



Libertad y Orden

MISION PERMANENTE DE COLOMBIA
ANTE LA OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS
Y LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES
GINEBRA

Prosperidad
para todos

MPC-1049

La Misión Permanente de Colombia ante las Naciones Unidas en Ginebra, saluda de la manera más atenta a la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y se permite remitir la Nota DIDHD/GAIID No. 60263/1028, de fecha 06 de Septiembre de 2012, suscrita por el Director de Derechos Humanos y DIH del Ministerio de Relaciones Exteriores, dirigida a la Honorable Señora Imma Guerras Delgado, Consejera sobre Derechos de los Niños, referente a la respuesta de Colombia a la encuesta de OACNUDH sobre el Derecho a la salud de los niños.

La Misión Permanente de Colombia ante las Naciones Unidas de Ginebra se vale de la oportunidad para reiterar a la Honorable Oficina de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos, las seguridades de su más alta y distinguida consideración.

Ginebra, 25 de septiembre de 2012

A la Honorable
**OFICINA DE LA ALTA COMISIONADA
DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS
DERECHOS HUMANOS**
Ginebra





Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Bogotá, D. C., 6 de septiembre de 2012

Excelencia:

Tengo el honor de dirigirme a Su Excelencia en la oportunidad de remitir la respuesta del Estado colombiano a la solicitud de información de OACNUDH sobre el derecho a la salud de los niños, referente a la resolución 19/37 del Consejo de Derechos Humanos sobre los derechos del niño.

Aprovecho esta oportunidad para reiterar a la señora Alta Comisionada las seguridades de mi más alta y distinguida consideración.

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser "Assad Jater Peña".

ASSAD JOSÉ JATER PEÑA

Director de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario

A Su Excelencia
la Señora **Navanethem Pillay**
Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
Ginebra



**Respuesta de Colombia a la encuesta de OACNUDH sobre el
Derecho a la salud de los niños-
Resolución 19/37 del Consejo de Derechos Humanos
(septiembre 2012)**

Colombia ha logrado avanzar en varios aspectos relacionados con la salud y calidad de vida de las niñas y niños, el primero de ellos, sin lugar a dudas, es su reconocimiento como sujetos de derechos en la Constitución Política Nacional y en el Código de Infancia y Adolescencia; seguido de la expedición, en el año 2008, de la política nacional - guía para los alcaldes y gobernadores en infancia y adolescencia. Sus necesidades han sido incluidas en los planes de desarrollo territorial, municipales y departamentales. Por ejemplo, en el cuatrienio anterior, 2008 - 2011, el 45% de estos planes de desarrollo incluyeron prioridades de este grupo poblacional en sus propuestas programáticas y presupuestales, y el año pasado, los 1102 municipios y los 32 departamentos colombianos realizaron informes sobre la gestión garantía de los derechos de niñas y niños, rindiendo cuentas públicas a la comunidad. Este conjunto de avances son el camino para asegurar que los derechos de la infancia sean una prioridad legislativa, política, técnica y financiera en el ámbito nacional y territorial.

De igual manera, el Plan Nacional de Desarrollo-PND 2010-2014 "Prosperidad para Todos" establece como prioridad diseñar e implementar una estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, es así como hoy, funciona la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia "De Cero a Siempre" cuyo despliegue operativo se da a través de la ruta de atención integral y del Esquema de Atención de los primeros mil días que comprende la etapa de la preconcepción hasta los dos años cumplidos.

El esquema de los primeros mil días desarrolla cinco grandes componentes: salud sexual y salud reproductiva; calidad de la atención; vínculo y apego; cuidado materno-infantil; y redes sociales y comunitarias de apoyo para el cuidado del bebé. La ruta de atención integral cuenta con los Estándares de Calidad construidos para los servicios que se prestan en cada uno de los entornos en los que transcurre la vida de los niños y las niñas: el hogar, los servicios de salud, los Centros de Desarrollo Infantil Temprano (CDIT) y el espacio público.

Estas acciones de política están orientadas a avanzar en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-ODM, en particular a nivel municipal. Colombia está cumpliendo con la meta de reducción de mortalidad de niños y niñas menores a un año de edad. En 2010, Colombia superó la meta que se había propuesto para el 2015, con 15,22 muertes por cada 1000 nacidos vivos, siendo la proyección de 16,68 por cada 1000 nacidos vivos. Asimismo, hubo una reducción en la cifra de mortalidad en menores de 5 años, pasando de 19,42 en el año 2005 a 15,21 defunciones por cada 1000 nacidos vivos en el año 2010. La meta para el 2015 era de 18,98.

1. Sírvanse proporcionar información sobre los principales desafíos relacionados con la salud de los niños en su país.

A pesar de que el esquema de los mil días es un esfuerzo interinstitucional para garantizar el acceso a la salud de los niños, los logros de país presentan diferencias entre regiones y territorios. El cierre de brechas y el incremento en la equidad son los mayores desafíos en el ejercicio pleno del derecho a la salud. También existen desafíos específicos para el logro de la atención integral a la infancia como:

- Comprender la situación municipal de los derechos las niñas y los niños con el fin de identificar aquellos territorios en mejores y peores condiciones sociales y ajustar las acciones de política de acuerdo a esta realidad.



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

- Implementar de manera progresiva las estrategias que operan la atención integral en los primeros mil días en los municipios, acompañado de un sistema de información nominal que permita realizar seguimiento a cada niña, niño y gestante identificando su curso dentro de la ruta de atención integral:
- Incluir como prioritario en el Plan decenal de Salud Pública a los niños y niñas, facilitando a través de los planes territoriales de salud la respuesta a las necesidades específicas de infancia en los diferentes territorios.
- Reducir en los municipios la morbilidad y la mortalidad evitable: materna, perinatal, neonatal, infantil, y en la niñez
- Reducir la sífilis congénita y transmisión madre - hijo de VIH: De acuerdo a los ODM para el 2015 Colombia debía disminuir el número de casos de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos, de igual, la meta nacional prevé una reducción de la incidencia a 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos. Para enfrentar este desafío, Colombia implementa actualmente el plan estratégico de eliminación de la transmisión madre hijo de VIH y Sífilis congénita, 2011- 2015.
- Hacer seguimiento a la unificación operativa del plan obligatorio de Salud: En cumplimiento de la normatividad vigente, los municipios y departamentos son los responsables de implementar, de acuerdo a su contexto, la unificación del plan obligatorio de salud, política que sin lugar a dudas está orientada a la equidad en el acceso a los servicios de salud.
- Mejorar en los servicios de salud, la calidad de atención y eliminar las barreras de acceso: El país implementa, en el marco del decreto 1011 de 2006, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el cual hace exigibles los estándares para el cumplimiento de todos los atributos de calidad a las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud; sin embargo a pesar los avances al respecto es necesario fortalecer la calidad de atención en especial en los atributos de oportunidad y continuidad de atención, aspectos que se trabajan actualmente a través de la actualización de estándares de habilitación y acreditación, así como el desarrollo de estándares para Entidades des Administradoras de Planes de Beneficio (Reconocidas como EPS), Entidades Territoriales de Salud y Administradoras de Riesgos Laborales.
- Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%: A pesar de los importantes avances en materia de vacunación en aspectos como la inclusión de nuevas vacunas y el desarrollo del sistema de información, no se han alcanzado las coberturas de vacunación esperadas, resultados que están relacionados fundamentalmente como fenómenos como la pandemia de AH1N1 en el 2010, la intensificación de la vacunación de adolescentes contra el Sarampión y la Rubéola y la ola invernal en 780 municipios del país. Sumado a ello es necesario revisar y ajustar los datos poblacionales ya que hoy se usan proyecciones del censo de población realizado en 2005 que no reflejan la realidad de las poblaciones, afectando los indicadores.
- Mejorar las condiciones de atención a niños, niñas y gestantes atendiendo a características específicas del contexto, respetando la interculturalidad y atendiendo al enfoque diferencial: En los municipios de alta ruralidad se registran mayores tasas de mortalidad de las gestantes y de los recién nacidos, lo cual se relaciona con aspectos como nula o tardía asistencia a consultas de control prenatal y crecimiento y desarrollo, desconocimiento de signos de alarma, dificultad de traslado de las gestantes hacia los servicios de atención del parto y de niños y niñas a servicios de salud, atención de partos en la casa o en lugares inadecuados y atendidos por personas no calificadas .
- Generar programas y estrategias de prevención y restitución del derecho a la salud de niños y niñas víctimas de violencia en todas sus formas: En el año 2005 se reportaron 10.112 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes dentro del ámbito familiar, cifra que aumento a 13.714 casos en el 2010, lo cual no necesariamente implica un aumento en la vulneración a los derechos de los niños, sino una mayor visibilización del tema por el incremento de denuncias y reportes.



- Mejorar las condiciones de alimentación y nutrición: el desafío es reducir las prevalencias de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años al 2,6%; de retraso en talla para la edad al 8% y el bajo peso al nacer al 7,5%, de acuerdo al documento CONPES No. 140 de 2011 que establece las "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los ODM 2015".

Colombia también debe avanzar en la implementación de los nuevos patrones de crecimiento que describen la forma en que los niños deben crecer en condiciones óptimas de salud, nutricionales y ambientales. Estos patrones se adoptaron mediante la Resolución N° 2121 de junio de 2010 del Ministerio de protección Asocial, y se basan en la metodología de estudio multicéntrico de la Organización Mundial para la Salud, OMS¹.

Otros desafíos en materia nutricional son trabajar en la deficiencia de micronutrientes (hierro, Zinc, y Vitamina A) y la anemia nutricional como problemas de salud pública; promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y la lactancia como alimentación complementaria hasta los 24 meses de acuerdo a las recomendaciones de la OMS; y, promover los hábitos de vida saludable en el consumo de alimentos.

2. Por favor, indique el estado actual del derecho del niño a la salud dentro del marco jurídico de su país. Por favor, incluya información sobre las disposiciones jurídicas (incluyendo disposiciones constitucionales) que reconocen explícitamente el derecho del niño a la salud. Proporcione también información sobre el reconocimiento legal de los determinantes básicos para la salud infantil, incluido el acceso a una nutrición y vivienda adecuada, agua y saneamiento, y a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

Marco jurídico nacional e internacional

Los derechos de la infancia y la adolescencia han sido consagrados al más alto nivel normativo. 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. La Constitución Política Nacional y la Ley 1098 de 2006 señalan que estos derechos son fundamentales y establecen la prevalencia de los derechos de la niñez, sobre los de los demás. Se resaltan dos artículos de la Constitución Política de Colombia:

Artículo 43: Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia.

Artículo 44: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso 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.

¹ Este estudio busca proveer datos que indicaran como deben crecer todos los niños, cuando se garantiza una alimentación adecuada, con prácticas saludables como alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los 24 meses o más, una adecuada atención de salud y de un medio ambiente saludable, que incluye la ausencia de tabaquismo en los gestantes.



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

El marco jurídico nacional sobre el derecho del niño a la salud se complementa con las siguientes leyes:

Ley 1098 de 2006. Código de infancia y adolescencia: Que tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado. Artículo 9. Prevalencia de los derechos. En todo acto, decisión o medida administrativa, judicial o de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con los niños, las niñas y los adolescentes, prevalecerán los derechos de éstos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona. En caso de conflicto entre dos o más disposiciones legales, administrativas o disciplinarias, se aplicará la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente.

Ley 1122 de 2007: Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud que ordena la cobertura universal en salud, describe la cero tolerancia a la mortalidad y morbilidad evitable y exige a la comisión nacional de televisión, implementar mensajes que tengan que ver con hábitos saludables en las franjas infantiles.

La Ley 1146 de 2007, "Por medio de la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y atención integral de los niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente", ordena en su capítulo III, artículo 9°, la atención integral en salud del niño, niña y adolescente víctima de abuso sexual, indicando que en casos de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, el Sistema General en Salud, tanto público como privado, así como los hospitales y centros de salud de carácter público, están en la obligación de prestar atención médica de urgencia e integral en salud a través de profesionales y servicios especializados.

Ley 1438 de 2011. Reformas SGSSS: Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. En esta ley se hace referencia específica a los derechos de los niños en varios aparatos: Artículo 3 PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. 3.3 IGUALDAD. Acceso a la Seguridad Social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

3.5 PREVALENCIA DE DERECHOS. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta Ley, dentro del Plan de Beneficios.

ARTÍCULO 17. ATENCIÓN PREFERENTE. El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis (6) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años.

ARTÍCULO 18°. SERVICIOS Y MEDICAMENTOS PARA LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD Y ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS CERTIFICADAS. Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas,

Calle 10 No 5 – 51 Palacio de San Carlos
Dirección correspondencia Carrera 5 No 9 – 03 Edificio Marco Fidel Suárez
PBX 3814000 – Fax 3814747 www.cancilleria.gov.co
Bogotá D.C., Colombia sur América



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

sensoriales y cognitivas, enfermedades catastróficas y ruinosas que sean certificadas por el médico tratante, serán gratuitos para los niños, niñas y adolescentes de Sisbén 1 y 2.

ARTÍCULO 19°. RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CUYOS DERECHOS HAN SIDO VULNERADOS. Los servicios para la rehabilitación física y mental de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual y todas las formas de maltrato, que estén certificados por la autoridad competente, serán totalmente gratuitos para las víctimas, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

ARTÍCULO 20°. Corresponsabilidad. El Estado, los padres o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores, y exigir al Sistema de Seguridad Social en Salud los servicios establecidos en la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios. El Estado y las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar efectivo y oportuno cumplimiento a la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios y de ofrecer oportuna, efectivamente y con calidad los servicios.

ARTÍCULO 21°. OBLIGACION DE DENUNCIAR POSIBLE VULNERACIÓN DE DERECHOS, MALTRATO O DESCUIDO. Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a las comisarías de familia o, en su defecto, a los inspectores de policía o a las personerías municipales o distritales, los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual.

ARTÍCULO 115°. INDICADORES DE SALUD SOBRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES. Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán presentar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados.

Ley 1295 de 2009: Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales- Sisbén.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. Contribuir a mejorar la calidad de vida de las madres gestantes, y las niñas y niños menores de seis años, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén, de manera progresiva, a través de una articulación interinstitucional que obliga al Estado a garantizarles sus derechos a la alimentación, la nutrición adecuada, la educación inicial y la atención integral en salud.

Artículo 2. DERECHOS DE LOS NIÑOS. Los derechos de los niños comienzan desde la gestación, precisamente para que al nacer se garantice su integridad física y mental. Los niños de Colombia de la primera infancia, de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén, requieren la atención prioritaria del Estado para que vivan y se formen en condiciones dignas de protección.

Ley 1388 de 2010 "Por el derecho a la vida de los niños con cáncer"

Que tiene por objeto Disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados

Documentos Conpes 91 y 140. ODM.

Que orientan de manera específica recursos para el cumplimiento de objetivos del milenio y todos ellos guardan una relación directa o indirecta que aporta en el ejercicio del derecho la vida y a la salud de niños y niñas.

Documento Conpes 109. Política de infancia.

POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE PRIMERA INFANCIA "COLOMBIA POR LA PRIMERA INFANCIA.

La política es el resultado de un proceso de movilización social, generado a partir de la necesidad de retomar y dar un nuevo significado a la temática de oportunidades efectivas de desarrollo de la primera infancia en Colombia. La Política se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y se refuerza por los compromisos adquiridos en la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños.

El objetivo general es: Promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad; respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

1. Ofrecer atención integral a la primera infancia
2. Mejorar la supervivencia y la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años y de las madres gestantes y en período de lactancia
3. Mejorar los procesos de identificación en la primera infancia:
4. Promover el desarrollo integral de la primera infancia
5. Garantizar la protección y restitución de los derechos
6. Mejorar la calidad de la atención integral
7. Fomentar la participación
8. Realizar seguimiento y evaluación
9. Promover la comunicación y movilización por la primera infancia
10. Promover la formación del talento humano y la investigación

Documento Conpes 113. Política Nutricional y de Seguridad alimentaria.

Decreto 4875 de 2011: Crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia -AIPI- y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral a la Primera Infancia.

Esta Comisión tendrá por objeto coordinar y armonizar las políticas, planes, programas y acciones necesarias para la ejecución de la atención integral a la primera infancia, siendo ésta la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados.

Resolución 2121 de 2010: Por la cual se adoptan los Patrones de Crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en el 2006 y 2007 para los niños, niñas y adolescentes de 0 a 18 años de edad y se dictan otras disposiciones.



Libertad y Orden

Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

La sentencia 760 de la Corte Constitucional de Colombia en su orden 21: Ordena unificar el Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) emitió el 1 de Octubre de 2009 el acuerdo 4 que unifica los planes de beneficios para las niñas y niños del régimen contributivo y subsidiado y ordena realizar los ajustes necesarios a la Unidad de Pago por Capitación UPC subsidiada para garantizar la ampliación de la cobertura para esta población. Posteriormente con la promulgación de la ley 1438 de 2010 la CRES ha publicado acuerdos que amplían esta unificación a todos los grupos de edad.

A nivel Internacional, Colombia ratificó la Convención Internacional de los Derechos del Niño, tratados y convenios internacionales en la materia, en los que se compromete a ofrecer todas las garantías y oportunidades a esta población para el pleno ejercicio de sus derechos. En virtud del principio de bloque de constitucionalidad, las normas y principios contenidos en los tratados ratificados por Colombia hacen parte integrante de la Constitución Política de Colombia.

En lo relativo a seguridad alimentaria, Colombia es parte de la Convención sobre la Obtención de Alimentos en el Extranjero, Ley 471 de 1988, y de la Convención Interamericana sobre Obligaciones Alimentarias, Ley 449 de 1998.

Asimismo, Colombia aprobó (Ley 1346 de 2010) y ratificó (10 de mayo de 2011) la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en tanto que el artículo 36 del CIA está dedicado a los derechos de niños y niñas con discapacidad. En este contexto, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- ICBF desarrolla programas para el restablecimiento de los derechos de los niños con discapacidad en diferentes modalidades de atención (Hogar Gestor, Hogar Sustituto, Instituciones de Protección -externado y seminternado-, Internados para discapacidad y trastorno mental) y durante el período 2004-2010 invirtió para el efecto 406.446 millones de pesos colombianos y atendió anualmente, en promedio, a 10.749 niños y niñas con discapacidad.

En desarrollo del compromiso adquirido en el año 2002 en la Sesión Especial para la Infancia y la Adolescencia celebrada por la Asamblea General de las Naciones Unidas y en la que se aprobó el documento "Un mundo apropiado para los niños y las niñas", Colombia, con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia- UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, diseñó y viene implementando el *Plan Nacional para la Niñez y la Adolescencia 2009-2019*, con el cual se persigue la consecución de doce objetivos agrupados en 4 categorías:

- 1) De existencia. a) Todos vivos, b) ninguno sin familia, c) todos saludables, d) ninguno desnutrido o con hambre.
- 2) De desarrollo. e) Todos con educación de calidad y no discriminante, f) todos jugando, g) todos capaces de manejar los afectos y las emociones.
- 3) De ciudadanía. h) Todos registrados, i) todos participando en la vida de la comunidad.
- 4) De protección. j) Ninguno maltratado o abusado, k) ninguno en una actividad perjudicial o violenta,

A nivel nacional, una de las bases del PND 2010–2014 es la *"Igualdad de oportunidades para la prosperidad social"*. Con fundamento en ésta, el PND formula la *Política Integral de Desarrollo y Protección*, de la cual hace parte la atención a la primera infancia. Aunque la política busca beneficiar a todos los niños, el énfasis se pondrá en la atención a la población pobre y vulnerable con el propósito de reducir las brechas y construir equidad. Sus componentes son: salud, nutrición, educación inicial, cuidado y protección. Su población objeto también es la familia, puesto que no es posible modificar las condiciones de vida de los niños menores de 6 años sin modificar el contexto familiar. El impacto de la política será medido y evaluado a partir de la construcción de una línea de base de la Atención Integral a la Primera Infancia.

Sistema de Seguridad Social:

Calle 10 No 5 – 51 Palacio de San Carlos
Dirección correspondencia Carrera 5 No 9 – 03 Edificio Marco Fidel Suárez
PBX 3814000 – Fax 3814747 www.cancilleria.gov.co
Bogotá D.C., Colombia sur América



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

En el artículo 41° de la ley 1098 de 2006, en su numeral 13, dispone como obligación del estado, la de "(...) garantizar que los niños, las niñas y los adolescentes tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en salud de manera oportuna (...)"

Por ello, en cumplimiento de los acuerdos 224, 331 y demás complementarios emitidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud para los niños, niñas y adolescentes del ICBF que no se encuentran afiliados a salud, la libre elección de administradora del Régimen Subsidiado estará a cargo del ICBF.

En materia nutricional, nuestro país cuenta con la ley N° 1355 de 2009 "Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención".

El derecho a la alimentación.

Es regulado por el Decreto 2237 de 1989, en armonía con el Código de Infancia y Adolescencia. Define qué se entiende por alimentos todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido, asistencia médica, recreación, formación integral y educación o instrucción y, en general, todo lo necesario para el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes. Los alimentos también comprenden la obligación de proporcionar a la madre los gastos de embarazo y parto. La normativa señalada dispone que en caso de incumplimiento de la obligación alimentaria para con un menor de edad, cualquiera de sus padres, sus parientes, el guardador o la persona que lo tenga bajo su cuidado, podrán solicitarlos ante el defensor de familia, los jueces competentes, el comisario de familia o el inspector de policía de la residencia del menor. Así mismo, estos funcionarios, de oficio, si tienen conocimiento, deberán tomar las medidas que aseguren el goce de este derecho.

El derecho a pedir alimentos es irrenunciable. No puede venderse ni cederse en modo alguno el derecho de pedir alimentos. El que debe alimentos no podrá oponer al demandante en compensación lo que el demandante le deba a él. Cuando a los padres se imponga la pérdida de la patria potestad, no por ello cesará la obligación alimentaria. Esta obligación cesa cuando el menor es entregado en adopción. Mientras el deudor no cumpla o se allane a cumplir la obligación alimentaria que tenga respecto del menor, no será escuchado en la reclamación de la custodia y cuidado personal ni en el ejercicio de otros derechos sobre el menor. El juez dispondrá, cuando fuere necesario, la custodia y cuidado del menor o menores en cuyo nombre se abrió el proceso, sin perjuicio de las acciones judiciales pertinentes. La mujer grávida podrá reclamar alimentos respecto del hijo que está por nacer, del padre legítimo (casado) o del que haya reconocido la paternidad en el caso de hijo extramatrimonial.

Políticas y Estrategias de Abordaje de la Situación Nutricional de la Infancia y la Adolescencia.

Para dar respuesta a la situación nutricional de la infancia y la adolescencia, Colombia cuenta con diferentes mecanismos conducentes a impactar sobre las diferentes problemáticas que se presentan en esta materia. Entre algunas de las acciones que se han adelantado en cuanto a la situación nutricional se encuentra la *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -SAN*. Esta política se encuentra dirigida a toda la población colombiana y conlleva la realización de acciones que contribuyan a la disminución de las desigualdades sociales y económicas, asociadas a la inseguridad alimentaria y nutricional en los grupos de población en condiciones de vulnerabilidad.

Por este motivo, se priorizan acciones hacia los grupos de población más vulnerables, como son: la población desplazada por la violencia; los afectados por los desastres naturales; los grupos étnicos; los niños y niñas; las mujeres gestantes y madres en lactancia, y la población en mayor nivel de pobreza, correspondiente a los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, SISBEN. El objetivo general se encuentra orientado a garantizar a toda la población la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos de manera permanente y oportuna, en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad. Para lograr este fin, tanto el gobierno nacional como los gobiernos territoriales articulan acciones para alcanzar mayor impacto en la población de



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

los diferentes planes, programas, proyectos y estrategias que se desarrollan. Aunque aún existen brechas entre grupos poblacionales, el país ha mejorado el estado nutricional de su población, en particular de la infantil y adolescente.

Sobre este particular, se debe anotar que el país cuenta con alimentos fortificados como son la harina de trigo y la sal. Así mismo, desde el 2004 se trabaja con las Guías Alimentarias para la población colombiana, las cuales incluyen instrucciones para la alimentación de los niños y niñas según su ciclo de vida, atendiendo a si son: i) gestantes y madres en lactancia, ii) población menor de 2 años y iii) población mayor de 2 años. Desde el 2010, las guías se encuentran en proceso de actualización.

A su vez, el ICBF cuenta con varios programas que buscan una adecuada nutrición de los niños, niñas y adolescentes. Entre ellos, se pueden nombrar el suministro de complemento alimentario a las gestantes y madres de niños y niñas menores de 2 años en la modalidad de Familia, Mujer e Infancia – FAMI; los desayunos infantiles para la primera infancia (de 6 meses a 5 años); los Hogares Comunitarios de Bienestar (0 a 7 años); los Hogares Infantiles en la modalidad tradicional, lactantes y preescolares (< 5 años); los jardines comunitarios (2 a 5 años) y la recuperación nutricional. Igualmente, se cuenta con otras modalidades de atención dirigida a poblaciones vulnerables como: población desplazada, población indígena, población en emergencias por desastres naturales y población rural dispersa. Adicionalmente, se cuenta con el Programa de nutrición comunitaria a base de germinados (Bienestarina).

A la par con lo anterior, el Ministerio de Educación Nacional, en coordinación con el ICBF, desarrolla el programa de Asistencia Nutricional a través de restaurantes escolares para niños, niñas y adolescentes en la modalidad de almuerzo y refrigerio reforzado (5 a 18 años). Se debe anotar que las Cajas de Compensación Familiar, así como la empresa privada, desde 1997, apoyan estos programas de alimentación escolar.

Así mismo, es necesario destacar el fortalecimiento de los programas de recuperación nutricional que ha adelantado el ICBF con la creación de los centros dedicados a este propósito en el año de 2007 y la puesta en marcha, en el año de 2002, del programa de Desayunos Infantiles con Amor. Estos programas han tenido una gran acogida, a tal punto que en la actualidad se brinda el complemento alimentario a más de 1,6 millones a niños y niñas.

En cuanto a la niñez y la adolescencia, se amplió el programa de alimentación escolar, el cual espera atender a más de 4 millones de niños y niñas escolarizados, prioritariamente entre los 5 y 9 años, para lo cual se ha destinado una inversión de 510.000 millones de pesos colombianos al año. También se debe resaltar el trabajo a nivel nacional del sector de la salud en el suministro de micronutrientes a través de los planes de salud, la identificación del riesgo mediante el control de crecimiento, de desarrollo y la vacunación. A esto se le debe sumar las estrategias de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia- AIEPI y la iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia-IAMI, las cuales se desarrollan conjuntamente en 338 Instituciones Prestadoras de Salud-IPS y en la comunidad

- 3. Sirvanse proporcionar información sobre las políticas nacionales, estrategias y planes de acción para abordar las preocupaciones y los problemas prioritarios identificados en la pregunta 1. Por favor incluya información sobre si el derecho del niño a la salud, incluido el derecho a la asistencia sanitaria, se menciona explícitamente en las políticas, estrategias y planes de acción.**

El ICBF como ente rector del Sistema Nacional de Bienestar Familiar es responsable de la articulación de acciones de política social necesarias para garantizar el derecho a la salud integral de todos los niños, las niñas y adolescentes e el ámbito nacional, regional, departamental, distrital y municipal.



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

Desde el ICBF se han adelantado las gestiones correspondientes al Auto 065 de 2012 – Sentencia T 670 y la Circular 013 de 2012 emitida por el director del ICBF.

Auto 065 de 2012. Dando alcance a la sentencia T – 760 de 2008, el pasado 17 de abril de 2012 la Corte Constitucional profirió el Auto 065 de 2012, en el cual se requiere al ICBF para que adelante las actuaciones que considere necesarias para verificar que todos los niños y niñas del régimen subsidiado estén accediendo oportunamente a los servicios de salud cubiertos por el régimen contributivo y a aquellos que requieran la necesidad, debiendo presentar un informe trimestral a la Corte.

Por lo anterior, el mes de julio de 2012 fue presentado a la Corte Constitucional un informe de las fallas en el proceso de atención en salud a los niños, niñas y adolescentes vinculados al ICBF, insumo que sirve de guía para orientar el seguimiento y las acciones a adelantar para apoyar la garantía del derecho a la salud.

Circular 013 de 2012. La Dirección general del ICBF, previo conocimiento de las situaciones de incumplimiento en el acceso a la prestación de los servicios de salud de los niños, niñas y adolescentes en proceso administrativo de restablecimiento de derechos, emitió el 6 de junio de 2012 la circular 013 referente a la afiliación al régimen subsidiado. Para lo cual cada director regional en el transcurso del mes de julio debe seleccionar la EPS que prestará el servicio de salud a los niños, niñas y adolescentes, con fundamento en el interés superior del niño, garantizando una atención calidad.

Actualmente el Estado colombiano se encuentra avanzando en la construcción DEL Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2020. En materia nutricional, el país cuenta con el CONPES 113 de Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y se encuentra avanzando en el plan de seguridad alimentaria y nutricional para la implementación de la política.

De igual manera, se resaltan avances particulares a las problemáticas identificadas en la pregunta 1 como:

- El Plan de Desarrollo Prosperidad para Todos, se diseñó y está en implementación la Estrategia De Cero a Siempre.
- Mediante el Decreto No. 4875 de 22 de diciembre de 2011, se creó la Comisión Intersectorial de Primera Infancia integrada por el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, el Ministerio de Educación Nacional – MEN-, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de la Cultura, el Departamento Nacional de Planeación y el Departamento Administrativo de la Prosperidad Social. Actualmente se trabaja en la implementación del esquema de los Mil primeros días. Igualmente los análisis técnicos y la normatividad han orientado la implementación De políticas planes y programas que abordan diversas problemáticas.
- El Decreto 3039 de 2007- 2011 implementó el plan cuatrienal de salud en el que la prioridad es la primera infancia y actualmente se construye el plan decenal de salud pública para el cual se realizarán consultas a niñas y niños en búsqueda del reconocimiento de su voz en la orientación nacional y territorial en salud.
- Se ha diseñado un Plan estratégico para eliminar la transmisión madre hijo de VIH y Sífilis congénita 2011-2015. Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, adelantan acciones de asistencia técnica, seguimiento y evaluación de las acciones de prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Se han



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

incluido las pruebas rápidas para sífilis; las pruebas ELISA y pruebas rápidas para VIH en el primer nivel de atención, en la reciente actualización del Plan Obligatorio de Salud – POS y la elaboración del Manual de pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) con enfoque diferencial y vulnerabilidad y diseño e impresión del Rotafolio para asesoría pre y post prueba voluntaria para VIH.

- Construcción e implementación de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN y el Plan Nacional de SAN Intersectorial: existe un Modelo de Observatorio SAN así como un Modelo para la construcción del plan de SAN concertado con poblaciones indígenas; 22 Departamentos², 3 Distritos Capitales y 9 Municipios con Planes de SAN elaborados; asesoría permanente a la Estrategia Caribe sin Hambre; 32 Entidades Territoriales capacitadas en la Guía Metodológica para la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de los PSAN.
- Adopción de los nuevos patrones de crecimiento publicados por la Organización Mundial de la Salud, mediante la resolución 2121 de 2010: Se desarrolló un manual técnico del sistema de información para el seguimiento y evaluación de los planes territoriales de SAN.
- Diseño e implemento el plan decenal de Lactancia Materna 2010 -2020: Se empezó el proceso de sensibilización para implementación de bancos de leche humana en tres Instituciones Prestadoras de Servicios.
- Convenio de Cooperación Internacional para la implementación de Bancos de Leche Humana-BLH en el país: Entrenamiento de 30 profesionales en funcionamiento del BLH y procesamiento y control de calidad de la leche humana. Entrega de recursos para la compra e instalación de los equipos para el funcionamiento del BLH, hoy funciona, en el Hospital Federico Lleras Acosta e inicio implementación estrategia Bancos de Leche Humana en ocho (8) bancos nuevos.
- Elaboración y socialización de los Lineamientos para la implementación de las Salas Amigas de la Familia Lactante en el entorno laboral: Están operando en los Ministerios de Salud y Protección Social, Cultura, Transporte, Ambiente, Tecnología de la Información y Comunicación.
- Implementación de la Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI): Está siendo implementada en el país para la atención en salud de los menores de cinco años, en sus tres modalidades de atención: i) gestión, ii) clínica y, iii) comunitaria inicia el proceso de expansión nacional en el año 2012. Esta estrategia tiene como propósito la atención integral en salud de los niños y las niñas menores de 5 años, incorporando acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral; se articula a la estrategia de atención primaria en salud. Con el fin de fortalecer la estrategia, en el año 2008 se actualizaron los subcomponentes de tuberculosis, VIH, nutrición y atención de niñas y niños maltratado. En el 2009 se incluyó el subcomponente de salud oral, epilepsia, asma, obesidad y

² Antioquia, Vaupés, Guanía, Guaviare, Putumayo, Amazonas, Vichada, Caquetá, Huila, Cundinamarca, Atlántico, Magdalena, Bolívar, César, Sucre, Cauca, La Guajira, Choco, Caldas, Quindío, Meta y Córdoba (todos estos territorios cuentan los planes aprobados por la Asamblea).



diabetes en el componente clínico. Se realizó la revisión de las guías con expertos y se ajustó y actualizó el material educativo dirigido a los profesionales de salud.

- Los proyectos específicos con los que cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social para el tema de discapacidad son: i) implantación de proyectos para población en condiciones especiales a nivel nacional-atención a la población desplazada, ii) implantación de proyectos para población en condiciones especiales (salud mental, discapacitados y desplazados), nacional - distribución previo concepto DNP y iii) actualización del registro para la localización y caracterización de la población en situación de discapacidad región nacional.
- Ante la grave vulneración y situación de niños, niñas, adolescentes y Jóvenes, específicamente en violencia intrafamiliar y violencia sexual, el Ministerio de Salud y Protección, diseñó e implementó el Modelo y el Protocolo de Atención Integral en Salud a Víctimas de Violencia Sexual, los cuales aportan procesos y procedimientos a realizar en las acciones de prevención, atención y recuperación de las víctimas de violencia por medio de la Resolución 412 de 2000 y la Resolución 0459 de 2012. Estos documentos tienen en cuenta elementos contenidos en las Normas y Guías de Atención relacionadas, en particular las Guías de Atención para ITS, VIH/SIDA, y la normativa de OPS en los casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE).
- A fin de impactar la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social, incluyó la Vigilancia obligatoria de la Morbilidad Materna Extrema en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud a partir de enero de 2012 y elaboró el Modelo de Vigilancia de Morbilidad Neonatal Extrema – VMNE.
- Consumo de Suplementos de Hierro, Ácido Fólico y Calcio Durante el Embarazo: El suministro de micronutrientes a las gestantes y a la población infantil se garantiza a través del Plan Obligatorio de Salud (POS). Adicionalmente, a los niños y niñas menores de 5 años se les suministra antiparasitarios dentro de este mismo plan.
- Vacunación: Durante el periodo 2004–2010 se impulsó y fortaleció el Programa Ampliado de Inmunizaciones, la AIEPI y el fomento y protección a la lactancia materna a través de las IAMI. Estas estrategias han tenido una importante incidencia, impacto y efectividad en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, toda vez que en ellas se promueve igualmente la vacunación de la población infantil.

Entre los principales logros del Programa se resalta el compromiso por parte del Ministerio de la Protección Social y de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, los cuales han intensificado esfuerzos para lograr y mantener coberturas útiles de vacunación, garantizando la disponibilidad de los biológicos, la eficiencia de la red de frío para mantener la calidad de las vacunas y los insumos para vacunación y para eliminar cualquier barrera a la vacunación. Gracias a este programa, desde el año de 2002 las coberturas nacionales de vacunación, con todos los biológicos, se ha mantenido sistemáticamente por encima del 91%. Como resultado de la vacunación, Colombia ha logrado erradicar la poliomielitis desde el año 1991, ha presentado avances en la eliminación del tétano neonatal (se pasó de registrar cerca de 2000 casos/año en



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

1990 a 5 en 2009, lo que significó una reducción de 99,7%) y de la difteria como problemas de salud pública. Así mismo, no se han presentado casos de sarampión desde el año 2002 y se logró la certificación en el año 2006 de la eliminación del síndrome de rubéola congénita por parte de la Organización Panamericana de la Salud - OPS.

- La Política Nacional de Salud Mental de Colombia se encuentra contenida en la Resolución 2358 de 1998. En ésta se presentan como objetivos generales: la promoción de la salud mental, la prevención de la aparición de la enfermedad mental y el mejoramiento del acceso, la cobertura y la calidad de la atención. Esta política fomenta una cultura de la salud mental, la prevención en la aparición de trastornos de la salud mental, la reorientación y el mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios, el impulsar la rehabilitación psicosocial de los individuos, grupos y comunidades y fortalece la red de instituciones y la oferta de servicios de salud mental; atendiendo a las recomendaciones emitidas por el Comité de los Derechos del Niño.
- Para fortalecer esta estructura normativa, se formuló el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007–2010, por medio del Decreto 3039 de 2006, lo que permitió la atención de la enfermedad mental de manera integral y no tipificando por patologías.

Las acciones relacionadas con la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, incluyen la aplicación de tamizaje, mediante instrumentos como el RQC - cuestionario de síntomas para niños - y el test de Apgar familiar, que permiten identificar de manera temprana signos de alerta que indican la posible presencia de un trastorno o problemática relacionados con la salud mental de los niños y sus familias y canalizarlos oportunamente hacia servicios de salud de baja, mediana o alta complejidad, según corresponda.

Para la ejecución de estos procesos se ha incluido el fortalecimiento de las capacidades institucionales, mediante la formación de los profesionales de salud y de los responsables departamentales y municipales en el área de salud mental, en estrategias de fácil aplicabilidad y alto impacto como son: aplicación de tamizajes, intervenciones breves, entrevistas motivacionales, grupos de apoyo- y abordaje familiar. Otra de las acciones realizadas es la construcción de un sistema de alerta temprana que permite identificar aquellos casos que deben ser intervenidos inmediatamente, como ocurre en el evento de los niños y niñas que por sus condiciones familiares y contextuales están en alto riesgo de presentar enfermedades mentales.

Adicionalmente, se realiza la elaboración de guías de atención primaria integral en trastornos del aprendizaje y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes, con el fin de estandarizar el proceso de atención en actual sistema de salud colombiano.

4. **Sírvanse indicar qué papel tienen las escuelas en la promoción del derecho del niño a la salud. ¿Está la promoción de la salud incluida en los programas escolares?**



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

En primera instancia, se incluyeron los estándares de calidad de salud en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los estándares de calidad los centros de desarrollo infantil y de educación inicial en el hogar.

La estrategia de atención integral a enfermedades prevalentes en la infancia, en su componente complementario, aborda de manera especial a docentes y cuidadores de primera infancia orientado en torno a prácticas clave y en el reconocimiento de los signos de peligro y cuidados del niño sano y enfermo.

Para asistir a madres y padres, el Estado colombiano ha impulsado diferentes programas, a saber:

- En primer lugar, dentro de los Programas de Atención a la Primera Infancia se desarrolla actualmente una estrategia transversal de formación a padres, madres y cuidadores, denominada "*Escuelas para Familias*", por medio de la cual se trabaja con los padres y madres o cuidadores de niñas y niños usuarios de los servicios, abordando, entre otros temas, los derechos de los niños, niñas y adolescentes, pautas adecuadas de crianza y la prevención del maltrato, la violencia y el abuso sexual.
- En segundo lugar, los padres y madres que trabajan tienen derecho a servicios de atención de buena calidad. Para este propósito se han creado tres entornos de atención ya mencionados (Familiar, Institucional y Comunitario).
- En tercer lugar, los padres de niños, niñas y adolescentes que presenten algún tipo de discapacidad gozan de formas de asistencia adicional y apropiada, tales como las modalidades de atención en externado y seminternado. En estas instituciones se desarrollan con las familias planes de atención integral familiar - PLATINFA, los cuales responden a sus características y necesidades.
- Entre los programas que integran la oferta para esta población está la modalidad de Hogar Gestor, que incluye la entrega de un subsidio económico y los hace beneficiarios de la estrategia de Apoyo y Fortalecimiento Familiar -UNAF, dirigida a la atención, orientación y fortalecimiento de las familias con niños, niñas y adolescentes con discapacidad y desplazamiento (movilidad intermunicipal, departamental, flotante, de frontera o por conflicto armado) que por su situación de pobreza presentan dificultades para suplir las necesidades de sus hijos e hijas.

El Estado adelanta campañas de sensibilización y promoción, además de programas orientados a fortalecer e incorporar en la cultura pautas de crianza y formación de acuerdo con el desarrollo y etapa del ciclo vital en que se encuentren los niños, niñas y adolescentes. El Ministerio de Educación Nacional ha implementado diferentes modalidades de atención, las cuales han sido diseñadas para funcionar en diversos contextos demográficos, sociales y culturales y responder a las necesidades de los niños, las niñas y sus familias, con una estricta focalización en la población vulnerable. A partir de estas acciones se ha iniciado una labor educativa en los siguientes entornos:

- Entorno Familiar. Busca cualificar las condiciones de atención del niño o niña por parte de su familia, cuando debido a limitaciones geográficas o de otro tipo no pueden acceder a ofertas institucionalizadas tales como Hogares de Bienestar o Jardines Infantiles. Está dirigido a niños y niñas menores de cinco (5) años, sus familias (padre, madre y/o cuidador), así como mujeres gestantes y lactantes.
- Entorno Institucional. Ofrece atención integral a la primera infancia en un espacio adecuado y con un equipo interdisciplinario. Esta modalidad ofrece los componentes de cuidado, nutrición y educación inicial. Está dirigido a niños y niñas menores de cinco (5) años ubicados en zonas urbanas, que no acceden a ningún servicio de atención integral por falta de oferta.



- Entorno Comunitario. Complementa las condiciones de atención integral para garantizar un entorno saludable y adecuado que promueva el desarrollo de competencias y aprendizajes variados con metodologías enriquecedoras del niño o niña por parte de su Hogar Comunitario de Bienestar. Está dirigido a niños y niñas menores de cinco (5) años que actualmente asisten a los Hogares Comunitarios del ICBF.
5. **Sírvanse proporcionar ejemplos de buenas prácticas llevadas a cabo por su Gobierno para promover y proteger el derecho del niño a la salud y en particular en relación con los niños en circunstancias especialmente difíciles.**

En el sector salud el proceso de buenas prácticas para proteger el derecho a la salud transita de manera específica en la implementación la estrategia Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes en la Infancia, en donde se hace hincapié de manera especial reconociendo en las prácticas clave. Estas son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado diario para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños. Las mismas están basadas en conocimientos científicos actualizados y su aplicación no solamente permitirá que los niños tengan un adecuado crecimiento y desarrollo, sino que les evitará, en muchas ocasiones, enfermedades y secuelas. Por esta razón, estas prácticas deben ser del conocimiento de todos los adultos que cuidan de los niños (padres de familia, maestros, personal de salud).

Las prácticas se organizan en cuatro grupos, según la intención que tiene cada una de las mismas.

1. Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño: en este grupo se encuentran las prácticas que tienen que ver con la alimentación y la estimulación.
2. Para prevenir enfermedades: en este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con el cuidado del ambiente (saneamiento, prevención de malaria y dengue y, de infección por VIH SIDA).
3. Para los cuidados en el hogar: en este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con todas las acciones que se deben llevar a cabo para el cuidado del niño enfermo en el hogar y para evitar que desmejore su estado y mejorar el auto-cuidado familiar.
4. Para buscar atención fuera del hogar: aquí se encuentran las prácticas relacionadas con la identificación de los signos de peligro, los cuidados posteriores a la atención y los cuidados a la gestante.

Las prácticas clave son:

- Fomentar la lactancia materna exclusiva
- Alimentación complementaria después de los seis meses de edad
- Consumo de micronutrientes
- Afecto, cariño y estimulación temprana
- Hay que vacunar a todos los niños
- Saneamiento básico
- Prevención de malaria y dengue
- Prevención contra el VIH SIDA
- Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad
- Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis
- Alimentación del niño enfermo en el hogar
- Tratamiento en casa del niño enfermo
- Buen trato y cuidado permanente de los niños
- Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante
- Prevención de accidentes en el hogar
- Identificar signos de peligro



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

- Seguir las recomendaciones del personal de salud
- Atención a la mujer gestante.

Derechos de salud reproductiva de los adolescentes y medidas para promover un estilo de vida sano.

En Colombia se viene trabajando en la transformación de los indicadores de salud sexual y reproductiva mediante el desarrollo de iniciativas y esfuerzos continuos para mejorar la gestión de los componentes de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, especialmente de los adolescentes y personas jóvenes, en un marco de participación intersectorial que permita garantizar los derechos humanos, el desarrollo de competencias y habilidades para la vida, el ejercicio responsable y el goce de los derechos sexuales y reproductivos. Por lo anterior, se adelantan iniciativas de apoyo a la prevención del embarazo, especialmente en adolescentes.

Una de las acciones significativas en este sentido, desde el año 2007, es la implementación del modelo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, por medio del cual se adecuaron los servicios de salud a las necesidades y expectativas de la población joven y adolescente, facilitando así el acceso a los servicios de salud. Este modelo orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población (entre los 10 y 29 años, en el caso de servicios para adolescentes y jóvenes) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva.

Los componentes del modelo incluyen: acceso a los servicios y oportunidades en su prestación, profesionales y personales de salud, procedimientos administrativos y de gestión, disponibilidad de una amplia gama de servicios y participación juvenil, social y comunitaria. Se difunden y apropian temas de salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, la equidad de género en la población adolescente. Así mismo, se desarrollan acciones de tipo asistencial y de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otros.

Se cuenta con servicios amigables para adolescentes, con presencia en más de 543 municipios del territorio nacional. Por otra parte, la articulación intersectorial ha permitido un trabajo conjunto con el sector educativo, el cual se ha materializado en la realización de acciones entre los servicios amigables para adolescentes y el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC). Otras actividades que se desarrollan y coordinan con el sector educativo son los procesos de capacitación y fortalecimiento de las habilidades para la vida y la toma asertiva de decisiones, en los cuales se informa, capacita y sensibiliza a jóvenes en temas relacionados con la educación sexual y reproductiva, la planificación familiar, el acceso oportuno a la consejería y el suministro de métodos de anticoncepción. Además se abordan temas sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual, como el VIH-SIDA.

Ablación o mutilación genital femenina.

Un proyecto Embera-Wera con las mujeres indígenas Embera en el departamento de Risaralda, comunidad que realizaba la práctica de la ablación o mutilación genital femenina como parte de su ritual de iniciación y una práctica cultural, buscaba suspender esta práctica y proteger los derechos de las mujeres de esta comunidad indígena. El proyecto se realizó en una alianza con el MDG, el UNFPA, la OIM, en asocio con la Defensoría del Pueblo, la Procuraduría General de la Nación, el ICBF, el Ministerio del Interior y el Ministerio de la Protección Social. La participación de la comunidad indígena Embera, principalmente de las mujeres, hizo que en noviembre de 2010 se tomara la decisión de suspender la ablación genital femenina

El lineamiento para la inclusión y atención de familias -Modelo Solidario-del ICBF dispone que la familia es una "unidad eco sistémica de supervivencia y de construcción de solidaridades de destino a través de los rituales cotidianos, los mitos y las ideas acerca de la vida, en el interjuego de los ciclos evolutivos de todos los miembros de la familia en su contexto sociocultural", definición flexible y sistémica, que incluye todos los aspectos especialmente



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

significativos para el desarrollo de las facultades de los niños, niñas y adolescentes. La Constitución y la legislación nacional respetan la evolución de las facultades de niños, niñas y adolescentes, en tanto que los primeros años de vida son considerados como el periodo más importante para el desarrollo infantil. En efecto, el derecho al desarrollo integral en la Primera Infancia está ampliamente reconocido en diferentes instrumentos nacionales e internacionales aprobados por el Congreso de la República. El CIA, en su artículo 29, prescribe que esta etapa del desarrollo es en la que se establecen las bases del desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano.

Acorde con lo anterior, el Estado colombiano ha desarrollado una política pública especializada para este grupo poblacional denominada "Colombia por la Primera Infancia", en la que la familia se concibe como un agente educativo y *"el contexto más propicio para generar vínculos significativos, favorecer la socialización y estimular el desarrollo humano y, desde el punto de vista del Estado y de la sociedad, la familia es su capital social[...]. La relevancia de la familia, en el marco de la política pública de primera infancia, radica en que ella constituye el espacio donde se estructuran las formas de vinculación del niño con el mundo, aspecto fundamental en su desarrollo como sujeto psicosocial."*

En el proceso de su implementación, desde el año 2008, el Estado ha realizado actividades de socialización, validación, acercamiento y formación de cuidadores, madres, padres, médicos y docentes en todo el país para el fortalecimiento conceptual sobre el desarrollo infantil y competencias en la primera infancia. De igual manera, en el marco de las modalidades de atención integral para la primera infancia, el MEN y el ICBF han implementado la modalidad de entorno familiar, dirigido a niños, niñas y sus familias (padre, madre y/o cuidador), así como a mujeres gestantes y lactantes. Igualmente, fue creado el programa de formación Escuela para Padres de Familia, el cual se implementa en las instituciones educativas oficiales y no oficiales, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1404 de 2010.

En el año 2007 la Comisión Nacional de Reducción de la Demanda lideró el proceso de construcción de la política pública para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Esta política tiene como propósitos estratégicos la reducción de la vulnerabilidad al consumo por medio de la intervención de manera integrada de los factores macro-sociales, micro-sociales y personales más predictivos del consumo, al igual que reducir el impacto del consumo mediante la información, los servicios y la asistencia y apoyo de manera oportuna e integral a los individuos, las familias y las comunidades. Por otra parte, esta estrategia busca el fortalecimiento de la capacidad de las entidades territoriales con el fin de mejorar la calidad y oportunidad de su respuesta frente al consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias.

Adicionalmente, se apoya y promueve la implementación de programas y estrategias de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y promoción de estilos de vida y entornos saludables, dirigidos a la población infantil y adolescente, y se busca a su vez, ampliar la cobertura y evaluar periódicamente los resultados de aquéllos. Entre estos programas se encuentran "Yo mi vida", de la Organización Surgir, las "Zonas de Orientación Escolar (ZOE)" y "Destrezas para la Vida", de la Organización Leones Educando.

Para impulsar la libre asociación de los niños, niñas y adolescentes, ha establecido los siguientes programas:

- Programa Nacional de Promotoría Ambiental Comunitaria "Proyecto Jóvenes de Ambiente", cuyo objetivo es generar procesos de participación, educación y gestión ambiental, en el ámbito del desarrollo sostenible con base en las necesidades y políticas del territorio. A su vez, pretende caracterizar la situación ambiental, educativa y participativa de la comunidad, las instituciones y las entidades con base en los instrumentos de gestión ambiental, local, municipal y regional y la conformación de espacios participativos. Hasta la fecha, 3.000 niños, niñas, adolescentes y jóvenes han sido capacitados.



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

Prosperidad
para todos

- Red Nacional de Jóvenes de Ambiente: proporciona un espacio de diálogo, reflexión, intercambio de experiencias y conocimientos, en el que participan más de 5.000 niños, niñas y adolescentes, para el reconocimiento, identificación y definición de las problemáticas socio-ambientales, la apropiación local de compromisos globales y la asunción de responsabilidades para la construcción de comunidades sostenibles.
- Pre-encuentros regionales y Encuentro Nacional de Jóvenes para la construcción de la carta de responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes de Colombia, denominada "Vamos a Cuidar de Colombia" y el Encuentro Nacional de Jóvenes de Ambiente en Bogotá, D.C., que contó con la participación de 200 jóvenes del país. También se destaca la Primera Conferencia Nacional de Jóvenes por el Ambiente, reunión de 200 jóvenes de 25 departamentos del país que tuvo como resultado la elaboración del "Diagnóstico Socio-ambiental Participativo de los niños, niñas y adolescentes para Colombia".

6. Por favor indique cuáles son las barreras principales con las que se Principales encuentra al intentar poner en práctica el derecho del niño a la salud.

A pesar de los avances en cuanto a resultados en salud infantil y unificación del Plan Obligatorio de Salud el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que existen barreras de acceso que se encuentran en análisis para su abordaje, identificando que las principales barreras de acceso para poner en práctica los derechos a la salud en Colombia surgen en principio del desconocimiento de derechos y deberes de la población, en especial respecto las buenas prácticas en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acceso a servicios de salud.

También configuran barreras de acceso otros aspectos del contexto relacionados con el acceso a los alimentos de algunas regiones del país, la dispersión geográfica que se suma en algunos casos a la ausencia o limitada capacidad de para asumir gastos de bolsillo tales como transporte, vivienda y alimentación en el caso concreto de atención.

El Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla actualmente un proceso de mejoramiento en la calidad de la atención que cursa por la actualización de los procesos de habilitación y acreditación de IPS, EPS y entidades territoriales que el análisis de red prestadora de servicios, acceso a medicamentos, oportunidad de la atención y portabilidad de la atención.

Así mismo, de acuerdo con la información suministrada por las Regionales del ICBF con respecto a la atención en salud brindada a los niños, niñas y adolescentes que se encuentran bajo la protección del ICBF, estas son las principales barreras:

- Falta de continuidad en el suministro de medicamentos
- Dificultades para aprobaciones de exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas
- Red de atención con capacidad insuficiente para atender a los niños, niñas y adolescentes en sitios cercanos a su lugar de residencia
- Demora en la expedición de Carnets, lo cual afecta la solicitud de citas
- Inoportunidades en la asignación de citas con especialidades médicas
- Necesidad de instaurar acciones de tutela para garantizar el derecho a la salud.

No sobra resaltar que el Ministerio de Cultura realizó en Santa Marta el Encuentro Nacional de Primera Infancia y Juventud, en el que representantes de diferentes comunidades discutieron sobre los principales obstáculos que enfrentan los niños y niñas durante la primera infancia. La reunión permitió concluir que es necesario fortalecer el conocimiento y la participación, tanto institucional como social, acerca de la infancia; mejorar la inversión y la eficiencia de los recursos públicos para atención de las necesidades de la infancia; crear una estrategia de coordinación entre las distintas entidades públicas y privadas con competencias en los derechos de la infancia;



Ministerio de Relaciones Exteriores
República de Colombia

**Prosperidad
para todos**

fortalecer la gestión pública desde el enfoque diferencial y la acción sin daño en las acciones dirigidas hacia la atención de la infancia y adolescencia.

Calle 10 No 5 – 51 Palacio de San Carlos
Dirección correspondencia Carrera 5 No 9 – 03 Edificio Marco Fidel Suárez
PBX 3814000 – Fax 3814747 www.cancilleria.gov.co
Bogotá D.C., Colombia sur América

