



BOGOTÁ HUMANA Y LA PRIMERA INFANCIA

La primera infancia en el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2012-2016

Bogotá Humana

Importancia de las acciones en la primera infancia¹

Existe un gran consenso en relación con la importancia de las experiencias vividas durante la primera infancia. Es ampliamente reconocido que durante los primeros seis años de vida, incluso desde la gestación, se producen profundas transformaciones en el desarrollo del ser humano, que han ameritado el estudio en profundidad de sus implicaciones en la vida posterior.

Entre los múltiples hallazgos divulgados en el medio científico y académico, sobresalen hechos en el sentido de que en esta etapa se produce el mayor porcentaje de desarrollo neuronal, las condiciones nutricionales son determinantes de las posibilidades de desarrollo físico e intelectual, el desarrollo emocional y la vinculación afectiva tienen importantes efectos sobre el desenvolvimiento físico y social del niño y la niña, y la adopción de códigos y patrones de comportamiento en la vida adulta tienen fuertes raíces en las conductas aprendidas durante los primeros años.

Numerosos estudios demuestran que desde la gestación, los niños y las niñas tienen capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales, que sirven de fundamento para el aprendizaje, la comunicación, la socialización y en general para el desarrollo de habilidades, capacidades y competencias durante los años posteriores. Una adecuada alimentación, acompañada de vínculos afectivos fuertes, es definitiva para garantizar un crecimiento conveniente durante los primeros dos

¹ Documento construido con insumos del diagnóstico distrital de infancia y adolescencia, del Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia.

años, así como para activar los mecanismos neurológicos que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta positiva en el transcurso de la vida.

En consecuencia, es en estos años cuando las deficiencias en el estado de salud físico y nutricional conllevan grandes riesgos en el desarrollo infantil, dado que los sistemas inmunológicos y las tensiones emocionales son regulados por la alimentación en esta etapa (Colombia por la primera infancia, 2006: 7).

En términos de desarrollo cerebral, durante los primeros tres años de vida se lleva a cabo la conformación de conexiones neuronales conocidas como *sinapsis*, las cuales son expresión del desarrollo sensorial y orgánico que experimenta el cuerpo en esta etapa. Es así como cualquier afectación en el desarrollo de estas conexiones, producida por factores ambientales, los vínculos afectivos, el estado nutricional o los estímulos sensoriales, tiene efectos definitivos sobre la cognición, la emoción, la conducta, el sistema de inmunización y el desarrollo de órganos fundamentales del cuerpo como los pulmones, el corazón y el sistema digestivo.

Por ello, la primera infancia es un momento único para estimular el desarrollo cerebral por medio del uso intensivo de los sentidos, el establecimiento de unos fuertes lazos afectivos y la garantía de unas condiciones óptimas de salud y nutrición. Pero al mismo tiempo, es una etapa en la que factores indeseables como un ambiente contaminado, unas condiciones nutricionales deficitarias o la exposición a situaciones de violencia, maltrato o abuso, tienen efectos irreversibles sobre la condición física y la conducta de los niños y las niñas hacia el futuro.

Pero más allá de las condiciones biológicas, la primera infancia es una etapa esencial para el fortalecimiento de la estructura social. Por un lado, representa un seguro para la transmisión y recreación de las tradiciones, valores y costumbres que garantizan la conservación cultural entre generaciones, si las redes familiares, comunitarias y sociales se activan para asumir el cuidado y socialización de los niños y las niñas más pequeños (Torrado, Reyes y Durán, 2006). Además, las prácticas de oralidad, lectura y escritura promovidas desde las instituciones y las que prevalecen al interior de las familias, tanto desde la formalidad del lenguaje como desde la interacción simbólica

(gestos, formas, conductas, etcétera), son esenciales para determinar la forma cómo se ha de vivir en la sociedad (Pérez et ál., 2006).

Es también en esta etapa en que se sientan las bases para la concepción sobre lo bueno y lo malo (la ética), lo bello y agradable (la estética), las reglas básicas de relación con las demás personas y de inserción en la sociedad (la ciudadanía), la percepción de la importancia de sí mismo (la autoestima) y la capacidad de modificar el mundo en beneficio del bienestar común (la solidaridad).

Hay un nivel de consenso sobre la importancia que tiene invertir en esta etapa del ciclo vital recursos tanto en términos monetarios como técnicos y humanos. En este sentido, se ha demostrado ampliamente que una mayor participación de los niños y las niñas en programas de estimulación adecuada temprana, favorece la reducción de la delincuencia y el comportamiento criminal a futuro, lo cual se traduce en una reducción significativa de costos sociales y un fortalecimiento notable de las estructuras institucionales (Van Der Gaag, 2002).

La realización de intervenciones para propiciar el desarrollo temprano, por tanto, es también una oportunidad inmejorable para reducir de manera significativa los desequilibrios en materia de capacidades, aprendizaje y ventajas sociales, características de las sociedades inequitativas (Van Der Gaag, 2002). Es por ello que la primera infancia es trascendental para la transformación en profundidad de las condiciones de una sociedad, pues es el medio más efectivo para reducir las desigualdades y favorecer la democracia, la justicia y la cohesión social.

Marco jurídico de la atención integral a la primera infancia en la Bogotá Humana

El plan distrital de desarrollo Bogotá Humana tiene una gran prioridad: la atención integral a la primera infancia. Para lograr este objetivo, el plan se enmarca dentro de las disposiciones nacionales e internacionales que buscan proteger los derechos de las niñas y los niños.

Entre ellas están la Declaración de los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos del Niño, la Constitución Política Colombiana de 1991, el Código de la Infancia y Adolescencia (Ley 1098 de 2006). Estas disposiciones definen los principios y reglas sobre los criterios filosóficos



básicos con los que debe actuar el Estado, la familia y la sociedad para asegurar la garantía y protección de los derechos y las libertades de todos los niños, las niñas y los adolescentes del país.

En el ámbito distrital se tienen en cuenta las disposiciones del Decreto 460 de 2008 “por el cual se actualiza el Consejo Distrital de Política Social, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1098 de 2006 y en el Acuerdo Distrital 257 de 2006”, en el que se señala la importancia de construir agendas de política pública social con criterios de universalidad e integralidad y su contribución al desarrollo de la familia, en especial de los niños y las niñas y la armonización de instancias de coordinación existentes en la ciudad (Alcaldía Mayor de Bogotá. 2011: 7-8). También, desde el año 2004, la ciudad cuenta con la política de infancia y adolescencia de Bogotá, la cual se define como el horizonte de todos los sectores para mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes.

Como resultado de la formulación de la política pública se estableció el “sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la infancia y adolescencia del distrito capital” (Acuerdo 238 de 2006 y Decreto 031 de 2007), el cual permite realizar las tareas de acompañamiento y seguimiento de las acciones de todos los actores y sectores en materia de infancia y adolescencia.

En 2011 se expide el Decreto 520 de noviembre 24 que reglamenta y adopta la política pública de infancia y adolescencia de Bogotá Distrito Capital, para el periodo 2012-2022. También se expide la Resolución 1613 de noviembre 15 de 2011, que se establece, reconoce y reglamenta el Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia (Codia), cuyo objeto consiste en ejercer funciones consultivas relacionadas con la construcción de agendas y recomendaciones al Consejo Distrital de Política Social en relación con esta política.

La segregación social y la discriminación también afectan a los niños y las niñas

Los niños y las niñas son afectados de diversas formas por la segregación socioeconómica y espacial. En cuanto a la socioeconómica, el bajo ingreso de los hogares, es decir de sus padres, afecta directamente las posibilidades que tiene la primera infancia de acceder a diferentes tipos de bienes, pues los ingresos del hogar se dedican a solventar la carencia de bienes de la canasta básica. Esto

quiere decir que la capacidad de pago de los hogares incide directamente en el disfrute de los derechos de la primera infancia.

La segregación socioespacial, por su parte, impide a los niños y las niñas realizar desplazamientos de tiempo cortos a sus centros de educación, impide tener acceso a centros de cultura, y a equipamientos deportivos y recreativos.

Las condiciones globales del hogar, de acuerdo con el índice de pobreza multidimensional, se expresan específicamente en la dimensión de condiciones de la niñez y la juventud, medida a través de los indicadores de rezago escolar², acceso a servicios para el cuidado de la primera infancia³, asistencia escolar⁴ y trabajo infantil⁵. De acuerdo con este indicador, el 30,9% de los niños y niñas bogotanas presentaron en 2011 deficiencias en esos aspectos. Este valor es bastante alto si se tiene en cuenta que el valor de este indicador debería ser nulo. En la medida en que se mejoren los ingresos de los hogares, mediante políticas progresivas, este índice debe mejorar en forma notable.

Por otro lado, se evidencia un deterioro en las condiciones de los hogares bogotanos, al mostrar un incremento en el coeficiente de Gini⁶, que pasa de 0,511 en 2007 a 0,542 en 2011, lo que representa un retroceso frente al propósito de avanzar hacia la igualdad de condiciones para la generación de ingresos.

Esta situación afecta la capacidad de pago de los hogares y, por supuesto, de los menores. Por ejemplo, el Informe de Desarrollo Humano *Bogotá, una apuesta por Colombia* de 2008 confirma estos resultados, y señala además que “los pobres destinan al pago de tarifas una proporción de su ingreso mayor que la de los ricos” (10% frente a 5,5%). Y “cuando el ingreso del hogar crece, el

² Al menos un miembro de 7 a 17 años no se encuentra en el grado para la edad.

³ Al menos un miembro menor de 5 años carece de salud, cuidado y nutrición adecuada.

⁴ Al menos un miembro de 6 a 16 años no asiste a centro educativo.

⁵ Si al menos un miembro menor de 18 años está trabajando.

⁶ “El coeficiente de concentración de GINI constituye un indicador de pobreza definido por la insuficiencia de ingresos o gastos basado en una función de bienestar, de tal manera que en situación de completa igualdad en la distribución del ingreso, a cada porción de la población le correspondería la misma porción de ingreso y el indicador se acercaría más a cero, en contraparte el coeficiente de GINI, alcanza el valor máximo de 1

consumo cultural y la educación crecen más rápido”, pero al mismo tiempo “si el ingreso baja, el gasto en educación cae más rápido” (p. 130), lo cual en el caso de los hogares pobres “se refleja en un abandono de los jóvenes del sistema escolar” (p. 131). Para el caso de la primera infancia el consumo cultural y el gasto en educación es fundamental para ampliar las capacidades de los niños y las niñas y puedan afrontar, en el presente y el futuro, diferentes retos.

Uno de los objetivos de Bogotá Humana consiste en mejorar los ingresos de los hogares, mediante el apoyo a la economía popular, la dignificación y mejoramiento del empleo, y la realización de políticas progresivas que permitan liberar el ingreso respecto a los bienes básicos con el objetivo de que se puedan adquirir otros bienes considerados valiosos, y a través de esto aumentar la capacidades de los niños y las niñas.

Es necesario aumentar la cobertura en servicios básicos como salud, educación y alimentación, elementos que están fuertemente relacionados. Para el caso específico de la afiliación al sistema general de seguridad social en salud de la población de 0 a 19⁷ años de edad estimada (2.494.781 personas), la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) Bogotá 2011, muestra que el 7,8% del grupo etario entre 0 y 9 años (1.170.100) no se encuentra afiliado al SGSSS, y que el 9,4% del grupo con edades entre los 10 y 19 años, tampoco.

Para ambos grupos del ciclo, la mayor participación frente al régimen de afiliación la tiene el contributivo, con el 66,9% para el primero grupo y el 63,9% para el segundo.

En relación con la alimentación, la desnutrición de los niños y las niñas menores de 5 años incrementa su riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida. Atender este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de la infancia.

cuando se presenta la máxima concentración del ingreso, es decir, un individuo recibe todo el ingreso y los demás no reciben ingreso” (Secretaría Distrital de Planeación, 2011: 3).

⁷ Solo se dispone de información sobre afiliación a salud para este rango de edad y no para el ciclo de vida desde los 0 hasta los 17 años.

La desnutrición deteriora el capital humano a través de sus efectos intergeneracionales e irreversibles sobre el desarrollo físico y cognitivo. La malnutrición especialmente por déficit, disminuye la capacidad de aprendizaje, afecta el rendimiento escolar y contribuye a la deserción escolar. Más de la mitad de las muertes infantiles son causadas directa o indirectamente por el hambre o la desnutrición. La desnutrición y la deficiencia de micronutrientes incrementan en forma significativa el riesgo de muerte materna.

La EDDS de 2011 encontró que en Bogotá la prevalencia de ISAH (Inseguridad Alimentaria en los Hogares) fue de 24% distribuida así: leve 18%, moderada 5% y severa 1%. Prevalencia inferior a la reportada para Colombia en la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (Ensin) (43%) e inferior a la encontrada en este mismo estudio para Bogotá como región (28%). El 12,3% de los niños registraban bajo peso al nacer y el 13,4% de los niños y las niñas menores de 5 años retraso en el crecimiento.

Cerca del 23% de las personas desplazadas en el país se han asentado en la capital, principalmente en las localidades de Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, San Cristóbal, Suba, Engativá y Kennedy; el Estado ha venido respondiendo en la garantía del derecho a la alimentación de esta población que poco a poco ha venido en aumento (Secretaría Distrital de Salud, 2011: 39).

Por otro lado, en relación con la educación, los programas de atención a la primera infancia tienen como propósito apoyar a las familias en el fortalecimiento de las capacidades de los niños y las niñas para relacionarse con su entorno cercano y su contexto social. En este sentido, se proponen como una alternativa para estimular el desarrollo de los niños y las niñas más pequeños, a través de la posibilidad de aprender y practicar comportamientos y valores en la interacción con otros niños y niñas de su edad, y con un agente educativo que los guía.

Para realizar una aproximación a la asistencia de los niños y las niñas a estos programas, se cuenta en primer lugar con los resultados que arrojan la Encuesta Multipropósito para Bogotá (EMB) 2011 y la Encuesta Distrital de Demografía y Salud (EDDS) 2011. La primera estima que de 276.541 (47,6%) niños y niñas menores de 5 años que asisten a programas de educación inicial, el 41,8% de los

mismos lo hace a una guardería, preescolar o jardín privado en primera instancia; el 23,9% a un hogar comunitario del ICBF; el 14,9% a una guardería, hogar infantil o jardín del ICBF; el 12,5% a un jardín infantil o casa vecinal de la Secretaría Distrital de Integración Social, y finalmente, el 6,9% lo hace en otras guarderías, preescolar o jardín oficial.

Bogotá Humana se propone afianzar la atención integral en salud en la primera infancia mediante un esquema preventivo, que involucre a la familia y que tenga en cuenta enfoques diferenciales y territoriales. También buscará mejorar el acceso y disponibilidad de los alimentos, por medio de mejorar el abastecimiento, fomentar la alimentación saludable y afianzar los apoyos nutricionales y alimentarios para la primera infancia.

En educación buscará ampliar la cobertura de los niños y las niñas pertenecientes a hogares con bajos ingresos y mejorar la calidad de la educación, mediante un enfoque de corresponsabilidad que involucre a las familias, maestros, maestras, cuidadores y cuidadoras, y a través de acciones encaminadas en la cualificación y formación del talento humano educativo, y el fortalecimiento del papel educativo de la familia. El mejoramiento de los ambientes educativos de los niños y las niñas permitirá que disfruten de la recreación, el deporte y la cultura, factores centrales en el desarrollo de la primera infancia.

Una ciudad ambientalmente sostenible como requisito de la salud de la primera infancia

Los principales factores asociados con la salud de los niños y las niñas menores de 5 años, están relacionados con las condiciones de los ambientes donde viven, la calidad del agua que consumen, la calidad del aire que respiran y las condiciones de los barrios y viviendas que habitan.

La mortalidad en niñas y niños menores de 5 años incluye las muertes perinatales, muertes infantiles y muertes registradas en niños y niñas menores de 5 años de edad cumplidos y expresa el riesgo de morir de estos menores de 5 años por cada 10.000 de este grupo de edad. La mortalidad en menores de 5 años se da principalmente en el periodo infantil, es decir menores de 1 año, por tanto una disminución en la mortalidad infantil favorece el comportamiento positivo de la tasa de mortalidad en menores de 5 años.

La principal causa de mortalidad en niñas y niños menores de 5 años es la mortalidad infantil y dentro de este grupo la perinatal. Los análisis del comportamiento de esta mortalidad, evidencian que aspectos relacionados con el acceso de la comunidad a saneamiento básico (recolección de basuras, vías no pavimentadas y con drenaje inadecuado) las condiciones de nutrición del binomio madre-hijo, las prácticas de alimentación, el nivel educativo de las madres, el acceso a los servicios sociales incluyendo los servicios de salud y vacunación, la detección temprana de alarmas para enfermedades transmisibles como enfermedad respiratoria aguda y diarreica aguda contribuyen a la ocurrencia de este evento.

La tasa de mortalidad infantil en niñas y niños menores de 5 años, ha venido disminuyendo en el distrito capital al pasar de 32,7 casos por mil nacidos vivos en 2005 a 23,0 casos en 2011. Por su parte, la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) ha venido mostrando un descenso importante, entre los años 2005 a 2011 al pasar de 16 a 8 casos, lo que equivale a una disminución en la tasa al pasar de 2,7 a 1,3 casos por 100.000 niñas y niños menores de 5 años; esta reducción ha sido más marcada en las niñas y los niños menores de un año.

En algunos territorios de la ciudad se asientan barrios no legalizados, ubicados en zona de reserva forestal y ronda de quebradas, áreas en riesgo por remoción en masa, al ubicarse familias en estos sectores, sus viviendas no dispone de agua potable, por lo que se ven obligados a surtirse directamente de la quebrada o de acueductos comunitarios, con agua que no tiene algún tipo de tratamiento y es transportada por medio de mangueras, la cual no es apta para el consumo.

Es así como los niños y las niñas que habitan estos territorios se encuentran en riesgo permanente de adquisición de enfermedades gastrointestinales relacionadas con el consumo de agua no potable evidenciado en las condiciones higiénicas de las quebradas, la falta de tratamiento en el acueducto comunitario, las condiciones de infraestructura y al interior del tanque de almacenamiento y la problemática de las maneras de distribución. A estos factores de riesgo, se les suma las condiciones de hacinamiento y estructura de las viviendas lo que aumenta la incidencia de casos de EDA y de mortalidad infantil, teniendo en cuenta que esta agua no es utilizada solo para el consumo sino que



también se usa para el aseo diario y la preparación de los alimentos (Secretaría Distrital de Salud, 2009a).

Entre las causas que pueden explicar esta problemática se encuentra que la población que habita alrededor de las quebradas no tiene la educación adecuada, ni conciencia frente al manejo de los residuos y el cuidado de las fuentes hídricas por lo que estos son desechados en las fuentes de agua, que en los peores casos deben ser consumidas por las familias ubicadas en los territorios de invasión ya que no cuentan con este recurso potable, los barrios no legalizados no tienen la facilidad de adquirir los servicios básicos como energía, agua, alcantarillado, entre otros.

Por otro lado, la tasa de mortalidad por neumonía ha tenido en general una tendencia a la disminución al pasar de 141 casos en 2005 a 57 en 2011, lo cual equivale a pasar de una tasa de 23,7 a 9,6 por 100.000 niñas y niños menores de 5 años; estas muertes corresponden aproximadamente al 90% de las muertes por infección respiratoria aguda (IRA).

La mortalidad por neumonía está asociada a tres grandes procesos sobre los cuales se ha avanzado en intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El primero se refiere a la promoción de la salud e incluye mejoramiento en la calidad del aire. En Bogotá, a partir de 2007 se ha venido dando una mejora en la calidad del aire al disminuir los promedios anuales de material particulado respirable PM. Sin embargo, todavía se presentan episodios de excedencia que afectan la salud de los niños y las niñas.

Frente a estas circunstancias que afectan a la primera infancia, el replanteamiento del modelo de ciudad permitirá disminuir el riesgo de muerte por causa de enfermedades respiratorias o diarreicas. La ciudad que se organiza en torno al agua, fomentando la gobernanza de las fuentes de agua, el reciclaje y el manejo adecuado de residuos sólidos, así como los procesos de revitalización de las viviendas y de los barrios de origen informal, mejorarán las condiciones del ambiente en el que discurre la cotidianidad de los niños y las niñas menores de 5 años, la calidad del agua que toman y evitando así su contaminación. Del mismo modo, la promoción de formas de transporte con energías

limpias, como el uso de bicicletas y la construcción de medios de transporte eléctricos, permitirán en el mediano plazo mejorar el aire que respira la primera infancia.

La convivencia también es fundamental para el desarrollo de la primera infancia

El artículo 18 del Código de Infancia y Adolescencia define el maltrato Infantil como:

[...] se entiende por maltrato infantil toda forma de prejuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluido los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona (Sarmiento, 2010: 28).

Algunas situaciones de violencia en contra de los niños y las niñas, se ve reflejado en la intolerancia de los padres y las madres, frente al comportamiento de los hijos e hijas, el cual se puede derivar de situaciones presentes como la desestructuración familiar, la falta de acompañamiento de los padres y las madres frente al proceso de formación de sus hijos e hijas, las diferentes condiciones socioeconómicas y el estrés (Secretaría Distrital de Salud, 2009b). Una de las principales causas del maltrato infantil son las relaciones fundadas en el patrón dominación-sumisión, como se mencionó con anterioridad; las concepciones autoritarias sobre el ejercicio de la paternidad y la maternidad, y los patrones de crianza autoritarios.

La violencia contra niños, niñas y adolescentes se inscribe en el marco de la violencia intrafamiliar. Para 2010 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF) reportó 22.593 casos⁸. Por su parte, en las Comisarías de Familia se recibieron para este mismo año 69.977 denuncias por violencia intrafamiliar y para 2011, 83.180; y el sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia intrafamiliar, el maltrato infantil y la violencia sexual (Sivim) de la Secretaría Distrital de Salud registró 51.721 casos para 2010.

⁸ Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). División de Referencia de Información Pericial (DRIP). Sistema de Información para el Análisis de la Violencia y la Accidentalidad en Colombia (SIAVAC). Cálculos: Centro de Estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana (CEACSC).

De los casos presentados por violencia intrafamiliar en 2010, Medicina Legal registró que el 16,67% (3.767) correspondió a maltrato contra niños, niñas y adolescentes, cifra que disminuyó a 3.419 casos en 2011. Para este último año, el Sivim notificó 25.435 (Secretaría Distrital de Salud, 2011) casos, 2.711 casos más que los notificados para 2010 y 18.680 más que los registrados en 2005. Por su parte, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 11.776 denuncias (ICBF, 2009) y las Comisarías de Familia 4.397 denuncias (Secretaría Distrital de Integración Social, 2011).

Si se toman las cifras del INMLCF, podría afirmarse que para 2011 por cada 100.000 niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años, 155 fueron maltratados, presentándose una reducción de 15,48 puntos porcentuales frente a la tasa registrada en 2010. Respecto a la tasa según sexo, se tiene que por cada 100.000 niñas y adolescentes mujeres 169 se vieron afectadas por alguna violencia; y por cada 100.000 niños y adolescentes hombres 141 se identificaron en la misma situación. Entre 2007 y 2010, se registra un incremento para todas las tasas, las cuales disminuyeron para 2011.

Según lo que se reporta a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar, el Maltrato Infantil y la Violencia Sexual (SIVIM), entre los años 2005 y 2010 se ha dado un “incremento sustantivo y sostenido de los casos de violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual”, los cuales pasaron de 6.775 casos en 2006 a 25.435 en 2011.

En articulación con los programas de educación de la primera infancia, Bogotá Humana promoverá que en los territorios se construya la vida y la paz. Un territorio de vida y paz es aquel en el que las ciudadanas y ciudadanos pueden gozar y alcanzar niveles de bienestar, seguridad y convivencia social que les garantice el ejercicio de sus libertades y derechos fundamentales.

La violencia contra la primera infancia incide directamente en sus posibilidades de ejercer dichas libertades. Por eso Bogotá Humana promoverá la convivencia ciudadana pacífica, la prevención, el control del delito y el crimen, en especial contra la primera infancia por ser la población que se encuentra en un nivel mayor de vulnerabilidad frente al ejercicio de la violencia.

Referencias bibliográficas



Alcaldía Mayor de Bogotá. 2011. Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia. Oscilaciones y Horizontes de la Política de Infancia, Adolescencia y Juventud de Bogotá. Informe de Gestión en el Marco del Proceso de Rendición Pública de Cuentas para la Garantía de los Derechos de la Infancia, la Adolescencia y la Juventud. Bogotá: 7-8.

Colombia por la primera infancia. 2006. Política pública por los niños y niñas. Desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, diciembre: 7.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). 2011. Regional Bogotá. Grupo de Planeación y Sistemas. Informe sistema de información misional (SIM). Bogotá.

Pérez, M.; Zuleta, C.; Negret, J.C.; Flórez, R.; Castrillón, S.; Reyes, Y. 2006. Acceso al lenguaje, la lectura y la escritura: una prioridad de la política de infancia. Comisión de Lectura en la Primera Infancia. Bogotá.

Sarmiento, Eunice. 2010. *Código de la Infancia y la Adolescencia Anotado*. Bogotá: Editorial Leyer. (vigésima primera edición): 28.

Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS). 2011. Dirección de Análisis y Diseño Estratégico (DADE). Subdirección de Diseño, Evaluación y Sistematización. Sistema de información para el registro de beneficiarios (Sirbe). Bogotá.

Secretaría Distrital de Planeación (SDP). 2011. Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Principales resultados. Pobreza. Bogotá.

Secretaria Distrital de Salud. 2009a. Hospital de San Cristóbal .Localidad de San Cristóbal Diagnóstico local para la construcción del PIC 2010. Bogotá.



Secretaría Distrital de Salud. 2009b. Hospital Pablo VI Bosa. Localidad de Bosa. Diagnóstico Local para la Construcción del PIC 2010. Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud (SDS). 2011. Análisis de la situación de salud de la niñez y la adolescencia. Bogotá 2005-2011.

Torrado, M.; Reyes, M; Durán, E. 2006. Bases para la formulación de un plan nacional para el desarrollo de la primera infancia. Universidad Nacional de Colombia, Observatorio de Infancia. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*. 1. ICBF, ABA. Bogotá.

Van Der Gaag, J. 2002. From child development to human development. En: *From Early Child Development to Human Development*. Editado por Mary E. Young. The World Bank.