681; de los cuales 32.155 reciben una atención integral y 21.526 reciben atención tradicional comunitaria.

Según información suministrada por la asociación de padre de hogares del bienestar Familiar para el año 2017 son beneficiarios de la modalidad de educación inicial en el marco de la protección integral 99 infantes de la primera infancia.

Gráfica 35. Niños y niñas que asisten a programas de atención a primera infancia.



[53] http://www.pro Programa Desarrollo infantil en medio familiar.org.co/encuestas/Programa Desarrollo infantil en medio familiar/Programa Desarrollo infantil en medio familiar /images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-3.pdf
ENDS. Programa Desarrollo infantil en medio familiar. Página 277. Página 63. Cuadro 3.13.2 .ICBF Oferta Programática ICBF x Regional Metas Sociales y Financieras abril 2017.

ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

A nivel Nacional de acuerdo con ENDS el 54% de los niños y niñas menores de seis años nunca han asistido a un centro educativo, frente a un 38% que si se encuentra en tales centros, siendo conveniente analizar las principales razones por las que se presenta el fenómeno

Con la misma tendencia la información suministrada por el ICBF dice que 61.681 niños Santandereanos pertenecientes a la primera infancia acuden a instituciones para ser cuidados, de los cuales 32.155 reciben una atención integral y 21.526 reciben atención tradicional comunitaria, es pertinente analizar también, si el niño se encuentra en edad para asistir o simplemente es a causa de que los Fami liares no le pueden cuidar, situación en que las instituciones educativas prestan una importante ayuda a la comunidad, para que puedan los adultos salir a laboral y traer el sustento a su hijos.

INFORMACION MUNICIPIO

Programas atendidos por el ICBF

Modalidad Comunitaria:

La Modalidad Comunitaria; Hogares Comunitarios Integrales, se estructura desde la estrategia de Cero a siempre como una apuesta de educación inicial en el marco de la atención integral; el diseño de esta modalidad se basa en la amplia experiencia de los Hogares Comunitarios de Bienestar y otras modalidades tradicionales del ICBF.
Esta modalidad privilegia la construcción de acuerdos sociales y territoriales en favor de garantizar el desarrollo integral de las niñas y niños, fortaleciendo la capacidad de los actores sociales para acompañar su proceso educativo, para promover el desarrollo comunitario y para construir identidad local alrededor de la protección integral en los territorios (ICBF)[54]
De acuerdo a los establecido en el Plan Nacional de Desarrollo, se inició el tránsito de niños y niñas atendidos en los hogares comunitarios de bienestar en todas sus formas de atención hacia los Centros de Desarrollo Infantil (CDI) y a la modalidad familiar; a través de los CDI se busca atender a los niños y niñas de zonas urbanas en espacios institucionales.

[54] Tomado de Manual de servicio de educación inicial, cuidado y nutrición en el marco de la atención integral para la primera infancia- modalidad comunitaria, ICBF, 2015 pag 34.

Modalidad Familiar:

Esta modalidad busca en esencia promover el desarrollo integral de los niños y la niñas desde su concepción hasta la 6 años a través de acciones pedagógicas, formación y acompañamiento a familias y cuidadores, mujeres gestantes y madres lactantes, haciendo especial énfasis en los niños entre 0 y 2 años que habitan principalmente en los territorios rurales.

Este servicio reconoce el lugar protagónico que tiene la familia en el cuidado, crianza, educación y desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta antes de cumplir los 5 años, convirtiéndola en el más cercano escenario de corresponsabilidad en la garantía de los derechos de los niños y niñas en primera infancia; esta modalidad se orienta a través de acciones pedagógicas con niños y niñas en primera infancia y las acciones educativas dirigidas a la familia. (ICBF)[55].

En la modalidad familiar para el 2016 en el municipio funcionan 6 unidades atendiendo 119 niños y 119 niñas funcionando en el colegio nuevos horizontes. En la zona rural funcionan unidades en la veredas: Puyana, laguna, la aguada, la victoria, girasoles, Portugal, el oso, santa rosa, santo domingo y Aguirre, donde se atienden 121 niños y 101 niñas, 30 gestantes y 77 lactantes. Para el 2016 se atienden en total 567 usuarios[56].

Programas ofertados en el municipio por el ICBF.

Tabla 30. Cobertura de programas atendidos por el ICBF en el municipio de Lebrija.

Número de niñas y niños en programas de atención integral del ICBF (CDI-familiar- HI)										**Número de niños y niñas atendidos en Hogares Comunitarios de Bienestar -HCB Familiares, Fami, Grupal y en Establecimientos de Reclusión y otras formas de atención"**														**Programa Desayunos Con Amor.**				
FAMILIAR					HI					HCB FAMILIAR					FAMI				GRUPAL					PRIMERA INFANCIA				
2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
50	50	567	567	567	95	95	95	95	95	420	420	420	403	405	84	84	0	0	48	48	48	48	48	728	728	675	390	0

Fuente 39. SUIN.

[55] Tomado de Manual Operativo, Servicio de educación inicial, cuidado y nutrición en el marco de la atención integral para la primera infancia, Modalidad Familiar ICBF, 2014, Pag 25, 29

[56] Según información entregada por el operador con corte a 23 de noviembre de 2016.

Tabla 31. Niños y niñas atendidos en atención integral por el ICBF.

Número de niñas y niños en programas de atención integral del ICBF (CDI-familiar- HI)									
FAMILIAR					HI				
2012	2013	2014	2015	2016	2012	2013	2014	2015	2016
50	50	567	567	567	95	95	95	95	95

Fuente 40. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo 2016-2019.

Para el año 2015 Y 2016 a través de los programas del ICBF, atiende 662 niños con atención integral, 456 en hogares comunitarios. En cuanto al programa desayunos con amor se les suministra desayunos a niñas y niños de 1 a 5 años siendo 390 los beneficiarios del programa de los cuales 193 son niñas equivalente al 49,49% y 197 niños equivalente al 50,51%, con una diferencia porcentual del 1,02%, donde se identifican que fueron más niños los que accedieron al programa, el 62% de los beneficiarios pertenecen a la zona rural y el 38% pertenecen a la zona urbana, pero para el año 2016 no hay cobertura por lo que se fortaleció la atención familiar; en total son atendidos 1115 beneficiarios a los cuales se les garantiza la seguridad alimentaria para la vigencia 2016.

ANÁLISIS MUNICIPAL

Durante la vigencia 2015 Y 2016 los cupos ofertados en el municipio se usan en su totalidad por los niños y niñas del municipio; el que mayor número de beneficiarios tiene es la modalidad familiar seguido del hogar infantil, los hogares comunitarios.

b. Porcentaje cinco principales razones por las que los niños y niñas en primera infancia no asisten a programas de atención

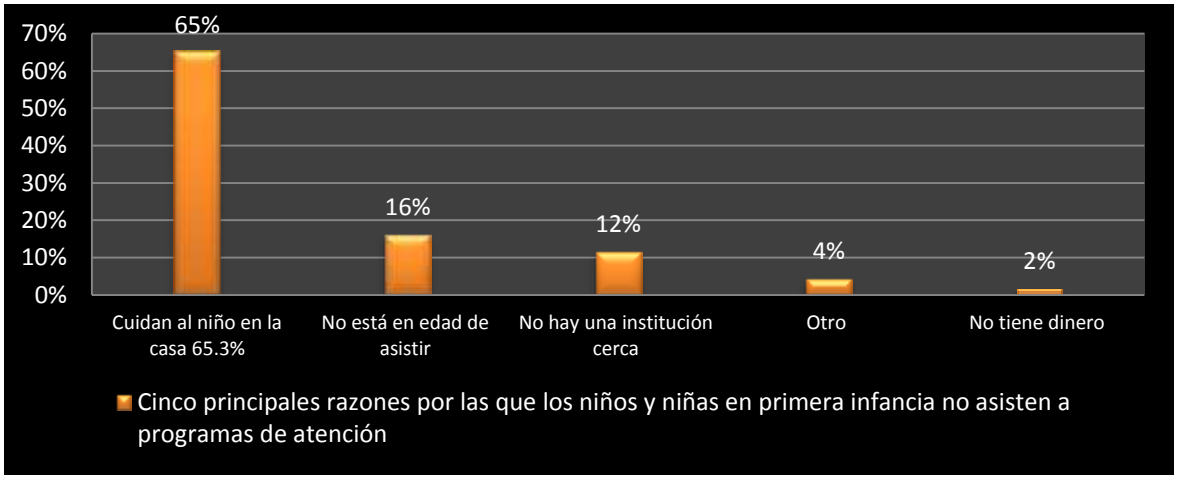
Las cinco principales razones por las que los niños y niñas en primera infancia no asisten a programas de atención son[57]:

- Cuidan al niño en la casa 65.3%
- No está en edad de asistir 16.3%
- No hay una institución cerca 11.7%

[57]http://www.proPrograma Desarrollo infantil en medio familiar.org.co/encuestas/Programa Desarrollo infantil en medio familiar/Programa Desarrollo infantil en medio familiar /images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-3.pdf
ENDS. Programa Desarrollo infantil en medio familiar. Página 277. Página 69. Cuadro 3.13.2

- Otro 4.4%
- No tiene dinero 1.8%

Gráfica 36. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia no asisten a programas de atención.



ANALISIS DEPARTAMENTAL

Las principal razón según la gráfica tomada de una encuesta de Pro Familia, para que los niños en la primera infancia no asistan a una institución educativa es que en la casa los cuidan con un 65.3%, seguida, por la variable no están en edad de asistir 16.30%, demostrándose que cuando los padres tienen la posibilidad a esta edad prefieren cuidar ellos mismos sus hijos, y aunque generalmente en una institución educativa les dan la formación adecuada es un hecho que la Familia es el principal responsable de la educación de los niños. Por tanto en la primera infancia los padres deben verificar que la persona o institución encargada de sus hijos realmente este cumpliendo adecuadamente con su responsabilidad. Sin embargo en los otros casos: no hay una institución cerca, no tiene dinero, el ente territorial encargado debe velar porque se brinde apoyo para minimizar dichas situaciones puesto que generan perturbación al correcto desarrollo del pequeño.

INFORME MUNICIPIO.

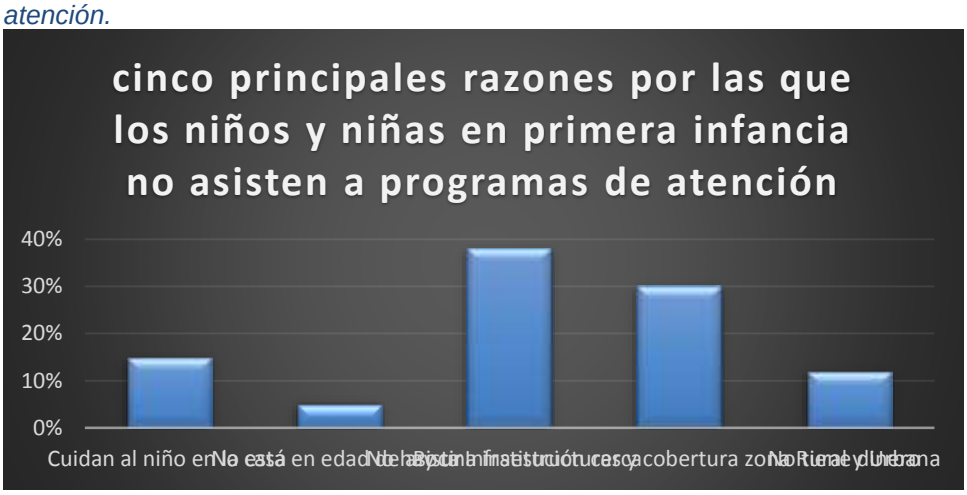
Las principales razones por las cuales la cobertura ha ido decreciendo en educación inicial obedece principalmente a:

- El programa PAIPI no se está ejecutando desde el 2013.

- El simat no se encuentra actualizado por algunas instituciones privadas; la dirección de núcleo realiza actividades para sensibilizar a estas instituciones.
- Al sector público solo ingresan niños desde los 5 años para el grado de transición; lo que hace que antes de esta edad deban ingresar a instituciones privadas inexistentes en el sector rural, haciendo que muchos niños no sean atendidos por ninguna institución.
- La mayoría de familias del municipio corresponden a sisben nivel 1 y 2, es decir las que están ubicada en el casco urbano no cuentan con los recursos suficientes para acceder a educación inicial en colegios privados, algunos lo hacen en los programas del ICBF, siendo insuficiente la cobertura; algunas familias optan por dejar a los niños y niñas al cuidado de abuelas o abuelos o sus madres si están no trabajan o se organizan grupos familiares para el cuidado de niños y niñas en sus casas.

Cuidan al niño en la casa 15%,
No está en edad de asistir 5%,
No hay una institución cerca 38%,
Poca Infraestructuras y cobertura zona Rural y Urbana 30%
No tiene dinero 12%.

Gráfica 37. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia no asisten a programas de atención.



ANALISIS MUNICIPAL

De acuerdo a las cifras en el municipio de Lebrija la mayor parte de los niños no asisten a un centro de educación inicial debido a que no hay una institución cerca, seguido por la falta de infraestructuras y cobertura en la zona rural y urbana son los porcentajes más altos

c. Porcentaje cinco principales razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo

Las cinco principales razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo son[58]:

- Esta actualmente en el colegio o en escuela 38.3%
- Otra razón 16.2%
- No le gusta como lo tratan 15.7%
- Cambio de residencia 13.8%
- No tiene dinero 9.5%

Gráfica 38. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo.

[58]http://www.proPrograma Desarrollo infantil en medio familiar .org.co/encuestas/Programa Desarrollo infantil en medio familiar /Programa Desarrollo infantil en medio familiar /images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-3.pdf
ENDS. Programa Desarrollo infantil en medio familiar. Página 277. Página 67. Cuadro 3.13.2

ANALISIS DEPARTAMENTAL

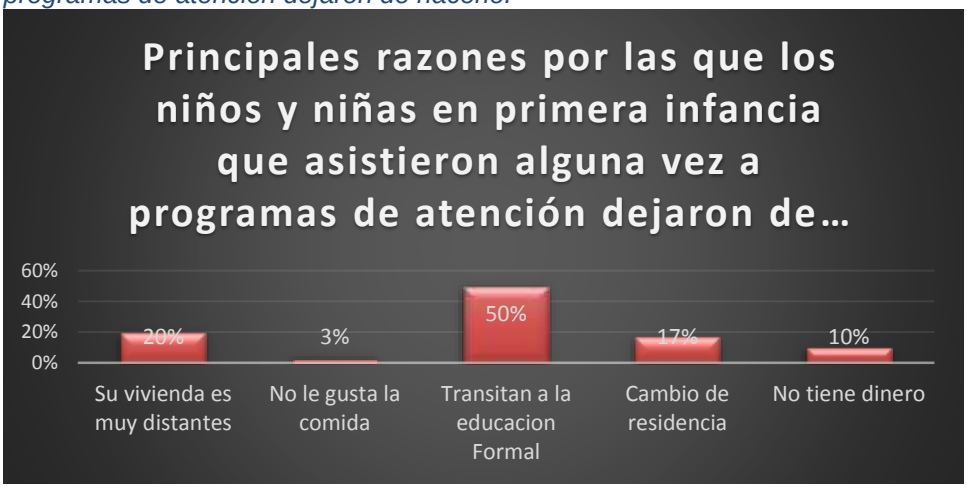
De acuerdo con Pro Familia la principal razón por la que los niños menores de 6 años que asistieron a un centro educativo para la primera infancia se retiraron de es que ingresaron a el colegio para seguir con sus estudios, siendo totalmente adecuada, sin embargo las demás razones expuestas: no le gusta el trato, cambio de residencia, falta de dinero; requieren de la acción por parte del Estado con el objeto de minimizar dichos motivos, ya que se evidencia que impactan negativamente al menor.

INFORMACION MUNICIPIO

Las principales razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo identifica:

Su vivienda es muy distantes 20%,
No le gusta la comida 3%,
Transitan a la educación formal 50%,
Cambio de residencia 17%,
No tiene dinero 10%.

Gráfica 39. Razones por las que los niños y niñas en primera infancia que asistieron alguna vez a programas de atención dejaron de hacerlo.



ANALISIS MUNICIPAL

La principal razón por las cuales los niños dejan de asistir a las modalidades de cuidado integral es la edad ya que transitan a la educación formal ubicada en las diferentes instituciones educativas del municipio.

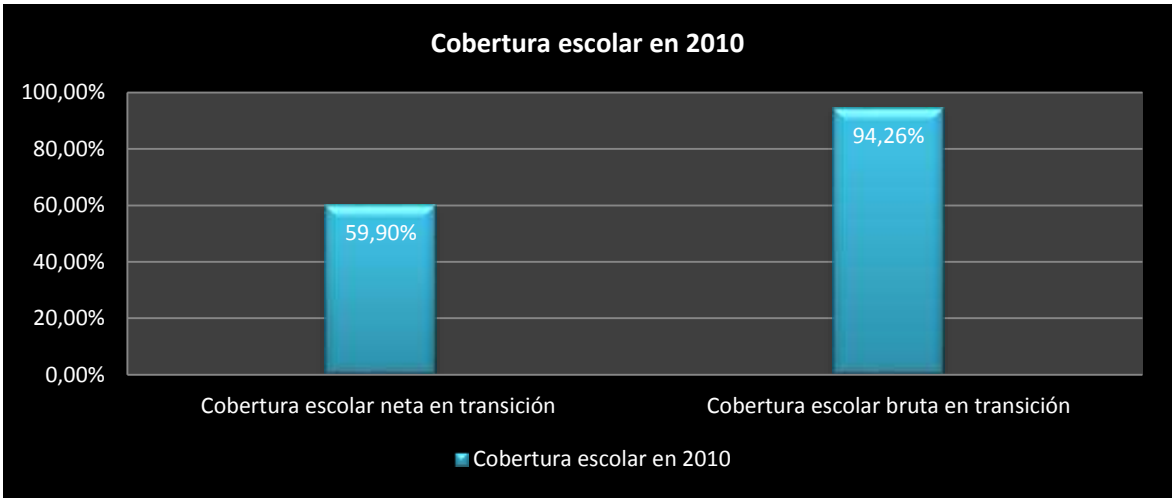
d. Número de niños y niñas en educación inicial y han sido atendidos en programas de atención integral

Para el departamento de Santander 37 la cantidad de los niños y niñas que asisten a programas de atención en la primera infancia es de 61.681; de los cuales 32.155 reciben una atención integral y 21.526 reciben atención tradicional comunitaria en programas ICBF 2017.

Gráfica 40. Niños y niñas en educación inicial y han sido atendidos en programas de atención integral en el departamento de Santander.

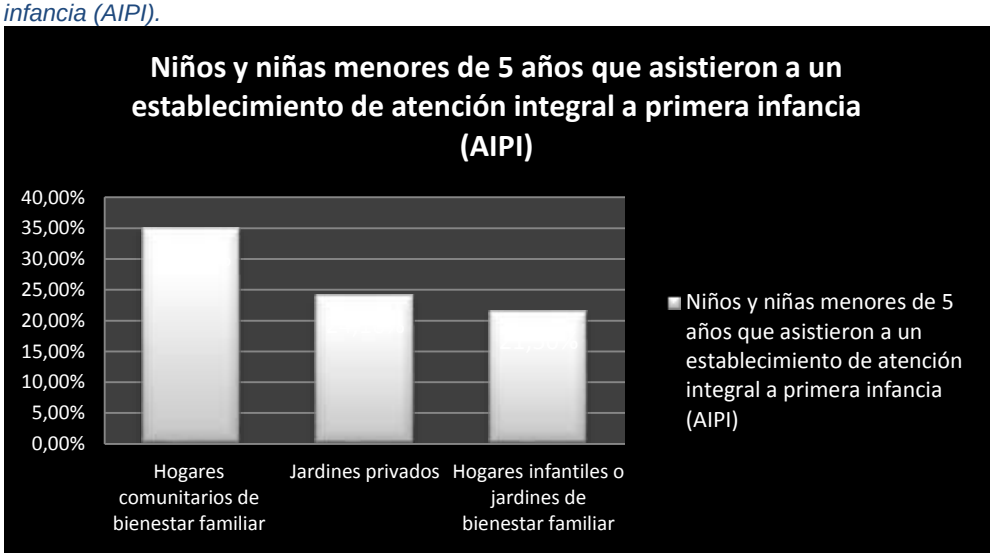
En el marco de la atención integral a la primera infancia, el Gobierno Departamento fuente SUIN 2010, ha brindado una Cobertura escolar neta en transición del 59.9% y una cobertura escolar bruta en transición de 94.26%, de los cuales 7.451 corresponde a Niños y niñas con discapacidad atendidos en el sistema educativo.

Gráfica 41. Cobertura escolar en 2010.



En el año 2015, 1.404 mil niños y niñas menores de 5 años asistieron a un establecimiento de atención integral a primera infancia (AIPI), disminuyendo 1,0% frente al año 2014. Las mayores participaciones se registraron en los hogares comunitarios de bienestar Familiar (34,9%), los jardines privados (24,1 %) y los hogares infantiles o jardines de bienestar Familiar (21,5%). 142.081 niños y niñas menores a 5 años asisten a centros de desarrollo infantil público.

Gráfica 42. Niños y niñas menores de 5 años que asistieron a un establecimiento de atención integral a primera infancia (AIPI).



ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

En Santander han sido incluidos en programas de atención integral para empezar su educación 61.681 niños de los cuales de acuerdo al SUIN 2010 la cobertura neta de transición es el 59.90% y la cobertura escolar bruta de transición es de 94.26%, así mismo los centros (AIPI) más utilizados por los padres para enviar a los niños en el 2015 son con el 34.90% los hogares comunitarios de bienestar Familiar, con 24.10% los jardines privados y finalmente con 21.50% los hogares infantiles o jardines de bienestar Familiar. Notándose un impacto positivo en los niños hasta los 5 años.

INFORMACION DEL MUNICIPIO.

La educación inicial es un derecho, donde se propone potenciar el desarrollo integral de las niñas y los niños a través de procesos de fortalecimiento de la familia para el cuidado, la educación y la crianza desde la gestación hasta los 5 años de edad, y el desarrollo de acciones pedagógicas a partir del reconocimiento de las características particulares, gustos e intereses de las niñas y niños en concordancia con su cultura (ICBF)[59]

Cobertura educación

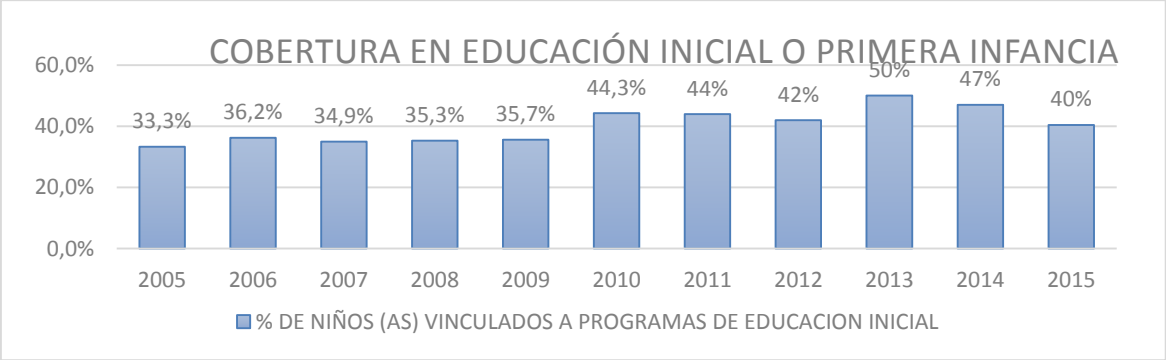
Tabla 32. Coberturas educación inicial 2012-2015.

AÑOS	% DE NIÑOS (AS) VINCULADOS A PROGRAMAS DE EDUCACIÓNINICIAL	# NIÑOS (AS) ENTRE 0 Y 5 AÑOS VINCULADOS A PROGRAMAS DE EDUCACIÓNINICIAL	# NIÑOS (AS) ATENDIDOS POR EL ICBF	PAIPI	NIVEL PREESCOLAR, OFICIAL Y PRIVADO	# NIÑOS (AS) EN EDADES DE 0 Y 5 AÑOS
2005	33,3%	1.320	606	0	714	3.969
2006	36,2%	1.437	606	0	831	3.970
2007	34,9%	1.389	718	0	671	3.976
2008	35,3%	1.405	718	0	687	3.985
2009	35,7%	1.431	718	0	694	4.013
2010	44,3%	1.797	718	0	708	4.056
2011	44%	1.810	718	317	775	4.111
2012	42%	1.767	718	317	770	4.175
2013	50%	2.106	1.332	0	774	4.241
2014	47%	2.015	1.332	0	683	4.310
2015	40.44%	1.772	1.023	0	749	4.381

Fuente 41. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo.

[59] Tomado de Manual de servicio de educación inicial, cuidado y nutrición en el marco de la atención integral para la primera infancia- modalidad comunitaria, ICBF, pag 24.

Gráfica 43. Coberturas en educación primera infancia municipio de Lebrija.



Fuente 42. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo.

Tabla 33. Número de matrículas en colegios privados y oficial casco urbano en primera infancia 2016.

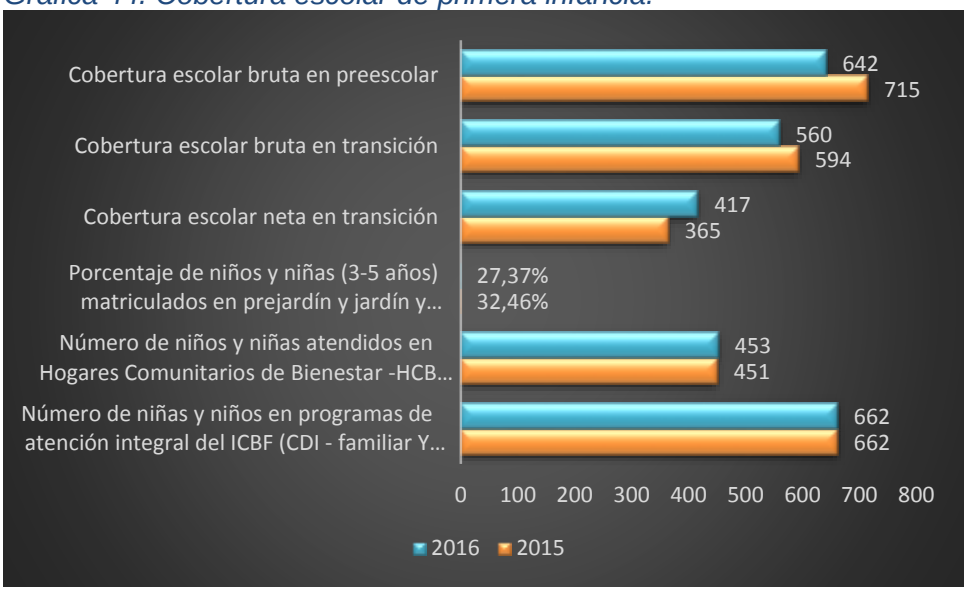
COLEGIO	TRANSICION	PREJARDIN	JARDIN	TOTAL
COLEGIO MONTEVERDE	32	37	25	94
COLEGIO NUEVOS HORIZONTES	4	1	1	6
COLEGIO LICEO SAN FERNANDO	61	12	42	115
COLEGIO ANTONIO LEBRIJA	36	20	3	59
MATRICULA OFICIAL	455	0	0	455
TOTAL	588	70	71	729

Fuente 43. Dirección de núcleo.

Tabla 34. Cobertura en educación de primera infancia.

EVENTO	2015	2016
Número de niñas y niños en programas de atención integral del ICBF (CDI - familiar Y HI)	662	662
Número de niños y niñas atendidos en Hogares Comunitarios de Bienestar -HCB Familiares, Fami, Grupal y en Establecimientos de Reclusión y otras formas de atención"	451	453
Porcentaje de niños y niñas (3-5 años) matriculados en pre jardín y jardín y transición	32,46%	27,37%
Cobertura escolar neta en transición	365	417
Cobertura escolar bruta en transición	594	560
Cobertura escolar bruta en preescolar	715	642

Gráfica 44. Cobertura escolar de primera infancia.



La cobertura en primera infancia en el municipio obedece a los programas de hogares del ICBF, Hogar Infantil la Alegría de vivir, FAMI, PAIPI, y la atención del nivel prescolar por parte de colegios privados como públicos, transición en el sector público y pre jardín y jardín en el sector privado; en comparación en atención en primera infancia 2014-2015 la gráfica evidencia un decrecimiento del 6,56% equivalente a 243 niños menos atendidos en el municipio. En total los niños y niñas atendidos en el municipio para el 2015 son 1.772 correspondiente al 40,44%, donde el 58% son atendidos por programas del ICBF. En 2016, colegios privados atienden 235 niños y niñas, y sector oficial 455 para un total de 642.

Los colegios privados que ofertan el servicio de educación inicial en el municipio son:

- Colegio Monteverde
- Colegio Nuevos horizontes
- Colegio Liceo San Fernando
- Colegio Antonio Lebrija

El 62% de los matriculados los tiene el colegio oficial, los colegios privados y el 37% de matriculados los hacen en instituciones privadas en donde el liceo san Fernando tiene el mayor número de matriculados con el 15% del total del municipio, seguido del colegio Monteverde.

ANÁLISIS MUNICIPAL

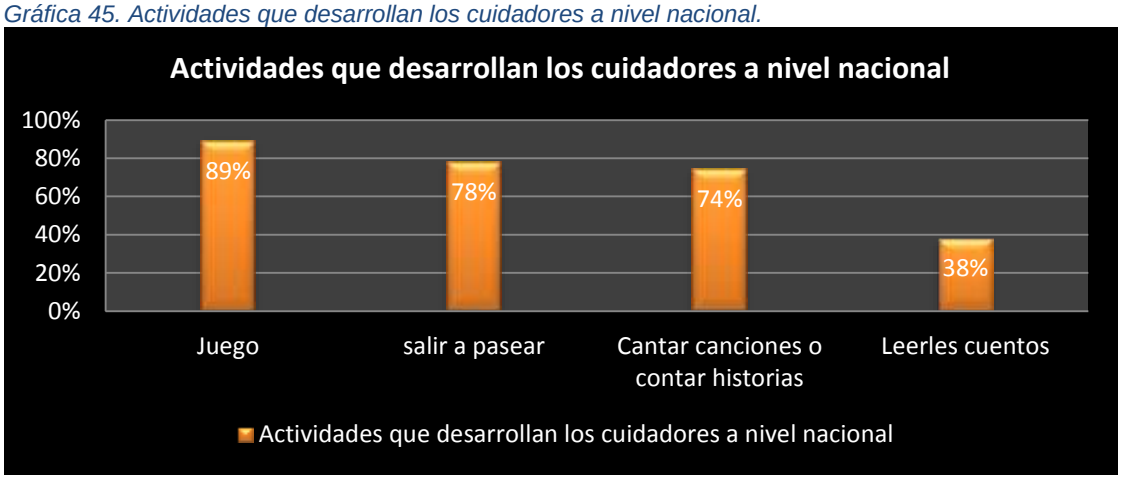
La mayoría de la población atendida pertenece a la zona Urbana, la cobertura en programas de atención integral ha aumentado, sin embargo existe mucha demanda en el municipio en especial en la zona rural baja, el decrecimiento en la cobertura en la atención a transición y preescolar se debe a la población flotante, además teniendo en cuenta que en la zona rural no hay suficiente cobertura por falta de infraestructura, además porque los colegios oficiales no tienen preescolar y los padres no cuentan con recursos suficientes para ingresar a sus hijos a Colegios Privados.

e. Recreación

La ***recreación*** está íntimamente ligada con la concepción sobre la educación descrita en el apartado anterior. Brindar oportunidades para explorar y relacionarse significativamente con el entorno, disfrutar el juego, la actividad física, la recreación, el arte, la literatura y el diálogo entre niños, niñas y adultos, son elementos que contribuyen en la formación de seres humanos creativos, sensibles y solidarios.

La ENDS (2010, 265) muestra algunas cifras sobre el estado de la recreación en el país: identifica como las principales actividades que desarrollan los cuidadores con las niñas y los niños cuando están en casa el juego (89%), seguida por salir a pasear (78%), cantar canciones o contar historias (cada una con 74%) y por último leerles cuentos (38%). Se encuentra una preocupante correlación entre madres de zonas rurales y de menores niveles de educación, con menores porcentajes de juego y lectura.

Gráfica 45. Actividades que desarrollan los cuidadores a nivel nacional.



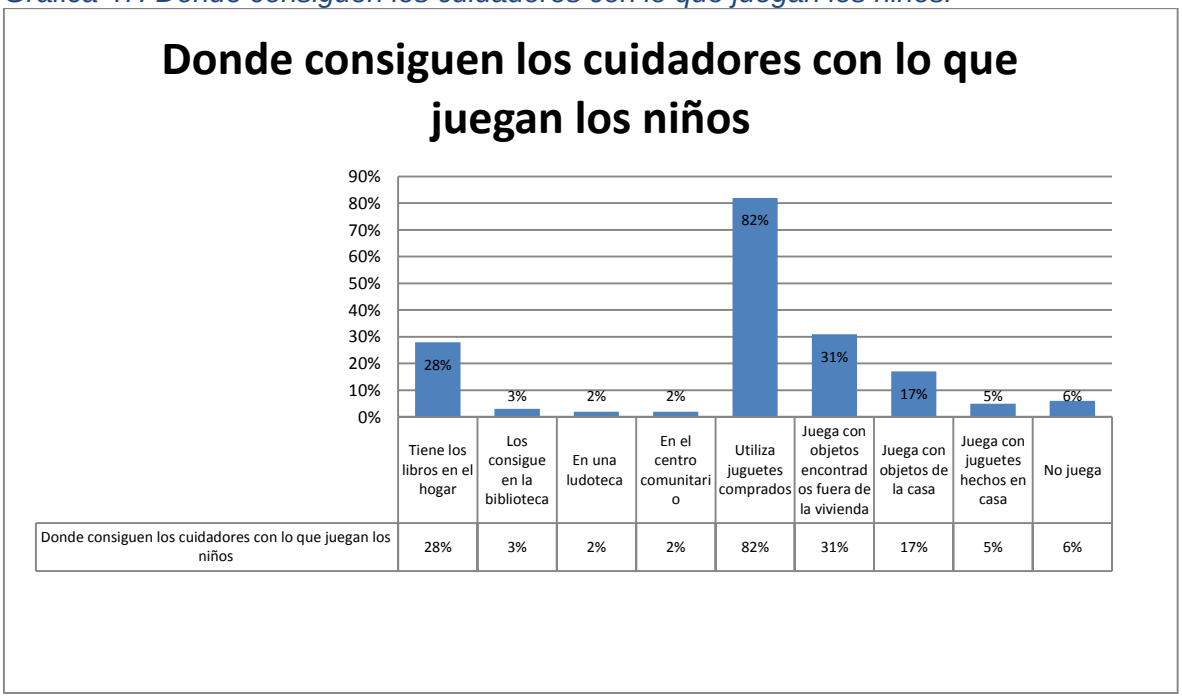
En el Departamento de Santander materia de recreación y cultura para el año 2015 125.661 Niñas y Niños menores de 18 años tuvieron acceso a colecciones de libros o contenidos culturales, de esos 6.061 estuvieron entre los 0y 6 años los cuales contaron con libros y contenidos especializados en las modalidades de educación inicial en el marco de la atención integral, el Departamento de Santander cuenta con alrededor de 95 bibliotecas públicas, escolares y comunicaras

En cuanto a la recreación y el deporte el censo parcial realizado por el INDERSANTANDER da cuenta de 339 escenarios deportivos y recreativos, los cuales están localizado en 25 municipios del departamento, de estos escenarios deportivos el 51.4% se concentra en Bucaramanga es decir 205 escenarios deportivos y el 48,6% restantes en los 24 municipios es decir 194 escenarios.

Gráfica 46. Escenarios deportivos y recreativos en Santander.

Asimismo, la encuesta (p. 265) señala que entre los cuidadores que les leen a las niñas y a los niños, 28% tiene los libros en el hogar, 3% los consigue en la biblioteca, 2% en una ludoteca y otro 2% en el centro comunitario. El 82% de los niños o niñas utiliza para jugar juguetes comprados, el 31% juega con objetos encontrados fuera de la vivienda, el 17% con objetos de la casa y un 5% con juguetes hechos en casa. En el 6% de los casos la madre reportó que el niño o niña no juega, lo cual se presenta principalmente en niños y niñas menores de un año, hijos de mujeres menores de 20 años, sin educación y con índice más bajo de riqueza.

Gráfica 47. Donde consiguen los cuidadores con lo que juegan los niños.



ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

La recreación es indispensable para formar niños, alegres, creativos, sensibles y solidarios, la ENDS (2013) señala con respecto a la recreación que las madres con bajo nivel educativo, de zonas rurales tienen poca interacción con sus hijos en relación con juego y lectura, pese que las principales actividades a desarrollar con los niños de la primera infancia en su orden son: juego, pasear, cantar y leer cuentos con porcentajes de 89%, 78%, 74% y 38% respectivamente, también se posee en Santander escenarios deportivos distribuidos en un porcentaje del 51% en Bucaramanga y un 48.60% en el resto del departamento que ayudan a facilitar la tarea, aunque a la hora de jugar con los niños no importa la clase de juguete sino el amor y la creatividad que se utilice en la actividad. Lo transcendental es que sin importar las circunstancias se logre disminuir el porcentaje del 6% que corresponde a los niños que no juegan, ya sea por tener menos de un año, o que sus madres se encuentren dentro del rango de las mujeres estudiado menores de 20 años, sin educación y de escasos recursos que no juegan con sus hijos.

INFORMACION EL MUNICIPIO:

La recreación está ligada con la concepción sobre la educación brindando oportunidades y espacios para explorar y relacionarse significativamente con el entorno, disfrutar del juego, la actividad física, la recreación, el arte, la literatura y el dialogo entre los niños y adultos contribuyendo a la formación de seres humanos creativos, sensibles y solidarios.

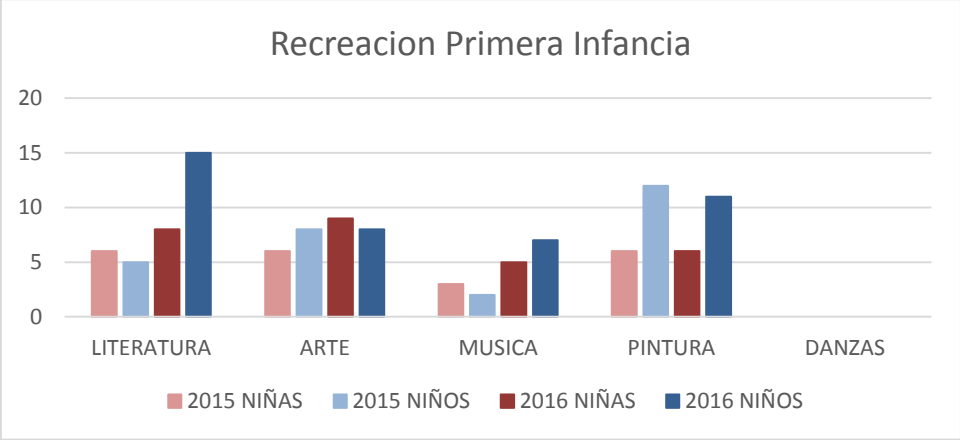
Población primera infancia atendidos en literatura y arte.

Tabla 35. Primera Infancia atendidos en literatura y arte.

2015			2016	
PROGRAMA	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS
LITERATURA	6	5	8	15
ARTE	6	8	9	8
MUSICA	3	2	5	7
PINTURA	6	12	6	11
DANZAS	0	0	0	0
TOTAL	21	27	28	41

Fuente 44. Secretaria de cultura deporte y turismo.

Gráfica 48. Oferta primera infancia en literatura y arte.



Fuente 45. Secretaria de cultura y deporte.

Estos programas se prestan en un espacio que el municipio ha tomado en arriendo para brindar servicio de cultura, mientras se termina la fase III de la casa de la cultura y se habilita para atender un mayor número de población entre estas primera infancia; como se observa en la tabla en el 2015 se atendió con un total de 48 niños y niñas para el 2016 se está atendiendo 69 niños, notando un incremento en la oferta. El municipio tiene como meta habilitar la casa de la cultura para atender mayor número de niños, niñas y ampliar la oferta de la escuela de artes.

5.6. Realización Construye su identidad en un marco de diversidad

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

La mejor manera de describir la identidad es como el resultado de procesos de construcción, co-construcción y reconstrucción, llevados a cabo por el niño mediante las interacciones con sus padres, maestros, compañeros y las demás personas. Tanto la comunicación no verbal como el diálogo y, más tarde, los medios textuales y electrónicos, son recursos clave para la construcción del sentimiento que los niños tienen de quiénes son en relación con los demás. Así mismo "la identidad hace posible no solo singularizarse, sino también valorar la diversidad y considerarse parte de una Familia, una comunidad y una nación"[60]

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

Vivir a plenitud la condición humana supone expresarse a través de gestos, palabras y todos aquellos signos que configuran lenguaje y comunicación. La interlocución ubica el ejercicio de la participación en un contexto de diálogo, en el que se reconoce que las niñas y los niños desde el principio de su vida, tienen la capacidad para comprender y aportar elementos importantes al propósito que les convoca, y en el que también se reconoce que hay otros con esas mismas capacidades que pueden ser pares o personas adultas. Lo anterior implica que las personas adultas asuman su lugar de interlocución de forma

[60]Cfr.: Presidencia de la República et. Al. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá. P. 53

democrática y reconocedora de los niños y niñas como partes activas de las decisiones que afectan su vida y la de la comunidad. Para las niñas y niños sordos, es importante brindar las condiciones adecuadas para la adquisición de la Lengua de Señas Colombiana, el aprendizaje del castellano oral u otras formas de comunicación oportunamente.

Colombia es un Estado social de derecho, que constitucionalmente reconoce su condición pluriétnica y multicultural, y promueve el goce de "los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o Familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica" (Constitución Política, tit. I, art. 13). Esta condición plantea importantes retos para los responsables de la atención integral a las niñas y los niños. Si el Estado y sus instituciones asumen en cada una de sus decisiones y en cada una de sus actuaciones que Colombia es un país inmensamente diverso, ello se concretará en una atención que permite la participación genuina, y responderá a lo que necesita cada niño y cada niña en el momento que es y en su justa medida.

A nivel sociocultural hay muchas falencias en cuanto a la participación de la primera infancia, ya que los niños y las niñas de este grupo de edad no son visibilizados y a los gobiernos les cuesta ponerse al mismo nivel.

Del mismo modo es importante hablar de la participación desde cada uno de los entornos con los que la estrategia viene impulsando, por ejemplo, en el entorno educativo, salud y espacio público. Es apremiante movilizar tanto a las instituciones como a los tomadores de decisiones en torno a la necesidad de generar a partir de cada una de las atenciones, mecanismos y estrategias donde los niños y niñas sean el centro de las mismas, donde la capacitación y cualificación del talento humano que atiende a la población tenga herramientas para dirigirse e incluir a estos niños y niñas para mejorar no solo la atención sino la calidad de las atenciones y generar entornos que permitan la realización de los niños y niñas de la primera infancia.

Es clave divulgar los derechos de los niños y las niñas para que estos se empoderen y a partir de esto se construyan comunidades sujetas de los derechos y se mejoren el reconocimiento de estos como parte de una sociedad**.** Existe desconocimiento de la priorización que tienen los niños y las niñas para que se les pueda garantizar el derecho oportuno a cualquier atención y por tanto a que se les reconozca también dentro de las formas propias existentes de la participación, así como de otras con las que ya se cuentan como el juego, la lúdica y el arte y la recreación como herramientas clave para la participación.

Es substancial ahondar en las implicaciones de la participación en la primera infancia, por ello los entornos juegan un papel preponderante ya que desde allí se potencia el diálogo, la interrelación con el medio y las personas que conforman ese espacio, que por sí solo no se representa, sino por el contrario adquiere un valor y un sentido cuando precisamente reconoce las:

[…]capacidades, potencialidades y particularidades, considerando su territorio, etnia, sexo, entre otros rasgos diferenciales, de forma tal que aseguren la experiencia vital de pertenecer a un grupo, a una comunidad, a una Familia, y de ser únicos y singulares[61].

Por otra parte, esta realización también invita a que se revisen las acciones para la promoción de la cultura y patrimonio en la primera infancia, ya que:

La relación de lo público y lo privado, de lo colectivo y lo individual, se da a través de la definición del conjunto de valores patrimoniales de las personas, pues estos trascienden los escenarios particulares para convertirse en propiedad de todos. Así, cuando una Familia transmite su conocimiento sobre la participación durante el periodo de crianza, está vinculando lo individual con lo colectivo mediante ese valor patrimonial[62].

En este sentido, es primordial tener en cuenta la participación en las orientaciones de las atenciones, en primer lugar, en el cuidado, la crianza de las niñas y los niños; en segundo lugar, en el acceso y en el disfrute de la vida cultural y en tercer lugar, como un asunto fundamental en la gestión del patrimonio, en la transmisión de saberes y en las prácticas propias y locales, la construcción de la identidad de las niñas y los niños. De esta forma la participación se construye respetando la singularidad y la diversidad de los niños y las niñas, reconociéndolos como capaces de promover y favorecer diálogos comprensivos y entendiéndolos como portadores de información, expresiones, conocimientos y prácticas que recrean y construyen sentidos de identidad, pertenencias, culturas y continuidades históricas[63].

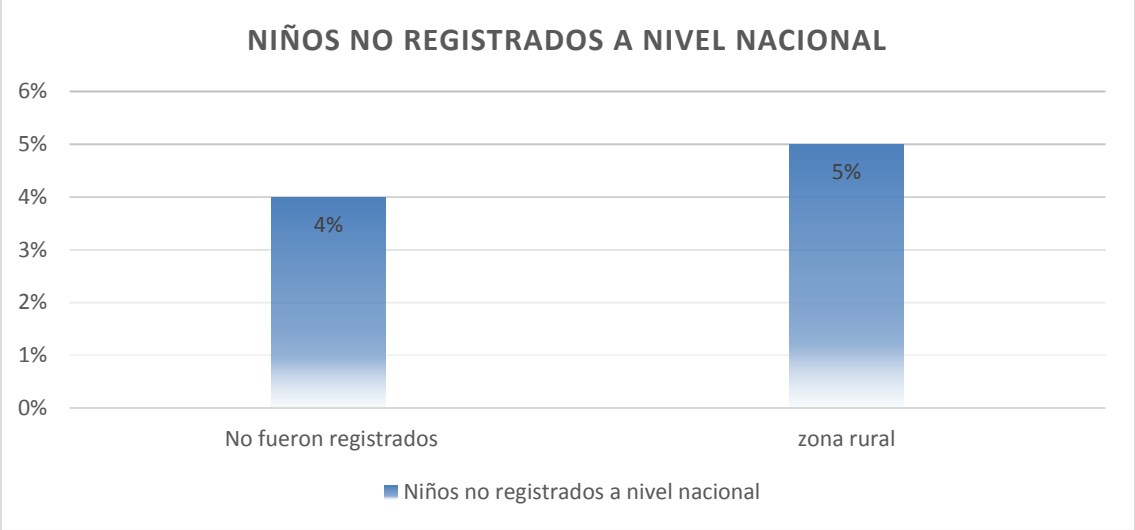
a. Número de niños y niñas menores de 1 año que cuentan con registro civil (tendencia aumento o disminución)

[61]Cfr.: Presidencia de la República et. Al. (2013) Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos políticos, técnicos y de gestión. Bogotá. P. 185
[62]Ibídem 186
[63]Ibídem 187

El instrumento por excelencia para formalizar la ciudadanía por parte del Estado es el registro civil de nacimiento, que identifica a las niñas y a los niños al momento de su nacimiento y les otorga el estatus de ciudadanos. Con él nacen a la vida jurídica, y ostentan la llave de acceso a los bienes y servicios del Estado.

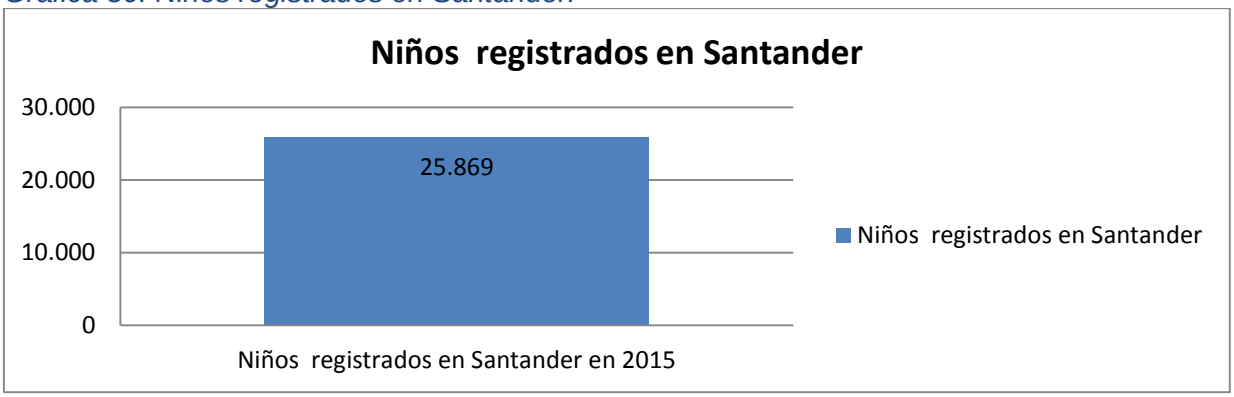
De acuerdo con la Registraduría Nacional del Estado Civil, entre 2005 y 2012 se inscribieron 5 195 727 personas en el rango de cero a cinco años y 524 228 en el rango de cero a un año. La ENDS indica por su parte que el porcentaje de niñas y niños nacidos en los últimos cinco años en el país que no fueron registrados llegó al 4%, siendo más alto en la zona rural (5%).

Gráfica 49. Niños no registrados a nivel nacional.



En el Departamento de Santander de acuerdo con la Registraduría Nacional del Estado Civil, en el año 2015 se registraron 25.869 de cero a 1 año.

Gráfica 50. Niños registrados en Santander.



ANALISIS DEPARTAMENTAL

En el 2005 según la Registraduría Nacional del Estado Civil en Santander se registraron 25.869 niños, siendo este acto determinante para que las criaturas gozaran de todos los derechos consagrados en la constitución y las leyes, reservados para ciudadanos colombianos, por tanto es de vital importancia que los padres consientes realicen este trámite a la mayor brevedad posible para evitar inconvenientes en el acceso a los servicios de la nación.

INFORMACION MUNICIPIO

Para el caso del Municipio de Lebrija Fueron registrados del 2015 al 2016 fueron registrados 902 niños.

ANALISIS MUNICIPAL
Todos los niños cuentan con la facilidad de la obtención de su documento de identidad, garantizándole así su derecho.

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

Esta realización está vinculada a los derechos de participación y ciudadanía. En ella se reconoce que los niños y niñas están en capacidad de tomar decisiones sobre asuntos que los afectan, así como de expresar sus sentimientos de acuerdo con el momento o curso de

vida por el que atraviesan[64]. La participación y el ejercicio de la ciudadanía son derechos que facilitan la realización del conjunto de derechos de los niños y niñas en primera infancia. Constituye una de las orientaciones fundamentales de la política de atención integral a la primera infancia, que en el marco de la Estrategia de Cero a Siempre adelanta el país con el propósito de generar las condiciones y ámbitos que promueven el desarrollo integral[65]. La participación es un proceso transversal a las políticas públicas tanto de primera infancia, infancia y adolescencia.

De esta forma, las propuestas en el territorio deben estar orientadas y construidas teniendo, en cuenta la voz de los niños y de las niñas y los adolescentes ya que la experiencia de participar les permite hacer uso de su capacidad para construir y crear, reafirmar que son ellas y ellos quienes configuran sus vidas, y reconocer que junto con las demás personas tienen un papel fundamental para hacer de sus entornos lugares favorables para la existencia digna de todas las personas en una relación armónica con el medio ambiente. Así se reconoce que las niñas, niños y adolescentes cuentan con criterios para asumir posturas ante los hechos de su realidad, y tienen capacidades para actuar ante situaciones que afectan su bienestar, o para proteger aquellas que les benefician[66].

Los indicadores asociados son:

a. **Porcentaje de propuestas en el territorio orientadas a la primera infancia construida teniendo en cuenta la voz de los niños y de las niñas. Número de programas o piezas comunicativas producidas a nivel local y/o regional en medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet) que promueven la expresión de los niños y las niñas de la primera infancia.**

En el municipio de Lebrija solo existe la emisora comunitaria La voz de Lebrija, y de acuerdo a esta fuente no hay programas teniendo en cuenta la voz de los niños y niñas del municipio, se realizan programas con diferentes instituciones en pro de fortalecer la garantía de derechos y prevenir cualquier forma de violencia en los niños, niñas y adolescentes del

[64]Cfr.: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar liar (2016). Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero

[65] Cfr.: Comisión Intersectorial para la Atención Integral de Primera Infancia. (SF) Documento base para los Lineamiento Técnico de Participación y Ejercicio de la Ciudadanía en la Primera Infancia. Sentir y Realizar, Creer y Crear.

[66] Cfr.: Dirección de Promoción y Prevención Grupo. Curso de Vida (2014) Participación de niñas, niños y adolescentes en la atención y la gestión del sector salud y protección social

municipio. El municipio cuenta con la Mesa de Participación de Niños, Niñas y Adolescentes, a su vez en las redes sociales se promueven las expresiones de los niños, niñas y de la primera infancia.

b. Número de espacios o instancias de participación de niños y niñas de primera infancia en el territorio

1. Mesa de Infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar.
2. Mesa de participación de niños, niñas y adolescentes.

c. Número de acciones que promueven la expresión artística de los niños y de las niñas de la primera infancia.

En el municipio tiene la escuela municipal de artes en la cual se promueve las expresiones artísticas de los niños, niñas y de la primera infancia.

ANALISIS DEPARTAMENTAL:

Según fuentes departamentales la gobernación cuenta en su estructura del CDPS con una instancia de participación significativa de los NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES en dicho acto administrativo no se evidencia población de primera infancia sino que se menciona de manera general, es decir del año 0 a los 18 años.

En la construcción del Plan de Desarrollo “Santander nos une 2016-2019” el gobierno departamental se planteó como uno de sus principios la participación activa e incluyentes de todos los santandereanos este proceso se realizó en la construcción de dicho plan mediante la convocatoria de movilización e inclusión de la ciudadanía del departamento usando una metodología participativa basada en la democratización de procesos y en fortalecimiento de la gobernanza todo está a través de la creación de un espacio de liberatorio y argumentativo, en este proceso de formulación se contó con la participación de niños, niñas y adolescentes con su respectivo enfoque diferencial y se enmarco en poder conocer opiniones, preocupaciones y propuestas sobre situaciones diagnosticas relacionadas a su curso de vida igualmente conocer su mirada estratégica y sus expectativas en cuento al desarrollo del departamento. En lo relacionada a la primea infancia y los temas de interés para este momento de curso de vida se puede evidenciar que se realizaron 2 mesas para el sector educativo, 5 mesas para el tema de salud y seguridad alimentaria y nutricional, 3 mesas para el tema de equidad y género y mujer y 4 mesas para el tema de primera infancia, infancia y adolescencia, 12 mesas para el tema de cultura y 1 mesa para el tema de deporte y recreación.

En el ejercicio de participación frente a la construcción del PDT se diseñó la estrategia los niños tienen la palabra en el PDT, cuyo objetivo principal de identificar sueños, intereses y preocupaciones frente a temas del Departamento y a su vez la oportunidad de que ellos contribuya a los procesos de formulación y mejora de estas situaciones, de ahí (Seguir Página 23 PDT Niños, Niñas y Jóvenes comprometidos con su salud hasta primer párrafo de la Pag 26).

Es importante resaltar los esfuerzos que hace la administración departamental en darles un espacio de participación a todos los ciudadanos, para que compartan su visión y necesidades de acuerdo a su punto de vista e intereses personales y colectivos. La primera infancia también tiene espacio ya que se trataron temas a nivel educativo, salud, seguridad alimentaria, nutricional, equidad y género, primera infancia, infancia y adolescencia, cultura, y deporte y recreación todos ellos relacionados de una u otra forma con primera infancia ya que los menores obviamente viven dentro de un ambiente social, económico, cultural y ambiental en donde debe aprender a expresarse y relacionarse y a su vez los adultos deben tenerlos en cuenta.

ANÁLISIS MUNICIPAL

El gobierno local garantiza espacios de recreación y deporte para la población de primera infancia, infancia y adolescencia, a través de la Secretaria de Desarrollo Social, Casa de la Cultura, Escuela de Artes, Clubes Deportivos y Escuela de Formación deportiva.

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

Esta realización da cuenta de las acciones estratégicas, proactivas y corresponsables que implementan todos los actores y agentes sociales, para responder a la particularidad y diversidad de los niños, niñas y adolescentes, para ello, el estado, la Familia y la sociedad cuenta con atenciones especializadas para responder a situaciones específicas de riesgo o vulneración de los derechos.

Cada territorio de acuerdo a sus características de contexto debe identificar las acciones particulares relacionadas con la detección, referencia ión, acompañamiento, tratamiento,

rehabilitación y restablecimiento que deban desarrollarse, para salvaguardar los derechos de las Familias gestantes y de los niños, niñas y adolescentes[67].

En lo relacionado con las situaciones de riesgo o vulneración como el maltrato, las violencias, sexuales, sociales y de género, el abandono, la negligencia, el embarazo adolescente, el trabajo infantil, el consumo de sustancias psicoactivas, la situación de vida en calle, el conflicto armado, los adolescentes en conflicto con la ley, entre otras, pueden ocurrir en cualquiera de los entornos donde transcurre la vida de los niños, niñas o adolescentes. Por consiguiente, los diferentes agentes sociales deben actuar de manera inmediata y coordinada para generar las alertas que permitan apoyar el restablecimiento de los derechos vulnerados o en riesgo, y aplicar las medidas a que haya lugar por parte de autoridades competentes.

De acuerdo con lo anterior, para lograr esta realización, todas las acciones implementadas deben ser pertinentes e incluyentes para quienes han sufrido las vulneraciones o el riesgo, para ello se debe hacer un esfuerzo especial por desarrollar planes, programas y proyecto orientados al fortalecimiento Fami liar, evitando así que por dificultades económicas o situaciones prevenibles, los niños, niñas, adolescentes sean separados de sus Familias[68].

El momento histórico por el cual atraviesa Colombia, amerita que se aúnen esfuerzos en torno a los procesos de paz orientados a la consolidación de entornos protectores y seguros que garanticen el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes afectados por el conflicto armado, teniendo en cuenta las situaciones señaladas en la Ley 1448 de 2011[69], en cuanto a la verdad, justicia y reparación integral, así como el restablecimiento de sus derechos de forma prevalente y la protección contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, malos tratos o explotación, incluidos el reclutamiento ilícito, el desplazamiento forzado, las minas antipersonal y las municiones sin explotar, y todo tipo de violencias de género[70].

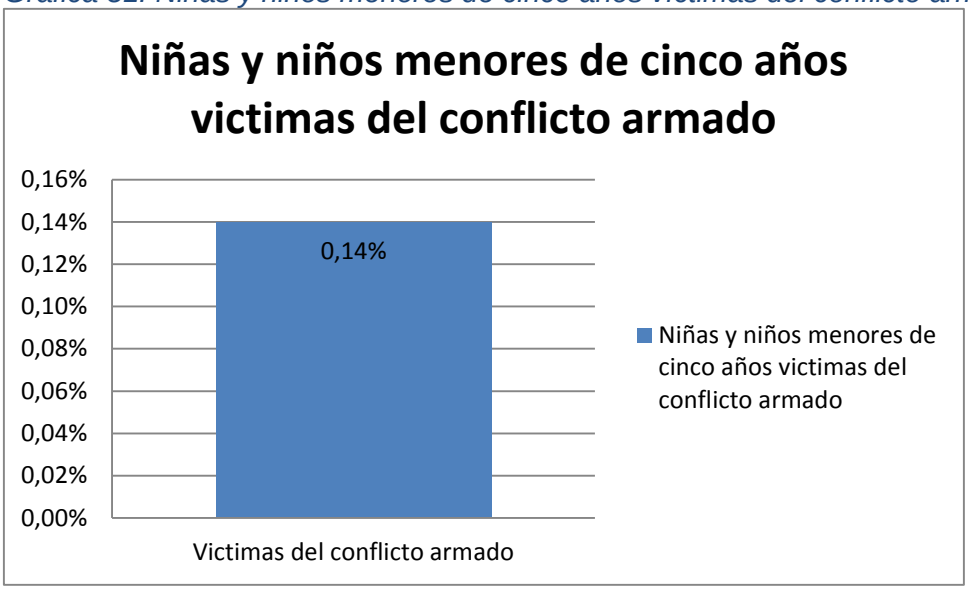
Los indicadores a tener en cuenta son:

[67] Cfr.: Comité del Sistema Nacional Programa Desarrollo infantil en medio familiar (2016). Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero
[68] Ley 1098 de 2006, artículo 22
[69] Cfr.: Ley de Víctimas y Restitución de Tierras de 2011
[70] Cfr.: Comité del Sistema Nacional Familiar (2016). Lineamientos Para la Inclusión de la Primera Infancia, la Infancia y la Adolescencia en los Planes Territoriales de Desarrollo. Bogotá, 29 de enero

- Número de víctimas conflicto armado/Porcentaje víctimas de conflicto armado/Hechos victimizantes. 299 niñas y niños menores de cinco años son víctimas del conflicto armado que representan el 0.14% de la población del departamento.
- Muerte violenta indeterminada/Muerte accidental/Muerte por accidentes de tránsito 35.79% /Exámenes médico legales por delito sexual tasa de violencia 403.

a. Número de víctimas conflicto armado/Porcentaje víctimas de conflicto armado/Hechos victimizantes

Gráfica 51. Niñas y niños menores de cinco años víctimas del conflicto armado.



ANÁLISIS DEPARTAMENTAL

Los niños y las niñas en Colombia en un alto porcentaje desafortunadamente han crecido en entornos tóxicos que desconocen sus derechos y son indiferentes o se sienten impotentes ante su exposición a situaciones de riesgo o vulneración, existiendo múltiples casos de violencia intrafamiliar, conflicto armado, narcotráfico, delincuencia común que influyen, coartan y deterioran la correcta formación de los menores especialmente en las zonas rurales o marginales, incluso utilizándolos para fines delictivos por su condición

especial ante la Ley. En concordancia según las estadística el 0.14% de la población del departamento son menores de cinco años que han sido víctimas del conflicto armado y el 0.19% han sido víctimas de delito sexual. Esta situación es un llamado para que todos los actores sociales dentro de los planes departamentales unan sus esfuerzos para proteger a los niños y darles la ayuda necesaria en lugar de juzgarlos ya que son el fruto de una sociedad intolerante con poca conciencia sobre lo colectivo.

INFORMACION DEL MUNICIPIO

Según informa el enlace de victimas 39% de las personas víctimas del conflicto son niños entre 3 y 17 años

b. Muerte violenta indeterminada/Muerte accidental/Muerte por accidentes de tránsito 35.79% /Exámenes médico legales por delito sexual tasa de violencia 403.

Tabla 36. Tasa de exámenes médicos por presunto delito sexual contra niños y niñas menores de 5 años.

EVENTO	**CASO**	2015	CASO	2016
Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual contra niños y niñas en menores de 5 años.	**2,0**	55,5	2	54,11

ANALISIS DEL MUNICIPIO:

Según el reporte de medicina legal se presentaron 2 casos para el año 2015 y 2016, siendo un índice alto para el municipio de Maltrato infantil y de violación de derechos, se tiene que fortalecer el trabajo en la comisaria de familiar para evitar que se presenten este tipo de circunstancias.

DIAGNOSTICO
INFANCIA Y ADOLESCENCIA
Ambiente, vida y desarrollo
MUNICIPIO DE LEBRIJA
Sergio Alonso Valenzuela Isabella
Alcalde

6. ANALISIS SITUACIÓNAL DE DERECHOS DE LA INFANCIA DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA DEPARTAMENTO DE SANTANDER EN CLAVE DE REALIZACIONE

6.1. DATOS DEMOGRAFICOS DE INFANCIA:

Según las proyecciones del censo general 2005 realizado por el DANE, para el año 2016 en el Municipio de Lebrija existen 4218 niñas y niños entre los 6 y 11 años, que corresponden al 10.71% de la población del Departamento (39.398). De ellos, 2192 son niños y 2026 son niñas. Comparando la población de los años 2014 a 2016, se evidencia que la población de infancia se ha mantenido.

En promedio el 40% habita en el área rural y el 60% en el centro urbano.

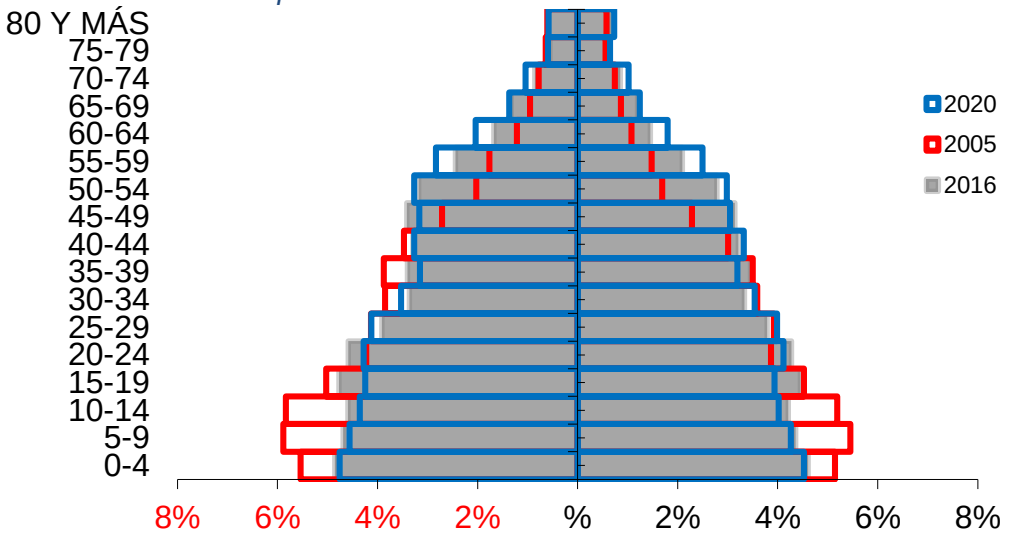
Tabla 37. Población de infancia y adolescencia 2016.

POBLACION INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2016			
edad	hombres	Mujeres	total
6-11 años	2192	2026	4218
total	2192	2026	4218

Fuente 46. DANE.

Pirámide poblacional

Gráfica 52. Pirámide poblacional.



La pirámide poblacional del municipio de Lebrija es regresiva, se evidencia un descenso en la tasa de fecundidad y natalidad, entre los grupos etarios donde mayor cantidad de población son los adolescentes; se proyecta que el año 2020 se reduzca el número de personas adolescentes y adultos jóvenes en el municipio.

Tabla 38. Índice demográfico.

Índice Demográfico	Año		
	2005	2016	2020
Población total	30.980	39.398	42.895
Población Masculina	16.270	20.287	21.936
Población femenina	14.710	19.111	20.959
Relación hombres: mujer	110,61	106,15	105
Razón niños: mujer	43	37	37
Índice de infancia	33	27	26
Índice de juventud	26	26	25
Índice de dependencia infantil	53,95	41,37	39,93

Fuente 47.Informe ASIS, secretaria de salud municipal.

Tabla 39. Población de infancia y adolescencia 2016.

POBLACION INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2016			
edad	hombres	Mujeres	total
6-11 años	2192	2026	4218
12-17 años	2213	2048	4261
total	4405	4074	8479

Fuente 48. DANE.

Del total de la población de infancia y adolescencia el 49,7% pertenece a infancia y el 50,2 pertenece a adolescencia en donde el 52% corresponde a hombres y el 48% a mujeres.

Proporción de la población por ciclo vital

Tabla 40. Proporción de población por ciclo vital 2005, 2016, 2020.

Ciclo vital	2005		2016		2020	
	Número absoluto	**Frecuencia relativa**	**Número absoluto**	**Frecuencia relativa**	**Número absoluto**	**Frecuencia relativa**
Primera infancia (0 a 5 años)	4005	12,93	4456	11,31	4754	11,08
Infancia (6 a 11 años)	4217	13,61	4218	10,71	4467	10,41
Adolescencia (12 a 18 años)	4423	14,28	4993	12,67	4935	11,5
Juventud (14 a 26 años)	7121	22,99	9105	23,11	9242	21,55
Adultez (27 a 59 años)	11796	38,08	16926	42,96	18260	42,57
Persona mayor (60 años y más)	2480	8,01	3957	10,04	4744	11,06
Total	30980	100	39398	100	42895	100

Fuente 49. DANE.

Al analizar los cambios poblacionales sufridos por el municipio de Lebrija durante el periodo 2005 a 2020 se aprecia que los niños y adolescentes de 5 a 14 años se han mantenido en el porcentaje de la población reducido y se espera se aumenten en un 6%. La población de infancia corresponde al 10,7% del total de la población; la población de adolescencia corresponde al 12,6%; la población de infancia y adolescencia corresponde al 23% del total de población del municipio.

Tabla 41. Distribución por edades del Sisben año 2016.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES			
EDAD/MUJERES	No. MUJERES	EDAD/HOMBRES	No. HOMBRES
0<5	1149	0<5	1240
5<10	1563	5<10	1641
10<15	1594	10<15	1711
15<20	1874	15<20	1886
20<25	1844	20<25	1825

DISTRIBUCIÓN POR EDADES			
25<30	1571	25<30	1551
30<35	1423	30<35	1315
35<40	1423	35<40	1331
40<45	1142	40<45	1192
45>	5142	45>	5570
TOTAL	18725	TOTAL	19262

Fuente 50. Sisben, febrero del 2016.

Sin embargo, La población que arroja el Sisben da como resultado que la población de hombres tiene una participación porcentual de 50,71% y las población de mujeres el 49,29% de un total de 37987 personas, distribuidas en la zona urbana y rural de 17729 y 20258 personas respectivamente; es de anotar que la población tanto de hombres como de mujeres en los rangos de edad de (0<5) años ocupa el 6%, De (5<10)años ocupa el 9%, de (10<15) años ocupa el 9%, de (15<20) años ocupa el 10%, de (20<25)años ocupa el 10%, de (25<30) años ocupa el 8%, de (30<35) años ocupa el 7%, de (35<40) años ocupa el 7%, de (40<45)años ocupa el 6% y mayores de 45 años ocupa el 28% de la población.

Enfoque diferencial

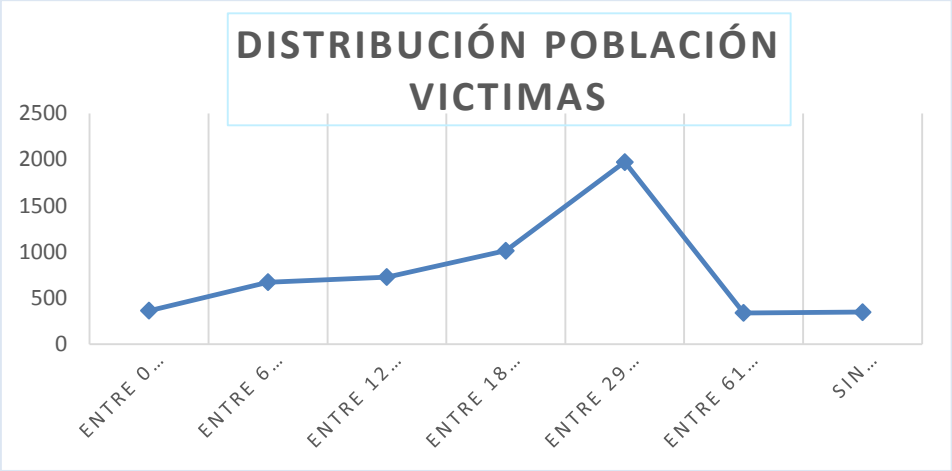
Se presenta la distribución por ciclo vital (rangos de edad definidos) de la población víctima ubicada en la entidad territorial, pudiendo distinguir entre diferentes etapas del ciclo como son: primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y Persona mayor (envejecimiento y vejez).

Tabla 42. Edad Actual Personas.

RANGO DE EDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Entre 0 y 5 Años	363
Entre 6 y 11 años	672
Entre 12 y 17 Años	727
Entre 18 y 28 años	1.013
Entre 29 y 60 años	1.974
Entre 61 y 100 años	339
Sin información	347

Fuente 51. Enlace víctimas.

Gráfica 53. Comportamiento Poblacional Victimas.



Fuente 52. Autores, Basado En Datos De Enlace Víctimas.

Se presenta la distribución de la población víctima que se reconoce con alguna pertenencia étnica, de acuerdo a la información contenida en el Registro y que se ubica en la entidad territorial.

Población víctima del desplazamiento forzado en primera infancia, infancia y adolescencia[71]

Tabla 43. Población víctima de infancia y adolescencia.

Grupo de edad	No. Mujeres victimizadas de desplazamiento	No. Hombres victimizados de desplazamiento
05 a 09 años	207	218
10 a 14 años	237	225
15 a 19 años	220	247

De la población víctima del desplazamiento forzado 741 corresponde a mujeres con un 57% y 559 a hombres, siendo más las mujeres las victimas del desplazamiento.
En el 2015 se presentó la siguiente población víctima del desplazamiento.

[71] Los datos corresponden a junio 10 del 2011 a agosto 31 de 2011 según datos secretaria de salud.

Tabla 44.Población victima infancia y adolescencia 2015.

RANGO DE EDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Entre 6 y 11 años	672
Entre 12 y 17 Años	727

Fuente 53. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo.

En total con corte a 1 de diciembre de 2015 1.399 niños y niñas victimas pertenecen a infancia y adolescencia.

Tabla 45. Etnia Personas.

TIPO DE ETNIA	NÚMERO DE PERSONAS
Ninguna	5.331
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	91
Indígena	9
Gitano(a) ROM	3
Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	1

Fuente 54. Enlace víctimas.

De acuerdo a la información disponible en el RUV, suministrada por la población víctima, se realiza una aproximación al enfoque de género presentando la distribución correspondiente al Municipio.

Tabla 46. Genero Personas.

GENERO	NÚMERO DE PERSONAS
Hombre	2.790
Mujer	2.626
No Informa	19

Fuente 55. Enlaces Víctimas.

En concordancia con información disponible en la Subdirección RNI, se presenta la distribución concerniente a las personas víctimas con discapacidad y sin ella, a fin de revisar los programas existentes en la oferta territorial que apunten a mejorar las condiciones de vida de esta población.

Tabla 47. Discapacidad Personas.

CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Con discapacidad	123
Sin discapacidad	5.312

Fuente 56. Enlace víctimas.

Tabla 48. Grupo de edad, según categoría de discapacidad.

CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD	GRUPOS DE EDAD						TOTAL
	1. de 0 a 4	2. de 5 a 9	3. de 10 a 14	4. de 15 a 44	5. de 45 a 59	7. Sin Información	
1. Movilidad	3	3	5	29	31	55	126
10. Enanismo				1			1
11. No la sabe nombrar				1	1	1	3
12. Múltiple	1	2	2	3	4		12
2. Sensorial Auditiva		2	3	3	4	2	14
3. Sensorial Visual		1		3	8	9	21
4. Sensorial Gusto – Olfato – Tacto					1		1
5. Sistémica				1			1
6. Mental Cognitivo	3	3	4	33	4		47
7. Mental Psicosocial				5	3		8
8. Voz y Habla.	1		2	3	3	1	10
9. Piel, Uñas y Cabello						1	1
-Sin Información	1		1	1	2		5
Total	9	11	17	83	61	69	250

Fuente 57. SISPRO.

Tabla 49. Área de residencia y sexo, según grupos de edad.

GRUPOS EDAD (AÑOS)	AREA RURAL (RURAL DISPERSO)			CABECERA MUNICIPAL (AREA URBANA)			CENTRO POBLADO (INSPECCIÓN CORREGIMIENTO O CASERÍO)		TOTAL
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Mujer	Total	
1. Menores de tres		2	2	1	2	3	1	1	6
2. de 3 a 4	2		2		1	1			3
3. de 5 a 9	3	2	5	3	3	6			11
4. de 10 a 14	2	5	7	6	3	9	1	1	17
5. de 15 a 19	4	3	7	9	2	11			18
6. de 20 a 24	1	2	3	7	2	9			12
7. de 25 a 29	3	6	9	6	4	10			19
8. de 30 a 34	5	2	7	5	4	9			16
9. de 35 a 39		2	2		2	2			4
10. de 40 a 44	7	2	9	2	3	5			14
11. de 45 a 49	8	2	10	3	5	8			18
12. de 50 a 54	5	4	9	6	5	11			20
13. de 55 a 59	9	6	15	7	1	8			23

GRUPOS EDAD (AÑOS)	AREA RURAL (RURAL DISPERSO)			CABECERA MUNICIPAL (AREA URBANA)			CENTRO POBLADO (INSPECCIÓN CORREGIMIENTO O CASERÍO)		TOTAL
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Mujer	Total	
14. de 60 a 64	5	5	10	8	2	10	1	1	21
15. de 65 a 69	3	3	6	7	1	8			14
16. de 70 a 74	4	4	8	6	3	9			17
17. de 75 a 79	1	3	4		1	1			5
18. de 80 a 84		2	2	4	2	6			8
19. de 85 y mas	2	2	4						4
Total	64	57	121	80	46	126	3	3	250

Fuente 58. Secretaria de desarrollo social y económico.

Según el reporte de la base de datos de la UGD el municipio cuanta con 256 discapacitados. En el cuatrienio anterior se realizaron convenios con la Comunidad Guanella cuyo objetivo es la educación no formal el cual atiende de 18 a 20 niños mensuales en sus instalaciones. A partir del 2014 contrato la fundación Carlos José ramón, para la atención integral RBC y se atendió un promedio de 30 Niños.

Tabla 50. RCB Y Educación No Formal.

PROGRAMA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
RBC	24	20	44
EDUCACIÓNNO FORMAL	7	12	19
TOTAL	31	32	63

Fuente 59. Secretaria de desarrollo social y económico.

Tenemos que de los 63 beneficiarios del programa de discapacidad 31 son mujeres equivalente al 49% y 32 son hombres equivalente al 51%, teniendo una diferencia de 1%, lo que difiere que son más hombres los inscritos en programas dirigidos a población con discapacidad.

6.2. REALIZACION: Cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que le acogen (vínculos afectivos y de protección), favorecen su desarrollo integral Y le reconocen como agente activo del mismo. (Tasa de violencia intrafamiliar, Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes).

Ilustración 6. Tipo de familia por tipo de área (2010).

De acuerdo al instituto de Bienestar Familiar en su Boletín 2014 respecto a las regiones, se identifica que los diferentes tipos de Familia Sobresale la Familia tipo nuclear la de mayor porcentaje en cada una de las regiones, más la ciudad de Bogotá, con porcentajes que oscilan entre el 50% y el 60%; que hay un importante número de Familias extensas, principalmente en el Caribe, con el 38,9% y en el Pacífico con el 31,6%; y que, por encima de las Familias compuestas está las de tipo unipersonal, donde sobresale la región Orinoquía y Amazonía con el 13%, mientras que en el Caribe es del 5,5%.

Ilustración 7. Tipo de familia por región (2010).

Por otra parte, las conformaciones Familiares también se pueden observar de acuerdo a sus integrantes; tomando el promedio de las personas, se destaca que para el año 2005, éste era de 4,0 personas promedio en los Familias (ENDS, 2010, p. 9), mientras que para el año 2012, este número es de 3,681. Como se observa en la Gráfica 3, en el 2005 se encontraban Familias con hasta nueve integrantes, reduciéndose paulatinamente hasta el año 2012, con una composición de entre 3 y 4 miembros.

Por otra parte, los nietos y otros parientes —como primos, tíos u otro tipo de personas relacionadas por consanguineidad—son los principales integrantes ajenos al núcleo Familiar (7,1%). En una menor proporción, se encuentran aquellas personas que no son Familiares (2,6%), como por ejemplo, padrastros, madrastras o cualquier persona que no tenga algún tipo de consanguineidad con la Familia. Otro aspecto que se destaca, es la persistencia mayoritaria de los hombres como jefes del hogar, en tanto que el 39,2% de los hogares tienen jefatura femenina. Sin embargo, este papel ha aumentado en el transcurso de los últimos años, al comparar con el año 2005, este valor era del 33,1% (ENDE, 2010, p. 12). Lo anterior demuestra cómo los cambios sociales vinculan cada vez más a la mujer en diferentes roles, cambiando de igual forma, su participación dentro de la estructura Familiar.

En materia de cuidado y crianza, se calcula que, de los niños y niñas menores de 15 años del departamento Santander, el 16.31% viven con padre y madre; el 83.54% vive con la madre; el 2.84% vive con el padre; el 4.8% no vive con ninguno de los padres; un 1% son huérfanos y un 1% son hijos de crianza. Si bien no es una información específica para primera infancia, da una idea de la conformación de los hogares del Departamento.

- Tasa de violencia intrafamiliar
- Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes
- Número de niños y niñas atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD (De 6 a 11 años).
- Número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD identificados como víctimas de violencia sexual

INFORMACION MUNICIPIO

Estadísticas violencia intrafamiliar

Tabla 51. Estadísticas comisaria de familia 2015.

MALTRATO INFANTIL				
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015			
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	AFRODESCENDIENTES
06-12	20	12	0	5
TOTAL	20	12	0	5
MATONEO - BULLING				
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015			
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	AFRODESCENDIENTES
06-12	16	7	0	0
TOTAL	16	7	0	0

Fuente 60. Comisaria de familia.

Procesos de restablecimiento de derechos

Tabla 52. Procesos de restablecimiento de derechos 2015.

PROCESOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015						
	NINA	NIÑO	VIOLENCIA SEXUAL	DESPLAZADO	AFRODESCENDIENTE	URBANO	RURAL
06-12	5	6	4	0	0	4	7
TOTAL	5	6	4	0	0	4	7

Fuente 61. Comisaria de familia.

Custodias

Tabla 53. Custodias 2015.

CUSTODIAS					
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015				
	NINA	NIÑO	DESPLAZADO	URBANO	RURAL
06-12	24	36	0	25	35
TOTAL	24	36	0	25	35

Fuente 62. Comisaria de familia.

Atenciones comisaria de familia 2016

Estadísticas violencia intrafamiliar

Tabla 54. Estadísticas comisaria 2016.

MALTRATO INFANTIL					
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2016				
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	RURAL	URBANO
06-11	26	18	3	16	28
TOTAL	26	18	3	16	28
SEGUIMIENTO A MENORES					
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2016				
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	RURAL	URBANA
06-11	9	14	0	8	15
TOTAL	9	14	0	8	15

Fuente 63. Comisaria de familia.

Proceso de restablecimiento de derechos 2016

Tabla 55. Proceso de restablecimiento de derechos 2016.

RANGO DE EDAD VICTIMA	NINA	NIÑO	DESPLAZADO	DISCAPACIDAD	URBANO	RURAL
06-11	18	21	5	1	23	16
TOTAL	18	21	5	1	23	16

Fuente 64. Comisaria de familia.

Clasificación de procesos de restablecimiento de derechos 2016

Tabla 56. Clasificación de los procesos de restablecimiento de derechos 2016.

MOTIVO	EDAD 6-11 AÑOS	TOTAL
ABUSO SEXUAL	11	11
MALTRATO INFANTIL	18	18
DESESCOLARIZADO	3	3
DESACUERDO EN CUSTODIA	7	7

CONDUCTAS SEXUALES INAPROPIADAS	0	0
SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL	0	0
CONSUMO SUSTANCIA. SPA	0	0
TOTAL	39	39

Fuente 65. Comisaria de familia.

Según reporte de Medicina Legal:

Tabla 57. Reporte medicina legal.

INDICADORES	DATO	DATO/AÑO	DATO	DATO/AÑO	DATO	DATO/AÑO
	CASOS	2014	CASOS	2015	CASOS	2016
Tasa de violencia contra niños y niñas (De 5 a 9 años)	1	24,06	2	47,74	5	118,54
Tasa de violencia Intrafamiliar (De 6 a 11 años)	0	0	2	47,74	5	118,54

ANALISIS DEL MUNICIPIO

Las causas generadoras de la violencia física y sexual de niños y niñas entre los 6 Y 11 años de edad, son principalmente por violencia intrafamiliar, consumo de bebidas embriagantes, y spa, familias reconstruidas, descomposición social, intolerancia, inadecuada comunicación familiar, cultura machista, falta de educación, población fluctuante que ingresa al municipio por oportunidades laborales, debido a los macro proyectos, actividades económicas agropecuarias; también por su ubicación territorial Lebrija tiene cercanía a ciudad principal y área metropolitana que atraen personas que llegan con costumbres delictivas.

ACCIONES ADELANTADAS:

- Talleres en instituciones educativas, hogares de bienestar familiar y comunidad en general por parte del equipo interdisciplinario de la Comisaria de Familia y practicantes de Psicología.
- Charlas a través de la emisora comunitaria la voz de Lebrija.
- Participación en Ferias de la Salud.
- Celebración del día de la no violencia contra la Mujer 25 de Noviembre y

- Talleres, capacitaciones, con equipo interdisciplinario dirigido a niñas y niños, padres de familia, docente, y comunidad en general, en prevención de maltrato infantil, violencia sexual a través de Las Instituciones educativas y programa radial de la emisora comunitaria «La Voz de Lebrija. Creación del
- Decreto 050 de 20016, que adopta el Municipio de Lebrija, en el cual se prohíbe el ingreso a establecimientos públicos para adultos, y la circulación de niños y niñas después de la 9 pm, para prevenir la explotación infantil.
- Fortalecimiento de comité de interconsultivo para prevención en violencia sexual.
- Se adoptó de la mesa de participación de los NNA, en el municipio de Lebrija, donde se garantiza este derecho a los niños y niñas.
- Entrega de material pedagógico e informativo a la comunidad en general, en los diferentes eventos que realiza la Administración Municipal, para la prevención de la violencia física y sexual.
- Seguimiento a cada uno de los procesos de Restablecimiento de derechos.
- Definición de custodia alimentos y visitas en favor de niños y niñas victimas de AS y MI.
- Amonestaciones a los padres de familia, cuidadores, docentes y personas que por corresponsabilidad debemos la garantía de los derechos fundamentales de los niños y niñas.
- Medidas de protección en Hogar de paso, para garantizar la protección de niñas y niños, por situación conculcados por las diferentes clases de maltrato infantil.

ACCIONES POR ADELANTAR:

- Sensibilizar a los Padres de familia, cuidadores y representantes legales de los NNA en estilo de Pautas de Crianza.
- Fortalecimiento de las redes interinstitucionales en las rutas de atención integral a las víctimas de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y abuso sexual.

6.3. REALIZACION: Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud.

- Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue (Casos).
- Tasa de mortalidad en menores de 18 años por causas externas (tasa por 100.000 habitantes).
- Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA.

- Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niña desde 9 años en adelante.
- Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años.

INFORMACION DEL MUNICIPIO.

a. Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue (Casos).

Ilustración 8. Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue.

INDICADOR	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
	2015								2016								2017							
Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

ANALISIS DEL MUNICIPIO.

La tasa de Mortalidad por Dengue se ha mantenido a 0 en este grupo poblacional. En el territorio nacional, con condiciones ambientales adecuadas para la transmisión de dengue, se estima que existe una población en riesgo de 23’932.381 de personas, principalmente en las cabeceras municipales. Desde la aparición emergente del dengue grave en 1990, se han venido registrando en el país las muertes producidas por dengue. Según la información registrada en el Sivigila (2015-2017), no se han notificado oficialmente muertes por Dengue correspondientes al municipio.

La creciente y desordenada urbanización que se ha venido presentando en las principales ciudades capitales situadas en áreas con condiciones adecuadas de transmisión y con mayor concentración de población, facilita la existencia y proliferación de criaderos potenciales del vector, mayor disponibilidad de poblaciones vulnerables a la infección y al contacto hombre-vector-virus. Los programas de prevención y control del dengue en las secretarías departamentales y distritales de salud desarrollan, mediante grupos funcionales, actividades de vigilancia en salud pública, que incluyen vigilancia epidemiológica, entomológica y virológica; y, además, control vectorial, basado en el control químico de larvas y adultos, acompañado de acciones de educación en salud a la población y actividades puntuales de comunicación.

b. Tasa de mortalidad en menores de 18 años por causas externas (tasa por 100.000 habitantes)

ANALISIS DEL MUNICIPIO

Revisados los documentos de Forensis estableciendo las muertes por lesiones de causa externa, no es posible determinar ninguna de las variables ni mucho menos el grupo poblacional, puesto que este documento publicado para consulta solo establece las tasas por 100.000 habitantes, esclareciendo el tipo de accidente, más no discrimina ni sexo ni grupo de edad.

Página http://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis

c. Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA

Ilustración 9.Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA.

INDICADOR	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
	2015								2016								2017							
Mortalidad por VIH/SIDA en menores de 18 años	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

ANALISIS DEL MUNICIPIO

Hasta hace pocos años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) era invariablemente una enfermedad progresiva y mortal, y el médico se convertía en un espectador de su historia natural, interviniendo sin éxito en la mayoría de las ocasiones para tratar las infecciones oportunistas resultado de las fallas del sistema inmunológico y de las escasas herramientas disponibles. Desde 1996, con los avances significativos en el conocimiento de la enfermedad y su terapia antirretroviral, se evidenció un giro en las perspectivas de muchos pacientes; se desarrolla día a día un mejor conocimiento del virus y existen nuevos y mejores medicamentos que han aumentado la disponibilidad terapéutica, permitiendo controlar los niveles de carga viral pudiendo ser monitorizados, permitiendo a los médicos adoptar con rapidez una terapia antiretroviral efectiva.

Estos avances han hecho posible tratar eficazmente la infección por el VIH y mejorar la salud y la supervivencia de pacientes que hasta hace pocos años estaban condenados a morir tempranamente.

El control de la transmisión vertical del VIH/SIDA, ha permitido establecer cifras de 0 en la mortalidad en este grupo poblacional. El advenimiento de Terapia Antiretroviral Altamente Efectiva (TARAE) ha demostrado que existe un patrón de efectividad en el control de la infección y por ende de la letalidad asumida por dicha enfermedad.

d. Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niña desde 9 años en adelante.

Ilustración 10. Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niña desde 9 años en adelante.

TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
2015								2016								2017							
229	SD	229	159	70	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	59	SD	59	20	39	SD	SD	SD

El ministerio de salud y protección social a partir del año 2017, en los consolidados anuales enviados a los Municipios incluyo en el reporte la aplicación la vacuna, por ser un biológico que su aplicación es voluntaria no existe meta definida para el Municipio por lo tanto no se puede medir el indicador por coberturas, por lo tanto solo se reporta el número de personas vacunadas
Fuente Ministerio de salud y protección social

e. Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años

Tabla 58. Porcentaje de niños y niñas afiliados al régimen contributivo menores de 18 años.

EVENTO	AÑO 2015	AÑ0 2016	AÑO 2017
Porcentaje de niños y niñas afiliados al SGSSS (De 6 a 11 años)	11,57%	9,27%	8,67%

ANALISIS DEL MUNICIPIO

Todos los niños y niñas del municipio se encuentran afiliados algún tipo de seguridad social, la secretaria de salud adelanta constantemente acciones de seguimiento.

Por lo anterior Informamos que La secretaria de salud municipal continuara con el fortalecimiento en las diferentes instituciones de salud del programa ampliado de inmunizaciones y la supervisión del cumplimiento de las siguientes estrategias:

- ✓ Continuar con el seguimiento a cohortes de recién nacidos
- ✓ La secretaria de salud municipal realizara el seguimiento mensual a los planes de acción estipulados por las EPS
- ✓ Continuar con el reporte mensual del tablero gerencial y envió a la secretaria de salud municipal y secretaria de salud departamental
- ✓ Realizar seguimiento a las IPS que atienden partos de gestantes del municipio en el segundo y tercer nivel, para que reporten en el certificado de nacido vivo el lugar de procedencia de la madre y se notifique mensualmente en los informes de vacunación las vacunas de BCG Y HB en la casilla de otros municipios.
- ✓ Continuar con la vacunación extramural según cronograma en la IPS contributivas del municipio
- ✓ La secretaria de salud municipal mensualmente enviara la población objeto PAI a vacunar
- ✓ Continuar con la búsqueda activa de inasistentes y demanda inducida en el área rural y urbana con apoyo de las APS
- ✓ Continuar garantizando la tenencia de carne de vacunación.
- ✓ Continuar el fortalecimiento con los diferentes actores sociales del municipio (EPS contributivo, subsidiado, familias en acción, programas de promoción y prevención)
- ✓ Participación en las Jornadas de vacunación estipuladas por el ministerio de salud
- ✓ Fortalecimiento del Seguimiento a cohorte de influenza
- ✓ Continuar con las Jornadas extramurales los días viernes en áreas de difícil acceso
- ✓ Transmisión de videos institucionales promocionando el servicio de vacunación.
- ✓ envió mensual por parte de la secretaria de salud municipal de los nacimientos del municipio en donde previamente se realiza revisión de base de datos del SISBEN Y FOSYGA

6.4. REALIZACION: Goza de un buen estado nutricional.

a. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DEL MUNICIPIO

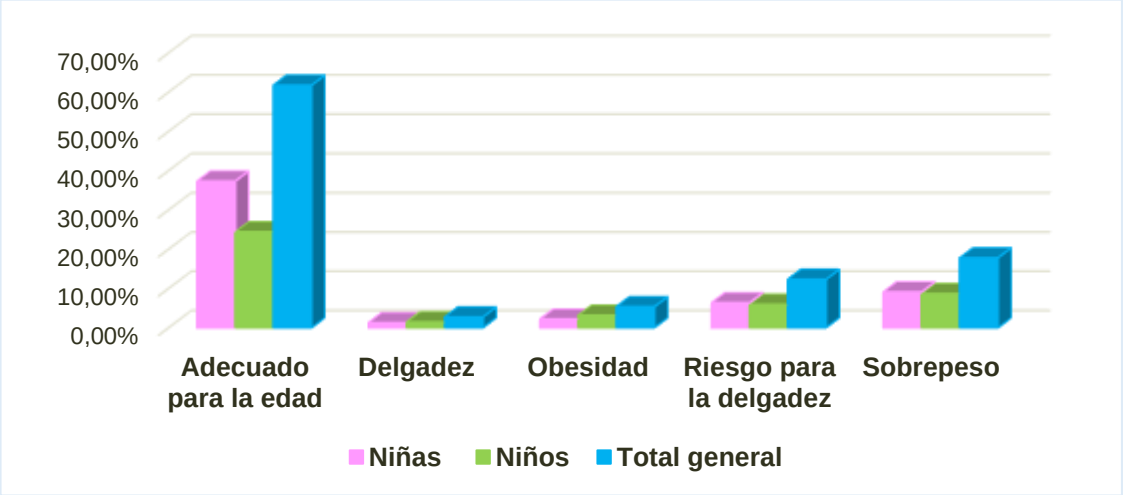
Índice de masa corporal para la edad

Tabla 59. Índice de masa corporal 5-18 años 2015.

INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD	NIÑAS N= 1743 (56,29%)		NIÑOS N=1353 (43,70%)		TOTAL N=3096 (100%)	
Adecuado Para La Edad	1156	37,33%	756	24,41%	1912	61,74%
Delgadez	40	1,29%	45	1,45%	85	2,74%
Obesidad	68	2,19%	98	3,16%	166	5,35%
Riesgo Para La Delgadez	197	6,36%	185	5,97%	382	12,33%
Sobrepeso	282	9,10%	269	8,68%	551	17,78%
Total	1743	56,29	1353	43,70%	3096	100%

Fuente 66. Plan de desarrollo 2016-2019.

Gráfica 54. Índice masa corporal infancia y adolescencia 2015.



Fuente 67. Plan de desarrollo 2016-2019.

Análisis nutricional:

Según el indicador IMC/EDAD para este grupo etario, del total valorados (n= 3096), se encuentra que la mayoría presenta un peso adecuado para la edad (61,74%), mientras el 2,74% presenta delgadez, el 12,33% en riesgo para la delgadez, con respecto al exceso, este se evidencia en un 17,78% en caso de sobrepeso y 5,35% en obesidad.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES AÑO 2016[72]

Se realizó el análisis de **235** datos obtenidos, teniendo en cuenta ambos sexos.

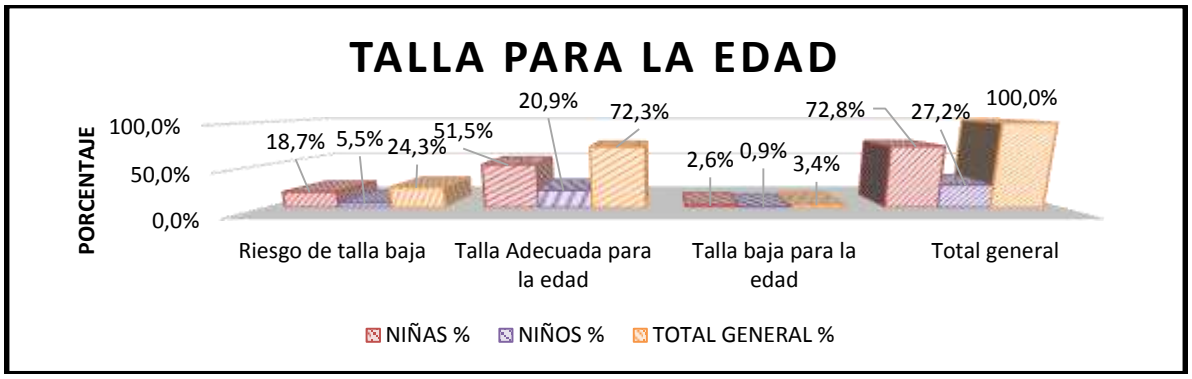
Diagnóstico nutricional de niños (as) y adolescentes de 5 a 18 años del cuarto trimestre de 2016, según el indicador Talla/Edad. Lebrija – Santander

Tabla 60. Talla para la edad 2016 5 a 18 años cuarto trimestre 2016.

TALLA PARA LA EDAD	NIÑAS		NIÑOS		TOTAL GENERAL	
	N	%	N	%	N	%
Riesgo de talla baja	44	18,72%	13	5,53%	57	24,26%
Talla Adecuada para la edad	121	51,49%	49	20,85%	170	72,34%
Talla baja para la edad	6	2,55%	2	0,85%	8	3,40%
Total general	171	72,77%	64	27,23%	235	100,0%

Fuente 68. Secretaria de salud municipal.

Gráfica 55. Indicador talla/edad de 5 a 18 años cuarto trimestre 2016.



Fuente 69. Secretaria de salud municipal.

[72] Datos correspondientes al cuarto trimestre de 2016, según datos entregados por la secretaria de salud municipal.

Análisis nutricional:

La anterior gráfica muestra que del total de niños (as) y adolescentes de 5 a 18 años evaluados el 72,34% evidencia una talla adecuada para la edad. El 24,26% presenta un riesgo de baja talla y el 3,40% un retraso en talla.

Para el segundo trimestre se presentó la siguiente información: de los niños y niñas evaluados 5 a 18 años evaluados el 78% evidencia una talla adecuada para la edad. El 18% presenta un riesgo de baja talla y el 4,1% un retraso en talla.

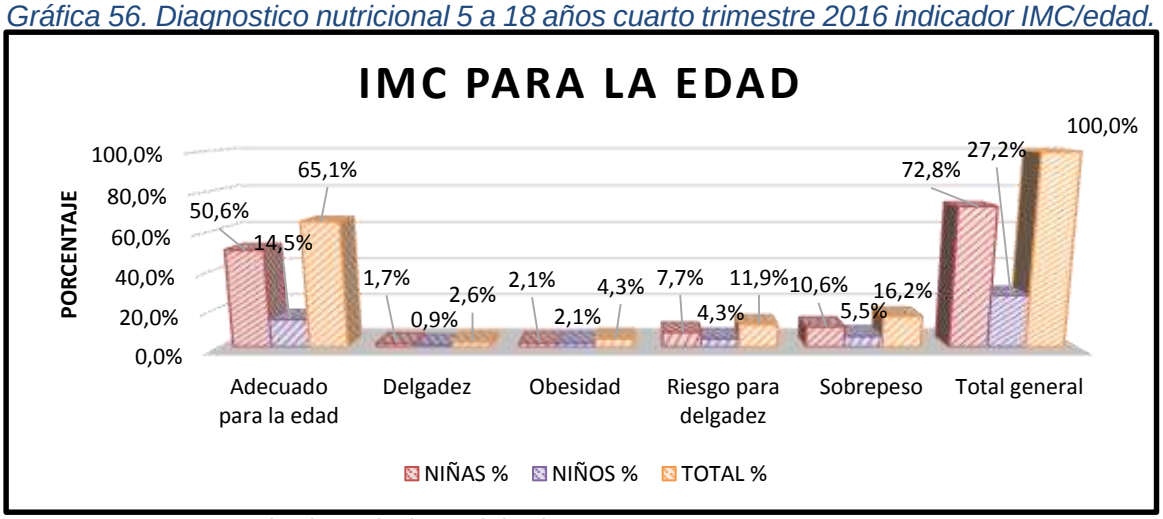
Índice de masa corporal para la edad

Tabla 61. Diagnostico nutricional de 5 a 18 años según indicador IMC/EDAD cuarto trimestre 2016.

IMC PARA LA EDAD	NIÑAS		NIÑOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Adecuado para la edad	119	50,64%	34	14,47%	153	65,11%
Delgadez	4	1,70%	2	0,85%	6	2,55%
Obesidad	5	2,13%	5	2,13%	10	4,26%
Riesgo para delgadez	18	7,66%	10	4,26%	28	11,91%
Sobrepeso	25	10,64%	13	5,53%	38	16,17%
Total general	171	72,77%	64	27,23%	235	100,0%

Fuente 70. Secretaria de Salud Municipal

Gráfica 56. Diagnostico nutricional 5 a 18 años cuarto trimestre 2016 indicador IMC/edad.



Fuente 71. Secretaria de Salud municipal.

Análisis nutricional:

Del total de niños (as) y adolescentes analizados, El 65,11% presenta un IMC adecuado para la edad, mientras que el 2,55% presenta un IMC compatible con la malnutrición por déficit mientras que el 16,17% y el 4,26% presenta un IMC relacionado con la malnutrición por exceso, evidenciado con sobrepeso y obesidad respectivamente.
En el segundo trimestre del total de niños (as) y adolescentes analizados, EL 60% presenta un IMC adecuado para la edad, mientras que el 3,1% presenta un IMC compatible con la malnutrición por déficit mientras que el 20,5% y el 6,92% presenta un IMC relacionado con la malnutrición por exceso, evidenciado con sobrepeso y obesidad respectivamente.

ANALISIS DEL MUNICIPIO:

Podemos observar en las atablas anteriores que los indicadores de peso para la talla y peso para la edad, teniendo en cuento que ellos nos definen el estado nutricional de la población se mantienen en un rango similar sin que se logre disminuir de manera substancial, pero tampoco podemos hablar de un aumento significativo de las cifras.

Cabe resaltar y de suma importancia mencionar que la población evaluado durante los años inmediatamente anteriores si ha ido en aumento, por lo tanto las cifras pueden variar de manera substancial, sin embargo los porcentajes de prevalencia se han mantenido se manera similar en los años evaluados.

La desnutrición aguda es la forma de desnutrición más grave, altera todos los procesos vitales del niño y el riesgo de muerte es nueve veces superior que para un niño en condiciones normales.

Las alteraciones por déficit de peso en relación a la Talla están directamente relacionadas con el bajo consumo crónico de alimentos y con la presencia reciente de enfermedades infecciosas.
Uno de los factores que pueden desencadenar la presencia de estas enfermedades es la falta de prácticas higiénico sanitarias en el momento de la preparación y servida de los alimentos en los hogares familiares.

Es importante mencionar que va en aumento las cifras de sobrepeso y obesidad en la población infantil debido al aumento en el consumo principalmente de comidas no saludable, exceso en harinas, cereales, tubérculos, y principalmente por el alto consumo de comidas rápidas, carbohidratos simples y complejos y baja ingesta de frutas, verduras y

alimentos proteicos de alto valor biológico. Contribuyendo así a el aumento de sobrepeso en los niños y niñas.
El indicador peso para la talla, relacionado con la presencia de enfermedades infecciosas recientes, como enfermedades respiratorias (gripe), y diarrea.

También se continua con la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a través de las instituciones educativas, mejorando o cambiando la visión y modelo actual de las cafeterías o cooperativas escolares, ya que se observa la promoción de hábitos alimentarios no saludables y un alto consumo de comidas rápidas no saludables.

De igual manera se realiza capacitación permanente en el tema de alimentación y loncheras saludables, seguimiento a los cados encontrados de desnutrición aguda y fortalecimiento de los programas de crecimiento y desarrollo, Lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses de edad y complementaria hasta los dos años y más, se realiza promoción programa ampliado de inmunizaciones y vacunación sin barreras.

6.5. REALIZACION: Desarrolla y potencia sus capacidades, habilidades y destrezas con procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral.

En Colombia la educación es obligatoria entre los 5 y los 15 años y abarca un grado obligatorio de preescolar y 9 de educación básica. La universalización de la escolaridad obligatoria ha sido una prioridad de los gobiernos nacional y territoriales desde la expedición Educación: Visión 2019 Documento para discusión 14 de la Constitución de 1991, lo que se refleja principalmente en el mejoramiento de los indicadores de asistencia escolar y cobertura. Entre 1993 y 2005, la asistencia de los niños entre 7 y 11 años pasó de 85% a 92% y para los niños y jóvenes entre los 12 y los 17 años se incrementó de 68% a 78%. No obstante estos aumentos, subsisten dificultades que impiden alcanzar la cobertura universal: la insuficiencia de oferta educativa (en particular en preescolar y educación secundaria) en zonas rurales, por una parte, y por otra las altas tasas de deserción que afectan cada año a 7 de cada 100 alumnos matriculados, que aunque es un porcentaje aparentemente bajo, revela la realidad de los 500 mil niños y jóvenes que anualmente abandonan el sistema educativo, por causas económicas, desmotivación o fracaso. Incrementos en la oferta educativa pueden influir favorablemente sobre la asistencia, pero no son suficientes si no se les combina con medidas encaminadas a contrarrestar las dificultades económicas de las Familias y el fracaso escolar. En este último caso es pertinente disminuir los altos grados de extra edad que se presentan en la educación primaria (que explican por qué las coberturas en este nivel son superiores al 100%), que a la larga afectan

la percepción que los estudiantes tienen de su capacidad y su autoestima y pueden obligarlos a desertar. Colombia cuenta con un repertorio de modelos educativos flexibles de calidad y pertinencia comprobada, que en el pasado han hecho posible dar cobertura en zonas rurales con población dispersa y atender grupos de niños y jóvenes en situación irregular, para quienes la oferta educativa convencional no es adecuada.

La experiencia favorable del programa Familias en Acción, que entrega subsidios en dinero a Familias del SISBEN 1 o desplazadas por la violencia, sugieren que el apoyo económico es una alternativa viable para promover la retención escolar. Hasta junio de 2006 este programa había beneficiado a 942 mil menores entre 7 y 18 años que se encuentran estudiando en primaria o secundaria. Entre los impactos preliminares del programa se encontró un efecto positivo en las tasas de asistencia escolar de niños entre 12 y 17 años y tasas de deserción inferiores en los municipios beneficiarios. Aunque la educación obligatoria en Colombia no incluye la media, existen fuertes razones para buscar su universalización. Las oportunidades de las personas están cada vez más determinadas por los años de escolaridad cursados y la educación media es un requisito necesario para tener acceso a niveles superiores de formación o para desempeñarse en el mundo laboral. Aunque la cobertura en este nivel también se ha incrementado en los últimos 15 años, la deserción reduce significativamente la demanda y la oferta es limitada en las zonas rurales. Incrementar significativamente la tasa de cobertura bruta en educación media para el 2019 sólo será posible si se mejora significativamente la retención en los niveles anteriores y si es percibida por los estudiantes y por las Familias como una educación pertinente en términos de los horizontes que abre a los jóvenes.
De acuerdo a los últimos datos la tasa bruta de cobertura escolar para educación básica primaria a nivel nacional es de 80,9%, de los cuales un 0,95% corresponde a la población ubicada en el departamento de Santander.

Los indicadores que se trabajaran son los siguientes: Tome los datos de los tres últimos años (2017-2016-2015 ó 2016-2015-2014) para que analice si ha tenido tendencia al aumento o a la disminución. A nivel general que acciones se están adelantado, que acciones falta por hacer.

Para el año 2015 la cobertura en educación básica primaria fue de 147 niños y niñas, para el 2016 169, y para el año 2017 se reportan 183 niños y niñas matriculados por lo que el número de niños matriculados en Básica primaria aumenta, lo anterior de acuerdo al Colegio Nuestra señora de las Salud (COLNUSESA), la misma institución reporta que en el año 2015 no hubo deserciones, para el 2016 un (1) niño se retiró y para el 2017 dos (2)

AMBIENTE, VIDA Y DESARROLLO
2016-2019
Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

niños. Niños y niñas que repitieron en el 2015 seis (6), en el año 2016 cinco (5), y para esta vigencia aún no hay datos. En cuanto a los niños en condición de discapacidad se identifican para el 2015, dos niñas (2), para el año 2016 se vinculan al sistema cuatro (4) estudiantes entre ellos una niña y tres niños, y para el 2017 en el Colegio hay tres (3) estudiantes en condición de discapacidad de ellos dos niños y una niña. En cuanto a los niños y niñas en condición de victimas atendidos en el sistema, en el 2015 se atendió una estudiante, en el año 2016 un niño y tres niñas, (4) cuatro en total, para la vigencia actual seis estudiantes de estos tres (3) niños y tres (3) niñas. El Colegio Nuestra señora de la salud, no reporta niños y niñas en condición de migrantes Venezolanos, vinculados al sector educativo.

- *Tasa neta de cobertura en educación básica primaria
- *Tasa bruta de cobertura en educación básica primaria
- *Tasa de deserción en educación básica primaria
- *Tasa de repitencia en educación básica primaria

INFORMACION MUNICIPIO

Lebrija (S), como municipio NO CERTIFICADO del Departamento de Santander, atiende el Servicio Educativo según las directrices del MEN, dependiendo directamente de la Secretaría de Educación Departamental.

A nivel municipal, existe la oficina de la DIRECCIÓN DE NÚCLEO EDUCATIVO, quien asesora a la Administración Municipal en todos los procesos que se requieren para optimizar éste servicio.

Desde el punto de vista administrativo y durante el proceso de Restructuración de la Educación, en el año 2003 el municipio de Lebrija se halla dividido en seis (6) zonas educativas, como se muestra en la tabla a continuación. [73]

Tabla 62. Zonas educativas de Lebrija. Año 2003.

# ZONA	INSTITUCIÓN y CENTROS EDUCATIVOS	S E D E S	# RESOLUCIÓN DE FUSIÓN	# RESOLUCION conversión a I. E.
1	**COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES** # DANE 68406000336	A. COLMERCEDES, B: Antiguo Piloto Cuzamàn;C: Cantabria; D: La laguna; E: La Puente; F: Manchadores, G: Palonegro; H: Piedras Negras; I: Rayitos; J: San Nicolás; K: Santo Domingo; L: San Pablo.	07061 del 22-Ago-03	
2	**COLEGIO PORTUGAL** # DANE 268406000161	A. Colegio Portugal; B: Angelinos; C: Buenavista; D: Cuzaman; E: La Cabaña; F: La Cuchilla, G: La Renta; H: Lisboa; I: Mirabel; J: San Benito; K: San Gabriel; L: San Joaquín; M: San Lorenzo; N: San Pacho; I: San Nicolás Alto.	06855 del 19 Ago-03 15817 del 26 Oct-10 18279 6 Dic-2010	
3	**INSTITUCION EDUCATIVA LA VICTORIA** # DANE 268406000250	A. Escuela Rural La Victoria, B. Filo de Cruces, C: Sardinas, D. Zaragoza.	06851 del 19-Ago- 03	**18936** 16 Dic-2010
4	**INSTITUCION EDUCATIVA LA ESTACIÓN** # DANE 268406000233	A: La Estación; B: Villa María; C: Villa Mery; D: Río Sucio; E: Uribe Uribe; F: Canoas; G: Centenario; H: El Líbano; I: San Silvestre;	06852 del 19-Ago-03	
5	**INSTITUCION EDUCATIVA VANEGAS** # DANE 268406000594	A: Vanegas; B: Angostura; C: Chuspas; D: La Estrella; E: Montevideo; F: Chinigua; G: Cútiga; H: Conchal,	06864 del 19-Ago-03	**018526** 10 DIC. 2010
6	**INSTITUCION EDUCATIVA LLANADAS**. # DANE 268406000098	A: Colegio Llanadas; B:. El oso; C: El porvenir; D: La Aguirre; E: La Esmeralda; F: Santa Rosa; G: Aguada de Ceferino; H: Puyana; I: Santero. J: San Cayetano	06857 del 19-Ago-03	**018926** 16 Dic-2010 **015115** 19 Sept. / 2011

Fuente 72. Dirección de Núcleo.

En el año 2010 los CENTROS EDUCATIVOS FUERON CONVERTIDOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
Por lo tanto, en estas 6 zonas educativas se tiene en el año 2011: SEIS (6) Instituciones Educativas.

NIVELES Y PROGRAMAS QUE OFRECEN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES Y PRIVADOS - 2013

Tabla 63. Colegios oficiales y privados: programas educativos que se ofertan en Lebrija.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	NUMERO ULTIMA RESOLUCION APROBACION	NATURALEZA		NIVELES QUE OFRECE					EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO		
		OFICIAL	PRIVADO	PREESCOLAR	BASICA PRIMARIA	BASICA SECUNDARIA	MEDIA	EDUCACION FORMAL DE ADULTOS	No. Y FECHA DE LA LICENCIA	NOMBRE DEL PROGRAMA	RESOLUCION DE REGISTRO
COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	07061 23-AGO-03	X		X	X	X	X	X			
COLEGIO PORTUGAL	18279 6-DIC-2010	X		X	X	X	X	X			
INSTITUCION EDUCATIVA LA VICTORIA	18936 16-DIC-2010	X		X	X	X	X	X			
INSTITUCION EDUCATIVA LA ESTACION	018921 16 Dic-2010	X		X	X	X	X	X			
INSTITUCION EDUCATIVA VANEGAS	018526 10-DIC-2010	X		X	X	X	X	X			
INSTITUCION EDUCATIVA LLANADAS	015115 19-SEPT-2011	X		X	X	X	X				
COLEGIO NUEVOS HORIZONTES	09196 29-JUL-2009		X	X	X	X	X				
LICEO SAN FERNANDO	15814 26-OCT-2010		X	X	X	X	X	X			
COLEGIO ANTONIO LEBRIJA	1204 29-SEP-1999		X	X	X	X					
GIMNACIO MONTEVERDE	1473 10-DIC-1999		X	X	X	X					
CENTRO EDUCATIVO JORGE ELIECER GAITAN	16945 01-DIC-2009		X	CICLOS II, III, IV y V				X			

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO	NUMERO ULTIMA RESOLUCION APROBACION	NATURALEZA		NIVELES QUE OFRECE					EDUCACION PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO		
		OFICIAL	PRIVADO	PREESCOLAR	BASICA PRIMARIA	BASICA SECUNDARIA	MEDIA	EDUCACION FORMAL DE ADULTOS	No. Y FECHA DE LA LICENCIA	NOMBRE DEL PROGRAMA	RESOLUCION DE REGISTRO
FUNDACION COLOMBIANA DE APRENDIZAJE TECNICO - FUCATEC	SED Y 023206 02-12-2015		X	CICLOS II, III, IV y V				X	Res. # 01902 del 22-02-2016	TECNICO LABORAL AUXILIAR EN ATENCION INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA	024046 DEL 11/12/2015
										TECNICO LABORAL AUXILIAR DE MERCADEO Y VENTAS	024047 DEL 11/12/2015
										TECNICO LABORAL AUXILIAR DE GESTION Y MANEJO AMBIENTAL	024049 DEL 11/12/2015
										TECNICO LABORAL AUXILIAR DE INSTALACION Y MANTENIMIENTO DE COMPUTADORES Y REDES	024050 DEL 11/12/2015
										TECNICO LABORAL EN SEGURIDAD OCUPACIONAL	024046 DEL 11/12/2015
ACADEMIA DE AUTOMOVILISMO RALLY S.H.	018278 6-DIC-2010		X						018278 06-DIC-2010	CONOCIMIENTOS ACADEMICOS DE FORMACION DE CONDUCTORES EN LAS CATEGORIAS A1,A2,B1,C1,B2,C2	010943 12-JUL-2011
INSTITUTO CRISTIANO DE PROMOCION CAMPESINA-ICPROC	16207 23-NOV-2009		X	CICLOS II, III, IV y V				X SAT	PROGRAMA DE EDUCACION PARA JOVENES Y ADULTOS		

ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS.

A. EDUCACION FORMAL NIVELES DE PREESCOLAR, BASICA Y MEDIA

- INSTITUCIONES ED. OFICIALES: 1 URBANO Y 5 RURALES.
- INSTITUCIONES ED. PRIVADAS: 5 PRIVADAS.

B. EDCUACION FORMAL PARA JOVENES Y ADULTOS

- INSTITUCIONES EDUCATIVAS: 2

C. EDUCACION PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO

- **INSTITUCIONES EDUCATIVAS: 2** (FUCATEC, ACADEMIA DE AUTOMOVILISMO RALLY).

Matricula año 2016

Tabla 64. Número De Estudiantes Matriculados Por Colegio Y Sede Del Año 2016.

GRADOS SEDES	Tr	1	2	3	4	5	6º	7º	8º	9º	10º	11	cafam	TOTAL
SEDE A, COLMERCEDES	166					114	117			192	358	245	71	1263
SEDE B, CENTRO PILOTO CUZAMAN	0	198	227	256	258	146	251	411	367	187	0	0	0	2301
SEDCE C, ESCUELA RURAL CANTABRIA	9	3	7	9	4	9	0	0	0	0	0		0	41
SEDE D, ESCUELA RURAL LA LAGUANA	4	8	11	13	5	11	0	0	0	0	0	0	0	52
SEDE E, ESCUELA RURAL LA PUENTE	5	10	17	14	10	7	0	0	0	0	0	0	0	63
SEDE F, ESCUELA RURAL MANCHADORES	3	8	3	8	6	5	0	0	0	0	0	0	0	33
SEDE G, ESCUELA RURAL PALONEGRO	3	6	13	10	5	10	0	0	0	0	0	0	0	47
SEDE H, ESCUELA RURAL PIEDRAS NEGRAS	0	2	2	7	6	4	0	0	0	0	0	0	0	21
SEDE I, ESCUELA RURAL RAYITOS	0	4	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	9
SEDE J, ESCUELA RURAL SAN NICOLAS	4	3	6	5	6	10	0	0	0	0	0	0	0	34
SEDE K, ESCUELA RURAL SANTO DOMINGO	13	8	13	18	16	11	0	0	0	0	0	0	0	79
SEDE L, ESCUELA RURAL SAN PABLO	5	11	14	16	9	10	0	0	0	0	0	0	0	65
TOTAL	212	261	313	358	326	339	368	411	367	192	358	245	71	4008
SEDE A - COLEGIO PORTUGAL	20	29	30	36	33	32	95	73	82	85	73	35		623
SEDE B - ESCUELA RURAL ANGELINOS	1	2	2	1	3	1								10
SEDE C - ESCUELA RURAL BUENAVISTA	3	5	3	0	2	2								15
SEDE D - ESCUELA RURAL CUZAMAN	2	5	9	5	5	4	5	6	8	2				51
SEDE E - ESCUELA RURAL LA CABAÑA	0	1	3	5	1	2								12
SEDE F - ESCUELA RURAL LA CUCHILLA	1	1	3	2	1	4								12
SEDE G - ESCUELA RURAL LA RENTA	12	10	14	9	15	11								71
SEDE H - ESCUELA RURAL LISBOA	6	6	15	10	9	8								54
SEDE I - ESCUELA RURAL MIRABEL	4	7	3	6	8	5								33
SEDE J - ESCUELA RURAL SAN BENITO	2	6	12	4	17	6								47
SEDE K - ESCUELA RURAL SAN GABRIEL	0	2	6	3	5	3								19
SEDE L - ESCUELA RURAL SAN JOAQUIN	0	2	5	3	6	3								19
SEDE M - ESCUELA RURAL SAN LORENZO	7	1	4	6	1	4								23
SEDE N - ESCUELA RURAL SAN PACHO	3	1	1	0	1	3								9
SEDE O - ESCUELA RURAL SAN NICOLAS ALTO	8	7	8	9	8	9								49
TOTAL	69	85	118	99	115	97	100	79	90	87	73	35	0	1047
SEDE A, INSTITUCION EDUCATIVA LLANADAS	15	27	20	22	31	21	72	70	65	54	97	39		533
SEDE B, ESCUELA RURAL EL OSO	12	13	11	12	13	10								71
SEDE C, ESCUELA RURAL EL PORVENIR	7	3	7	6	8	4								35
SEDE D, ESCUELA RURAL AGUIRRE	11	8	17	10	12	12								70

GRADOS SEDES	Tr	1	2	3	4	5	6º	7º	8º	9º	10º	11	cafam	TOTAL
SEDE E, ESCUELA RURAL LA ESMERALDA	9	4	4	6	10	5								38
SEDE F, ESCUELA RURAL SANTA ROSA	0	6	2	3	3	5								19
SEDE G, ESCUELA RURAL AGUADA DE CEFERINO	10	2	7	9	11	4								43
SEDE H, ESCUELA RURAL PUYANA	10	9	9	6	16	8								58
SEDE I, ESCUELA RURAL EL SANTERO	4	6	4	1	3	2								20
SEDE J, ESCUELA RURAL SAN CAYETANO	3	7	5	5	4	5								29
TOTAL	81	85	86	80	111	76	72	70	65	54	97	39		916
SEDE A, INSTITUCION EDUCATIVA LA ESTACION	3	5	6	7	5	5	28	9	14	9	15	11		117
SEDE B, ESCUELA RURAL MARIA	1	0	3	2	3	1								10
SEDE C, ESCUELA RURAL MERY	0	0	0	1	0	3								4
SEDE D, ESCUELA RURAL RIO SUCIO	3	0	0	2	3	2								10
SEDE E, ESCUELA RURAL URIBE URIBE	2	5	7	2	7	5	6	6	5					45
SEDE F, ESCUELA RURAL CANOAS	1	1	0	1	3	0								6
SEDE G, ESCUELA RURAL EL CENTENARIO	2	5	3	8	8	9	9	3	9	2				58
SEDE H, ESCUELA RURAL EL LIBANO	0	1	4	2	7	2								16
SEDE I, ESCUELA RURAL SAN SILVESTRE	2	2	2	3	0	2								11
TOTAL	14	19	25	28	36	29	43	18	28	11	15	11		277
SEDE A, INSTITUCION EDUCATIVA LA VICTORIA	6	4	7	12	17	9	20	24	16	12	17	12		156
SEDE B, ESCUELA RURAL FILO DE CRUCES	1	0	3	2	2	0								8
SEDE C, ESCUELA RURAL SARDINAS	4	5	11	5	9	9								43
SEDE D, ESCUELA RURAL ZARAGOZA	2	4	6	1	5	6								24
TOTAL	13	13	27	20	33	24	20	24	16	12	17	12	0	231
SEDE A, INSTITUCION EDUCATIVA VANEGAS	0	0	3	4	1	6								14
SEDE C, ESCUELA RURAL CHUSPAS	4	7	10	3	3	7								34
SEDE D, ESCUELA RURAL LA ESTRELLA	2	2	2	1	2	3								12
SEDE E, ESCUELA RURAL MONTEVIDEO	0	0	0	0	0	1								12
SEDE F, ESCUELA RURAL CHINIGUA	1	3	3	3	3	3								1
SEDE G, ESCUELA RURAL CUTIGA	2	3	2	1	0	2								16
SEDE H, ESCUELA RURAL EL CONCHAL	3	9	2	7	6	5	24	12	9	6				83
TOTAL	12	24	22	19	15	27	24	12	9	6				182
TOTAL MATRICULA MUNICIPIO	401	2.649					2.365				902			
	6.661													

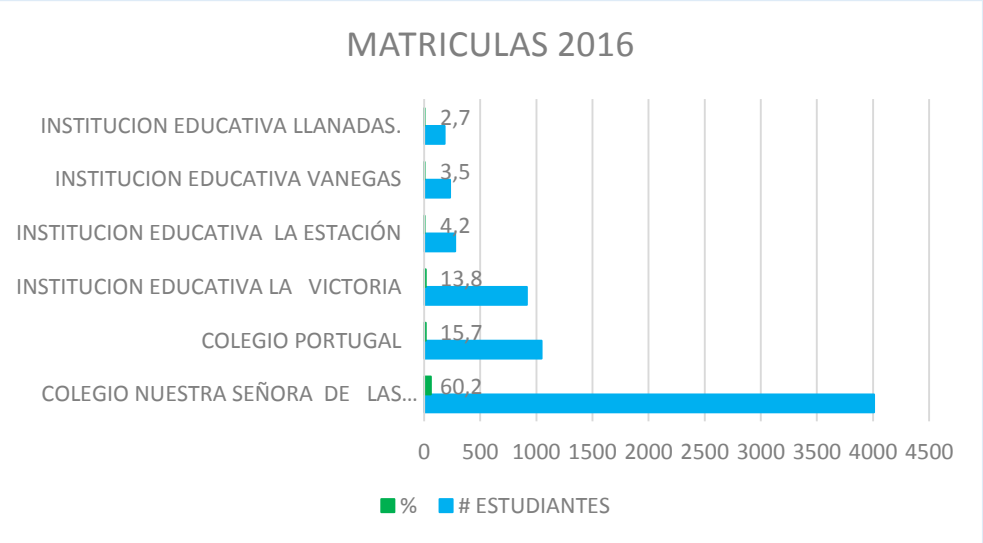
Fuente 73. Plan de desarrollo 2016-2019.

Tabla 65. Distribución de estudiantes según institución y sedes educativas oficiales.

# ZONA	INSTITUCIÓN Y CENTROS EDUCATIVOS	S E D E S	# ESTUDIANTES	%
1	COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	A. COLMERCEDES, B: Antiguo Piloto Cuzamán; C: Cantabria; D: La laguna; E: La Puente; F: Manchadores, G: Palonegro; H: Piedras Negras; I: Rayitos; J: San Nicolás; K: Santo Domingo; L: San Pablo.	4.008	60,2
2	COLEGIO PORTUGAL	A. Colegio Portugal; B: Angelinos; C: Buenavista; D: Cuzamán; E: La Cabaña; F: La Cuchilla, G: La Renta; H: Lisboa; I: Mirabel; J: San Benito; K: San Gabriel; L: San Joaquín; M: San Lorenzo; N: San Pacho; I: San Nicolás Alto.	1.047	15,7
3	INSTITUCION EDUCATIVA LA VICTORIA	A. Escuela Rural La Victoria, B. Filo de Cruces, C: Sardinas, D. Zaragoza.	916	13,8
4	INSTITUCION EDUCATIVA LA ESTACIÓN	A: La Estación; B: Villa María; C: Villa Mery; D: Río Sucio; E: Uribe Uribe; F: Canoas; G: Centenario; H: El Líbano; I: San Silvestre;	277	4,2
5	INSTITUCION EDUCATIVA VANEGAS	A: Vanegas; B: Angostura; C: Chuspas; D: La Estrella; E: Montevideo; F: Chinigua; G: Cútiga; H: Conchal,	231	3,5
6	INSTITUCION EDUCATIVA LLANADAS.	A: Colegio Llanadas; B: El oso; C: El porvenir; D: La Aguirre; E: La Esmeralda; F: Santa Rosa; G: Aguada de Ceferino; H: Puyana; I: Santero. J: San Cayetano	182	2,7
TOTAL, MATRICULADOS			6.661	100,0

Fuente 74. Plan de desarrollo municipal

Gráfica 57. Distribución de matrículas 2016 colegios oficiales.



Fuente 75. Plan de desarrollo 2016-2019.

Análisis matricula 2016:

El total de matriculados para el 2016 fue 6661 estudiantes de los cuales; según la gráfica la zona donde más se han recibido matriculas es en Col Mercedes, con 4008 con el 60,2% del total de estudiantes del municipio, de estos 3564 son en el caso urbano, este comportamiento obedece a que Col Mercedes sede A y B concentra el mayor número de estudiantes de bachillerato con 1696 matrículas; mientras que en la zona rural la suma de las 5 zonas estudiantiles en matriculas de bachiller suman 1042 en total, de estos 408 matriculados corresponden al colegio Portugal en bachillerato. El Colegio Portugal ocupa el 2do lugar de mayor matriculado con el 15,4% que corresponde a 1407 estudiantes, seguidos de la institución educativa la victoria con el 13,8% con 916 matrículas, en 4to lugar está la I.E la estación con un 4,2% que corresponde a 277 matrículas, en 5to lugar está la I.E Vanegas con 3,5% corresponde a 231 matrículas y por último la I.E Llanadas con un 2,7% del total de matriculados que corresponde a 182 estudiantes.

Cobertura escolar básica primaria

Tabla 66. Cobertura escolar básica primaria niños y niñas de 6 a 10 años 2014,2015.

# NIÑOS (AS) ENTRE 6 Y 10 AÑOS MATRICULADOS EN B. PRIMARA	TOTAL POBLACIÓN ENTRE 6 Y 10 AÑOS DE EDAD	TASA NETA COBERTURA ESCOLAR ED. B. PRIMARIA	# NIÑOS (AS) ENTRE 6 Y 10 AÑOS MATRICULADOS EN B. PRIMARIA (%)
2014	3.747	3.461	108
2015	3.813	3.499	108.97

Fuente 76. Dirección de núcleo.

Tabla 67. Cobertura escolar básica primaria.

EVENTOS	2015	2016	2017
Cobertura escolar neta para educación básica primaria	3359	3028	3053
Cobertura escolar bruta para educación básica primaria	3813	3495	3542
Tasa de deserción en educación básica primaria	1,68%	3,54%	1,41%
Tasa de repitencia en educación básica primaria	4%	6,83%	4,79%

Gráfica 58. Cobertura escolar.

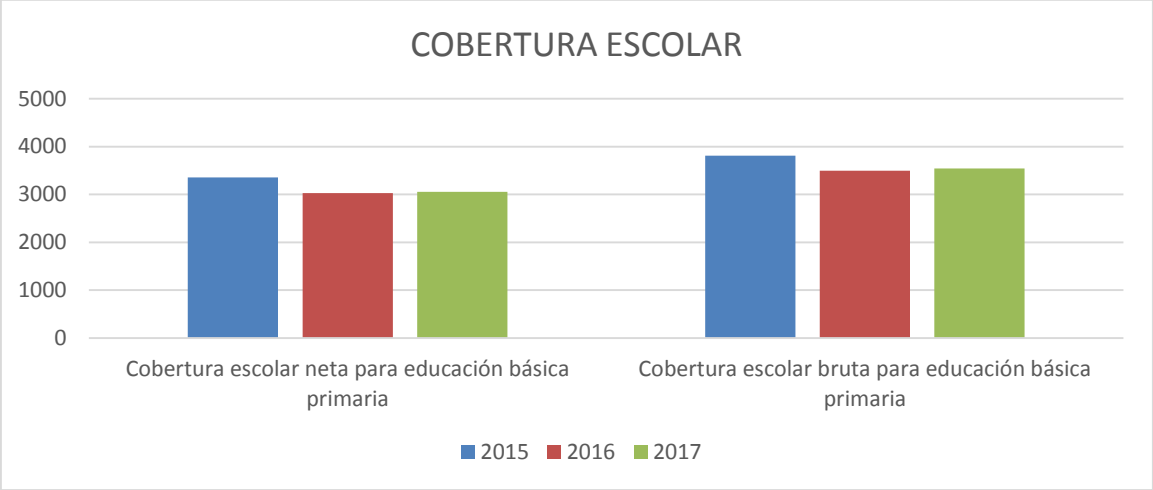


Tabla 68. Cobertura escolar básica primaria.

	2015			2016			2017		
EVENTO	**%**	**matricula**	**CENSO**	**%**	**matricula**	**CENSO**	**%**	**matricula**	**CENSO**
Cobertura escolar neta para educación básica primaria	95.99%	3359	3499	85,77%	3028	3530	85,35%	3053	3577
Cobertura escolar bruta para educación básica primaria	108.90%	3813	3499	99%	3495	3530	99.02%	3542	3530

Se visualiza la población escolar matriculada en el Nivel de Básica Primaria en las instituciones oficiales y privadas en el municipio de Lebrija (S), donde la demanda es mayor que la oferta, hasta el punto de ofertar más del 100%, en el 2015, Decrece en un porcentaje relativo en el 2016 y se mantiene en el 2017.

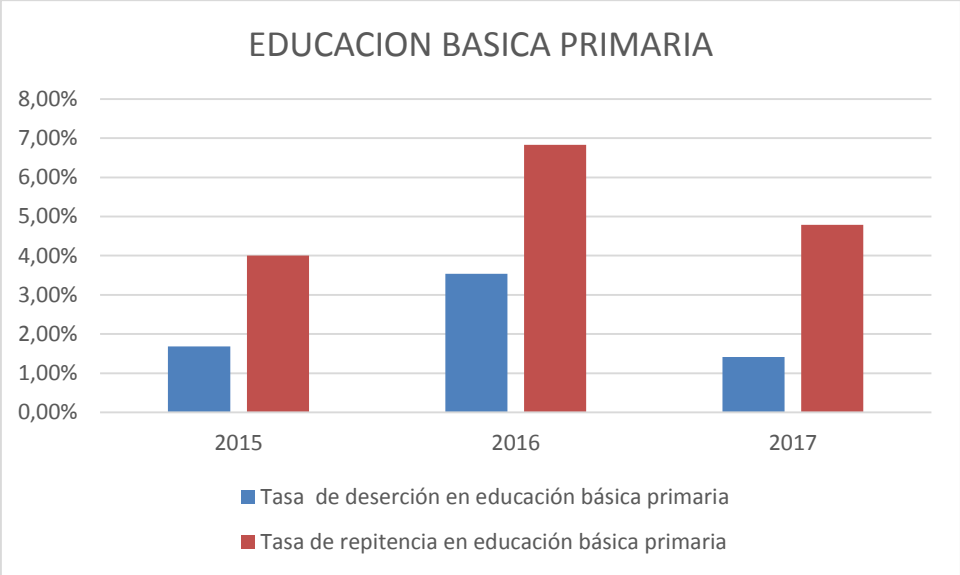
Se concluye:

- Tendencia a crecer y decrecer como fenómeno de transito de la población en el municipio de Lebrija.
- Cuando en el año anterior el % de atención es superior en PREESCOLAR, el fenómeno del año siguiente es que aumenta este porcentaje en B. PRIMAMRIA y así sucesivamente.
- Se atiende población en extra edad.

Tabla 69. Educación básica primaria.

EVENTOS	2015	2016	2017
Tasa de deserción en educación básica primaria	1,68%	3,54%	1,41%
Tasa de repitencia en educación básica primaria	4%	6,83%	4,79%

Gráfica 59. Educación básica primaria.



Sin embargo, alrededor de estos avances existen problemáticas sociales que inciden en la deserción y permanencia de los estudiantes en las Instituciones que ofertan el servicio educativo:

- La Deserción Escolar en los establecimientos educativos de Lebrija, desde el año 2015 hasta el 2017, AUNQUE HA DISMINUIDO MUY POCO, en el último año, es evidente que la DESERCION es un fenómeno de alarma debido a procesos de cambio de residencia del grupo familiar por motivos laborales, fenómeno que se evidencia por la forma de contratación mano de obra en el campo avícola, en algunos casos se cumplen con el proceso de retiro de documentos y traslado de matrícula, en otros se desconoce el nuevo sitio de residencia del personal que deserta del sector educativo. Algunos padres de flia., no tienen autoridad sobre sus hijos que no quieren regresar a las aulas, situación que se reporta a las comisarías de Flia.
- Otro factor decisivo para la deserción es el hacinamiento de alumnos en las aulas del SECTOR URBANO, ya que se atienden grupos de 41 a 45 estudiantes tanto en Básica como en Media, lo que desmotiva y aumenta casos de disciplina, agresividad, bulling, etc.

- En el sector urbano (único colegio oficial), existe un hacimiento en las aulas de clase.
- Problemas sociales: descomposición familiar, violencia intrafamiliar, violencia sexual, etc.
- Embarazos y actividad sexual a temprana edad.
- Reprobación del año escolar

Las estadísticas de la tasa de Repitencia en educación en los niveles de Básica Primaria donde los altos índices de repitencia se dan en los años 2015 y 2016 en los niveles B. Primaria.

Por lo anterior se hace necesario:

- Un proceso de verificación y seguimiento a instituciones educativas por parte de la Secretaria de Educación Departamental, donde se analice y se tomen correctivos que permitan bajar los índices de mortalidad académica, sin que por ello no deja de ser preocupante los altos porcentajes de repitencia en el nivel de BASICA SECUNDARIA.
- El MEN a través del DIA E califica o le da puntaje a las IE que tienen bajos índices de mortalidad académica.
- Trabajar con los padres de familia en el compromiso de coayudar en el procesos educativo de sus hijos.
- A través de los equipos interdisciplinario de las Comisarías de Flia. y Sec. de Salud Mpal., se trabaje con los padres de familia a fin de mejorar la participación de las familias en el proceso educativo.
- Programa Familias en Acción.

6.6. REALIZACION: Construye su identidad en un marco de diversidad

a. Tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años. SALUD

Ilustración 11. Tasa de fecundidad especifica de 10 a 14 años.

INDICADOR	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
	2015								2016								2017							
Tasa de fecundidad específica (incluir de 10 a 14 años)	2,4	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	2,4	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	2,4	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

Se ha mantenido en este valor a lo largo del trienio, con una tasa sostenida de 2,40 por 100.000 mujeres en edad fértil. Este valor es el cociente obtenido de los indicadores reportes ASIS 2grupo 4, dentro de lo que oficialmente se expone para el municipio de Lebrija. Es DE entenderse que existen determinantes de diversa índole, que inciden en el resultado obtenido para esta tasa. Sin embargo a nivel municipal se realizan políticas estratégicas que permitan intervenir a las adolescentes en aras de controlar o reducir la presencia de embarazos no deseados que pongan en riesgo la salud materno-fetal.

La secretaria de salud del municipio tiene en su registro 54 personas en condición de discapacidad identificadas que equivalen al 1.32 % de la población total del municipio de los cuales 5 son menores de 18 años que equivale al 9.3% de la población en situación de discapacidad. Así mismo durante los últimos tres años solo se han presentado dos casos de violencia Sexual en niñas menores de 12 años uno de estos confirmado y el otro presunto, uno ocurrido en el año 2016 y el otro en el año 2015.

De acuerdo a la tasa de fecundidad específica de 10 a 14 años, la ESE no reporta casos de violencia sexual para los años 2015 y 2016, mientras que para el año 2017 se presenta un caso, correspondiente al 2.3% de la población atendida 43 infantes.

En el municipio de Lebrija a 2016 se realizaron 44 procesos de renovación de tarjetas de identidad; a su vez se expidieron 72 documentos de tarjetas de identidad por primera vez. De estas 42 niños y 30 niñas.

ANÁLISIS MUNICIPAL

El municipio cuenta Registradora Municipal con atención para cada curso de vida donde se pueden realizar trámites como Registro Civil, Expedición de la tarjeta de identidad, solicitud de Precedula y con el fin garantizar sus derechos.

6.7. REALIZACION: Disfruta de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida.

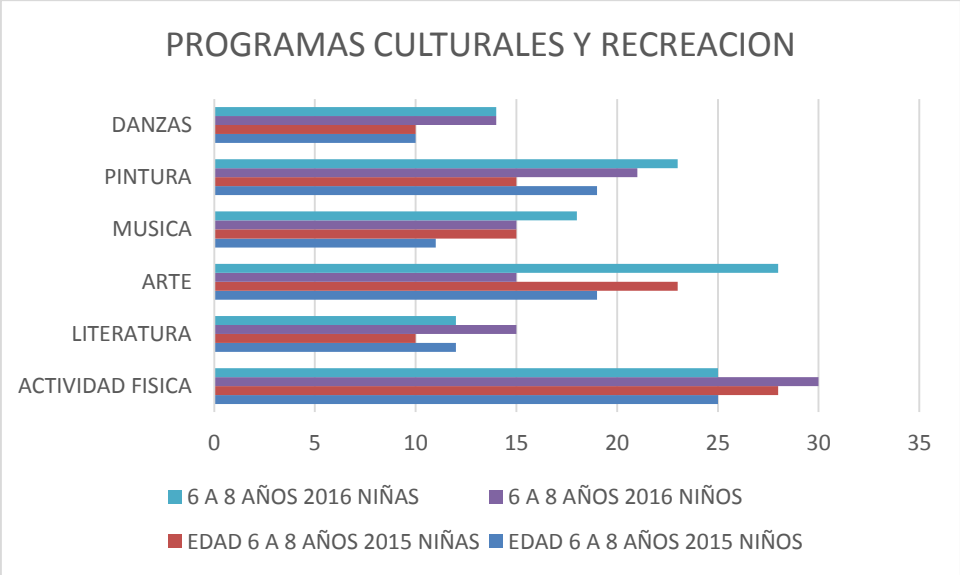
a. Programas culturales atendidos desde la secretaria de deporte y cultura

Tabla 70. Programas culturales 2015,2016.

EDAD 6 A 8 AÑOS 2015				6 A 8 AÑOS 2016		
PROGRAMA	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
ACTIVIDAD FISICA	25	28	53	30	25	55
LITERATURA	12	10	22	15	12	27
ARTE	19	23	42	15	28	43
MUSICA	11	15	26	15	18	33
PINTURA	19	15	34	21	23	44
DANZAS	10	10	20	14	14	28
TOTAL	96	101	197	110	120	230

Fuente 77. Autores, datos Secretaria de cultura y deporte.

Gráfica 60. Programas culturales 2015,2016 infancia.



Fuente 78. . Autores, datos Secretaria de cultura y deporte.

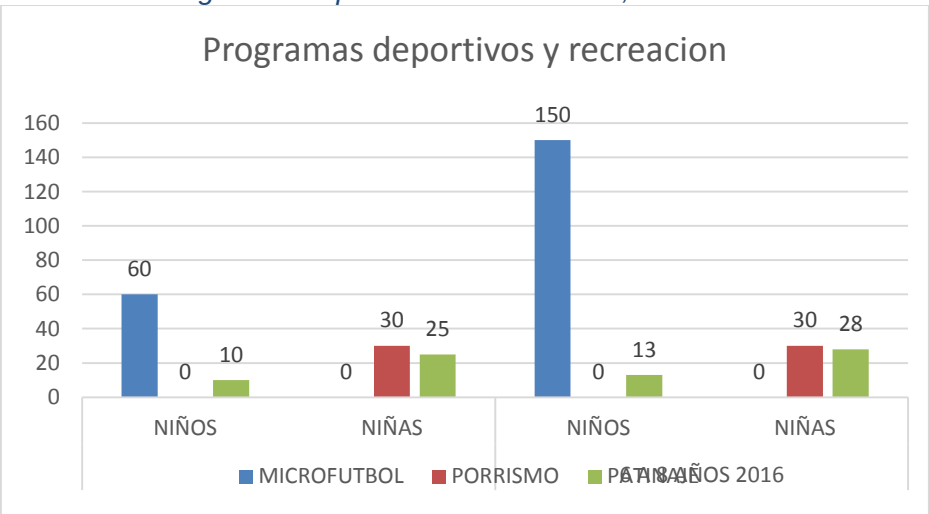
b. Programas deportivos Infancia

Tabla 71. Programas deportivos 2015,2016.

PROGRAMAS DEPORTIVOS 6 A 8 AÑOS 2015			6 A 8 AÑOS 2016	
PROGRAMA	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
MICROFUTBOL	60	0	150	0
PORRISMO	0	30	0	30
PATINAJE	10	25	13	28
TOTAL	70	55	163	58

Fuente 79. Secretaria de Deporte y cultura.

Gráfica 61. Programas deportivos infancia 2015,2016.



Fuente 80. Autores, datos secretaria de deporte y cultura.

Análisis Deporte recreación y cultura:

En el 2015 197 niños y niñas fueron participaron de programas culturales y de actividad física; en el 2016 esta oferta se ha incrementado a 230 niños y niñas, donde la mayor participación ha sido de niñas. En los programas deportivos para el 2015 participaron 125 niños y niñas; incrementando para el 2016 con 221 niños y niñas, donde la mayor práctica del deporte es el microfútbol con una participación del 67,8% de niños en este deporte.

6.8. REALIZACION: Expresa libremente sentimientos, ideas y opiniones e incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos.

*Porcentaje de propuestas en el territorio orientadas a la infancia construida teniendo en cuenta la voz de los niños y de las niñas. Número de programas o piezas comunicativas producidas a nivel local y/o regional en medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet) que promueven la expresión de los niños y las niñas de la infancia.

*Número de espacios o instancias de participación de niños y niñas de la infancia en el territorio

*Número de acciones que promueven la expresión artística de los niños y de las niñas de la infancia.

En el municipio se cuentan con los siguientes espacios: Concejo de política social, mesa de Primera infancia, Infancia y Adolescencia. En cuanto a los espacios que tiene el territorio para fortalecer la expresión artística esta la escuela de Artes.

También existe la emisora comunitaria La voz de Lebrija y de acuerdo a esta fuente no hay programas teniendo en cuenta la voz de los niños y niñas del municipio, se realizan programas con diferentes instituciones en pro de fortalecer la garantía de derechos y prevenir cualquier forma de violencia en los niños, niñas y adolescentes del municipio.
En cada una de las instituciones educativas existe el gobierno escolar el Personero Estudiantil, un estudiante de quinto y undécimo grado encargado de promover el ejercicio de los deberes y derechos de los estudiantes, consagrados en la Constitución Política, el Código del Menor, las leyes educativas y el Manual de Convivencia.

ANÁLISIS MUNICIPAL:
El municipio se encuentra en proceso de implementación de la mesa de participación de niños, niñas y adolescentes, la cual busca darle un papel activo y participativo dentro de las actividades de incidencia para esta población dentro del municipio; al momento cuenta con la mesa de primera infancia, infancia y fortalecimiento familiar.

6.9. REALIZACION: Realiza prácticas de autoprotección y autocuidado, y disfruta de entornos protectores y protegidos, frente a situaciones de riesgo o vulneración.

*Exámenes medico legales por presunto delito sexual realizados niños, niñas y adolescentes. MEDICINA LEGAL

*Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes. MEDICINA LEGAL.

Tabla 72. Tasa de exámenes medico legales por presunto delito sexual contra niños y niñas.

EVENTOS	CASOS	2015		2016		2017
Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual contra niños y niñas (De 6 a 11 años)	**2,0**	47,74	9	213,37	2	46,85

ANALISIS DEL MUNICIPIO.

La tasa de exámenes médicos legales por presunto delito sexual tuvo un aumento significativo para el año 2016 en comparación al año 2015, gracias a las actuaciones de prevención que realiza la comisaria de familia se logró volver a disminuir en el año 2017, los casos se presentan por violencia intrafamiliar, descomposición familiar y consumo de SPA.

7. ANALISIS SITUACIONAL DE DERECHOS DE LA ADOLESCENCIA DEL DEPARTAMENTO SANTANDER EN CLAVE DE REALIZACIONES

7.1. DATOS DEMOGRAFICOS EN ADOLESCENTES:

Según las proyecciones del censo general 2005 realizado por el DANE, para el año 2016 en Lebrija existen 4261 adolescentes entre los 12 y 17 años, que corresponden al 12,6% de la población del Departamento (9.398). De ellos, 2213 son de sexo masculino y 2048 de sexo femenino. Comparando la población de los años 2014 a 2016, se evidencia que la población adolescente ha venido decreciendo.

En promedio el 40% habita en el área rural y el 60% en el centro urbano.

Tabla 73. Población de infancia y adolescencia 2016.

POBLACION INFANCIA Y ADOLESCENCIA 2016			
edad	hombres	Mujeres	total
12-17 años	2213	2048	4261
Total	2213	2048	4261

Fuente 81. DANE.

Tabla 74. Distribución por edades del Sisben año 2016.

DISTRIBUCIÓN POR EDADES			
EDAD/MUJERES	No. MUJERES	EDAD/HOMBRES	No. HOMBRES
0<5	1149	0<5	1240
5<10	1563	5<10	1641
10<15	1594	10<15	1711
15<20	1874	15<20	1886
20<25	1844	20<25	1825
25<30	1571	25<30	1551
30<35	1423	30<35	1315
35<40	1423	35<40	1331
40<45	1142	40<45	1192
45>	5142	45>	5570
TOTAL	18725	TOTAL	19262

Fuente 82. Sisben, febrero del 2016.

Sin embargo, La población que arroja el Sisben da como resultado que la población de hombres tiene una participación porcentual de 50,71% y las población de mujeres el 49,29% de un total de 37987 personas, distribuidas en la zona urbana y rural de 17729 y 20258 personas respectivamente; es de anotar que la población tanto de hombres como de mujeres en los rangos de edad de (0<5) años ocupa el 6%, De (5<10)años ocupa el 9%, de (10<15) años ocupa el 9%, de (15<20) años ocupa el 10%, de (20<25)años ocupa el 10%, de (25<30) años ocupa el 8%, de (30<35) años ocupa el 7%, de (35<40) años ocupa el 7%, de (40<45)años ocupa el 6% y mayores de 45 años ocupa el 28% de la población.

Del total de la población de infancia y adolescencia el 49,7% pertenece a infancia y el 50,2 pertenece a adolescencia en donde el 52% corresponde a hombres y el 48% a mujeres.
Proporción de la población por ciclo vital

Tabla 75. Proporción de población por ciclo vital 2005, 2016,2020.

Ciclo vital	2005		2016		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	4005	12,93	4456	11,31	4754	11,08

Infancia (6 a 11 años)	4217	13,61	4218	10,71	4467	10,41
Adolescencia (12 a 18 años)	4423	14,28	4993	12,67	4935	11,5
Juventud (14 a 26 años)	7121	22,99	9105	23,11	9242	21,55
Adultez (27 a 59 años)	11796	38,08	16926	42,96	18260	42,57
Persona mayor (60 años y más)	2480	8,01	3957	10,04	4744	11,06
Total	30980	100	39398	100	42895	100

Fuente 83. DANE.

Al analizar los cambios poblacionales sufridos por el municipio de Lebrija durante el periodo 2005 a 2020 se aprecia que los niños y adolescentes de 5 a 14 años se han mantenido en el porcentaje de la población reducido y se espera se aumenten en un 6%. La población de infancia corresponde al 10,7% del total de la población; la población de adolescencia corresponde al 12,6%; la población de infancia y adolescencia corresponde al 23% del total de población del municipio.

Población víctima del desplazamiento forzado en primera infancia, infancia y adolescencia[74]

Tabla 76.Población víctima de infancia y adolescencia.

Grupo de edad	No. Mujeres victimizadas de desplazamiento	No. Hombres victimizados de desplazamiento
10 a 14 años	237	225
15 a 19 años	220	247

De la población víctima del desplazamiento forzado 741 corresponde a mujeres con un 57% y 559 a hombres, siendo más las mujeres las victimas del desplazamiento.
En el 2015 se presentó la siguiente población víctima del desplazamiento.

[74] Los datos corresponden a junio 10 del 2011 a agosto 31 de 2011 según datos secretaria de salud.

Tabla 77. Población victima infancia y adolescencia 2015.

RANGO DE EDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Entre 12 y 17 Años	727

Fuente 84. Plan de desarrollo ambiente vida y desarrollo.

En total con corte a 1 de diciembre de 2015 1.399 niños y niñas victimas pertenecen a infancia y adolescencia.

Según información tomada de la Red Nacional de Información rni.unidadvictimas.gov.co. Caracterización **año 2015**, se identificó un total de población de 5.394 personas de los cuales 1.730 (32%) son niños, niñas y adolescentes así:

-**ADOLESCENTES (12 a 17 años) 722 (42%).**
Niños 412 (57%)
Niñas 310 (43%)
Rural 289 (40%)
Urbano 433 (60%)

Información año **2016 y 2017** ,fuente caracterización realizada a la población víctima del conflicto armado residentes en el Municipio de Lebrija, con corte a 30 de diciembre año 2016, por la FUNDACION ANDAMIOS, se caracterizó un total de 3.158 personas de las cuales el 39% (1.231) de la población encuestada son niños, niñas y adolescentes así:

ADOLESCENTES (12-17 AÑOS) (39%) 480
Niños 192 (40%)
Niñas 288 (60%)
Niños Urbanos 274 (57%)
Niñas Rurales 206 (43%)

REGISTRÓ ADOLESCENCIA

Tabla 78. Registro adolescencia.

AÑO	**2015**	**2016**	**2017**
TOTAL ADOLESCENCIA	722	480	480
NIÑOS	412	192	192
NIÑAS	310	288	288

Fuente 85. rni.unidadvictimas.gov.co 2015, CARACTERIZACION CORPORACION ANDAMIOS 2016.

Se observa disminución de afectación por hechos victimizante a la población Adolescente en los últimos tres años, se presentan pocos reportes de recepción de desplazamiento Forzado u otros hechos victimizante.

ANALISIS DEL DEPARTAMENTO:

REALIZACIONES:

1. Cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que lo acogen. (vínculos afectivos y de protección) favorecen su desarrollo integral y lo reconocen como agente activo del mismo.
2. Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud
3. Goza de un buen estado nutricional.
4. Vive y expresa responsablemente su sexualidad.
5. Desarrolla y potencia sus capacidades habilidades y destrezas con procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral.
6. Continúa construyendo su identidad en un marco de diversidad.
7. Disfruta de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción del sentido y la consolidación de sus proyectos de vida.
8. Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos.

7.2. REALIZACION: Cuenta con una Familia y/o cuidadores principales que le acogen (vínculos afectivos y de protección), favorecen su desarrollo integral y le reconocen como agente activo del mismo.

- *Tasa de violencia intrafamiliar
- *Tasa de violencia contra niños, niñas y adolescentes
- *Tasa de violencia de pareja cuando la víctima es menor de 18 años
- *Tasa de violencia sexual cuando la víctima es menor de 18 años

ANALISIS DEPARTAMENTO:

Ilustración 12

Tabla 6. Porcentaje de menores de 15 años que no viven con sus padres según edad y condición de orfandad, Colombia

Edad	% de los que no viven con sus padres estando los dos padres vivos	% de los que no viven con sus padres estando uno de ellos vivo	% de los que no viven con sus padres porque estos están muertos
Menores de 2 años	93,8	6,2	0,0
2 – 4 años	88,5	9,6	1,9
5 – 9 años	85,4	13,4	1,2
10 – 14 años	76,8	19,6	3,6
Total menores de 15 años	82,1	15,4	2,6

Fuente: Elaboración de los investigadores con datos de ENDS, 2005.

Ilustración 13

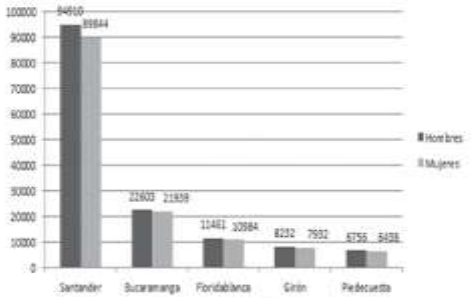


Gráfico 7. Población adolescente total en Santander y municipios del Área Metropolitana de Bucaramanga por sexo. **Fuente:** DANE, Colombistat, 2014.

De acuerdo al estudio realizado por la UNICEF en el 2014 en su apartado La niñez en Colombia afirma: *Colombia es un país de niños, niñas y adolescentes. El 40% de la población colombiana es menor de 18 años,* es decir 16 millones de personas. La gran mayoría de ellos vive en condiciones adversas: *pobreza absoluta, desnutrición, maltrato físico, fuera del sistema educativo, y como si fuera poco, crece en medio de un conflicto armado.* Según, el ICBF, los datos son contundentes 6.5 millones viven en la pobreza absoluta y de éstos más de un millón se halla en situación de miseria, En el año
2001 el 21.4% de los nacimientos se presentó en madres adolescentes, Más de un millón y medio de niños menores de 18 años no asiste a la escuela, Cerca de dos millones de niños trabajan, Se estima que cerca de dos millones de niños y niñas son maltratados al

año en sus hogares, ochocientos cincuenta mil en forma severa. 361 niños y niñas de cada mil sufren algún tipo de maltrato, Se presentan 12.202 casos de explotación sexual en un año. De acuerdo al informe respuesta del estado colombiano al cuestionario del comité de derechos del niño Ejecución de metas en el periodo 2002 – 2005 en cuanto a la atención en medio institucional ilustra lo siguiente que durante el año 2005, fueron identificados 28.125 niños adolescentes en situación de peligro y abandono puesto que no cuentan entonces con una Familia o cuidadores que lo acojan, así mismo como lo muestran los datos de los años 2002, 2003, 2004.

La orfandad y el abandono llevan a una recomposición de las Familias puesto que en la mayoría de los casos los niños y niñas bajo esta situación son acogidos en hogares de parientes y no parientes quienes se encargan del cuidado. Lo anterior fue reiterado en las entrevistas y en la discusión con expertos quienes resaltaron la importancia de las redes Familiares y de parentesco en el acogimiento de niños, niñas y adolescentes, contribuyendo en gran medida a disminuir el número de éstos que se encuentran en total abandono.

Por otra parte, el Censo 2005 reportó 7.075 lugares especiales de alojamiento (LEA) en todo el país; 450 de estos lugares fueron caracterizados como albergues infantiles distribuidos en las áreas urbanas y rurales (78% y 22%). Se encuentra también población menor de 18 años habitando en otros LEA, como internados de estudio y posiblemente en otros lugares como albergues de reinsertados y desplazados, campamentos de trabajo, lugares para habitantes de calle, casas de lenocinio y centros de rehabilitación. De acuerdo al Censo 2005 en estos LEA habitaban un total de 293.531 personas, de las cuales 31.115 eran menores de 18 años: 12% menores de 6 años, 29% entre 6 y 12 años y 59% adolescentes.

En cuanto a la pertenencia étnica, se encontraron 1.119 indígenas, 39 gitanos o rom, 6 raizales y 2.135 afrocolombianos. Los 27.750 niños, niñas y adolescentes restantes no pertenecían a ninguno de estos grupos. En 27 de los 33 departamentos del territorio nacional existen albergues infantiles, (exceptuando Arauca, Casanare, Putumayo, San Andrés, Guainía y Vichada). Los departamentos de Antioquia (19,6%), Valle (13,3%), Cundinamarca (8,7%) y la ciudad de Bogotá (21,1%) concentran el 63% de estos albergues. Un total de 11.563 personas habitaban en albergues infantiles, 5.363 hombres (46,4%) y 6.200 mujeres (53,6%).

Ilustración 14

Tabla 8. Atención en medio institucional y total de niños y niñas atendidos, 2002- 2005, Colombia.

Atención en Instituciones	2002	2003	2004	2005
A niños adolescentes en situaciones de peligro, abandono y otras	27.374	33.945	32.182	28.125
Total de niños y niñas atendidos en medio familiar e institucional	97.102	104.935	117.974	145.961

Fuente: Respuesta del Estado Colombiano al Cuestionario del Comité de Derechos del Niño, con ocasión del examen del Tercer Informe Periódico. Tomado de: ICBF. Dirección de planeación. Subdirección de programación. Ejecución de metas sociales. 2002- 2005.

El 12% de los residentes en albergues infantiles presentaban alguna limitación, porcentaje superior al estimado para la población colombiana que es de 6.1%. Esto indica que un porcentaje importante de niños, niñas y adolescentes que presentan discapacidad son dejados o entregados por sus responsables al cuidado de otros. En el Sistema de Información del ICBF, ingresa información de niños, niñas y adolescentes que son beneficiarios de alguna de las modalidades de atención del Instituto y/o que por alguna razón, tienen historias abiertas en las Defensorías. Su fuente de información son los informes de los Centros Zonales del ICBF, que a la vez reciben la información de las Defensorías de Familia. Cuando los niños, niñas y adolescentes están separados de sus padres y de su Familia extensa y no han sido adoptados, generalmente ingresan a instituciones de protección contratadas por el ICBF. El número de niños, niñas y adolescentes atendidos en instituciones de protección en el periodo 2002-2005 se presenta en la (Tabla 8). La prevención del problema es hoy un reto y una urgencia para el país. Como en la prevención de las otras situaciones de vulneración de derechos de protección, ésta pasa por garantizar condiciones mínimas de calidad de vida para toda la población, corregir inequidades sociales y garantizar todos los derechos a todos los niños,

Niñas y adolescentes; pero tiene también que ver con una profunda transformación cultural, que cambie unos patrones de incumplimiento de las responsabilidades por parte de padres y madres, que cambie también una cultura institucional de relativa tolerancia frente al problema y que genere una conciencia ciudadana de que todos somos corresponsables de la garantía de los derechos de niños y niñas.

De acuerdo al estudio Bull ying, redes de apoyo social y funcionamiento Fami liar en adolescentes realizado por la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga en el año 2012 en su apartado **Funcionamiento Familiar en los adolescentes, declara:** Según la

información reportada de los adolescentes, el 75,2% de ellos afirma tener una Familia normofuncional y otro porcentaje señala

Tener una Familia moderadamente disfuncional (20,1%) y gravemente disfuncional (4,7%) (Tabla 11). Existe una relación entre el funcionamiento Familiar (moderadamente y gravemente disfuncional) y si un adolescente es o no Bull, reportándose presencia de Bull en los estudiantes que afirman tener una Familia moderadamente o gravemente disfuncional (Chi cuadrado 6,82. P-valor 0,033) (tabla 11).

Tipo de apoyo social percibido

Puntuaciones elevadas en el cuestionario de apoyo social percibido evidencian un mayor apoyo percibido y un puntaje bajo representa un menor apoyo social percibido. En la tabla 12 se muestran algunas estadísticas descriptivas para las puntuaciones de las subescalas, se observa que todas las dimensiones sobrepasan el punto medio, es decir, que los adolescentes logran percibir que tienen apoyo social emocional, instrumental, interacción social y afectivo

Ilustración 15

Tabla 12. Estadísticas descriptivas del apoyo social percibido por los adolescentes

MOS	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Apoyo emocional	9	40	33,89	6,796
Apoyo instrumental	5	20	17,65	2,956
Interacción social	4	20	17,32	3,231
Apoyo afectivo	5	15	13,59	2,508

Ilustración 16

Tabla 11. Funcionamiento familiar reportado por el adolescente

APGAR	Estudiantes	
	Frecuencia	Porcentaje
Gravemente disfuncional	13	4,7
Moderadamente disfuncional	56	20,1
Normofuncional	209	75,2
Prueba de Chi-Cuadrado APGAR	Valor gl	Sig (bilateral)
	6,828[a]	0,033

Según datos aportados por el SISBEN en el municipio se encuentran reportados en la base de datos una población de 444 adolescentes, distribuidos de manera equitativa en el género masculino y femenino.

Para el municipio de Lebrija y según el SISBEN para este año se reportan 1286 Familias que teniendo en cuenta la cantidad poblacional del municipio se considera una muestra significativa para determinar las tipología Fami liar existentes en el territorio que según ejercicio de caracterización realizado por la coordinadora de programas en el año 2017 arrojando los siguientes resultados existen 617 Familias nucleares que equivalen el 47,98 % de esta muestra, 245 Familias extensas que equivalen al 19,06 % de la muestra poblacional, 218 Familias monoparental que equivalen 19,96 % de la muestra poblacional y 70 Familias reconstruidas que equivalen al 5,45% de la muestra poblacional.
Específicamente adolescentes en el municipio de acuerdo a la base de datos del SISBEN hay 444 adolescentes en cantidades equitativas 222 Jóvenes de sexo masculino y la misma cantidad de sexo femenino.

INFORMACION DEL MUNICIPIO.

Estadísticas violencia intrafamiliar

Tabla 79.Estadísticas comisaria de familia 2015.

MALTRATO INFANTIL				
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015			
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	AFRODESCENDIENTES
13 -17	24	10	2	0
TOTAL	24	10	2	0
MATONEO - BULLING				
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015			
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	AFRODESCENDIENTES

13 -18	15	12	0	0
TOTAL	15	12	0	0

Fuente 86.Comisaria de familia.

Procesos de restablecimiento de derechos

Tabla 80.Procesos de restablecimiento de derechos 2015.

PROCESOS DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS							
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015						
	NINA	NIÑO	VIOLENCIA SEXUAL	DESPLAZADO	AFRODESCENDIENTE	URBANO	RURAL
13 -18	13	4	5	0	0	11	6
TOTAL	13	4	5	0	0	11	6

Fuente 87, Comisaria de familia.

Custodias

Tabla 81.Custodias 2015.

CUSTODIAS					
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2015				
	NINA	NIÑO	DESPLAZADO	URBANO	RURAL
13 -18	16	11	0	9	18
TOTAL	16	11	0	9	18

Fuente 88.Comisaria de familia.

Atenciones comisaria de familia 2016
Estadísticas violencia intrafamiliar

Tabla 82.Estadísticas comisaria 2016.

ESTADISTICAS VIOLENCIA INTRAFAMILIAR					
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2016				
	M	H	DESPLAZADOS	RURAL	URBANA
12 – 17	9		2	5	4
TOTAL	9		2	5	4
MALTRATO INFANTIL					
RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2016				
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	RURAL	URBANO
12 -17	29	29	7	19	39
TOTAL	29	29	7	19	39
SEGUIMIENTO A MENORES					

RANGO DE EDAD VICTIMA	AÑO 2016				
	NINA	NIÑO	DESPLAZADOS	RURAL	URBANA
12 -17	33	28	11	9	52
TOTAL	33	28	11	9	52

Fuente 89.Comisaria de familia.

Proceso de restablecimiento de derechos 2016

Tabla 83.Proceso de restablecimiento de derechos 2016.

RANGO DE EDAD VICTIMA	NINA	NIÑO	DESPLAZADO	DISCAPACIDAD	URBANO	RURAL
12 -17	27	22	0	1	33	16
TOTAL	27	22	0	1	33	16

Fuente 90. Comisaria de familia.

Clasificación de procesos de restablecimiento de derechos 2016

Tabla 84.Clasificación de los procesos de restablecimiento de derechos 2016.

MOTIVO	EDAD 12-17 AÑOS	TOTAL
ABUSO SEXUAL	18	18
MALTRATO INFANTIL	15	15
DESESCOLARIZADO	1	1
DESACUERDO EN CUSTODIA	6	6
CONDUCTAS SEXUALES INAPROPIADAS	5	5
SISTEMA DE RESPONSABILIDAD PENAL	2	2
CONSUMO SUSTANCIA. SPA	2	2
TOTAL	49	49

Fuente 91.Comisaria de familia.

Tabla 85. Indicadores de violencia contra infancia y adolescencia.

INDICADORES	CASOS	2014	DATO CASOS	DATO/AÑO 2015	DATO CASOS	DATO/AÑO 2016	DATO CASOS	DATO/AÑO 2017
Tasa de violencia intrafamiliar.	**0**	**0**	**3**	70,04	5	117,34	2	47,17
Tasa de violencia contra adolescentes (De 10 a 17 años)	**3**	**9,57**	**2**	46,7	4	93,87	2	47,17
Tasa de violencia interpersonal contra niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años)	**17,00**	**394,25**	**21,00**	490,31	19	445,9	12	283,02
Tasa de violencia de pareja cuando la víctima es menor de 18 años	**1**	**23,19**	**1**	23,35	1	23,47	0	0

ANALISIS DEL MUNICIPIO

La violencia intrafamiliar ha sido una problemática ampliamente estudiada por diferentes organismos nacionales e internacionales, los cuales han identificado como principales víctimas a las mujeres, a los niños, niñas y adolescentes. Actualmente se toma como un problema de salud pública que afecta considerablemente el desarrollo personal, social y económico de una región. Sería impreciso señalar una sola causa y una sola consecuencia de la violencia intrafamiliar, lo que sí se puede afirmar es que cada vez se hace más evidente esta situación al interior de los hogares; en años anteriores gran parte de los hechos de violencia intrafamiliar se ocultaban o se consideraban una situación normal y no se lograba realizar la atención necesaria para superarla; hoy aunque aún falta camino que recorrer, es evidente que el fortalecimiento de capacidades y el conocimiento de los derechos de niños, niñas, adolescentes y mujeres ha sido un factor de protección.

De acuerdo al informe de la Comisaria de Familia de Lebrija se tuvo variaciones en cada uno de los indicadores, sin embargo hay un descenso significativo en el año 2017 en comparación al año 2015 y 2016.

La violencia intrafamiliar como lo muestra la medición han tenido fluctuaciones importantes, lo que está asociado con acciones de promoción, prevención y atención y lo que es claro que hasta que no se logren hacer cambios radicales en el entorno familiar, difícilmente se alcanzará una disminución constante.

PORQUE SE PRESENTAN ESTAS CIFRAS:

Se Presentan estas cifras debido al consumo de sustancias Psicoactivas o alcohol, Familias disfuncionales, por la cultura machista, por la intolerancia, la inadecuada comunicación familiar, la falta de cultura y educación, población fluctuante que ingresa al municipio por oportunidades laborales, debido a los macro proyectos, actividades económicas agropecuarias; también por su ubicación territorial Lebrija tiene cercanía a ciudad principal y área metropolitana que atraen personas que llegan con costumbres delictivas.

Las problemáticas sociales en el municipio de mayor atención son:

1. Violencia intrafamiliar generada por consumo de sustancias psicoactivas o alcohol, familias disfuncionales, por la cultura machista, por subutilización de las redes sociales, intolerancia, inadecuada comunicación familiar, falta de cultura y educación entre otras. Dentro de los casos atendidos la mas habitual es por violencia física-verbal del hombre hacia la mujer.

2. Consumo de sustancias psicoactivas: especialmente en adolescentes se evidencia por la ausencia de padres responsables con el cumplimiento de sus obligaciones alimentarias, afectivas y familiares, exponiendo a los adolescentes en un riesgo psicosocial, permitiendo que expendedores de sustancias psicoactivas los induzcan al consumo de estupefacientes, generando una adición en el adolescentes que posteriormente ingresa a delinquir para conseguir recursos financieros para sostener su adicción. Los casos atendidos por la comisaria son porque los padres solicitan ayuda para el tratamiento y rehabilitación siendo remitidos a la respetivas EPS, de acuerdo a la ley 1516 del 2012, donde brindan el servicio de psicología y psiquiatría.
3. Maltrato infantil: los factores principalmente es por negligencia en las responsabilidades alimentarias (comida, salud, educación, vestuario, otros) esto a su vez genera vulneración de derechos; la comisaria hace el debido proceso de restablecimiento de sus derechos. Así mismo se ha dado el maltrato físico-psicológico de los padres a sus hijos.
4. Abuso sexual en menor de 14 años: este flagelo se ha incrementado por los mismos factores de violencia como el consumo de sustancias psicoactivas, por el aumento de acceso a redes sociales a contenidos inadecuados; falta de cuidado personal por parte de los padres. Es de anotar que los abusos casi siempre son familiares o personas muy cercanas al niño, niña y adolescente.
5. Trabajo infantil y peores formas de trabajo infantil: el municipio no es ajeno a esta problemática ya que el 52% de su población es rural, lo que conlleva a que sus hijos se involucren a temprana edad en las labores agropecuarias abandonando su educación.
6. Embarazo en adolescentes: generado principalmente por la violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, trabajo infantil, falta de educación, familias disfuncionales, falta de prevención con métodos de planificación, Las adolescentes muchas veces por huir de la situación familiar que no les brinda sus derechos fundamentales caen en la trampa de la pobreza, considerando que esta situación le proporcionara una vida diferente a la que llevan, luego dándose cuenta que en realidad se les trunca sus proyectos de vida ya que dejan de estudiar y se les compromete su futuro obligándose a asumir su nuevo rol de madres de la cual no estaban preparadas y no tienen las competencias para ejercerlo, incrementando el cordón de pobreza.
7. Matoneo-bulling: Otro fenómeno generado especialmente por la subutilización de las redes sociales, es dada entre la convivencia escolar. Esta violencia es un nuevo

fenómeno que preocupa a las autoridades debido a que el uso de la tecnología se ha incrementado involucrando a muchas personas y se tiene que dar atención inmediata para contrarrestarlo, debido a que es un gen de muchos delitos como son injurias, calumnias, amenazas, que posteriormente se concretan en lesiones personales y otros actos lamentables como riñas callejeras que pueden involucrar hasta la familia.

8. Responsabilidad penal de adolescente: Generado así mismo por todas las problemáticas sociales mencionadas anteriormente, especialmente por violencia intrafamiliar y consumo de sustancias.

ACCIONES ADELANTADAS:

- Talleres en instituciones educativas, hogares de bienestar familiar y comunidad en general por parte del equipo interdisciplinario de la Comisaria de Familia y practicantes de Psicología.
- Charlas a través de la emisora comunitaria la voz de Lebrija.
- Participación en Ferias de la Salud.
- Celebración del día de la no violencia contra la Mujer 25 de Noviembre y socialización de la ley 1257 de 2008.
- Campaña de prevención de la no violencia contra la mujer en coordinación con la Policía Nacional
- Se creó el fondo especial para acciones de prevención de las mujeres víctimas de La Violencia según acuerdo municipal No 016 de 30 de agosto de 2017.
- Talleres, capacitaciones, con equipo interdisciplinario dirigido a niñas y niños, padres de familia, docente, y comunidad en general, en prevención de maltrato infantil, violencia sexual a través de Las Instituciones educativas y programa radial de la emisora comunitaria «La Voz de Lebrija.
- Creación del Decreto 050 de 20016, que adopta el Municipio de Lebrija, en el cual se prohíbe el ingreso a establecimientos públicos para adultos, y la circulación de niños y niñas después de la 9 pm, para prevenir la explotación infantil.
- Fortalecimiento de comité de interconsultivo para prevención en violencia sexual.
- Se adoptó de la mesa de participación de los nna, en el municipio de Lebrija, donde se garantiza este derecho a los niños y niñas.
- Entrega de material pedagógico e informativo a la comunidad en general, en los diferentes eventos que realiza la Administración Municipal, para la prevención de la violencia física y sexual.
- Seguimiento a cada uno de los procesos de Restablecimiento de derechos.

- Definición de custodia alimentos y visitas en favor de niños y niñas victimas de AS y MI.
- Amonestaciones a los padres de familia, cuidadores, docentes y personas que por corresponsabilidad debemos la garantía de los derechos fundamentales de los niños y niñas.
- Medidas de protección en Hogar de paso, para garantizar la protección de niñas y niños, por situación conculcados por las diferentes clases de maltrato infantil. (actualmente se está realizando el proceso de contratación).

ACCIONES POR ADELANTAR:

- Incrementar las campañas de empoderamiento de la ley 1257 de 2008 y la ley 2098 de 2006.
- Sensibilizar a los Padres de familia, cuidadores y representantes legales de los NNA en estilo de Pautas de Crianza.
- Fortalecimiento de las redes interinstitucionales en las rutas de atención integral a las víctimas de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y abuso sexual.

7.3. REALIZACION: Cuenta con las condiciones necesarias para gozar de buena salud y adopta estilos de vida saludables.

- *Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue (Casos)
- *Tasa de mortalidad menor de 18 años por causas externas (tasa por 100.000 habitantes)
- *Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA
- *Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 18 años
- *Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niñas desde 9 años en adelante
- *Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años.
- Cobertura de agua potable
- *Continuidad del servicio de agua /Horas al día (Información solo para Departamentos)
- *Cobertura de acueducto
- *Cobertura de viviendas con servicio de alcantarillado
- *Número de días a la semana que se realiza la recolección de residuos sólidos por vivienda

ANALISIS DEPARTAMENTO

De acuerdo al informe al congreso 2014- 2015 sector administrativo de salud y protección social Promoción social en su aparte *6.1 Primera infancia, niños, niñas y adolescentes* se resaltan puntos importantes en cuanto a la salud de los adolescentes en Colombia: resalta que se han implementado estrategias diferenciales de atención psicosocial para niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado 17 municipios, de Caquetá (3 municipios), Meta (4 municipios) y Bolívar (10 municipios y 1 distrito) implementan estrategias para la atención psicosocial de 10.200 niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado, en coordinación con la Unidad para las Víctimas y el ICBF. Recursos destinados por el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011, a acciones de promoción de la salud en Atención Primaria en Salud, e implementados por las Cajas de compensación Fami liar En el marco de la semana de "Salud en la infancia" de la Agenda Metropolitana de Salud 2016 que se celebró del 25 al 27 de abril, el Observatorio de Salud Pública de Santander (OSPS) presentó la situación de salud de la niñez y adolescencia en el departamento. El evento se desarrolló bajo el liderazgo de las Secretarías de Salud de Santander, Bucaramanga, Floridablanca, Piedecuesta y Girón. De acuerdo con Silvia Plata Vanegas, médica epidemióloga y Coordinadora Científica del OSPS "la población menor de 18 años conforma el 30,1% del total del departamento de Santander", razón por la cual las acciones realizadas en materia sanitaria para este grupo poblacional deben ser una prioridad. Actualmente, las coberturas de vacunación para DPT (96,9%), Antihepatitis B (97,0%) y BCG (97,6%) son superiores al 96% en el departamento, lo que constituye un avance significativo en la región. Sin embargo, aún es necesario armonizar en una sola política pública de primera infancia las acciones de los diferentes actores en el ámbito político, económico y social. Silvia Plata destacó que "entre las primeras causas de morbilidad atendida de la primera infancia y la infancia figuran las condiciones transmisibles como el resfriado común, la diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso y la fiebre de origen desconocido con un 89,6% y un 57,6% de las atenciones para cada ciclo vital; mientras que en la adolescencia 68,6% de las atenciones se generan por enfermedades no transmisibles como lo son el dolor abdominal y la caries dental". En cuanto a mortalidad, se subraya que el número de muertes en menores de 18 años en el 2013 en el departamento fue de 568, siendo los menores de 5 años quienes aportaron el 61,4% del total de defunciones, debido a malformaciones congénitas, seguidas de trastornos respiratorios del periodo perinatal. La epidemióloga agregó además que "en Santander, por cada tres muertes en niños hay 2 muertes en niñas; siendo los accidentes de transporte terrestre (5,1 por 100.000 niñas), seguidos de las infecciones respiratorias agudas (2,0 por 100.000 niñas) las primeras causas de mortalidad en niñas; mientras que otros tumores malignos (3,9 por 100.000 niños), seguidos de septicemia (2,9 por 100.000 niños) constituyen las principales causas de defunciones en niños". Por su parte, en los adolescentes, se destaca que las primeras

causas de muerte en el sexo masculino son los homicidios (41,7 por 100.000 niños), seguidos de los accidentes de transporte terrestre (17,3 por 100.000 niños); a diferencia del sexo femenino, cuyas causas de muerte se asocian a accidentes de transporte terrestre (7,5 por 100.000 niñas), seguidos de infecciones respiratorias agudas (4,2 por 100.000 niñas).

INFORMACION MUNICIPIO.

a. Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue (Casos)

Ilustración 17.Mortalidad en niños, niñas y adolescente por dengue.

INDICADOR	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
	2015								2016								2017							
Mortalidad en niños, niñas y adolescentes por dengue	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

La tasa de Mortalidad por Dengue se ha mantenido a 0 en este grupo poblacional. En el territorio nacional, con condiciones ambientales adecuadas para la transmisión de dengue, se estima que existe una población en riesgo de 23’932.381 de personas, principalmente en las cabeceras municipales. Desde la aparición emergente del dengue grave en 1990, se han venido registrando en el país las muertes producidas por dengue. Según la información registrada en el Sivigila (2015-2017), no se han notificado oficialmente muertes por Dengue correspondientes al municipio.

La creciente y desordenada urbanización que se ha venido presentando en las principales ciudades capitales situadas en áreas con condiciones adecuadas de transmisión y con mayor concentración de población, facilita la existencia y proliferación de criaderos potenciales del vector, mayor disponibilidad de poblaciones vulnerables a la infección y al contacto hombre-vector-virus. Los programas de prevención y control del dengue en las secretarías departamentales y distritales de salud desarrollan, mediante grupos funcionales, actividades de vigilancia en salud pública, que incluyen vigilancia epidemiológica, entomológica y virológica; y, además, control vectorial, basado en el control químico de larvas y adultos, acompañado de acciones de educación en salud a la población y actividades puntuales de comunicación.

a. Tasa de mortalidad en menores de 18 años por causas externas (tasa por 100.000 habitantes).

Tabla 86. Tasa de mortalidad en menores de 18 años por causas externas.

INDICADOR	**CASO**	**2014**	**CASO**	2015	CASO	2016	CASO	2017
Tasa de muertes por causas externas en adolescentes (De 12 a 17 años)	**0**	**0**	**2**	46,7	1	23,58	2	46,94

ANALISIS DEL MUNICIPIO

Según el reporte de medicina legal se tienen 2 casos para el año 2015, 1 caso para el año 2016 y 2 casos para el 2017, es difícil realizar un análisis pues se desconoce la causa de la muerte, con el fin de realizar algún tipo de acción por el municipio.

b. Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociada a VIH/SIDA

Ilustración 18.Tasa de mortalidad en menores de 18 años asociados a VIH/SIDA.

INDICADOR	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
	2015								2016								2017							
Mortalidad por VIH/SIDA en menores de 18 años	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

Hasta hace pocos años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) era invariablemente una enfermedad progresiva y mortal, y el médico se convertía en un espectador de su historia natural, interviniendo sin éxito en la mayoría de las ocasiones para tratar las infecciones oportunistas resultado de las fallas del sistema inmunológico y de las escasas herramientas disponibles. Desde 1996, con los avances significativos en el conocimiento de la enfermedad y su terapia antirretroviral, se evidenció un giro en las perspectivas de muchos pacientes; se desarrolla día a día un mejor conocimiento del virus y existen nuevos y mejores medicamentos que han aumentado la disponibilidad terapéutica, permitiendo controlar los niveles de carga viral pudiendo ser monitorizados, permitiendo a los médicos adoptar con rapidez una terapia antiretroviral efectiva.

Estos avances han hecho posible tratar eficazmente la infección por el VIH y mejorar la salud y la supervivencia de pacientes que hasta hace pocos años estaban condenados a morir tempranamente.

El control de la transmisión vertical del VIH/SIDA, ha permitido establecer cifras de 0 en la mortalidad en este grupo poblacional. El advenimiento de Terapia Antiretroviral Altamente Efectiva (TARAE) ha demostrado que existe un patrón de efectividad en el control de la infección y por ende de la letalidad asumida por dicha enfermedad.

c. Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 18 años

Ilustración 19.Porcentajes de nacidos vivos de madres menores de 18 años.

INDICADOR	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
	2015								2016								2017							
Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 18 años	11	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	16	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	0	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD

En el 2015 encontramos el 11% de estos nacidos vivos (8 casos en 73 partos, el 50% de las madres tenían 16 años y el 50% 17 años), en el 2016 este porcentaje corresponde a un 16% (8 casos en 50 partos, 3 de 16 años y 5 de 17 años) y en el 2017 el valor porcentual fue de 0 en 57 partos atendidos. Es decir se presenta una oscilación en el descenso de cifras, nexado a la intervención ejecutada a los adolescentes en lo referente a controlar la natalidad para evitar alteraciones en el binomio madre-hijo.

Este indicador es el cociente obtenido al realizar la relación de partos según edad de la madre en la plataforma RUAF concerniente a los años de referencia.

d. Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niña desde 9 años en adelante

Ilustración 20.Cobertura de vacunación VPH - Virus del Papiloma Humano - niña desde 9 años en adelante.

TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS	TOTAL	NIÑO	NIÑA	RURAL	URBANO	DISCAPACIDAD	VICTIMAS	DESPLAZADOS
2015								**2016**								**2017**							
229	SD	229	159	70	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	59	SD	59	20	39	SD	SD	SD

Fuente 92. Ministerio de salud y protección social.

El ministerio de salud y protección social a partir del año 2017, en los consolidados anuales enviados a los Municipios incluyo en el reporte la aplicación la vacuna, por ser un biológico que su aplicación es voluntaria no existe meta definida para el Municipio por lo tanto no se puede medir el indicador por coberturas, por lo tanto solo se reporta el número de personas vacunadas.

Por lo anterior Informamos que La secretaria de salud municipal continuara con el fortalecimiento en las diferentes instituciones de salud del programa ampliado de inmunizaciones y la supervisión del cumplimiento de las siguientes estrategias:

- ✓ Continuar con el seguimiento a cohortes de recién nacidos
- ✓ La secretaria de salud municipal realizara el seguimiento mensual a los planes de acción estipulados por las EPS
- ✓ Continuar con el reporte mensual del tablero gerencial y envió a la secretaria de salud municipal y secretaria de salud departamental
- ✓ Realizar seguimiento a las IPS que atienden partos de gestantes del municipio en el segundo y tercer nivel, para que reporten en el certificado de nacido vivo el lugar de procedencia de la madre y se notifique mensualmente en los informes de vacunación las vacunas de BCG Y HB en la casilla de otros municipios.
- ✓ Continuar con la vacunación extramural según cronograma en la IPS contributivas del municipio
- ✓ La secretaria de salud municipal mensualmente enviara la población objeto PAI a vacunar
- ✓ Continuar con la búsqueda activa de inasistentes y demanda inducida en el área rural y urbana con apoyo de las APS
- ✓ Continuar garantizando la tenencia de carne de vacunación.
- ✓ Continuar el fortalecimiento con los diferentes actores sociales del municipio (EPS contributivo, subsidiado, familias en acción, programas de promoción y prevención)

- ✓ Participación en las Jornadas de vacunación estipuladas por el ministerio de salud
- ✓ Fortalecimiento del Seguimiento a cohorte de influenza
- ✓ Continuar con las Jornadas extramurales los días viernes en áreas de difícil acceso
- ✓ Transmisión de videos institucionales promocionando el servicio de vacunación.
- ✓ envió mensual por parte de la secretaria de salud municipal de los nacimientos del municipio en donde previamente se realiza revisión de base de datos del SISBEN Y FOSYGA

e. Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años

Tabla 87.Número de afiliados al régimen contributivo menores de 18 años.

		NIÑOS	NIÑAS
2015	4156	2188	1968
2016	4290	2246	2044
2017	4095	2136	1959

ANALISIS DEL MUNICIPIO:

Todos los NNA de nuestro municipio se encuentran afiliados algún régimen de salud, garantizándoles así el derecho a la salud.

f. Cobertura de agua potable
g. Continuidad del servicio de agua /Horas al día (Información solo para Departamentos)
h. Cobertura de acueducto
i. Cobertura de viviendas con servicio de alcantarillado
j. Número de días a la semana que se realiza la recolección de residuos sólidos por vivienda

Tabla 88.Cobertura de agua.

EVENTO	2015	2016	2017
Calidad de agua	2,20%	4,6	0,5
Cobertura de agua potable (Continuidad del Servicio)	98,3	97,8	98
Continuidad del servicio de agua /Horas al día (Información solo para municipios)	15,3	15,9	17
Cobertura de acueducto	98,30%	97,80%	98%
Cobertura de viviendas con servicio de alcantarillado	96,6	96,2	96,4

En el municipio de Lebrija en el área urbana se tiene Cobertura de Agua Potable: 98% de las viviendas del casco urbano cuentan con este recurso, la Continuidad del Servicio de agua es de 24 horas diarias cuando no hay racionamiento, la cobertura de Acueducto es del 100% en la misma área, en el municipio con cobertura de viviendas con servicios de Alcantarillado es de 98%.

ANÁLISIS MUNICIPAL.

En cuanto al servicio del acueducto no es del 100% teniendo en cuenta la crisis de desabastecimiento que pasa el municipio en épocas de verano, por lo que se hace necesario la ampliación del embalse y la construcción de un nuevo acueducto.

7.4. REALIZACION: Goza de un buen estado nutricional y adopta hábitos alimenticios saludables

a. Prevalencia de exceso de peso en niños, niñas y adolescentes

De acuerdo a los datos arrojados en la base nacional del SISBEN Censo 2005, se realiza un comparativo entre niveles socioeconómicos en cuanto a la prevalencia de retraso en talla y sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes de 5 a 17 años, identificando un mayor porcentaje de retraso en talla en los niveles 1 y 2 así mismo mayor sobrepeso y obesidad para esta población en los niveles 3 y 4 de nuestro país. Es decir los estratos socioeconómicos en los que existen mayor número de niños, niños y adolescentes con más baja talla son 1 y 2 mientras que en los estratos 3 y 4 hay mayor sobrepeso y obesidad.

En el país, el porcentaje de desnutrición crónica en menores de 5 años es de 13,2; en Santander es de 8,6%. Para la población entre 5 y 17 años el porcentaje de desnutrición crónica es de 10%. Además, la prevalencia de sobrepeso y de obesidad en este grupo poblacional fue 13,1% y 5,7%, respectivamente, según datos arrojados por la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) realizada en el año 2010.

En el año 2013, la Secretaría de Salud de Santander decidió a través del estudio SALUS establecer la situación nutricional y el perfil metabólico de la población santandereana menor de 18 años, mediante la valoración de prácticas alimentarias y de actividad física, y de indicadores antropométricos y bioquímicos, con el propósito de contar con información válida, actual y específica en este grupo poblacional, que permita tomar decisiones y acciones en el campo de la salud pública. En total se obtuvo participación de 3.697 niños y adolescentes. La distribución por grupos de edad fue la siguiente: el 28,05% correspondió a niños menores de 5 años, el 21,59% niños de 5 a 7 años y el porcentaje restante fueron niños y adolescentes de 8 a 17 años (ver tabla 3).

Prevalencia de desnutrición por área geográfica

Al comparar los datos por área geográfica, hallamos que la desnutrición es más acentuada en la zona rural que en la urbana, lo que hace pensar que aún en nuestros días la personas del área rural son sometidas a la exclusión social. La preocupación radica en que en las zonas rural cada día más despobladas pues las personas emigran hacia las zonas urbanas que cada día se ven más pobladas y donde las fuentes de ingresos escasean.

Tabla 89. Desnutrición en menores de edad.

	2015	**2016**	**2017**
Desnutrición aguda.	40 menores. 2 0.8%	45 menores 1 0.45%	30 menores 1 0.3%
Desnutrición Crónica.	40 menores 7 con DNT 2.8%	45 menores 6. 2.7%	30 menores 6. 1.8%
Desnutrición Global.	40 menor 7 con DNT 2.8%	45 menores 4 1.8%	30 menores 5 1.5%

ANÁLISIS MUNICIPAL

Sobre este indicador el municipio de Lebrija no tiene ningún dato, sin embargo la secretaria de Salud adelanta acciones constantes para mantener buenos hábitos de vida saludables.

En esta edad la presión social, los medios de comunicación, la autoimagen han generado que nuestros adolescentes empiecen a tener un pensamiento errado de lo que es un peso saludable, el Bullying en las instituciones educativas ha llevado a que los estudiantes sientan temor de no tener una imagen "aceptable socialmente" llevando así a presentarse casos de delgadez en estas etapas, de igual forma, la inapetencia refuerza esta situación, la falta de variabilidad en las preparaciones, la dieta monótona genera que los chicos en esta edad pierden el apetito y disminuyan la ingesta diaria, dando lugar a pérdidas de peso y una estadística de anormalidad nutricional en esta etapa.

Una estrategia para mejorar esta situación es el fomento de espacios saludables, educación a nuestros estudiantes acerca de qué significa una buena nutrición, un trabajo conjunto entre Psicología y la parte Nutricional, para inculcar en nuestros estudiantes buenos hábitos nutricionales y evitar el aumento de una mala percepción de la autoimagen.
Realizar Talleres con los estudiantes de alimentación saludable donde ellos sean partícipes de una correcta selección de alimentos.
Fomentar los controles del joven sano, ya que a partir de los 6 años disminuye la asistencia de prevención de nuestros niños, niñas y adolescentes.

7.5. REALIZACION: Vive y expresa responsablemente su sexualidad

a. Programas, Estrategias que promuevan los Derechos Sexuales y Reproductivos

En Colombia de acuerdo a Pro Familia ENDS, 2011 la tasa General de Fecundidad por grupos de edad, años de comparación 2000,2005, y 2010 (tasa por 1000), en el rango de 15 a 19 años para el año 2000 la tasa de fecundidad es de 83 (por mil), para el año 2005 aumenta en un punto 84 y para el 2010 la tasa aumenta 90 (tasa por 1000).

Así mismo la encuesta de comportamientos y actitudes sobre sexualidad en NNA escolarizados, 2014 se aplicó a 99.910 estudiantes de los grados 6º a 11º de los establecimientos de educación formal de los sectores oficial y no oficial de las jornadas única, mañana y tarde, en las ciudades de Bogotá D.C., Cali, Cartagena y Tunja durante el período de octubre a noviembre de 2014.

Encuesta de Comportamientos y Actitudes Sexuales de Niños, Niñas y Adolescentes -ECAS- La muestra seleccionada es representativa de 904.204 niñas, niños y adolescentes, de los cuales el 69,8% corresponden a la ciudad de Bogotá D.C., 18,4% a la ciudad de Cali, 9,9% a la ciudad de Cartagena y 1,8% a la ciudad de Tunja. De las niñas, niños y adolescentes escolarizados, el **0,8%** reportó tener hijos. De estos, el **46,9%** corresponde

a hombres y el 53,1% a mujeres. En Bogotá D.C. y Tunja, el porcentaje de las mujeres que tienen hijos (56,4% para Bogotá D.C. y 63,6% para Tunja) es mayor que el porcentaje de los hombres (43,6% y 36,4%, respectivamente). Por el contrario, en Cartagena y Cali los hombres con hijos corresponden al 60,9% y 50,6%.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de demografía y salud de 2010 realizada en el departamento de Santander, se identificó que Disminuyo 1.7 en porcentaje de adolescentes alguna vez embarazada del 17.8% de 2005 al 16.1 en el año 2010, así mismo afirma que el 10% de las adolescentes del departamento tuvo relaciones antes de los 15 años y el 53% de las adolescentes las tuvo antes de los 18 años, de estas el 57% uso condón en su primera relación.

Situación del embarazo en adolescentes en el departamento de Santander, Colombia: ***(Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud Print version ISSN 0121-0807)*** El departamento de Santander se encuentra ubicado en la zona nororiental del país, Bucaramanga, su capital y el área metropolitana conformada además por los municipios de Floridablanca, Girón y Piedecuesta es la quinta aglomeración en población de Colombia. Para los años 2012 y 2013, el departamento mostró una dinámica económica muy importante que lo ubica entre los mejores del país en crecimiento económico, competitividad, menor tasa de desempleo, una buena dinámica exportadora y de construcción inmobiliaria, entre otros13. El Área Metropolitana de Bucaramanga, AMB, concentra más de la mitad de la población del departamento, alrededor del 54.3%, con una distribución básicamente equilibrada entre hombres y mujeres. La tasa de fecundidad en adolescentes para el año 2013 fue de 67,7 por mil en el AMB, un poco más baja que en el país que reportó 70.2. Existen diferencias altas entre los municipios que conforman el Área Metropolitana, mientras en el municipio de Bucaramanga sobrepasa el promedio nacional, 76.6, en los municipios de Piedecuesta, Floridablanca y Girón estuvo por debajo del promedio nacional con 56.8, 61.1 y 61.3 adolescentes embarazadas por cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años respectivamente14.

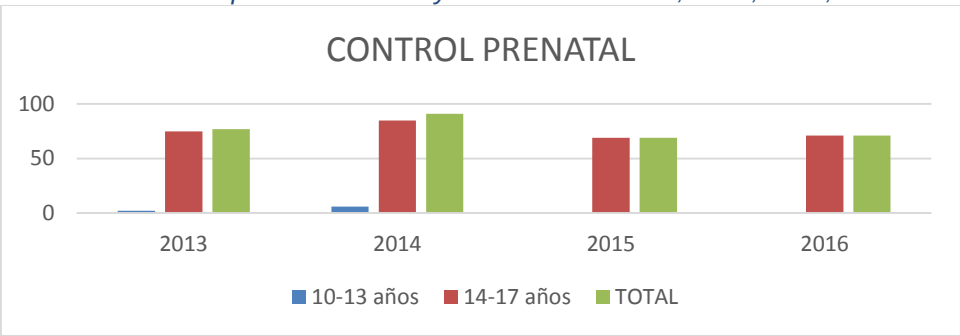
INFORME MUNICIPIO

Tabla 90. Control prenatal 2013, 2014, 2015,2016.

CONTROL PRENATAL			
vigencia	10-13 años	14-17 años	TOTAL
2013	2	75	77
2014	6	85	91
2015	0	69	69
2016	0	71	71

Fuente 93. Secretaria de Salud.

Gráfica 62. Control prenatal infancia y adolescencia 2013, 2014, 2015,2016.



Fuente 94. Autores, datos secretaria salud.

ANALISIS DEL MUNICIPIO:

Según la información de la secretaria de salud, podemos observar una vez consolidada la misma que aún prevalece el embarazo en adolescentes, en el año 2013 en el rango de edad de 10 a 13 años se reportaron 2 casos, en el año 2014 se reportaron 6 casos con un déficit del 75% en prevención en estos, pero para el año 2015 se reportaron 0 casos lo cual plasma que se redujo en un 100%, el comportamiento de esta población tendía al aumento pero logro ser mitigada en el año 2015, más sin embargo pueden resurgir por que el comportamiento de la población en los tres años tienen la misma tendencia; en el rango de los 14 a los 17 años se reportaron para el año 2013 un total de 75 casos que con respecto de los 85 casos reportados en el año 2014 se obtuvo un déficit del 53,13% en prevención en esta muestra poblacional, pero en comparación del año 2014 con el año 2015 con un reporte de 69 casos se logró una reducción del 18,82%, y con porcentaje porcentual del 14% de adolescentes para este último año. En el 2015 del total de las 480 atenciones en control prenatal el 14,3% corresponde a menores de 18 años, siendo en el 2014 el 14,1%, manteniendo la tendencia, para el 2016 se registra un leve incremento.

Según secretaria de gobierno La COMISARIA DE FAMILIA con su equipo interdisciplinario desarrolla de manera permanente campañas en PREVENCION del embarazo en adolescentes mediante talleres dirigidos a adolescentes especialmente en las instituciones educativas concientizando a las mujeres de los efectos que implica el compromiso y la responsabilidad de un embarazo no deseado sin ningún tipo de vinculación familiar responsable; Obedeciendo a que el Índice de embarazos en adolescentes se elevó, especialmente durante la oferta laboral que se dado a la ejecución de los macro proyectos que se han venido realizando en la jurisdicción.

ACCIONES A REALIZAR:

Prevenir y disminuir el embarazo en adolescentes y sus efectos mediante sensibilización de sus impactos como la desescolarización y el riesgo de pobreza.

7.6. REALIZACION: Desarrolla y potencia sus capacidades, habilidades y destrezas con procesos educativos formales e informales que favorecen su desarrollo integral.

- Tasa neta de cobertura en educación básica secundaria
- *Tasa neta de cobertura en educación media
- *Tasa bruta de cobertura en educación básica secundaria
- *Tasa bruta de cobertura en educación media.
- *Tasa de deserción en educación media
- *Tasa de repitencia en educación básica secundaria
- *Tasa de repitencia en educación media
- *Número de niños y niñas con discapacidad atendidos en el sistema educativo
- *Tasa de analfabetismo

Así lo revelan estadísticas entregadas por el Ministerio de Educación Nacional, MEN, que indican que en Santander hay una disminución de casi 21 mil niños entre los matriculados el año pasado respecto a 2012.

En efecto, mientras en 2011 se matricularon 382 mil alumnos en el departamento, esta cifra descendió este año a 361 mil estudiantes.

En este sentido, en los 82 municipios no certificados de Santander (se exceptúan Barrancabermeja y toda el área metropolitana de Bucaramanga) en 2011 se registró en matrícula oficial la cifra de 171 mil estudiantes, en cambio en 2012 este número se redujo a 162 mil.

Según las estadísticas del Ministerio de Educación Nacional, el departamento de Santander, exceptuando los 82 municipios no certificados, obtuvo resultados superiores a los alcanzados a nivel nacional en las pruebas saber que los estudiantes de grado once presentaron el año pasado.

"El departamento concentra al 44% de los establecimientos educativos en las categorías de desempeño alto, superior y muy superior y un 31% en las categorías de desempeño inferior y muy inferior", señala el informe.

En el caso de Bucaramanga, en este municipio se concentra solamente un 15% de establecimientos educativos en las categorías de desempeño inferior y muy inferior, en contraste con un 57% de sus instituciones que se ubican en las categorías de desempeño alto, superior y muy superior.

INFORMACION DEL MUNICIPIO

Cobertura escolar básica secundaria

Tabla 91. Cobertura escolar en básica secundaria 2014,2015.

AÑOS	# NIÑOS (AS) ENTRE 6 Y 10 AÑOS MATRICULADOS EN B. SECUNDARIA	TOTAL POBLACION ENTRE 11 Y 14 AÑOS DE EDAD	TASA NETA DE COBERTURA ESCOLAR EN EDUCACIÓNBASICA SECUNDARIA
2014	2.646	2.819	93,0%
2015	2.825	2.788	101.32%

Fuente 95. Dirección de núcleo.

Cobertura en educación media

Tabla 92.Cobertura escolar en educación media 2014,2015.

AÑO	# NIÑOS (AS) ENTRE 15 Y 16 AÑOS MATRICULADOS EN EL NIVEL MEDIA	TOTAL POBLACION ENTRE 15 y 16 AÑOS DE EDAD	TASA NETA DE COBERTURA ESCOLAR EN EDUCACIÓNMEDIA
2014	911	1.455	62%
2015	918	1.450	63.31%

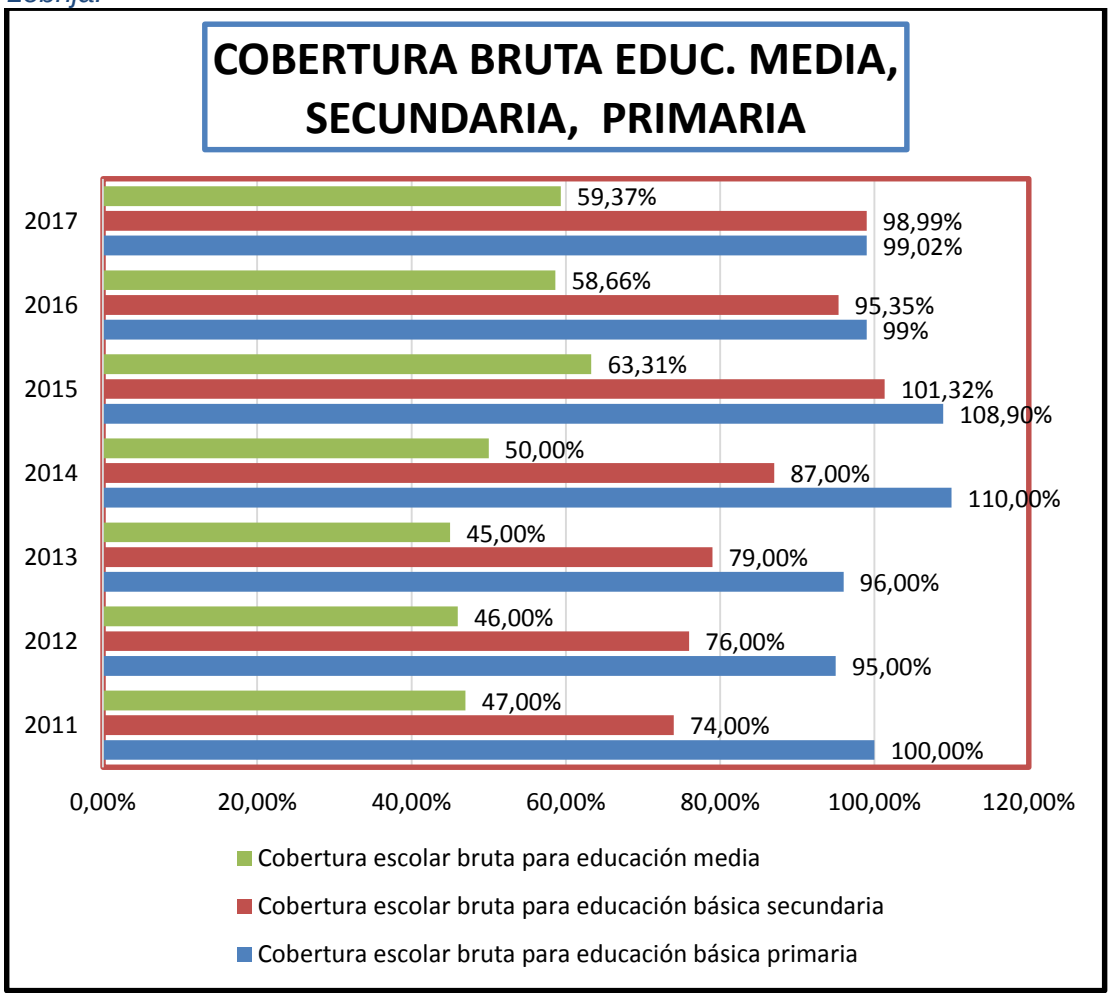
Fuente 96. Dirección de núcleo.

Análisis de cobertura en educación:
Las coberturas de básica primaria del 2015 en relación con 2014 se han incrementado llegando al 108%, esto ocurre por la población que ingresa al municipio por generación de empleo, algunos lo hacen de forma provisional, lo mismo ocurre con coberturas de básica

secundaria alcanzando el 101%, la cobertura en educación media ha tenido un leve incremento.

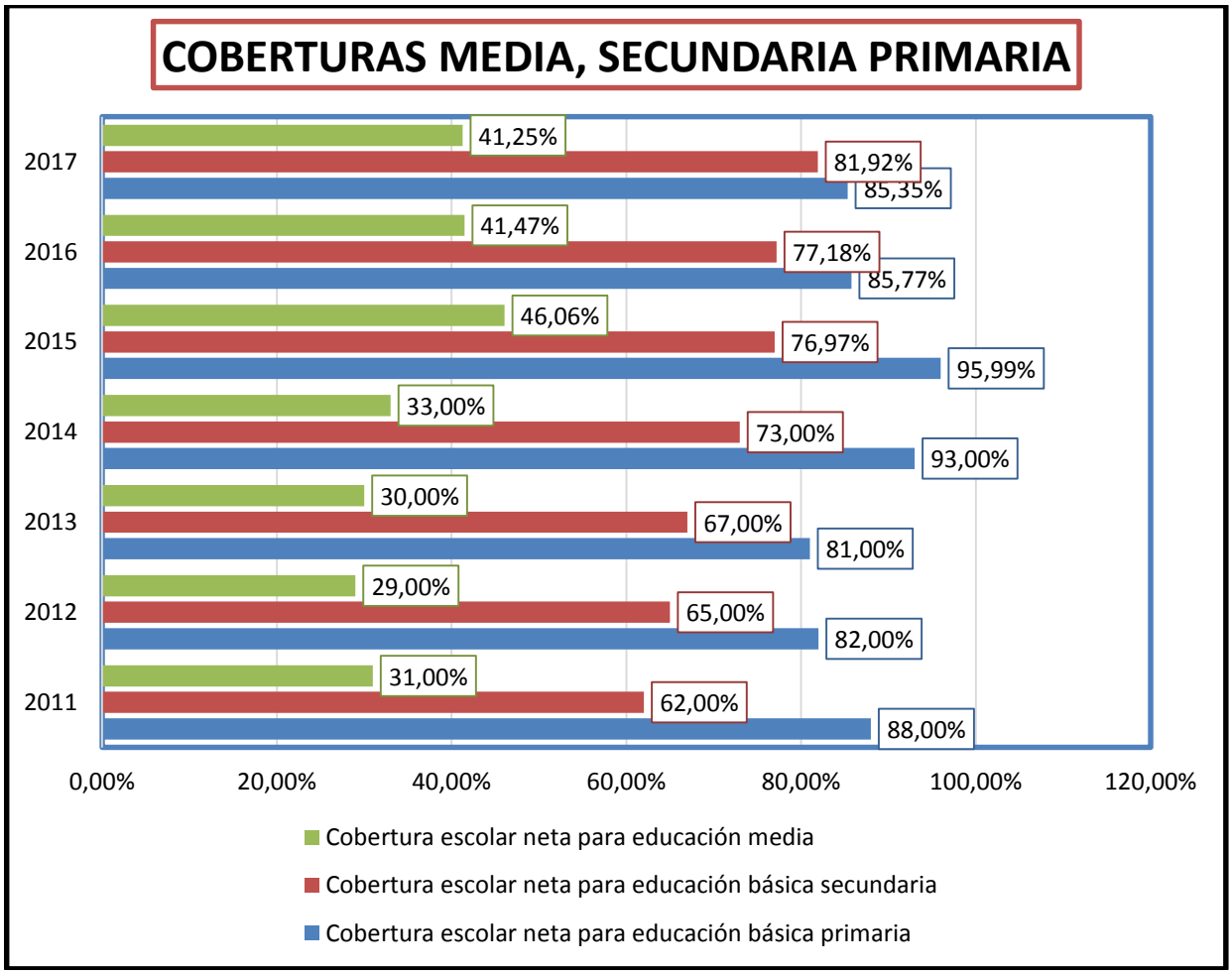
COBERTURA bruta NIVEL DE BASICA PRIMARIA, SECUNDARIA y MEDIA EN EL MUNICIPIO DE LEBRIJA. INDICADORES 52, 53 Y 54

Gráfica 63. Cobertura bruta nivel de basica primaria, secundaria y media en el municipio de Lebrija.



COBERTURA Neta NIVEL DE BASICA PRIMARIA, SECUNDARIA y MEDIA EN EL MUNICIPIO DE LEBRIJA.

Gráfica 64. Cobertura neta nivel de basica primaria, secundaria y media en el municipio de Lebrija.



COBERTURA Neta NIVEL DE BASICA PRIMARIA, SECUNDARIA y MEDIA EN EL MUNICIPIO DE LEBRIJA.

Tabla 93. Cobertura neta y bruta de los niveles de básica primaria, secundaria y media del municipio de Lebrija años 2015, 2016 y 2017.

	2015			2016			2017		
INDICADOR	**%**	**matricula**	**CENSO**	**%**	**matricula**	**CENSO**	**%**	**matricula**	**CENSO**
Cobertura escolar neta para educación básica primaria	95.99%	3359	3499	85,77%	3028	3530	85,35%	3053	3577
Cobertura escolar neta para educación básica secundaria	76.97%	2146	2788	77,18%	2142	2775	81,92%	2275	2777
Cobertura escolar neta para educación media	46,06%	668	1450	41,47%	598	1442	41,25%	590	1430
Cobertura escolar bruta para educación básica primaria	108.90%	3813	3499	99%	3495	3530	99.02%	3542	3530
Cobertura escolar bruta para educación básica secundaria	101%	2146	2788	95,35%	2646	2775	98,99%	2749	2775
Cobertura escolar bruta para educación media	63.31%	918	1450	58.66%	846	1442	59,37%	849	1442

En la Gráfica , visualiza la población escolar matriculada en el Nivel de Básica Primaria en las instituciones oficiales y privadas en el municipio de Lebrija (S), donde la demanda es

mayor que la oferta, hasta el punto de ofertar más del 100%, en el 2015, decrece en un porcentaje relativo en el 2016 y se mantiene en el 2017. Se concluye:

- Tendencia a crecer y decrecer como fenómeno de transito de la población en el municipio de Lebrija.
- Cuando en el año anterior el % de atención es superior en PREESCOLAR, el fenómeno del año siguiente es que aumenta este porcentaje en B. PRIMAMRIA y así sucesivamente.
- Se atiende población en extra edad.
- Se evidencia errores en el SIMAT.

La Gráfica permite observar un proceso de aumento en la cobertura del nivel de Básica Secundaria en el municipio de Lebrija, cuando en el 2003 se inicia en la zona rural la apertura de los grados 6º con metodología Tradicional en PORTUGAL y LLANADAS, en el 2005 con metodologías flexibles como la **POSTPRIMARIA** (LA VICTORIA, LA ESTACION) y **LA TELESECUNDARIA** (EL CONCHAL).

En la Tabla, describe como el año 2015 la matrícula de niños de 11 a 14 años de edad (Cobertura NETA), en el Nivel de Básica Secundaria asciende en el 2016 y considerablemente en el 2017. Esto se debe:

- Este nivel de enseñanza se ofrece en los establecimientos educativos OFICIALES Y PRIVADOS, en sus sedes principales. Con metodología y/o educación tradicional en B. Secundaria en LLANADAS, PORTUGAL, LA VICTORIA, LA ESTACION Y EL CONCHAL.
- Es de resaltar que en el sector rural existe la pos-primaria (B Secundaria) en las veredas CUZAMAN, CENTENARIO, URIBE URIBE, y en el 2018 se abrió en CHUSPAS. Se puede decir, que hay cobertura total sectorizada en el sector rural de acuerdo al asentamiento poblacional.
- Se aclara que en estos % no se relaciona la EDUCACION DE JOVENES Y ADULTOS CON METODOLOGIA CLEI y SAT.

COBERTURA ESCOLAR DE EDUCACION MEDIA EN EL MUNICIPIO DE LEBRIJA

Tabla 94. Cobertura Nivel de Media.

	# NIÑOS (AS) ENTRE 15 Y 16 AÑOS MATRICULADOS EN EL NIVEL MEDIA	TOTAL POBLACION ENTRE 15 y 16 AÑOS DE EDAD	TASA NETA DE COBERTURA ESCOLAR EN EDUCACION MEDIA
2012	421	1455	29%
2013	436	1456	30%
2014	480	1455	33%
2015	668	1450	46.06%
2016	598	1442	41.47%
2017	590	1430	41.25%

En las tablas se observa un crecimiento de la cobertura en la matricula en el nivel de Media, en donde SE INICIA CON la apertura de la Básica Secundaria en los años 2004 y 2005, EN EL SECTOR RURAL DEL MUNICIPIO, como consecuencia aumenta la promoción de Bachilleres en el año 2007, por cuanto ya no solo el SECTOR URBANO de Lebrija, atiende el nivel de MEDIA, sino que en las instituciones educativas del SECTOR RURAL: como PORTUGAL, LLANADAS inician la promoción de los primeros Bachilleres y en el 2011 las instituciones educativas de la ESTACION Y LA VICTORIA, DE LAS VEREDA El Cerro de la Aurora y La Victoria, proclamarán su primera promoción de Bachilleres.

La cobertura NETA, en el nivel de MEDIA (GRADOS: 10º, Y 11º, edad de 15 y 16 años), aumenta en un en el 2015 para decrecer levemente en los años 2016 y 2017 a pesar de que en estos años se abrió el nivel de MEDIA en la zona Baja de Lebrija, en la sede H, EL CONCHAL de la institución Educativa Vanegas de este municipio.

Se concluye:

- El municipio de LEBRIJA, en sus Instituciones Educativas tienen todos los niveles permitiendo a sus pobladores acceder al servicio educativo.

Sin embargo, alrededor de estos avances existen problemáticas sociales que inciden en la deserción y permanencia de los estudiantes en las Instituciones que ofertan el servicio educativo:

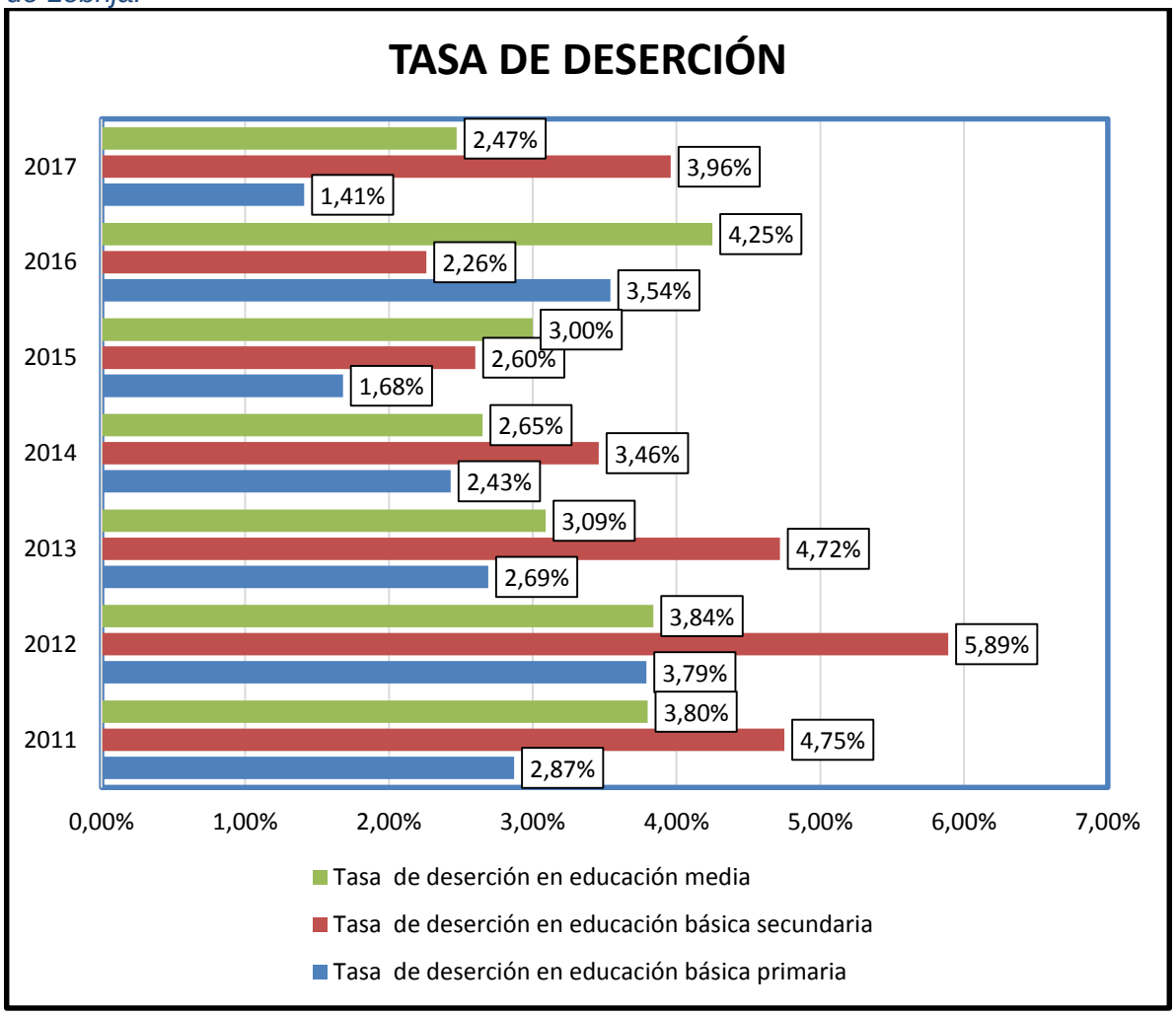
- La Deserción Escolar en los establecimientos educativos de Lebrija, desde el año 2015 hasta el 2017, AUNQUE HA DISMINUIDO MUY POCO, en el último año, es evidente que la DESERCION es un fenómeno de alarma debido a procesos de cambio de residencia del grupo familiar por motivos laborales, fenómeno que se evidencia por la forma de contratación mano de obra en el campo avícola, en algunos casos se cumplen con el proceso de retiro de documentos y traslado de matrícula, en otros se desconoce el nuevo sitio de residencia del personal que deserta del sector educativo. Algunos padres de flia., no tienen autoridad sobre sus hijos que no quieren regresar a las aulas, situación que se reporta a las comisarías de Flia.
- Otro factor decisivo para la deserción es el hacinamiento de alumnos en las aulas del SECTOR URBANO, ya que se atienden grupos de 41 a 45 estudiantes tanto en Básica como en Media, lo que desmotiva y aumenta casos de disciplina, agresividad, bulling, etc.
- En el sector urbano (único colegio oficial), existe un hacimiento en las aulas de clase.
- Falta apoyo de los padres de familia para que sus hijos terminen el nivel de Media.
- Problemas sociales: descomposición familiar, violencia intrafamiliar, violencia sexual, etc.
- Embarazos y actividad sexual a temprana edad.
- Reprobación del año escolar

DESERCION ESCOLAR

Tabla 95. Deserción escolar en los niveles de b. Primaria, secundaria y media, años 2015, 2016 y 2017.

INDICADOR	2015	2016	2017
Tasa de deserción en educación básica primaria	1,68%	3,54%	1,41%
Tasa de deserción en educación básica secundaria	2,60%	2,26%	3,96%
Tasa de deserción en educación media	3%	4,25%	2,47%

Gráfica 65. Deserción en los niveles de básica primaria, secundaria y media en el municipio de Lebrija.



Deserción Escolar en los establecimientos educativos de Lebrija, desde el año 2015 hasta el 2017, AUNQUE HA DISMINUIDO MUY POCO, en el último año, es evidente que la DESERCION es un fenómeno de alarma debido a procesos de cambio de residencia del grupo familiar por motivos laborales, fenómeno que se evidencia por la forma de contratación mano de obra en el campo avícola, en algunos casos se cumplen con el

proceso de retiro de documentos y traslado de matrícula, en otros se desconoce el nuevo sitio de residencia del personal que deserta del sector educativo. Algunos padres de flia., no tienen autoridad sobre sus hijos que no quieren regresar a las aulas, situación que se reporta a las comisarías de Flia.

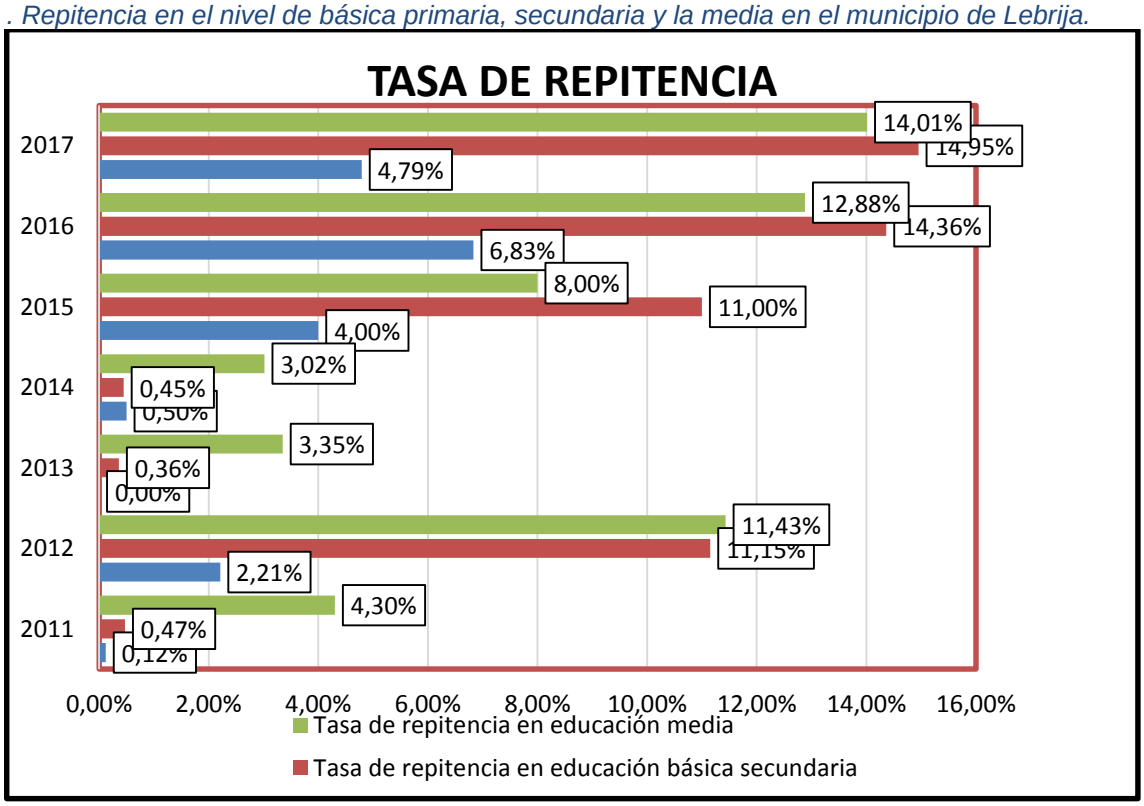
Otro factor decisivo para la deserción es el hacinamiento de alumnos en las aulas del SECTOR URBANO, ya que se atienden grupos de 41 a 45 estudiantes tanto en Básica como en Media, lo que desmotiva y aumenta casos de disciplina, agresividad, etc.

REPITENCIA ESCOLAR

Tabla 96. Repitencia escolar en los niveles de b. Primaria, secundaria y media, años 2015, 2016 y 2017.

INDICADOR	2015	2016	2017
Tasa de repitencia en educación básica primaria	4%	6,83%	4,79%
Tasa de repitencia en educación básica secundaria	11%	14,36%	14,95%
Tasa de repitencia en educación media	8%	12,88%	14,01%

. Repitencia en el nivel de básica primaria, secundaria y la media en el municipio de Lebrija.



La tabla y la Grafica nos presentan las estadísticas de la tasa de Repitencia en educación en los niveles de Básica Primaria, Secundaria y Media, donde los altos índices de repitencia se da en los años 2016 y 2017 en los niveles B. Secundaria y Media. Por lo anterior se hace necesario:

- Un proceso de verificación y seguimiento a instituciones educativas por parte de la Secretaria de Educación Departamental, donde se analice y se tomen correctivos que permitan bajar los índices de mortalidad académica, sin que por ello no deja de ser preocupante los altos porcentajes de repitencia en el nivel de BASICA SECUNDARIA.
- El MEN a través del DIA E califica o le da puntaje a las IE que tienen bajos índices de mortalidad académica.
- Trabajar con los padres de familia en el compromiso de coayudar en el procesos educativo de sus hijos.
- A través de los equipos interdisciplinario de las Comisarías de Flia. y Sec. de Salud Mpal., se trabaje con los padres de familia a fin de mejorar la participación de las familias en el proceso educativo.
- Programa Familias en Acción.

TASA DE ANALFABETISMO.

Tabla 97. Tasa de analfabetismo en el municipio de Lebrija.

AÑOS	POBLACION ANALFABETA	TOTAL POBLACION DE LEBRIJA	TASA DE ANALFABETISMO
2005	1893	30984	6.10%
2008	1893	33110	5.71%
2011	1535	35356	4.34%
2012	1494	36.138	4.13%
2013	1416	36.926	3.83%
2014	1490	37739	3.94
2015	1510	38560	3.91
2016	1287	39398	3.26
2017	1290	40252	3.20

AÑO 2011. PROGRAMAS DE ALFABETIZACION CON METODOLOGIAS:

- METODOLOGIA PAVA: 160 ESTUDIANTES
- METODOLOGIA YO SI PUEDO: 165 ESTUDIANTES
- CAFAM: 33 ESTUDIANTES

TOTAL: 358

POBLACION ANALFABETA 1893 MENOS 358 = **1535**

AÑO 2012. PROGRAMAS DE ALFABETIZACION CON METODOLOGIAS

- METODOLOGIA A CRECER: 41 ESTUDIANTES

POBLACION ANALFABETA 1535 MENOS 41 = **1494**

AÑO 2013. PROGRAMAS DE ALFABETIZACION CON METODOLOGIAS

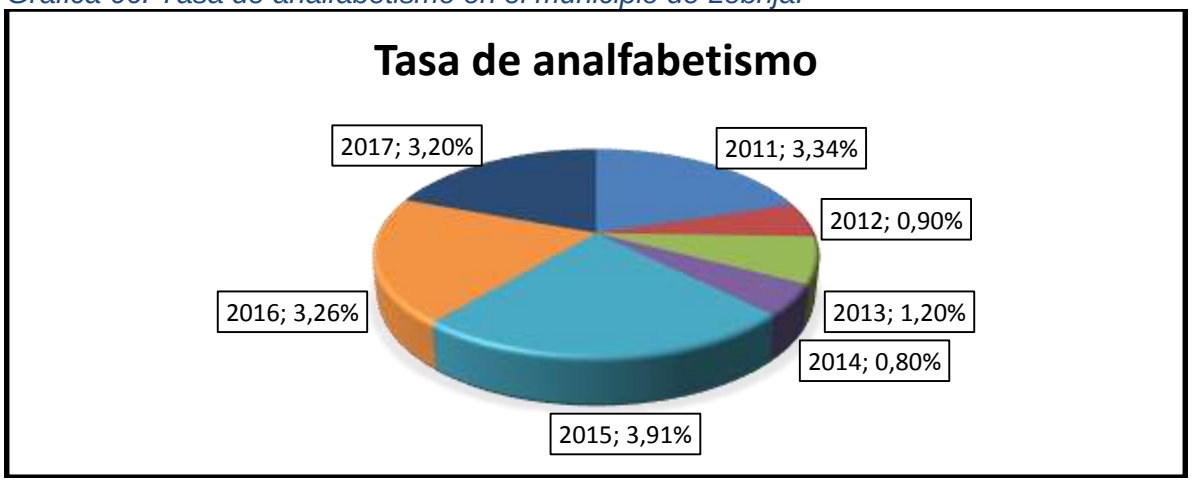
- METODOLOGIA A CRECER: 63 ESTUDIANTES
- METODOLOGIA SER HUMANO: 15 ESTUDIANTES

TOTAL 78 ESTUDIANTES

POBLACION ANALFABETA 1494 MENOS 78 = **1416**

2016 La SED contrató una corporación educativa con la metodología A CRECER donde se atendió a 223 personas analfabetas…. 1416 - 223 = 1193

Gráfica 66. Tasa de analfabetismo en el municipio de Lebrija.



NIVEL DE DESEMPEÑO EN LENGUAJE, QUINTO GRADO

- **RESULTADOS DE QUINTO GRADO EN EL ÁREA DE LENGUAJE**

Porcentaje de estudiantes en cada nivel de desempeño en Lenguaje, Quinto Grado.

- El puntaje promedio de los establecimientos educativos del municipio es similar al de los Establecimientos educativos de Colombia.
- El puntaje promedio de los establecimientos educativos oficiales rurales del municipio es similar al de los establecimientos educativos oficiales rurales de Colombia.
- El puntaje promedio de los establecimientos educativos privados del municipio es similar al de los establecimientos educativos privados de Colombia.

RESULTADOS DE QUINTO GRADO EN EL ÁREA DE MATEMÁTICAS

1. **Porcentaje de estudiantes en cada nivel de desempeño en matemáticas, quinto grado**

- El puntaje promedio de los establecimientos educativos del municipio es similar al de los establecimientos educativos de Colombia.
- El puntaje promedio de los establecimientos educativos oficiales rurales del municipio es similar al de los establecimientos educativos oficiales rurales de Colombia.
- El puntaje promedio de los establecimientos educativos privados del municipio es similar al de los establecimientos educativos privados de Colombia.

Tabla 98. Clasificación de establecimientos educativos en las Pruebas ICFES 2017.

	2015					**2016**					**2017**				
	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado
Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 5°,	LENGUAJE	16%	39%	33%	12%	LENGUAJE	13%	38 %	28 %	20 %	LENGUAJE	11 %	44 %	33 %	12 %
	MATEMÁTICAS	24%	33%	27%	16%	MATEMÁTICAS	29%	30 %	24 %	17 %	MATEMÁTICAS	45 %	29 %	17 %	9%
	PENSAMIENTO C:	25%	31%	31%	13%	C. NATURALES	10%	44 %	26 %	20 %		%	%	%	%

	2015					2016					2017				
	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado
Niveles de desempeño en las pruebas SABER grado 9	LENGUAJE	10%	45%	42%	3%	LENGUAJE	16%	42 %	39 %	3%	LENGUAJE	7%	43 %	44 %	6%
	MATEMÁTICAS	12%	51%	30%	7%	MATEMÁTICAS	15%	54 %	25 %	6%	MATEMÁTICAS	17 %	56 %	23 %	4%
	PENSAMIENTO C:	11%	33%	45%	11%	C. NATURALES	13%	58 %	24 %	5%		%	%	%	%

PRUEBAS SABER 11º. INDICADOR 64 Y 65

PORCENTAJE DE CATEGORIAS DE DESEMPEÑO O CLASIFICACION DE EE SEGÚN LAS PRUEBAS SABER 11º

Porcentaje de establecimientos educativos en las categorías de desempeño en las pruebas SABER 11	CATEGORIA DE DESEMPEÑO EN= A: 14,28% , B: 57,14% C: 28,57%	CATEGORIA DE DESEMPEÑO EN= A: 28,57% , B: 42.85% C: 28.57%	CATEGORIA DE DESEMPEÑO EN A: 28,57% B: 71,42%

	2015					2016					2017				
	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado	Niveles % / AREAS	Insuficiente	Mínimo	Satisfactorio	Avanzado
Puntajes promedio en las pruebas SABER 11°:Lenguaje, Matemáticas, Biología, Física, Química, Ciencias Sociales, Filosofía e Inglés)	Lectura Crítica: 52 Matemáticas: 55 Soc. y Ciud: 53 CIENCIAS N: 54 INGLES: 48 RAZONAMIENTO C: 56 COMPETENCIAS CIUDADANAS: 53					Lectura Crítica : 56 Matemáticas: 57 Soc. y Ciuda: 54 CIENCIAS N: 57 INGLES: 52					Lectura Crítica: 57 Matemáticas: 57 Soc. y Ciud: 53 CIENCIAS N: 56 INGLES: 51				

La tabla de clasificación de establecimientos educativos en las Pruebas ICFES 2017, es de resaltar como el COLEGIO INTEGRADO NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES, JORNADA DE LA MAÑANA se clasifica en la categoría SUPERIOR, los demás I:E tanto oficiales como privadas se clasifican en la categoría ALTO.

Es preocupante como la educación en los programas de educación de jóvenes y adultos aún se mantienen en la categoría BAJO, lo que requiere un plan de mejora para optar una mejor clasificación en las pruebas ICFES o PRUEBAS SABER 11º GRADO.
La gráfica de los promedios PRUEBAS SABER 11º, CURVA HA SIDO CRECIENTE

Tabla 99. Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación – ICFES 2017.

Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación – ICFES 2017.

Código DANE		País/ET/Municipios	Promedio Puntaje Global	Comparación PG	Desviación	Comparación DPG
		COLOMBIA	262	Similar	47	Menor
		SANTANDER	279			
		LEBRIJA	277		43	
		OFICIALES URBANOS DE LEBRIJA	282	Similar	45	Similar
		OFICIALES RURALES DE LEBRIJA	263	Similar	36	Mayor

		PRIVADOS DE LEBRIJA	290	Similar	44	Similar
		GC 1 DE LEBRIJA	293	Similar	44	Similar
		GC 2 DE LEBRIJA	276	Similar	43	Similar
		GC 3 DE LEBRIJA	290	Similar	44	Similar

En este informe del ICFES se observa que el promemdio GLOBAL DE LAS PRUEBAS 11º, en 2017 estan por encima del promedio Nacional y por debajo del

Tabla 100. Promedio de Santander.

Matemáticas

Código DANE	País/ET/Municipios	Promedio	Comparación PMAT	Desviación	Comparación DMAT
	COLOMBIA	52	Mayor	12	Similar
	LEBRIJA	57		11	
	OFICIALES URBANOS DE LEBRIJA	58	Similar	11	Similar
	OFICIALES RURALES DE LEBRIJA	54	Similar	11	Similar
	PRIVADOS DE LEBRIJA	57	Similar	10	Similar
	GC 1 DE LEBRIJA	62	Menor	10	Similar
	GC 2 DE LEBRIJA	57	Similar	11	Similar
	GC 3 DE LEBRIJA	57	Similar	10	Similar
LEBRIJA	COLEGIO PORTUGAL	54	Similar		
LEBRIJA	LICEO SAN FERNANDO	58	Similar		
LEBRIJA	INSTITUCION EDUCATIVA LA ESTACION	62	Similar		
LEBRIJA	COLEGIO INTEGRADO NUESTRA SE¿ORA DE LAS MERCEDES	58	Similar		
LEBRIJA	INSTITUCION EDUCATIVA LA VICTORIA	48	Mayor		
LEBRIJA	COLEGIO NUEVOS HORIZONTES	57	Similar		
LEBRIJA	INSTITUCION EDUCATIVA LLANADAS	55	Similar		

7.7. REALIZACION: Continúa construyendo su identidad en un marco de diversidad.

- *Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de grupos étnicos.
- *Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- *Porcentaje de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual del total niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado.
- *Tasa de fecundidad específica (de 15 a 19 años)

CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN JOVEN AFRO-COLOMBIANA SEGÚN CENSO 2005

La población afrocolombiana se divide en tres grupos: los raizales del Archipiélago de San Andrés Providencia y Santa Catalina, la comunidad de San Basilio de Palenque y la población que reside en las cabeceras municipales o en las grandes ciudades (incluyen do los que se ubican en el corredor del pacífico colombiano). Del total de jóvenes Afrocolombianos, el 99,10% se autoreconoció como Negro (a), mulato, afrocolombiano; el 0,73% como Raizal de San Andrés y Providencia y el 0,17% como Palenquero.

De acuerdo con el Censo 2005 del DANE, en el Cuadro 1 se puede observar que el peso Relativo de los jóvenes afrocolombianos dentro de su grupo étnico es levemente superior respecto a los demás grupos. De acuerdo con esto, demográficamente los jóvenes afrocolombianos dentro de su grupo étnico representan una proporción 25,08%, con unos 1,4 puntos porcentuales mayor que los jóvenes de la población mayoritaria - (23,67% del total esta población), y de igual manera un poco mayor respecto a la población indígena d el país (24,21%).

Cuadro 1. Peso relativo de jóvenes, por cada grupo étnico 2005

Grupo Étnico	Población Total	Población Joven	% Jóvenes
Total	40.602.551*	9.677.855	23,84
Indígenas	1.392.623	337.199	24,21
Afro-colombianos	4.311.757	1.081.517	25,08
Población mayoritaria	34.898.171	8.259.139	23,67

Fuente: Cálculos propios con base en DANE, Censo 2005.
*El total incluye la población que dió respuesta a la pregunta de autoreconocimiento.

a. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes de grupos étnicos.

Tabla 101. Etnia Personas.

TIPO DE ETNIA	NÚMERO DE PERSONAS
Ninguna	5.331
Negro(a) o Afrocolombiano(a)	91
Indígena	9
Gitano(a) ROM	3
Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	1

Fuente 97. Enlace víctimas.

De acuerdo a la información disponible en el RUV, suministrada por la población víctima, se realiza una aproximación al enfoque de género presentando la distribución correspondiente al Municipio.

INFORME GENERAL NIÑOS NIÑAS Y ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO.

ETNIA: En cuanto a su reconocimiento étnico, 22 niñas, niños y adolescentes son negros o Afrocolombianos, 4 son indígenas y 1 palanquero. (2,20%) Reporte caracterización Corporación ANDAMIOS 2016.

a. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Tabla 102. Porcentaje de adolescentes con discapacidad (De 12 a 17 años).

EVENTO	2015	2016	2017
Porcentaje de adolescentes con discapacidad (De 12 a 17 años).	1%	9,50%	12%

DISCAPACIDAD: en el reporte de la caracterización 2015, se identifican 10 menores de edad entre las edades de 6 a 15 años en condición de discapacidad así: 4 son Físicas, 1 sensorial ,4 intelectual cognitivo ,1 no sabe nombrarla. (0,81%)
Total de Niños Víctimas del Conflicto Armado Rural año 2015 -641 (37%))
Total de Niñas Victimas del Conflicto Armado Rural Año 2015 – 1089 (63%)
Total de Niños Víctimas del Conflicto Armado Rural Año 2016 y 2017 – 597 (48%)
Total de Niñas Victimas del Conflicto Armado Rural Año 2016 y 2017 -634 (52%)

ANALISIS MUNICIPAL

La secretaria de Salud realiza caracterización diaria de la población con discapacidad existente en el municipio de Lebrija y se brinda atención con programas de Educación no formal y Rehabilitación Basados en Comunidad a través de la Secretaria de desarrollo Social.

b. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes víctimas de delitos contra la libertad y la integridad sexual del total niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado.

ANALISIS DEL MUNICIPIO:

En el Municipio de Lebrija, durante los años 2015 al 2017 no se han presentado niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de acto terrorista, atentados, combates y hostigamiento, lo cual puede dar cuenta de la ausencia de hechos relacionados con este tema.

El porcentaje de niños, niñas, adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento durante los años 2015 a 2017, con proceso de retorno a su lugar de origen fue de cero, al igual que el porcentaje de victimas con proceso de reparación administrativa para la primera infancia, infancia, adolescencia fue de 0% para estos años

c. Tasa de fecundidad específica (de 15 a 19 años)

Ilustración 21. Reporte ASIS fecundidad.

Reportes ASIS
Fecundidad

Indicador	2013	2014	2015	2016
Tasa bruta de natalidad	14,52	14,52	13,77	11,95
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años	2,94	4,16	2,40	2,41
Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años	35,32	0,00	0,00	
Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	67,17	73,93	62,07	60,43

Al realizar la revisión de los resultados en el grupo 4, se encuentra que hasta la fecha no hay reportes que correspondan al año 2017. Sin embargo se relacionan los valores de años anteriores. Se toma como punto de referencia 2013, en el cual se especifica una tasa de 67,17.

Para el año 2014, se encuentra una tasa de 73,93, la cual desciende a 62,07 para el año 2015.

Con relación al año 2016, se observa un descenso en esta tasa de 1,54 puntos, es decir la tendencia se ubica en descenso.

La visión o meta es reducir este cifrado

7.8. REALIZACION: Disfruta de oportunidades de desarrollo cultural, deportivo y recreativo para la construcción de sentido y la consolidación de sus proyectos de vida.

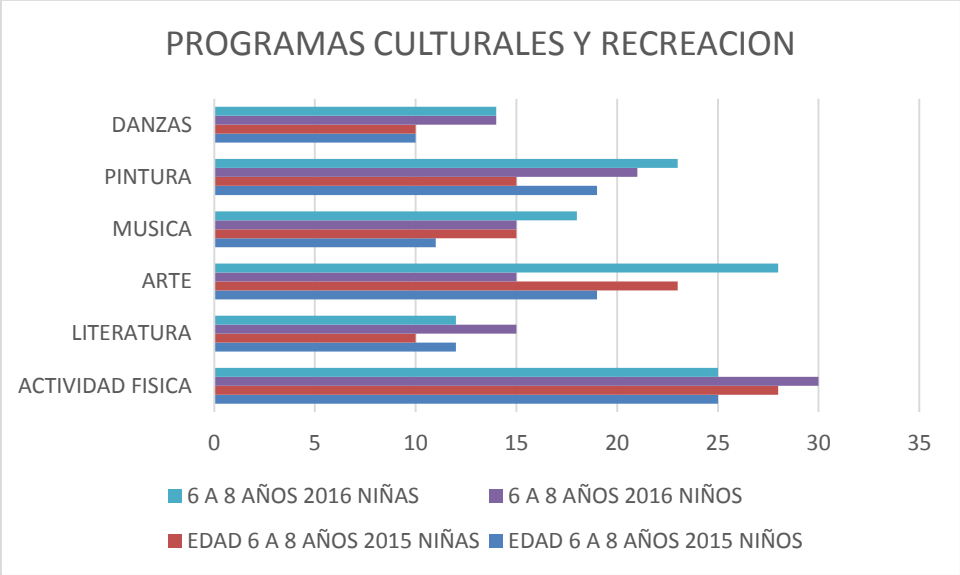
a. Programas culturales atendidos desde la secretaria de deporte y cultura

Tabla 103. Programas culturales 2015,2016.

EDAD 6 A 8 AÑOS 2015				6 A 8 AÑOS 2016		
PROGRAMA	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
ACTIVIDAD FISICA	25	28	53	30	25	55
LITERATURA	12	10	22	15	12	27
ARTE	19	23	42	15	28	43
MUSICA	11	15	26	15	18	33
PINTURA	19	15	34	21	23	44
DANZAS	10	10	20	14	14	28
TOTAL	96	101	197	110	120	230

Fuente 98. Autores, datos Secretaria de cultura y deporte.

Gráfica 67. Programas culturales 2015,2016 infancia.



Fuente 99. Autores, datos Secretaria de cultura y deporte.

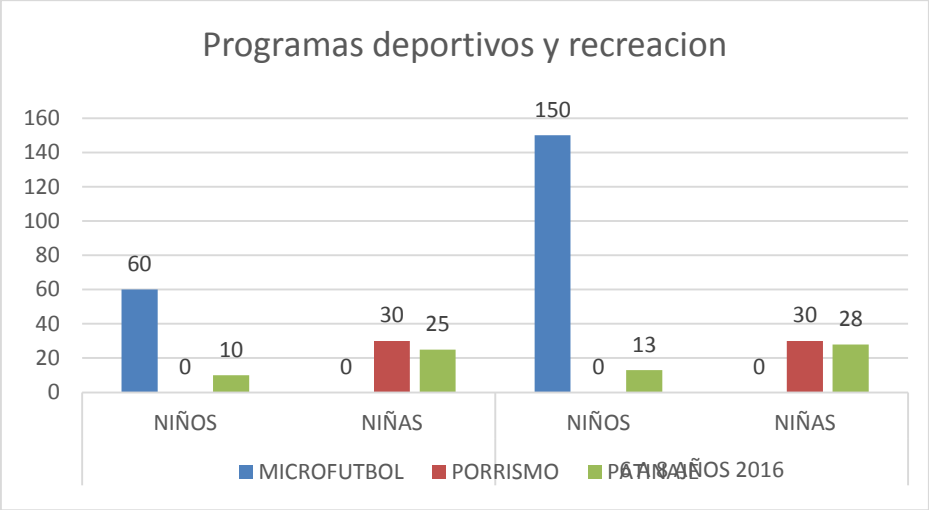
b. Programas deportivos Infancia

Tabla 104. Programas deportivos 2015,2016.

PROGRAMAS DEPORTIVOS 6 A 8 AÑOS 2015			6 A 8 AÑOS 2016	
PROGRAMA	NIÑOS	NIÑAS	NIÑOS	NIÑAS
MICROFUTBOL	60	0	150	0
PORRISMO	0	30	0	30
PATINAJE	10	25	13	28
TOTAL	70	55	163	58

Fuente 100. Secretaria de Deporte y cultura.

Gráfica 68. Programas deportivos infancia 2015,2016.



Fuente 101. Autores, datos secretaria de deporte y cultura.

Análisis Deporte recreación y cultura:
En el 2015 197 niños y niñas fueron participaron de programas culturales y de actividad física; en el 2016 esta oferta se ha incrementado a 230 niños y niñas, donde la mayor participación ha sido de niñas. En los programas deportivos para el 2015 participaron 125 niños y niñas; incrementando para el 2016 con 221 niños y niñas, donde la mayor practica del deporte es el microfútbol con una participación del 67,8% de niños en este deporte.

ANÁLISIS MUNICIPAL

En este **curso de vida** el municipio ha generado espacios de recreación y cultura para que los Adolecentes desarrollen su potencial cultural.

7.8. **REALIZACION: Expresa libremente sus sentimientos, ideas y opiniones e incide en todos los asuntos que son de su interés en ámbitos privados y públicos.**

*Porcentaje de propuestas en el territorio orientadas a la adolescencia construida teniendo en cuenta la voz de los adolescentes. Número de programas o piezas comunicativas producidas a nivel local y/o regional en medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet) que promueven la expresión de los adolescentes

*Número de espacios o instancias de participación de adolescentes en el territorio
*Número de acciones que promueven la expresión artística de los adolescentes.

En el municipio se cuentan con los siguientes espacios: Concejo de política social, mesa de Primera infancia, Infancia y Adolescencia, Mesa de Participación de NNA, Mesa de Junveutd y Plataforma de Juventud.

En cuanto a los espacios que tiene el territorio para fortalecer la expresión artística esta la escuela de Artes.

También existe la emisora comunitaria La voz de Lebrija, y de acuerdo a esta fuente no hay programas teniendo en cuenta la voz de los niños y niñas del municipio, se realizan programas con diferentes instituciones en pro de fortalecer la garantía de derechos y prevenir cualquier forma de violencia en los niños, niñas y adolescentes del municipio.

En cada una de las instituciones educativas existe el gobierno escolar el Personero Estudiantil, un estudiante de quinto y undécimo grado encargado de promover el ejercicio de los deberes y derechos de los estudiantes, consagrados en la Constitución Política, el Código del Menor, las leyes educativas y el Manual de Convivencia.

ANÁLISIS MUNICIPAL

El municipio cuenta con la plataforma de juventudes generando un espacio de participación activa de los adolescentes en los proyectos del gobierno local y así mismo de manera periódica, se ven representados en la mesa de primera infancia, infancia, adolescencia y fortalecimiento familiar y la Mesa de participación de NNA.

7.9. REALIZACION: Realiza prácticas de autoprotección y autocuidado y disfruta de entornos protectores y protegidos frente a situaciones de riesgo o vulneración.

- *Exámenes medico legales por presunto delito sexual realizados niños, niñas y adolescentes
- *Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes
- *Número de suicidios de niños, niñas y adolescentes
- *Tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes
- *Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes

- *Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes.
- *Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes.
- *Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado
- Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de vinculación a actividades relacionadas con grupos armados
- Número de adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD (De 12 a 17 años).
- Número de adolescentes entre 14 y 17años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA

ANALISIS DEL MUNICIPIO:

a. **Exámenes medico legales por presunto delito sexual realizados niños, niñas y adolescentes**
b. **Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual en niños, niñas y adolescentes**

Tabla 105. Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual contra adolescentes (De 12 a 17 años).

EVENTO	**CASOS**	**2014,0**	**CASOS**	2015	CASOS	2016
Tasa de exámenes médico legales por presunto delito sexual contra adolescentes (De 12 a 17 años).	**14,0**	**324,7**	**8,0**	186,78	7	164,28

ANALISIS DEL MUNICIPIO.

La tasa de exámenes médicos legales por presunto delito sexual han disminuido secuencialmente, gracias a las actuaciones de prevención que realiza la comisaria de familia, los casos se presentan por violencia intrafamiliar, descomposición familiar y consumo de SPA.

c. **Número de suicidios de niños, niñas y adolescentes**
d. **Tasa de suicidios en niños, niñas y adolescentes**
e. **Tasa de homicidios en niños, niñas y adolescentes**
f. **Tasa de muertes por otros accidentes en niños, niñas y adolescentes.**

g. Tasa de muertes por accidentes de tránsito en niños, niñas y adolescentes.

INFORMACION MUNICIPIO:

Tabla 106. Tasa de suicidios en adolescentes.

EVENTO	CASOS	2014,0	CASOS	2015	CASOS	2016
Tasa de suicidios en adolescentes (De 12 a 17 años).	0,0	0,0	1	23,35	0	0
Tasa de Homicidios en adolescentes (De 12 a 17 años).	0,0	0,0	0	0	0	0
Tasa de muertes por otros accidentes en adolescentes (De 12 a 17 años).	0,0	0,0	0	0	1	23,47
Tasa de muertes por accidentes de tránsito en adolescentes (De 12 a 17 años)	1,0	23,2	1	23,35	1	23,58

Según cifras del Dane, las principales causas de muerte por factores externos en edades entre 12 y 17 años, teniendo como principal el Homicidio, se dieron en los años 2013 y 2014; registrándose además una baja a 0 en años posteriores por la misma causa.

Tabla 107. Causas de muerte en adolescentes.

Capitulo Gran causa de muerte 6/67 OPS	Subgrupo de causas 6/67 OPS	Sexo	Edad	Casos 2012	Casos 2013	Casos 2014	Casos 2015	Casos 2016
500 - CAUSAS EXTERNAS	501 - ACCIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	FEMENINO	De 10 a 14 años					
			De 15 a 17 años					
		MASCULINO	De 15 a 17 años		1	1	1	1
	504 - ACCIDENTES POR DISPARO DE ARMA DE FUEGO	MASCULINO	De 15 a 19 años					
	505 - AHOGAMIENTO Y SUMERSIÓN ACCIDENTALES	MASCULINO	De 10 a 14 años					
			De 15 a 19 años					
		FEMENINO	De 15 a 19 años					1
	511 - LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIOS)	FEMENINO	De 10 a 14 años				1	
		MASCULINO	De 15 a 17 años					
	512 - AGRESIONES (HOMICIDIOS)	FEMENINO	De 15 a 17 años					
		MASCULINO	De 15 a 17 años					
	513 - EVENTOS DE INTENCIÓN NO DETERMINADA	MASCULINO	De 15 a 17 años			1		

En este punto, es preciso indicar que la Administración Municipal a través de la Secretaría de Gobierno, la Comisaria de Familia y el trabajo coordinado con el Ejército y Policía

Nacional, gracias a los temas tratados en los Consejos de Seguridad, se han adelantado acciones estratégicas que buscan concientizar al grupo poblacional referido frente a las causas externas de muerte y en este sentido disminuir los índices presentados.

Dentro de las acciones realizadas se encuentran:

1. Talleres de acción de grupo y apoyo comunitario.
2. Talleres sobre medidas de protección y seguridad preventiva.
3. Control en el funcionamiento de establecimientos de comercio como Discotecas, bares, tabernas y otros donde se puedan promover riñas o demás actos que puedan terminar en una causa de muerte externa.
4. Brigadas de sensibilización e información en los diferentes centros educativos y veredas del Municipio.
5. Jornadas de sensibilización vial como medida preventiva en causas de muerte externa diferente al Homicidio.

ANÁLISIS MUNICIPAL

Se debe continuar con campañas de prevención de violencias en los adolescentes y así mismo sensibilizar a las instituciones para identificar y prevenir casos de eventos que pueden atentar contra la integridad de los adolescentes.

a. **Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas del conflicto armado**
b. **Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de vinculación a actividades relacionadas con grupos armados**
c. **Número de adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD (De 12 a 17 años).**
d. **Número de adolescentes entre 14 y 17años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA**

Tabla 108. Porcentaje de víctimas del conflicto.

EVENTO	2015	2016
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado	32,072%	39%
Porcentaje de niñas, niños y adolescentes víctimas de vinculación a actividades relacionadas con grupos armados	0,08%	0,08%
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes víctimas del desplazamiento forzado	10,47%	10,47%
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes víctimas de amenazas	0,81%	0,81%

EVENTO	2015	2016
Porcentaje de niños, niñas y adolescentes víctimas del conflicto armado	32,072%	39%
Número de adolescentes atendidos por el ICBF con Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos - PARD (De 12 a 17 años).	20	15
Número de adolescentes entre 14 y 17años infractores de la Ley Penal vinculados al SRPA	4	5

ANALISIS DEL MUNICIPIO

El municipio de Lebrija actualmente tiene un porcentaje de 32,072% de NNA víctimas del conflicto armado para la vigencia 2015 y 39% para la vigencia 2016, el cual ha aumentado debido a la población flotante, mientras que las actividades relacionados con grupos armados, desplazamiento forzado y victimas por amenazas se ha mantenido, igualmente el municipio de Lebrija adelanta constante acciones para la atención a las víctimas y poder brindarles bienestar.

De acuerdo al reporte entregado por la Comisaria de Familia se atendieron 20 casos en el año 2015 por restablecimiento de derechos – PARD y en el 2016 15, se presentaron 4 casos en el año 2015 de adolescentes infractores de la ley penal y 5 en el 2016.

QUE ACCIONES SE ESTAN ADELANTANDO:

Talleres de prevención dirigidos a adolescentes en las diferentes instituciones educativas por parte del equipo interdisciplinario de la comisaria de familia y policía de infancia y adolescencia para que los jóvenes no estén inmersos en comisión de una conducta punible.

ACCIONES POR ADELANTAR

Continuar con los talleres en los diferentes instituciones educativas, para lograr que no tengamos jóvenes delinquiendo e inmersos en una conducta punible y que el adolescente tome conciencia de su conducta e implicaciones para su proyecto de vida, la comunidad y la sociedad en general.

PORQUE SE PRESENTA ESTAS CIFRAS:

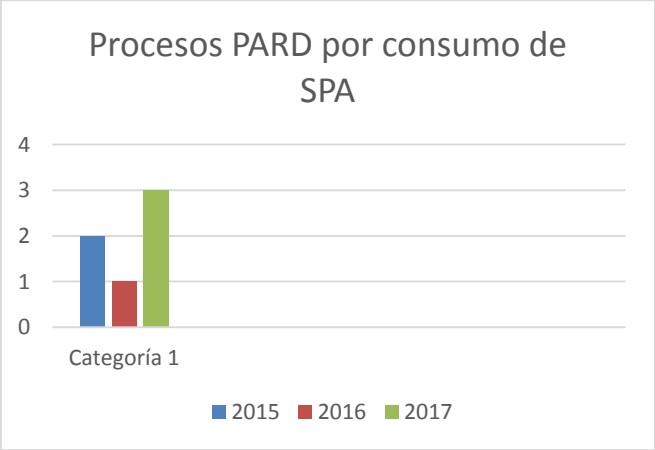
Se presentan así mismo por la problemáticas sociales, asociadas a la violencia intrafamiliar y consumo de sustancias, las dificultades económicas entre las que se destacan, el desempleo de los integrantes de la familia del adolescente, las condiciones de precariedad en las cuales están inmersos. El contexto social, la deserción escolar, la falta de

oportunidades laborales, la violencia urbana expuesta a un ambiente difícil, sin respeto a lo que representa la autoridad y a quienes la ejercen.

NÚMERO DE ADOLESCENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

De acuerdo a los procesos reportados a la Comisaria de Familia en el año 2015 se adelantaron 2 PARD, en el año 2016 1 PARD ,para el año 2017 3 PARD por consumo de sustancias Psicoactivas, La atención integral brinda de acuerdo a los lineamientos de I.CB.F y a la normatividad vigente.

Gráfica 69. Procesos PARD por consumo de SPA.



*Zonas de Riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes:

Afueras de los entornos escolares
Chancha Municipal
Zona Verde Villa Paraíso
Balneario La Angula y Pico del Águila

8. APORTES DE NIÑOS, NIÑAS Y FAMILIAS DEL MUNICIPIO

Tabla 109. Alternativas de solución a las problemáticas.

PRIORIZACIÓN EN SALUD EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Matriz de problemas de salud en relación con el ciclo vital y el área de afectación

CICLO VITAL	FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD
INFANCIA	Desconocimiento de la población de los programas de promoción y prevención afectando la adherencia a los mismos.
	Desconocimiento del significado de urgencias por parte de la población, lo cual satura el servicio y provoca complicaciones en las urgencias reales
	Bajo índice de oferta en asignación de citas según demanda de consulta externa.
	Tramitología, falta de información que disminuyen la oportunidad en la prestación de los servicios
	Uso inadecuado de los servicios de salud por parte de los usuarios
	Centralización de la atención en salud el área urbana.
ADOLESCENCIA	Déficit en la divulgación de las IPS y EPS en temas de salud sexual y reproductiva. (servicios amigables)
	Carencia de servicios de Psicología, nutrición y fisioterapia en las IPS de primer nivel.
	Desconocimiento de derechos y deberes en salud por parte de los usuarios
	Poca divulgación de derechos y deberes de los usuarios SGSS.

Matriz de problemas de salud en relación con el ciclo vital y el área de afectación

CICLO VITAL	FACTORES DE RIESGOS SOCIALES
INFANCIA	Violencia intrafamiliar (Maltrato infantil, Negligencia)
	Inicio temprano de relaciones sexuales
	Disolución de núcleos familiares
	Violencia a nivel de los escolares
	Resolución inadecuada de conflictos
	Pautas de crianza inadecuadas (permisivas, autoritarias)

ADOLESCENCIA	Ausencia de acompañamiento adecuando ante la influencia de la tecnología.
	Prostitución
	Embarazos no deseados
	Consumo de SPA
	Manejo inadecuado de las emociones y falta de autoridad de los padres de familia
	Deserción escolar por bulling
	Poca restricción en el uso de medios de comunicación, especialmente de la internet
	Vida sexual activa a temprana edad.
	Validación social mediante hábitos nocivos
	Ausencia de roles familiares
	Pautas de crianza inadecuadas (permisivas, autoritarias)

Planteamiento de soluciones a problemas priorizados por ciclo vital

FACTORES DE RIESGOS SOCIALES

CICLO VITAL	PROBLEMA	POSIBLE (S) SOLUCION(ES)	RECURSOS	RESPONSABLE
INFANCIA	Violencia intrafamiliar (Maltrato infantil, Negligencia)	Programa de prevención y acompañamiento a núcleos familiares en buenas prácticas de interacción y expresión de afecto entre familiares. Fortalecimiento del proyecto de vida en familia.	Humanos Financieros. Logísticos	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL, DEPARTAMENTAL Y COMISARIA DE FAMILIA
	Inicio temprano de relaciones sexuales	Capacitación a padres de familia en el acompañamiento adecuado en relación a la salud sexual y reproductiva.	Humanos Financieros. Logísticos	COMISARIA DE FAMILIA –SSM-HSJDL- SSD

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

	Disolución de núcleos familiares	Fortalecimiento de estrategias para la resolución adecuada de conflictos. Atención y seguimiento profesional (psicología) a parejas con dificultades en su relación.	Humanos Financieros. Logísticos	COMISARIA DE FAMILIA –SSM-HSJDL- SSD
	Violencia a nivel de los escolares	Ejecución de actividades enfocada al fortalecimiento de valores, convivencia pacífica y respeto por la diferencia. Fortalecer a través de capacitación la cultura de autocuidado en menores y la denuncia ante situaciones de abuso.	Humanos Financieros. Logísticos	COMISARIA DE FAMILIA –SSM-HSJDL- SSD-POLICIA
	Resolución inadecuada de conflictos	Enriquecer estrategias de negociación en los actores sociales de la comunidad. Realizar campañas de promoción del respeto por la diferencia, comunicación asertiva	Humanos Financieros. Logísticos	ICBF- DESARROLLO SOCIAL-COMISARIA-POLICIA-COMUNIDAD-ALCALDIA
	Pautas de crianza inadecuadas (permisivas, autoritarias)	Realizar capacitación familiar en pautas de crianza de negociación, atribución adecuada de la norma y autoridad.	Humanos Financieros. Logísticos	DESARROLLO SOCIAL, COMISARIA, EDUCACIÓN-SSD
	Ausencia de acompañamiento adecuando ante la influencia de la tecnología.	Fortalecer los recursos protectores de los adolescentes mediante estrategias educativas ante la influencia de la tecnología.	Humanos Financieros. Logísticos	SSD, SSM, COMUNIDAD, COMISARIA Y POLICIA, SGM, EDUCACIÓN
	Prostitución	Fortalecimiento de Proyecto de Vida. Sensibilizar sobre hábitos de vida saludables,	Humanos Financieros. Logísticos	SSD, SSM, COMUNIDAD, COMISARIA Y POLICIA, SGM

cipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

		autocuidado, autoestima.		
	Embarazos no deseados	Fortalecimiento de las estrategias en salud sexual y reproductiva. Educación a padres para un adecuado acompañamiento a los menores. Enriquecimiento de los factores protectores a nivel individual y grupal (autocuidado, autoestima, entre otros)	Humanos Financieros. Logísticos	SSD, SSM, COMUNIDAD, COMISARIA Y POLICIA, EDUCACION
ADOLESCENCIA	Consumo de SPA	Desarrollo de políticas nacionales en prevención de SPA, Trabajo a nivel individual y grupal en prevención del consumo. Cumplimiento de normas que prohíben la venta y consumo de menores de edad	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, SSD, COMISARIA- SGM
	Dialogo y comunicación entre los miembros de la familia de manera inapropiado o ausente	Fortalecimiento del núcleo familiar como factor protector en menores. Orientación individual para el enriquecimiento del Proyecto de Vida.	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, SSD, COMISARIA, EDUCACION
	Deserción escolar por bulling	Manejo de estrategias de respeto por la diferencia, resolución adecuada de conflictos, fortalecimiento de lazos de amistad, solidaridad y compañerismo.	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, SSD, COMISARIA, EDUCACION
	Poca restricción en el uso de medios de comunicación, especialmente de la internet	Brindar educación sobre el buen manejo de las ayudas informática.	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, SSD, COMISARIA, EDUCACION

		Promoción de la utilización adecuada del tiempo libre.		
	Vida sexual activa a temprana edad.	Capacitación a padres de familia en el acompañamiento adecuado en relación a la salud sexual y reproductiva. Facilitar espacios de aprovechamiento del tiempo libre en adolescentes.	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, SSD, COMISARIA, EDUCACION
	Validación social mediante hábitos nocivos	Promoción colectiva e individual de hábitos de vida saludables como estrategia de integración social.	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, SSD, COMISARIA, EDUCACION
	Ausencia de roles familiares	Enriquecimiento de estrategias de comunicación asertiva, fortalecimiento de proyecto de vida familiar. Acompañamiento profesional (psicología, trabajo social) en resolución de conflictos.	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, SSD, COMISARIA.
	Pautas de crianza inadecuadas (permisivas, autoritarias)	Realizar capacitación familiar en pautas de crianza de negociación, atribución adecuada de la norma y autoridad.	Humanos Financieros. Logísticos	COMISARIA, EDUCACION, SALUD

Planteamiento de soluciones a problemas priorizados por ciclo vital

FACTORES BIOLOGICOS (HABITOS ENFERMEDADES Y MUERTE)

CICLO VITAL	PROBLEMA	POSIBLE (S) SOLUCION(ES)	RECURSOS	RESPONSABLE

cipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

INFANCIA	Formación de hábitos alimentarios inadecuados desde la infancia	Promoción de estilos de vida saludables, guías alimentarias y prácticas higiénicas. Promoción de la lactancia materna	Humanos Financieros. Logísticos	EPS- HOSPITALES- SECRETARIA DE SALUD- ESE HSJDL
	Parasitosis	Capacitación sobre buenas prácticas higiénicas, lavado de manos. Promocionar la cultura de hervido del agua.	Humanos Financieros. Logísticos	HSJDL-SSD-SSM-IPS-EPSs-EPS
	Enfermedad Diarreica Aguda	Capacitación sobre buenas prácticas higiénicas, lavado de manos. Promocionar la cultura de hervido del agua.	Humanos Financieros. Logísticos	SEC- DESARROLLO SOCIAL, SEC-SALUD, DR-NUCLEO ALCALDIA, ICBF
	Infección Respiratoria Aguda	Promoción de la lactancia materna. Promoción de la estrategia IAMI – AIEPI-18 PRACTICAS CLAVE	Humanos Financieros. Logísticos	SSM-SSD- IPS-EPS-EPSs-ICBF
	Otitis	Promoción de hábitos de cuidado personal, practicas higiénicas en el hogar y el entorno.- 18 PRACTICAS CLAVE	Humanos Financieros. Logísticos	SSM-SSD- IPS-EPS-EPSs-ICBF
	Enfermedades congénitas	Promoción del programa control de Prenatal Captación de mujeres en gestación antes del primer trimestre de embarazo	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, IPS, ESE, EPS
	Problemas de piel	Promoción de hábitos de cuidado e higiene personar Promoción de la estrategia AIEPI 18 practica clave	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, IPS, ESE, EPS
	Virosis	Promoción de prácticas saludables.	Humanos Financieros.	SSM-SSD- IPS-EPS-EPSs-ICBF
	Hábitos de alimentación inadecuados	Promoción de estilos de vida saludable,	Humanos Financieros.	SSM, SSD, IPS. EPS, EPSs

ADOLESCENCIA		autocuidado y autoestima		
	Infección Respiratoria Aguda	Promoción de hábitos higiénicos adecuados, cuidado del medio ambiente	Humanos Financieros. Logísti	SSM, SSD, IPS. EPS, EPSs
	Sedentarismo	Promoción de hábitos alimentarios saludables y actividad física.	Humanos Financieros.	SSM, SSD, IPS. EPS, EPSs
	Enfermedades de transmisión sexual	Promoción del autocuidado y estilos de vida saludables.	Humanos Financieros.	SSM, SSD, IPS. EPS, EPSs
	Enfermedades metabólicas	Promoción de alimentación saludable	Humanos Financieros. Logístic	EPS, EPSs, IPS, SSD-SSM

Planteamiento de soluciones a problemas priorizados por ciclo vital
FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

CICLO VITAL	PROBLEMA	POSIBLE (S) SOLUCION(ES)	RECURSOS	RESPONSABLE
INFANCIA	Desconocimiento de la población de los programas de promoción y prevención afectando la adherencia a los mismos.	Socialización y divulgación de los programas de promoción y prevención, demanda inducida a los programas de pyp.	Humanos Financieros. Logísticos	SECRETARIA DE SALUD MCPAL, IPS, EPS, EPSs
	Desconocimiento del significado de urgencias por parte de la población, lo cual satura el servicio y provoca complicaciones en las urgencias reales	Capacitación comunitaria en AIEPI, 18 practicas clave, y divulgación de los programas de P y P	Humanos Financieros. Logísticos	SECRETARIA DE SALUD MCPAL, IPS, EPS, EPSS, HOSPITAL Y ALCALDIA
	Bajo índice de oferta en asignación de citas según demanda de consulta externa.	Realizar campañas de sensibilización sobre el uso adecuado de los servicios de salud	Humanos Financieros. Logísticos	ESE HSJDL

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13
www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co

	Tramitología, falta de información que disminuyen la oportunidad en la prestación de los servicios	Capacitación a la comunidad en derechos y deberes y buen uso de los servicios de salud	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, EPS, IPS
	Uso inadecuado de los servicios de salud por parte de los usuarios	Capacitación a la comunidad en derechos y deberes y buen uso de los servicios de salud	Humanos Financieros. Logísticos	SSM, EPS, IPS
	Centralización de la atención en salud el área urbana.	Realizar campañas de atención a nivel extramural con énfasis en el área rural Priorizar la atención a personas del área rural	Humanos Financieros. Logísticos	
ADOLESCENCIA	Déficit en la divulgación de las IPS y EPS en temas de salud sexual y reproductiva. (servicios amigables)	Divulgación por medios de comunicación masiva sobre los programas de consejería y atención en salud sexual y reproductiva	Humanos Financieros. Logísticos	SECRETARIA DE SALUD MCPAL, IPS, EPS, ARS
	Carencia de servicios de Psicología, nutrición y fisioterapia en las IPS de primer nivel.	Gestionar la habilitación de servicios de psicología, nutrición y fisioterapia en la ESE HSJDL	Humanos Financieros. Logísticos	SECRETARIA DE SALUD MCPAL, IPS, EPSS,
	Falta de apropiación y ejecución de programas de adultos jóvenes	Establecer programas de educación continua.	Humanos Financieros. Logísti	HOSPITAL Y SECRETARIA DE SALUD
	Divulgación de derechos y deberes de los usuarios SGSS.	Promocionar los programas de P y P en los diferentes grupos comunitarios	Humanos Financieros. Logísti	SALUD

9. PLAN ESTRATEGICO POLITICA PUBLICA DE PRIMERA INFANCIA,INFANCIA,ADOLESCENCIA Y FORTALECIMIENTO FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE LEBRIJA 2019-2024

Tabla 110. Plan Estratégico.

CURSO DE VIDA	EJE ESTRATEGICO O LINEA DE ACCION DE LA POLITICA PÚBLICA	OBJETIVO	META	INDICADOR	LINEA BASE
Primera Infancia	Inclusión Social para el Desarrollo	Gestionar la ampliación de la Cobertura Escolar y/o programas de atención dirigidos a la Primera Infancia.	Gestionar el aumento en un 2% de la Cobertura escolar y/o programas de atención dirigidos a la Primera Infancia.	Porcentaje de aumento de la cobertura de atención a la primera infancia.	2%
Infancia y adolescencia.	Inclusión Social para el Desarrollo	Disminuir la Deserción Escolar	disminuir la deserción escolar en 1%	porcentaje de disminución de la deserción escolar	1%
Infancia y adolescencia.	Inclusión Social para el Desarrollo	Gestionar la ampliación de la cobertura Escolar en Educación Primaria, Media y Secundaria.	Gestionar el aumento en un 2% de la cobertura escolar en Educación Primaria, Media y Secundaria.	Porcentaje de aumento de la cobertura escolar.	2%
Primera infancia, infancia y adolescencia	Prevención	Desarrollar programas de prevención de la violencia intrafamiliar, social, sexual y cualquier tipo de violencia o maltrato en contra de Niños, Niñas y Adolescentes.	Desarrollar 5 programas de prevención de la Violencia Intrafamiliar, Violencia Social, Violencia sexual y cualquier tipo de Violencia o maltrato en contra Niños, niñas y Adolescencia.	# De programas realizados durante el año.	5
Primera Infancia	Promoción y Prevención.	Reducir el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años y de bajo peso al nacer	Reducir en un punto el porcentaje de desnutrición global en niños menores de 5 años y de bajo peso al nacer.	%Reducción de desnutrición	1
Infancia y Adolescencia	Prevención	Desarrollar estrategias de prevención para la prevención de la malnutrición en los niños, niñas y adolescentes del Municipio de Lebrija.	Desarrollar un estrategia para la prevención de la malnutrición en los niños, niñas y adolescentes del Municipio de Lebrija	# de estrategias realizadas	1
Primera Infancia	Prevención	Garantizar las auditorias anuales y asistencia técnica a las IPS y ala ESE del Hospital San Juan de Dios de Lebrija en lo relacionado al programa de Maternidad Segura.	Garantizar en un 90% las auditorias anuales y asistencia técnica a las IPS y ala ESE del Hospital San Juan de Dios de Lebrija en lo relacionado al programa de Maternidad Segura.	% de auditorías anuales y de asistencia técnica realizadas	90%
Primera Infancia	Promoción y Prevención.	Mantener y/o aumentar el porcentaje de inicio temprano de controles prenatales en las mujeres gestantes.	Mantener y/o aumentar al 95% el inicio de temprano de controles prenatales en las mujeres gestantes.	% Mantener y/o aumentar el inicio temprano de controles prenatales	95%
Primera Infancia	Promoción y Prevención.	Lograr coberturas útiles de vacunación en los biológicos trazadores.	Lograr coberturas útiles de vacunación en un 95% en los biológicos trazadores.	% de cobertura.	95%
Infancia y Adolescencia	Inclusión Social para el Desarrollo	Disminuir la tasa de Repitencia Escolar.	Disminuir la tasa de Repitencia Escolar en 1%	% Disminución Repitencia Escolar	1%
Adolescentes	Prevención	Desarrollar programas que permitan el desarrollo de acciones orientadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	Desarrollar 5 programas que permitan el desarrollo de acciones orientadas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.	# De programas realizadas durante el año.	5

Adolescentes	Prevención	Desarrollar programas de prevención de Mujeres embarazadas	Desarrollar cinco programas de prevención de Mujeres embarazadas menores de 18 años.	# De programas realizadas durante el año.	5
Adolescentes	Atención	Atender todos los casos de menores infractores y contraventores de la Ley Penal en el Municipio.	Atender en un 100% a los menores infractores y contraventores de la Ley Penal en el Municipio.	% de Menores atendidos.	100%
Primera infancia, infancia y adolescencia	Atención	Gestionar el suministro de agua potable en el Mínimo vital.	Realizar 1 Gestión para garantizar el suministro de agua potable en el Mínimo vital.	#Gestiones realizadas	1

Palacio Municipal Calle 11 No. 8-59 Parque Principal, Lebrija – Santander. Tel: 656 71 00 - 656 63 13

www.lebrija-santander.gov.co E-mail: alcaldia@lebrija-santander.gov.co