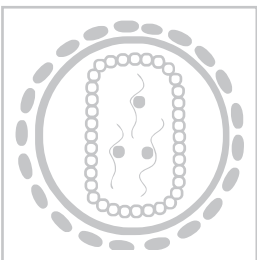


REPÚBLICA DE COLOMBIA

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO



II Informe de Seguimiento 2008

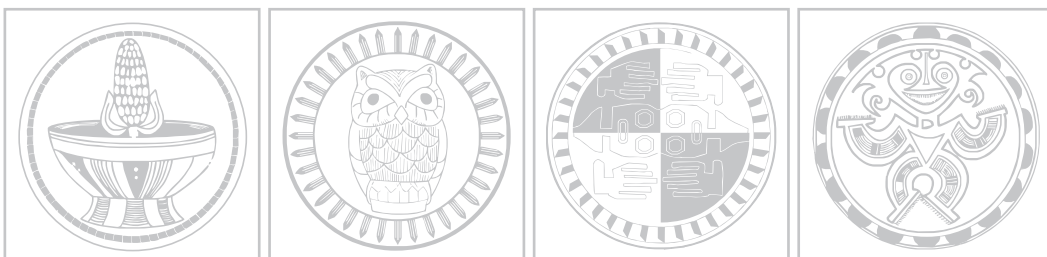


REPÚBLICA DE COLOMBIA

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO
DEL MILENIO

II Informe de Seguimiento

2008





DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN

Dirección institucional

Esteban Piedrahita Uribe (2009 - 2010)

Carolina Rentería (2006 - 2009)

Directores Departamento Nacional de Planeación

Juan Mauricio Ramírez (2009 - 2010)

Andrés Escobar (2007 - 2009)

Subdirectores Departamento Nacional de Planeación

Elizabeth Gómez Sánchez (2006 - 2010)

Secretaria General Departamento Nacional de Planeación

Sistema de Naciones Unidas en Colombia

Bruno Moro (2006 - 2010)

Coordinador Residente y Humanitario

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio II Informe de Seguimiento 2008

Bogotá, 2010

ISBN: Pendiente

Primera edición: marzo de 2010

Grupo de Comunicaciones y Relaciones Públicas DNP

Henry Pabón Gómez

Coordinación GCRP

Luz Ángela Andrade Arévalo

Supervisión de Publicaciones

Carmen Elisa Villamizar Camargo

Corrección de Estilo

Diagramación

Cesar Galán Zambrano

Diseño y Diagramación

Moisés Gaitán Bautista

Gráficos y Tablas

Impresión

Editora Géminis Ltda.

© Departamento Nacional de Planeación, 2010

Calle 26 Núm. 13-19

Teléfono: 3815000

Bogotá D. C., Colombia

Impreso y hecho en Colombia

Printed in Colombia

I. ELABORACIÓN DEL INFORME

Gobierno colombiano

Departamento Nacional de Planeación

Dirección de Desarrollo Social

José Fernando Arias Duarte

Miguel Ángel Cardozo Tovar - Asesor

Carolina Giraldo Suárez - Asesora

Bibiana Quiroga Forero - Asesora

Subdirección de Salud

Félix Nates Solano - Subdirector

Sandra Sterling Plazas - Asesora

Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida

Roberto Carlos Angulo Salazar - Subdirector

Francisco Alejandro Espinosa - Asesor

Subdirección de Educación

Julio César Jiménez Garzón - Subdirector

Lina Paola Ladino Montenegro - Asesora

Katty de Oro Genes - Asesora

Dirección de Desarrollo Urbano

José Alejandro Bayona Chaparro - Director

Subdirección de Vivienda y Desarrollo Urbano

Augusto César Pinto Carrillo - Subdirector

Carlos Andrés Vergara Perico - Asesor

Subdirección de Agua y Saneamiento

Beatriz Helena Castañeda Ramírez - Subdirectora

Juan Manuel Flechas Hoyos - Asesor

Adriana Quiñones Rincón - Asesor

Subdirección de Desarrollo Ambiental Sostenible

Giampiero Renzoni Rojas - Subdirector

Tatiana Núñez Suárez - Asesora

Ministerio de la Protección Social

Viceministerio de Salud

Carlos Ignacio Cuervo Valencia - Viceministro

Dirección de Salud Pública

Lenis Enrique Urquijo Velásquez - Director

Ministerio de Educación Nacional

Viceministerio de Educación Básica

Isabel Segovia Ospina - Viceministra

Dirección de Cobertura y Equidad

Patricia Camacho Álvarez - Directora

Oficina de Planeación, Finanzas y Sistemas de Información

María Isabel Arango Cala - Jefa

Martha Sofía Serrano Corredor - Jefa

Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial

Dirección de Planeación, Información y Coordinación Regional

Rafael Octavio Villamarín Abril - Director

Dorian Alberto Muñoz - Coordinador Grupo de Fortalecimiento Sectorial

Myriam Cecilia Dueñas - Asesora.

Agencia Colombiana para la Acción Social y la Cooperación Internacional - ACCIÓN SOCIAL

Dirección de Cooperación Internacional

Sandra Alzate Cifuentes - Directora.

Jaime Matute Hernandez - Asesor.

Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer

Martha Lucía Vásquez - Alta Consejera.

María Carolina Melo - Asesora

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Dirección General

Héctor Maldonado Gómez - Director.

Alejandra Corchuelo Marmolejo - Asesora.

Subdirección General

Carlos Eduardo Sepúlveda Rico - Subdirector.

Juan Camilo Rojas Rodríguez - Asesor.

Dirección de Metodología y Producción Estadística

Eduardo Efraín Freire Delgado - Director.

Miyerlandi Fajardo Valenzuela -

Coordinadora Temática Social.

Irma Inés Parra Ramírez - Coordinadora

Metodología Estadística.

Luis Édgar Sánchez Martínez - Coordinador

Sistemas de Información Técnica.

Dirección de Censos y Demografía

Bernardo Guerrero Lozano - Director.

Myriam Raquel Cifuentes Noyes -

Coordinadora Censos y Demografía.

Édgar Sardi Perea - Asesor.

Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales

Ana Victoria Vega Acevedo - Directora.

Mónica Rodríguez Díaz - Coordinadora

Grupo de Indicadores y Cuentas

Ambientales.

Dirección de Regulación, Planeación, Estandarización y Normalización

Javier Alberto Gutiérrez López - Director.

Sistema de Naciones Unidas en Colombia

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

Juan Carlos Ramírez - Director Oficina CEPAL Colombia.

Olga Lucía Acosta - Asesora Regional.

María Alejandra Botiva - Asistente de Investigación.

Mario Alberto Villamil - Asistente de

Investigación.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU)

Centro de las Naciones Unidas para el Desarrollo Regional (UNCRD)

Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Oficina del Coordinador Residente (OCR)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)

Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA)

Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH)

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)

Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI)

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN-HÁBITAT)

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

Consultores

Lucía Mina Rosero

Judith Sarmiento Santander

Luis Ángel Moreno Díaz

Javier Rozo Vengoechea

II. COLABORACIÓN Y APORTES

Vicente Peña. Grupo Sistema de Información Ambiental - IDEAM

Jenny Alejandra Martínez. Dirección de Planeación - UAESPNN

Carlos Andrés Hernández. Dirección de Desarrollo Sectorial Sostenible - Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial

Jhon Alexander Criollo. Dirección de Ecosistemas - Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial

Darío Andrés Portilla Galindo. Dirección de Infraestructura - Departamento Nacional de Planeación

Leonardo Rhenals Rojas. Dirección de Estudios Económicos - Departamento Nacional de Planeación

Claudia Andrea Ramírez Montilla. Grupo de Programas Especiales - Departamento Nacional de Planeación

Ángela María Penagos Concha. Dirección de Desarrollo Rural - Departamento Nacional de Planeación

Gabriel Alfonso Beltrán Muñoz. Dirección de Desarrollo Rural - Departamento Nacional de Planeación

Víctor Hugo Álvarez. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública - Instituto Nacional de Salud

ÍNDICE



Objetivo 1

ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE	17
1 Pobreza Extrema	19
2 Pobreza	20
2.1 Reducción en la brecha de pobreza	22
2.3 El sexo como factor de diferencia	25
2.4 Estructura ocupacional e incidencia de la pobreza	26
2.5 Desplazamiento forzado e incidencia de la pobreza	27
2.6 Los cambios en los precios de los alimentos y la reducción de la pobreza	28
2.7 La desigualdad de ingresos y el cumplimiento de la meta	31
2.8 Personas con ingreso diario inferior a un dólar (PPA)	32
2.9 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	32
3 Población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	37
4 Desnutrición global en niños menores de 5 años	38
4.1 Productividad y reducción del hambre	40
4.2 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	42
5 Principales retos de política	43



Objetivo 2

LOGRAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL	47
1 Cobertura en Educación básica y media	49
1.1 Cobertura en Educación Básica	51
1.2 Cobertura en educación media	52
1.3 Matrícula en la educación básica y media	55
1.4 Deserción en la educación básica y media	57
1.5 La superación de las inequidades poblacionales	58
1.6 Calidad educativa	59
2 Repitencia en educación básica y media	67
3 Analfabetismo entre los jóvenes de 15 a 24 años	69
4 Años promedio de educación entre la población de 15 a 24 años	70
5 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	71
6 Principales retos de política	73



Objetivo 3

PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER	75
1 Violencia de Género	77
1.1 Violencia física	77
1.2 Violencia sexual	78
1.3 Violencia Psicológica	80
1.4 Entidades territoriales operando con estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia de pareja contra la mujer	80
2 Mercado Laboral	81
2.1 Tasa global de participación de las mujeres en el empleo	81

2.2	Tasa de Desempleo Femenino	82
2.3	Tasa de Ocupación Femenina	83
2.4	Participación Femenina en los Ingresos Laborales Altos	84
3 	Participación Política	85
3.1	Mujeres en cargos de elección popular en los niveles nacional y territorial	85
3.2	Mujeres en las Altas Cortes	86
3.3	Mujeres de libre nombramiento y remoción, y del máximo nivel decisorio, ocupadas en cargos directivos de los niveles nacional y territorial	86
4 	Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	88
5 	Principales retos de política	89



Objetivo 4

	REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS	90
1 	Mortalidad de la niñez (menores de cinco años)	93
2 	Mortalidad en menores de un año – Mortalidad Infantil	95
3 	Coberturas de Vacunación	98
3.1	Porcentaje de Municipios con cobertura de vacunación mayor o igual al 95%	100
4 	Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	102
5 	Principales retos de política	104



Objetivo 5

	MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	107
1 	Mortalidad Materna	109
2 	Controles Prenatales	111
3 	Atención Institucional del Parto y por Personal Calificado	114
3.1	Atención Institucional del Parto	114
3.2	Atención Institucional del Parto por Personal Calificado	116

4 	Uso de métodos modernos de anticoncepción	119
4.1	Uso de métodos modernos de anticoncepción en población sexualmente activa	120
4.2	Uso de métodos modernos de anticoncepción en población entre 15 y 19 años sexualmente activa	121
5 	Porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo	121
6 	Mortalidad por cáncer de cuello uterino	123
7 	Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	124
8 	Principales retos de política	127



Objetivo 6

	COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y EL DENGUE	129
1 	Prevalencia de VIH/SIDA	131
2 	Mortalidad por VIH/SIDA	133
3 	Transmisión perinatal del VIH/SIDA	135
4 	Cobertura de Tratamiento antiretroviral	136
5 	Mortalidad por Malaria	138
6 	Mortalidad por dengue	139
7 	Índice de infestación de Aedes	141
8 	Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	142
8.1	VIH/SIDA	142
8.2	Malaria y Dengue	143
9 	Principales retos de política	144
9.1	VIH/SIDA	144
9.2	Malaria y Dengue	145



Objetivo 7

GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE	147
1 Medio Ambiente	149
1.2 Cobertura de bosque natural	149
1.2 Zonas protegidas para mantener la diversidad biológica	151
1.3 Consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono y emisiones de CO2	152
1.4 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	155
1.5 Principales retos de política	160
2 Agua Potable y Saneamiento Básico	162
2.1 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	166
2.2 Principales retos de política	167
3 Asentamientos Precarios	168
3.1 Indicador de Hogares en Asentamientos Precarios con Medición “Básica”	169
3.2 Indicador de Hogares en Asentamientos Precarios con Medición “Ampliada”	171
3.3 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta	172
3.4 Principales retos de política	174



Objetivo 8

FOMENTAR UNA SOCIEDAD MUNDIAL PARA EL DESARROLLO	177
1 La Agenda de Cooperación Internacional	179
1.1 Período 2003 – 2006	179
1.2 Período 2007 – 2010	180
2 El Servicio de la Deuda Externa	187
3 Acceso y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación	188
Anexo 1	191
LIMITACIONES Y RETOS DE CARA AL SEGUIMIENTO DE LOS ODM	191

INTRODUCCIÓN

En el año 2007, el Gobierno Nacional con la cooperación de las agencias del Sistema de Naciones Unidas en Colombia realizó la publicación del primer informe de avance del país hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dicho informe entregó una aproximación a la situación del país en temas como pobreza, desigualdad, educación, inequidades de género, desnutrición infantil, salud sexual y reproductiva, VIH/SIDA y medio ambiente. Ese primer documento delineó también los principales retos de política y las acciones que debían seguirse con el fin de avanzar hacia el logro de cada uno de los objetivos.

Hoy, tres años después, el país hace entrega de un nuevo informe de avance hacia el logro de las metas fijadas, en un contexto que se ha tornado desfavorable por la crisis económica y sus efectos. Es necesario evitar que las perspectivas menos favorables en materia de crecimiento económico afecten los logros alcanzados e impidan avanzar hacia el compromiso del 2015.

Este documento muestra brevemente los principales avances que registra el país en cada uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y destaca las principales políticas, planes y programas que han contribuido al cumplimiento de las metas establecidas. Al igual que en el informe anterior, se han identificado las debilidades de la política y los principales retos que enfrenta el país hacia el futuro.

En un contexto de menor crecimiento económico como el que atraviesa el país y toda la región latinoamericana, es imperativo redoblar esfuerzos para atender la situación de pobreza y los riesgos de mayor desigualdad que afectan a nuestros países. Ni el excelente desempeño económico de años anteriores ni los esfuerzos evidentes de los gobiernos han sido suficientes para dejar de ostentar el título de la región más inequitativa del mundo. Adicionalmente, los últimos acontecimientos mundiales – aumentos en los precios de los alimentos y combustibles y crisis financiera – ponen en riesgo los avances de varios años de esfuerzos continuos. En tal sentido, es necesario un fuerte impulso a las políticas de reducción de la pobreza en los cinco años que restan para el cumplimiento de las metas.

De acuerdo con análisis recientes de la CEPAL, la crisis habría provocado que 9 millones adicionales de personas cayeran en situación de pobreza en América Latina en 2009 revirtiendo la tendencia de reducción que se venía registrando. Este nuevo escenario no favorece el cumplimiento del primer Objetivo de Desarrollo del Milenio, lo que plantea nuevos retos para América Latina en los próximos años. Entre estos se encuentran: reformar los sistemas de protección social, evitar los desequilibrios fiscales, aumentar en forma progresiva la carga tributaria, redistribuir mejor el gasto social, reformar los mercados laborales, ampliar la cobertura de las prestaciones sociales y fortalecer los programas de transferencias condicionadas. Adicionalmente, cabe anotar que de acuerdo con la misma organización, la pobreza golpea más fuerte en la región a los niños y mujeres que al resto de la población. Esta situación plantea un desafío enorme puesto que afecta el desempeño de los países en los restantes objetivos por estar directamente relacionados al tema de la pobreza (educación, equidad de género, mortalidad infantil, salud sexual y reproductiva).

Los retos que esta situación que plantea para la región de América Latina no son diferentes de los que enfrenta Colombia. Las últimas cifras de pobreza y desigualdad publicadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en agosto del año anterior dejan ver algunos avances en el tema de pobreza e indigencia – aunque la indigencia repunta en los últimos años – y un estancamiento preocupante en el tema de la desigualdad a nivel nacional. Pero la situación se agrava cuando se examinan las cifras desagregadas por zona (urbana y rural) y se observa que las zonas rurales no solo no han avanzado notablemente sino que en el caso de la indigencia se han rezagado.

Este informe constituye una nueva oportunidad, tanto para el gobierno como para las agencias de cooperación en el país, para diseñar y fortalecer políticas y herramientas que contribuyan a alcanzar más rápidamente las metas que el país se ha propuesto y a mejorar las condiciones de vida de millones de colombianos. Es también un llamado a pensar y a actuar más en lo local con el objeto de reducir las enormes brechas que se observan entre regiones del país, que impiden que se alcance un desarrollo verdaderamente equitativo. Este documento hace una invitación a trabajar por el país y a movilizar todas las fuerzas necesarias para alcanzar las metas propuestas en lo que resta hasta el 2015.

¿CÓMO SE CONSTRUYÓ ESTE DOCUMENTO?

El gobierno designó al Departamento Nacional de Planeación para coordinar la realización y publicación del presente documento. El DNP contó con el apoyo de la oficina en Bogotá de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, en representación del Sistema de Naciones Unidas en Colombia, en esta labor de coordinación.

Para la elaboración de este documento se contó además con la valiosa participación de numerosas entidades, tanto del Gobierno Nacional como del Sistema de Naciones Unidas en Colombia sin cuya presencia no hubiera sido posible esta publicación. En la primera etapa del proceso que inició en el año 2008, se conformaron cuatro mesas de trabajo (pobreza, hambre y educación; género; salud; y medio ambiente) coordinadas cada una por un consultor¹ y con la participación de funcionarios de las entidades nacionales y también del Sistema. El trabajo de dichas mesas sirvió para identificar los principales cuellos de botella, particularmente en el tema estadístico, y para diseñar un plan de trabajo futuro en este y otros temas relacionados. En esta primera etapa se realizaron las primeras versiones de cada uno de los capítulos que se encuentran a continuación.

La siguiente etapa del proceso involucró más a las entidades de gobierno, al DANE y al equipo coordinador del informe – DNP y CEPAL – en un esfuerzo por consolidar cada uno de los capítulos con la información más reciente y confiable. Cabe destacar la valiosa participación del DANE durante todo el proceso, como productor y validador de la información utilizada. Aunque el tema estadístico provocó varios retrasos en el proceso y aún se encuentran algunos vacíos, lo que constituye un gran reto para la entidad en el futuro próximo. Por esta razón, una vez el DANE actualice durante el primer semestre de 2010 las retro proyecciones de población, podrá tenerse un reporte ajustado y actualizado que involucre cifras más recientes y acordes al nuevo marco censal que tiene el país².

¹ Estos consultores fueron contratados directamente por algunas agencias del Sistema de Naciones Unidas en Colombia: OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, UNIFEM y CEPAL.

² Para mayor precisión sobre el tema de retos y compromisos estadísticos ver el Anexo 1 de este documento.

Para la validación final del documento por parte de todos los participantes en el proceso, se convocó a una reunión de cierre donde cada una de las entidades de gobierno (Ministerios) responsable de los temas realizó una breve presentación del capítulo respectivo. Los comentarios recibidos en la reunión y los recibidos posteriormente por medio escrito fueron incorporados por el equipo coordinador (DNP, CEPAL) a los documentos de tal forma que la visión de todas las agencias participantes se viera reflejada en el documento final.

Este informe de seguimiento señala también las políticas en curso o aquellas que es necesario poner en marcha para lograr las metas fijadas. Por otra parte, también se mencionan los esfuerzos necesarios para el adecuado seguimiento de los resultados, lo que impone un gran desafío en materia estadística. En tal sentido, se hace urgente la revisión del Documento Conpes Social 91 y su reformulación en cuanto a líneas de base y metas actualizadas de acuerdo con las nuevas proyecciones del DANE (Censo General 2005) y el uso de otras herramientas y fuentes como el Sistema de Estadísticas Vitales³.

³ En el informe anterior, donde se establecieron las líneas de base y las metas para cada uno de los indicadores, éstos se calcularon con base en las proyecciones del Censo General 1993. Para este nuevo informe ya se contaba con un nuevo Censo General 2005 y herramientas actualizadas y confiables como el Sistema de Estadísticas Vitales. Sin embargo, el DANE no dispone aún de las series hacia atrás recalculadas con las cifras del nuevo Censo General, lo que impide que los datos de este informe sean comparables con los del anterior. En tal sentido, es necesario contar con las retro proyecciones y reformular tanto las metas como las líneas de base.



Objetivo 1

ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Porcentaje de personas en pobreza extrema	20,4%	17,8%	8,8%
	1991	2008	
2. Porcentaje de personas en pobreza	53,8%	46%	28,5%
	1991	2008	
3. Niños menores de 5 años con desnutrición global	10,0%	7,0%	3,0%
	1990	2005	

Fuente:

1. 2. Cálculos MESEP con base en ECH y GEIH – DANE (Dato 2008)

3. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 90 – 05

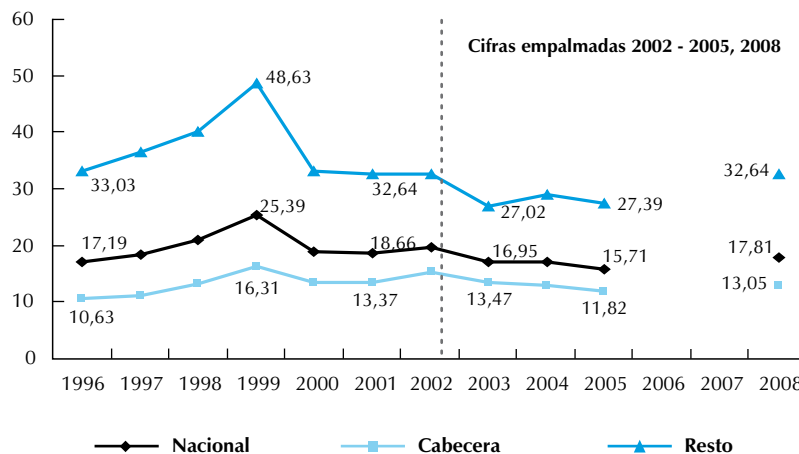
1 | POBREZA EXTREMA

La proporción de personas con ingresos inferiores al costo del umbral mínimo requerido para satisfacer el consumo de alimentos, según cálculos de la MESEP⁴, se redujo entre 2002 y 2008 al pasar de 19,7% a 17,8% (Gráfico 1). Sin embargo, en los tres últimos años (2005 a 2008), la tendencia es creciente tanto a nivel nacional como para la zona urbana y rural.

En las cabeceras municipales la indigencia se redujo de 15,2% a 13,1% entre 2002 y 2008. En este período el porcentaje más bajo se logró en 2005 (11,8%), año a partir del cual la tendencia se revierte con un aumento de la indigencia de 1,3 puntos porcentuales en el período 2005 – 2008.

En el área rural también se observa un retroceso en los últimos años. En 2008 se alcanza un nivel similar (32,6%) al observado en 2002 (32,5%), después de haber logrado niveles entre 27% y 29 % en los años intermedios.

Gráfico 1. Evolución de la pobreza extrema



Fuente: DNP, MERPD 1996 a 2001 con base en ENH y ECH del DANE, serie de III trimestre. MESEP 2002 a 2008 con base en ECH 2002 – 2005 (datos empalmados), GEIH 2008 – DANE.

La información disponible a 2008 indica un porcentaje de personas en pobreza extrema (indigencia) en la zona rural del país de 32,6%, frente al 13,1% estimado para la cabecera. Lo anterior significa que para ese año, en las cabeceras municipales la pobreza extrema se ubica en torno a la meta fijada por el país al año 2015 (8,8%), mientras que la rural enfrenta problemas para acercarse a ésta.

Haciendo un análisis territorial, el Gráfico 2 nos muestra que para el año 2002, Bogotá ya habría logrado la meta de pobreza extrema estipulada para el país, con una reducción significativa en 2008, año en el cual la tasa es de 3,9%. Santander con un porcentaje de personas en situación de pobreza extrema de 10,3% en 2008, está también relativamente cerca de la meta nacional. Cundinamarca y Nariño

Mensajes Principales

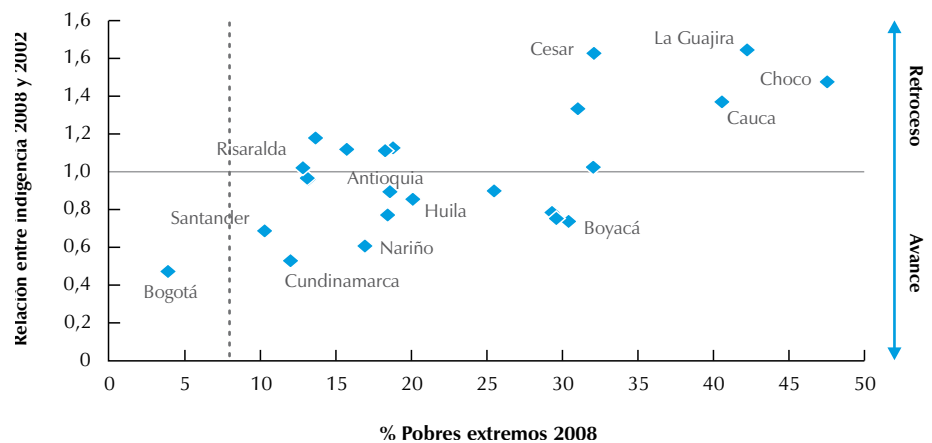
La información disponible muestra que para el año 2008, el área urbana (cabeceras municipales) se ubica en torno a la meta fijada por el país para el año 2015, mientras que el área rural enfrenta problemas para acercarse a la misma.

Las brechas regionales continúan presentes en los resultados con departamentos que ya alcanzaron la meta o están cerca de alcanzarla y departamentos con retrocesos importantes.

⁴ Misión para el Empalme de las Series de Mercado Laboral, Pobreza y Desigualdad (MESEP), un grupo de expertos independientes cuyo objetivo central en la primera fase fue el de empalmar las series de pobreza, distribución del ingreso y mercado laboral después del cambio metodológico introducido por el DANE. Consciente del problema que implicó para el país la ausencia de cifras de pobreza desde 2006, producto de las dificultades generadas por los cambios metodológicos de las encuestas de hogares implementadas por el DANE, el Gobierno Nacional, por intermedio del DNP y el DANE, formalizó en enero de 2009 la creación la MESEP. La MESEP está conformada por un grupo de 4 expertos nacionales: Jorge Iván González, director del Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional (CID); Manuel Ramírez, profesor de la Universidad del Rosario; Mauricio Santa María, Director Adjunto de Fedesarrollo y Carlos Eduardo Vélez, consultor independiente con amplia experiencia académica y laboral en este campo. Dos representantes del Gobierno: Juan Mauricio Ramírez, Subdirector del DNP; Carlos Eduardo Sepúlveda, Subdirector del DANE. La Misión contó también con el acompañamiento de expertos del Banco Mundial y de la CEPAL.

con tasas de indigencia más bajas en 2002 que las logradas por los departamentos mencionados anteriormente tienen reducciones también significativas y avanzan hacia el cumplimiento de la meta. Huila y Boyacá presentan disminuciones importantes en el porcentaje de personas en indigencia de 2002 a 2008, pero todavía están bastante lejos de la meta al haber iniciado en niveles relativamente altos. Los departamentos de Chocó, La Guajira, y Cauca presentan retrocesos en el logro de la meta, asociados claramente al hecho de que son los que registran una mayor pobreza extrema en el punto de partida.

Gráfico 2. Avance regional hacia la superación de la pobreza extrema⁵



⁵ El Gráfico 2 presenta en el eje x el porcentaje de indigencia por departamentos para 2008. El eje y corresponde a la relación entre el dato de indigencia observado en 2008 y 2002 (es decir, el porcentaje de indigentes en 2008 dividido el porcentaje de indigentes de 2002). Si esta relación es mayor a 1 indica que la indigencia en 2008 aumentó respecto de la de 2002. Estos son los departamentos que se ubican por encima de la línea continua horizontal (departamentos con retroceso en la reducción de la indigencia).

De forma equivalente, si la relación es menor a 1, la incidencia en el año más reciente es menor a la observada inicialmente. Estos son los departamentos que están por debajo de la línea continua horizontal (departamentos con avance en la reducción de la indigencia).

La línea punteada vertical corresponde a la meta de ODM en términos de indigencia (8,8% para 2015).

⁶ Porcentaje de pobres, resultante de comparar el ingreso per cápita de la unidad de gasto con el valor de la línea de pobreza nacional.

⁷ Serie de tercer trimestre en el Gráfico 3.

Fuente: DNP con base en ECH 2002 (datos empalmados MESEP), GEIH 2008 – DANE.

En el gráfico los departamentos pueden ubicarse en alguna de las siguientes tipologías:

- **Departamentos que no registran avance ni retroceso:** un departamento con una incidencia de pobreza relativamente estable entre 2002 y 2008 tendrá una relación cercana a 1.
- **Departamentos que registran un avance hacia la meta:** si la incidencia de pobreza correspondiente a 2008 es inferior a la alcanzada en 2002, la relación será menor a uno.
- **Departamentos que registran un retroceso frente a la meta:** si la incidencia de pobreza registrada en 2008 es mayor a la de 2002, la relación será mayor que uno.

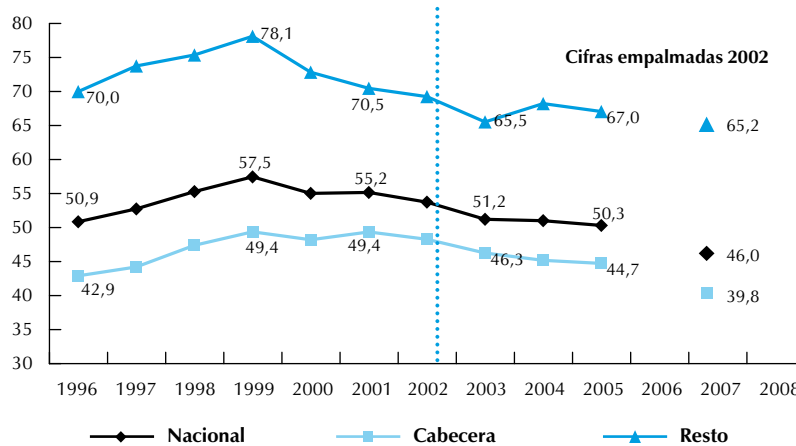
2 | POBREZA

La tendencia hacia el logro de la meta de reducción de la incidencia de la pobreza se presenta en el Gráfico 3⁶. En éste se aprecia que para 2008, mientras el porcentaje de personas en situación de pobreza medida según ingresos es de 46% a nivel nacional⁷ y 39,8% para la zona urbana, la proporción correspondiente a la población residente en la zona resto (rural) del país (Resto en el gráfico) asciende a 65,2%.

En primer lugar, se observa una reducción sistemática de la pobreza para el total nacional. Sin embargo, es de resaltar, que las diferencias entre la zona urbana y la rural no sólo se mantienen a lo largo del tiempo, sino que además se vienen acentuando. Mientras que entre 2002 y 2008, la pobreza en las cabeceras municipales se redujo en 8,5 puntos porcentuales al pasar de un porcentaje

de población en pobreza de 48,3% en el primer año a 39,8% en el segundo, la disminución correspondiente al área rural es de 4,1 puntos porcentuales (de 69,3% en 2002 a 65,2% en 2008). En términos generales, en el mismo período el porcentaje de pobres en el país como un todo se reduce 7,7 puntos porcentuales.

Gráfico 3. Evolución de la pobreza



Fuente: DNP, MERPD 1996 a 2001 con base en ENH y ECH del DANE, serie de III trimestre. MESEP 2002 a 2008 con base en ECH 2002 – 2005 (datos empalmados), GEIH 2008 – DANE.

La incidencia de la pobreza es mayor entre la población más joven. El porcentaje de personas menores de 18 años en condición de pobreza es alrededor del 59% en 2008, frente a una tasa de 40,8% para los que están en el rango de edad 18 a 45 años y otra de 35% para los que superan o igualan los 46 años. Una incidencia más acentuada entre la población más joven implica una mayor probabilidad de transmisión intergeneracional de la pobreza por carencia de ingresos⁸.

El Gráfico 4 muestra la situación departamental en la reducción de la pobreza. En el grupo de departamentos que registran avances hacia el logro de la meta, sobresale el Distrito Capital en el cual, de 2002 a 2008, redujo la incidencia de la pobreza, pasando de una tasa de 35,7% en 2002 a otra de 22,7% en el 2008. Huila, Cundinamarca, y Santander manifiestan también avances significativos, aunque todavía se encuentran relativamente lejos de la meta.

En la parte superior derecha del Gráfico 4 resalta la posición de tres departamentos: Chocó, Cauca y La Guajira en los cuales se presentan retrocesos en el logro de la meta entre 2002 y 2008. Entre esos años, la pobreza en Chocó pasó de 67,9% de la población total a 74,3%, en Cauca pasó de 65,8% a 69,1% y en La Guajira se mantuvo alrededor de 69%.

Mensajes Principales

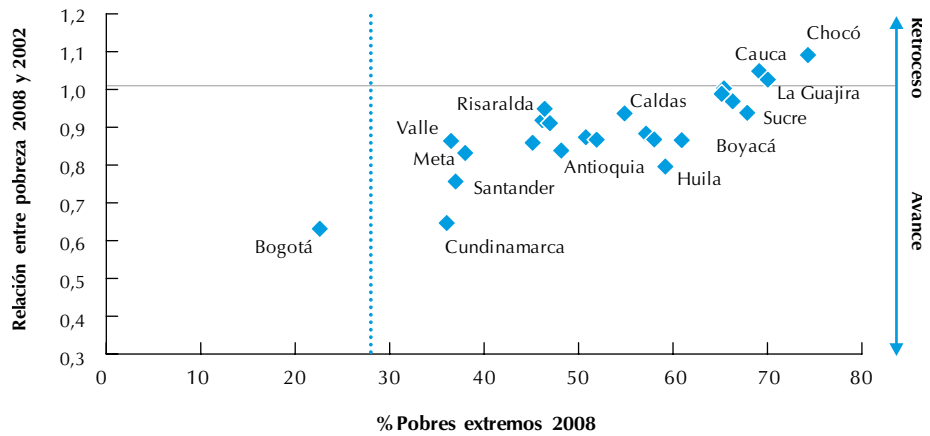
Se registra una tendencia a la reducción de la pobreza que alcanza el 46% de la población en 2008. Sin embargo, las diferencias urbano – rural no solo continúan registrándose sino que se han venido acentuando.

Preocupa el hecho que la incidencia de la pobreza se acrecienta en la población más joven. Las brechas regionales siguen presentes y se registran rezagos en algunos departamentos frente al logro de la meta.

⁸ Datos recientes del Banco Mundial muestran que, frente a otros países de la región, Colombia ha mejorado en términos de la igualdad de oportunidades para los niños. Sin embargo, advierte el estudio, persiste la desigualdad en términos de ingreso. De acuerdo con la clasificación del Banco Mundial, estos dos aspectos hacen que Colombia pertenezca, junto con Brasil y Chile, al grupo de países en transición.

Para el período que cubre el Informe del Banco Mundial (1995 – 2005) Colombia es el país que más avanzó en el Índice de Oportunidades Humanas (IOH) para educación. Mientras que en promedio los países de la región avanzaron 1 punto porcentual por año, Colombia registró mejoras de 1,6 puntos porcentuales por año. (Ver Paes de Barros, Ferreira, Molinas y Saavedra. 2008. *Midiendo la Desigualdad de Oportunidades en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial. Washington).

Gráfico 4. Avance regional hacia la superación de la pobreza por ingresos⁹



Fuente: DNP con base en ECH 2002 (datos empalmados MESEP), GEIH 2008 – DANE.

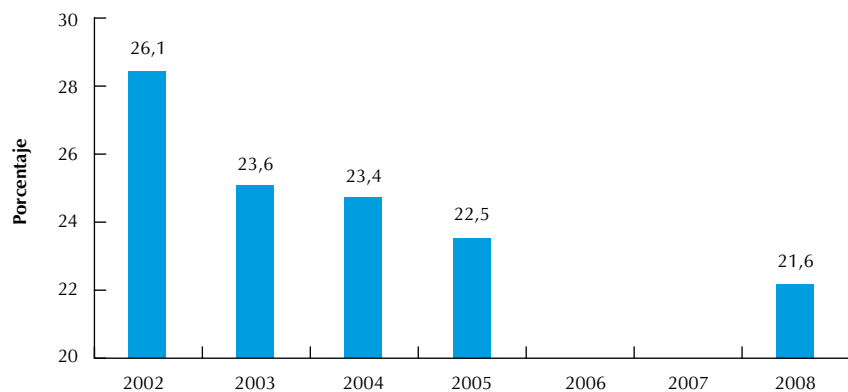
En el gráfico los departamentos pueden ubicarse en alguna de las siguientes tipologías:

- **Departamentos que no registran avance ni retroceso:** un departamento con una incidencia de pobreza relativamente estable entre 2002 y 2008 tendrá una relación cercana a 1.
- **Departamentos que registran un avance hacia la meta:** si la incidencia de pobreza correspondiente a 2008 es inferior a la alcanzada en 2002, la relación será menor a uno.
- **Departamentos que registran un retroceso frente a la meta:** si la incidencia de pobreza registrada en 2008 es mayor a la de 2002, la relación será mayor que uno.

2.1 Reducción en la brecha de pobreza¹⁰

La brecha de pobreza presenta una tendencia hacia la baja, reflejando mejoras en la situación promedio de los pobres. Con datos para 2008, el valor de la brecha es de 21,6%. El Gráfico 5 describe la tendencia de la brecha de pobreza para el período 2002 – 2008.

Gráfico 5. Colombia: Brecha de pobreza 2002 – 2008



⁹ La interpretación es análoga a la del Gráfico 2.

¹⁰ La brecha de pobreza o intensidad de la pobreza es un índice que mide la distancia entre el ingreso efectivo o promedio de los pobres y la Línea de Pobreza. Responde a la pregunta cuán pobres son los pobres. Cuanto mayor sea el índice mayor será el dinero requerido que debe transferirse a esa población para que alcance el umbral de la pobreza definido por la Línea de Pobreza.

Fuente: MESEP con base en ECH 2002 – 2005 (datos empalmados), GEIH 2008 – DANE.

2.2 Crecimiento económico y reducción de la pobreza

En Colombia, la meta de pobreza definida en el Documento Conpes Social 91 se calculó asumiendo un crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) del 4% durante los años 2005 y 2006 y otro del 6% a partir de 2007. El crecimiento real del PIB para 2007 fue de 7,5% y el de 2008 de 2,4% (Cuadro 1).

Cuadro 1. Colombia: variación porcentual anual del PIB 2002 – 2008 a precios constantes de 2000

2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*	2008*
2,5	4,6	4,7	5,7	6,9	7,5	2,4

Fuente: Banco de la República con base en DANE.

*Cifras Provisionales.

Preocupa la tendencia del crecimiento del PIB, con los efectos que esto pueda tener sobre el cumplimiento de la meta de reducción de la pobreza y la indigencia. La economía se desaceleró en el primer trimestre de 2008, situación que se manifiesta en un crecimiento de 4,2% frente al 8,4% registrado durante 2007 para el mismo período¹¹. El crecimiento del PIB en el primer trimestre de 2008 implica una reducción de 0,4% frente al valor del trimestre inmediatamente anterior¹². Por sectores, los más afectados son: la construcción, que frente al primer trimestre de 2007 apenas aumenta en un 0,5%; la industria manufacturera que creció en 1,8% cuando en los primeros trimestres de 2006 y 2007 registró valores de 5,8% y 12,6%, respectivamente; y el sector comercio, hoteles y restaurantes que presentó una variación de 2,1% en el primer trimestre de 2008¹³. Entre éstos, la manufactura aportó un 13,2% de la ocupación total en 2007 y en el sector comercio, hoteles y restaurantes se emplearon el 24,9% del total de ocupados en ese mismo año. Aunque el aporte de la construcción al empleo total es más bajo (5,0% en 2007), en él se ocupa una buena proporción de población de estratos bajos¹⁴.

La tasa de crecimiento económico reportada por el DANE para el segundo trimestre de 2008 es de 3,9¹⁵. Durante este período, el crecimiento más bajo corresponde al sector de la construcción (-1,2%), y la industria manufacturera (1,4%)¹⁶. La tasa de crecimiento para el sector comercio, hoteles y restaurantes es de 4,2%¹⁷.

El país no se escapa de la tendencia a la desaceleración de la economía a nivel mundial, la cual está asociada a la devaluación en las tasas de cambio y a la reducción en los precios de las materias primas, con efectos negativos sobre las exportaciones. En los primeros 8 meses de 2008, por ejemplo, el valor FOB¹⁸ de las exportaciones no tradicionales se incrementó en 5,8%, frente a un 21,7%

¹¹ En el primer trimestre de 2006 la economía creció a una tasa de 6,7%. DANE, Cuadro 5. Producto Interno Bruto trimestral por ramas de actividad. Variaciones porcentuales anuales. Series desestacionalizadas a precios constantes de 2000. Datos provisionales 2007 a 2009.

[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_\(Desestacionalizadas\)_2009-2.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_(Desestacionalizadas)_2009-2.xls)

¹² DANE, Cuadro 6. Producto Interno Bruto trimestral por ramas de actividad. Variaciones porcentuales trimestrales. Series desestacionalizadas a precios constantes de 2000. Datos provisionales 2007 a 2009.

[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_\(Desestacionalizadas\)_2009-2.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_(Desestacionalizadas)_2009-2.xls)

¹³ DANE, Cuadro 5. Producto Interno Bruto trimestral por ramas de actividad. Variaciones porcentuales anuales. Series desestacionalizadas a precios constantes de 2000. Datos provisionales 2007 a 2009.

[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_\(Desestacionalizadas\)_2009-2.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_(Desestacionalizadas)_2009-2.xls)

¹⁴ DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares. Boletín de Prensa. Diciembre de 2007.

¹⁵ La medida se calcula respecto al crecimiento en el segundo trimestre de 2007.

¹⁶ DANE, Cuadro 5. Producto Interno Bruto trimestral por ramas de actividad. Variaciones porcentuales anuales. Series desestacionalizadas a precios constantes de 2000. Datos provisionales 2007 a 2009.

[http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_\(Desestacionalizadas\)_2009-2.xls](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/pib/trimestrales/PIB_IItrim09/Pib_Oferta_ramas_constantes_(Desestacionalizadas)_2009-2.xls)

¹⁷ Ibid.

¹⁸ El valor FOB (Free on Board) se refiere al precio de la mercancía a bordo del medio que la transporta. Este precio no incluye fletes, seguros y otros gastos de manipulación después de embarcada la mercancía.

registrado a lo largo de 2007. El crecimiento registrado en las exportaciones totales de enero a agosto de 2008 es de 27,6% comparado con el 40,6% alcanzado en 2007¹⁹.

La economía logró crecer a tasas cercanas al 7% durante 2006 y 2007, pero el desempleo se ubicó alrededor del 12% y la tasa de ocupación es inferior al 52% (Cuadro 2). De los subempleados, el 89% en promedio manifiestan encontrarse en esta situación por ingresos limitados. En este sentido, un menor crecimiento de la economía se verá reflejado en tasas de desempleo más altas, incrementos en el subempleo e ingresos bajos que redundarán en frenos hacia el logro de la meta de reducción de la pobreza.

Cuadro 2. Tasas de ocupación y desempleo 2002 – 2008. Total nacional

Año	Tasa de ocupación	Tasa de desempleo*
2002	50,9	16,8
2003	52,3	15,3
2004	51,3	14,8
2005	51,6	12,9
2006	51,2	12,6
2007	51,8	11,2
2008	51,9	11,3

Fuente: Cálculos MESEP con base en DANE, ECH 2002 – 2005 empalmada y GEIH 2006 – 2008.

* A diciembre de cada año.

En el país, la tasa de desempleo rural es más baja que la urbana. En 2007, la tasa de desempleo rural fue 7,7%, y en 2008 se ubicó en 8,2%, equivalente a un aumento de medio punto porcentual. Sin embargo, comparando con el 2002 se evidencia un descenso significativo de la tasa de desempleo rural, año en el cual, alcanzó un 13,8%. Por su parte, la tasa de desempleo en la zona urbana pasó de 17,8% en 2002 a 12,2% en 2007 y a 12,1% en 2008. En estos dos últimos años, la diferencia en la tasa de desempleo no ha sido significativa²⁰.

De 2002 a 2008, la tasa de ocupación en el área urbana se ha mantenido alrededor del 52% y la rural cercana a 48%. Entre 2007 y 2008 la ocupación aumentó 0,3 puntos porcentuales en la primera y se redujo 0,4 en la segunda. De hecho, la ocupación en la agricultura, silvicultura y pesca en la zona rural se redujo en medio punto porcentual de 2006 a 2007, al tiempo en que la ocupación en la zona urbana en ese mismo sector económico, se incrementó en 4,5 puntos porcentuales²¹.

¹⁹ DANE, Comercio Exterior, Exportaciones Agosto de 2008. Boletín de prensa, 18 de octubre de 2008.

²⁰ Los datos de la tasa de desempleo son los correspondientes a las series estimadas por la MESEP con base en la ECH empalmada 2002 – 2005 y la GEIH 2006 – 2008.

²¹ DANE, Boletín de prensa, citado por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, 2008. Estadísticas Sector Agropecuario.

2.3 El sexo como factor de diferencia

A diferencia de otros países de la región, en Colombia no se observan diferencias muy marcadas en la incidencia de la pobreza entre hombres y mujeres²². Las mujeres representan el 50,7% del total de población del país en 2008, año en el cual contaban con un porcentaje de pobres de un 46,8%, luego de haber alcanzado un 54,1% en 2002 (Cuadro 3). Los hombres por su parte representan el 49,4% de la población total en 2008 y cuentan con un porcentaje de pobres de un 45,1%. En 2002 este porcentaje para los hombres fue de 53,4%.

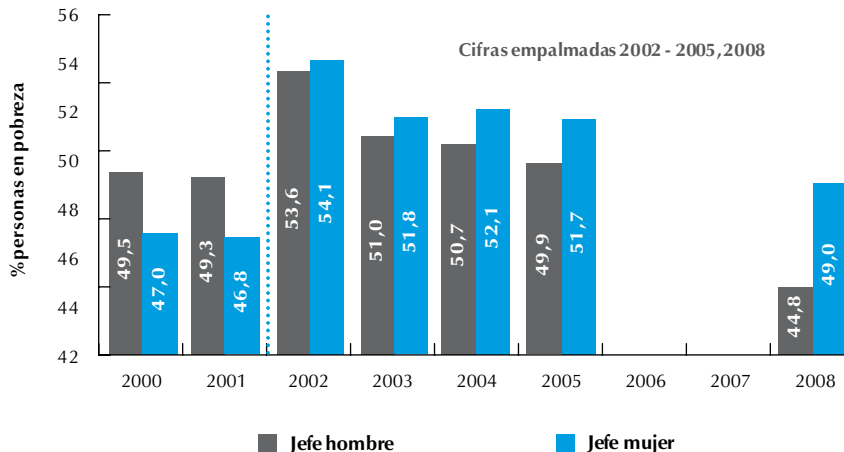
Cuadro 3. Distribución de la pobreza según sexo

Sexo	2002		2008	
	Porcentaje de pobres	% en población total	Porcentaje de pobres	% en población total
Hombre	53,4	48,6	45,1	49,4
Mujer	54,1	51,4	46,8	50,7
Total	53,7	100	46	100

Fuente: Cálculos MESEP con base en DANE, ECH 2002 empalmada y GEIH 2008.

La incidencia de la pobreza tiende a ser más alta en los hogares con jefatura femenina, tal como se aprecia en el Gráfico 6. Además, las diferencias según jefatura de hogar se han venido ampliando en los últimos años. En 2002 el porcentaje de hogares pobres con jefatura masculina y femenina eran muy cercanos (53,6% y 54,1% respectivamente). En 2008, se aprecia una mayor diferencia, el 49% de los hogares con jefe mujer se encontraba en situación de pobreza, mientras que el 44,8% de los que tenían un hombre como jefe eran pobres.

Gráfico 6. Incidencia de la pobreza según jefatura del hogar



Fuente: 2000 – 2001 DNP con base en ENH y ECH del DANE, serie de II trimestre. 2002 – 2005 DNP con base en ECH empalmada por MESEP. 2008 DNP con base en GEIH del DANE.

²² Se estima que en 2005, un 40% de las mujeres mayores de 15 años de América Latina y el Caribe no contaba con ingresos propios (CEPAL, et. al. 2007, Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2006: Una mirada a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer en América Latina y el Caribe).

Esta situación se presenta no obstante la transformación en la estructura de los hogares del país con la consecuente disminución de los biparentales y el aumento de los hogares con jefatura femenina. Los hogares con una mujer como jefe pasaron de representar el 22,9% del total en 2002 a 27,1% en 2008. Entre estos años, el ingreso per cápita al interior de los hogares con jefe mujer en promedio fue un 7,7% más bajo que el correspondiente a los hogares con jefatura masculina.

2.4 Estructura ocupacional e incidencia de la pobreza

Superada la crisis económica de finales de los noventa y comienzos de la última década, el peso de la población entre 10 y 17 años de edad en el total de ocupados del hogar se reduce. Lo mismo ocurre con el grupo de edad de 18 a 24 años. Entre 2002 y 2008, los niños y adolescentes residentes en las áreas urbanas del país redujeron el peso en el total de ocupados del hogar en un 36%, frente a una reducción del 34% para los residentes en la zona rural en igual rango de edad. Ocurre algo similar con los jóvenes entre 18 y 24 años, los cuales en el mismo periodo redujeron su participación en el total de ocupados en un 7,6% para la zona urbana y 4,1% para la zona rural (Cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución promedio de los ocupados en el hogar según grupo etáreo

Año	Zona	Participación en total ocupados (%)		
		10 a 17 años	18 a 24 años	25 años y más
2002	Cabecera	2,53	12,82	84,65
	Resto	6,28	13,93	79,79
2008	Cabecera	1,63	11,84	86,53
	Resto	4,16	13,36	82,48

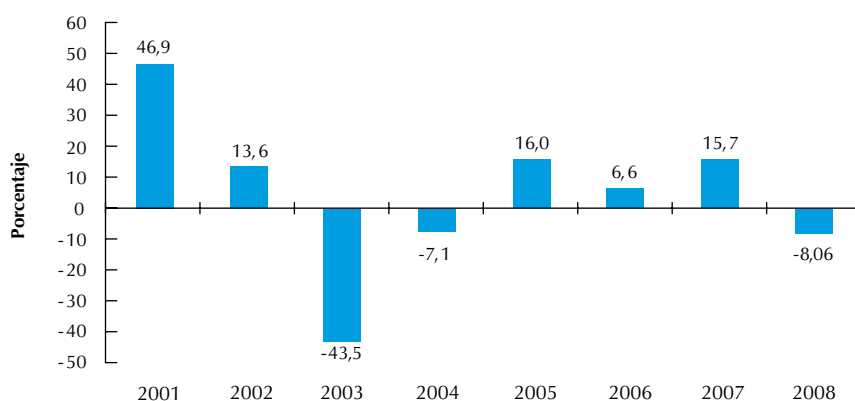
Fuente: 2002 DNP con base en ECH empalmada por MESEP. 2008 DNP con base en GEIH del DANE.

La anterior situación indica que las medidas adoptadas para retener a la población en el sistema educativo, evitando su inserción temprana en la fuerza de trabajo son relevantes. Las medidas orientadas a retener los niños en el sistema educativo, al tiempo en que les permiten ejercer su derecho a la educación, desarrollar su potencial y adquirir competencias para la vida, estimulan la acumulación de capital humano contribuyendo a futuro al incremento de la productividad laboral, y frenando por tanto, la transmisión intergeneracional de la pobreza.

2.5 Desplazamiento forzado e incidencia de la pobreza

En el país, un factor que no se puede dejar pasar de largo al discutir la incidencia de la pobreza lo constituye el grupo de personas afectadas por el desplazamiento. Así, pese a las diferencias entre las distintas entidades que se ocupan del tema frente al número de personas afectadas por ese fenómeno²³, no se debe desconocer que la situación de este grupo poblacional es crítica. La discusión además de la magnitud abarca también las tendencias hacia abajo o hacia arriba en el número de personas en situación de desplazamiento. El Gráfico 7 presenta la variación en el total de personas afectadas por el desplazamiento utilizando el reporte oficial, es decir, la información suministrada por Acción Social. El número de personas en situación de desplazamiento se contabiliza conforme al año de salida del sitio de origen.

Gráfico 7. Variación en el total de personas en situación en desplazamiento según año de salida



Fuente: Acción Social, Registro Único de Población Desplazada del Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD) con corte a 31 de Diciembre de 2009.

El Gráfico 7 describe la evolución en el desplazamiento total, conforme al año de salida, esto es, incluyendo el realizado de manera individual y el masivo. Se observa cómo hay una tendencia marcada a la baja entre 2001 y 2003, tendencia que se revierte de 2005 a 2007. Para 2008, se vuelve a presentar una caída del número de personas en situación de desplazamiento. De 1998 a 2004, el desplazamiento recae sobre los hombres con una participación media anual de 52,4%, frente al 47,6% correspondiente a las mujeres. A partir de 2005, sin embargo, conforme a las cifras de Acción Social, en un 51,5% los afectados por el desplazamiento serían mujeres.

El cambio en la estructura de la población en situación de desplazamiento no solamente se refleja en cuanto al sexo sino también en términos de edad. Mientras entre 1998 y 2004 los más afectados por el desplazamiento forzado son las personas en el rango de edad 19 a 45 años, que llegan a representar entre el 41 y 44% del total²⁴; de 2005 en adelante el peso recae entre los niños y adolescentes de 18 años con una participación en el total de desplazados que oscila entre 47,2% y 51%.

²³ Diferencias entre la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes), la Agencia Presidencial de Acción Social a partir del Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD), el DANE a partir del Censo General, la Iglesia y algunas ONG.

²⁴ Entre 1998 y 2004, la participación de los menores de 18 en el desplazamiento total está entre 38,8% y 42,8% por ciento. La correspondiente a los mayores de 46 años está entre 15,3% y 17,3%.

Los resultados de varios estudios indican que la población afectada por el desplazamiento cuenta con ingresos apenas superiores a la línea de indigencia. Una evaluación de las características de la población desplazada en Colombia revela la precariedad de sus condiciones frente a las personas en situación de pobreza e indigencia que residen en los municipios de recepción. La desventaja se manifiesta tanto en términos del número de menores de edad en los hogares afectados por el desplazamiento, como en su tamaño, la tasa de dependencia, la dotación de capital humano en salud y educación, la posesión de activos como la tierra y vivienda²⁵, y una menor posibilidad de inserción laboral marcada por el perfil agrícola de los jefes de hogar. La consecuencia es una mayor probabilidad de caer en la pobreza crónica²⁶.

De hecho, mientras que el promedio de años de educación de la población mayor de edad, afectada por el desplazamiento es de 5,5 (2008)²⁷, el correspondiente a la media nacional llegaba a 7,9 años en 2007. Así mismo, mientras el 94,3% de los niños entre 6 y 11 años y el 80,2% de los que están en el rango de edad 12 a 17 años que pertenecen a familias en situación de desplazamiento, asiste a una institución educativa, los porcentajes calculados para los niños del país en igual rango de edad son 95,1% y 82,7%, en el orden respectivo. Entre la población en situación de desplazamiento que por falta de dinero no consumió alguna de las comidas básicas durante 2008, el promedio anual de días de no consumo de alimentos²⁸ asciende a 8,2, frente a una media a nivel de país de 3,5²⁹.

Para 2008, el porcentaje de hogares afectados por el desplazamiento con al menos una fuente de ingresos autónoma que no supera la línea de indigencia es de 47% y los que cuentan con una fuente de ingreso inferior a la línea de pobreza de 94,2%. Tal como se anotó anteriormente, la población del país que durante 2006 contaba con un ingreso inferior a la línea de indigencia era de 12% y de 45,1% la que se encontraba en pobreza. En consecuencia, un aumento en el número de personas en situación de desplazamiento que llega a representar alrededor del 3% de la población total, es un factor con incidencias considerables sobre el logro del primer Objetivo del Milenio.

Lo anterior significa que, si bien existen avances importantes por parte del Gobierno Nacional frente al tema, las acciones conducentes a mitigar los efectos del fenómeno del desplazamiento y a superar el estado de cosas inconstitucional deben continuar reforzándose, y que sigue siendo necesario otorgar un carácter prioritario a la atención de esta población en los proyectos del orden Nacional, Regional y Local, tal como se concluye en las Sentencias de la Corte Constitucional.

2.6 Los cambios en los precios de los alimentos y la reducción de la pobreza

Las alzas en los precios de los alimentos caracterizaron el 2007, una situación de la cual el país no estuvo exento. Como factores asociados al incremento en el precio de los alimentos se mencionan: la mayor producción de biocombustibles, los incrementos en los precios de la energía y de los costos de producción de los alimentos, especialmente los asociados a insumos derivados del petróleo, así como los cambios en el clima y una mayor demanda en los países en desarrollo ante el

²⁵ Al ser interrogados en 2008 por Econometría, el 69,6% de las personas afectadas por el desplazamiento encuestados manifestó haber dejado abandonados los predios que poseían o en los que vivían (DNP, 2008. Goce efectivo de derechos. Documento presentado a la Corte Constitucional).

²⁶ Ibáñez, Ana M. y Moya, Andrés. La población desplazada en Colombia: Examen de sus condiciones socioeconómicas y análisis de las políticas actuales. 2007.

²⁷ DNP, 2008. Goce efectivo de derechos. Documento presentado a la Corte Constitucional y realizado por la firma Econometría S.A.

²⁸ Días de ayuno.

²⁹ La información para la población en situación de desplazamiento ha sido tomada de DNP (2008), la correspondiente al país proviene de datos del Censo General 2005. El promedio de días se calcula a partir de la proporción de hogares en situación de desplazamiento en los cuales algún adulto dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero (68%). El porcentaje para el país según el Censo General de 2005 es de 7,2%. La encuesta realizada por Econometría para la población afectada por el desplazamiento pregunta por los últimos 30 días, el Censo General por los últimos 7 días.

aumento en el ingreso per cápita asociado a un mayor consumo de alimentos³⁰. Dado el peso de los alimentos en la canasta familiar, su incremento afectará el consumo de los más pobres y con éste, los niveles nutricionales y la salud, además del consiguiente efecto sobre los ingresos. El peso de los alimentos dentro del grupo de ingresos bajos supera en un 44% el correspondiente a todos los grupos (ingresos altos, medios y bajos) y es casi tres veces el estimado para el de ingresos altos (Cuadro 5).

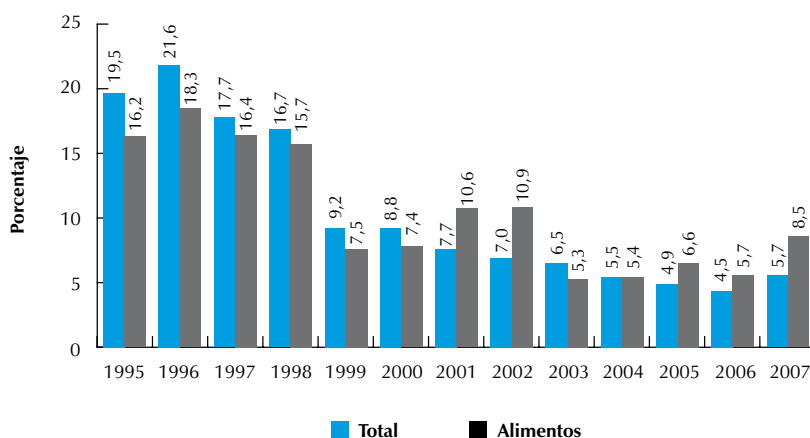
Cuadro 5. Peso de los alimentos en el índice de precios al consumidor

Grupo	Ponderación			
	Total ingresos	Ingresos altos	Ingresos medios	Ingresos bajos
Alimentos	29,51	14,7	30,18	41,42
Vivienda	29,41	31,37	29,12	28,31
Vestuario	7,31	5,78	7,92	7,29
Salud	3,96	3,39	4,06	4,26
Educación	4,81	4,95	5,3	3,57
Cultura, diversión y esparcimiento	3,6	4,69	3,77	2,25
Transporte y comunicaciones	13,49	23,67	12,17	7,29
Gastos varios	7,89	11,46	7,48	5,6

Fuente: DANE. Ponderaciones por grupo de gasto.

En el país, el alza en los precios de los alimentos se inicia a partir de 2005 (Gráfico 8). El crecimiento en el precio de los alimentos es tal que supera el IPC total. En 2006 a pesar de presentarse una caída frente al valor registrado en el año anterior, el IPC de alimentos alcanza niveles superiores a los de 2004. De 2006 a 2007 por ejemplo, mientras que el IPC aumenta en alrededor de un punto porcentual, el índice de precios de los alimentos se incrementa en 3 puntos porcentuales.

Gráfico 8. Variación IPC total y alimentos 1995 – 2007



Fuente: DANE.

³⁰ FAO, Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2008). Aumento en los precios de los alimentos en América Latina y el Caribe. Agosto.

En el Cuadro 6 se aprecia la forma en que el incremento en los precios de los alimentos entre 2006 y 2007 ha golpeado los sectores de bajos ingresos. Así, mientras el aumento entre 2006 y 2007, en el IPC de alimentos correspondiente a todos los grupos es del 49,8%, el estimado para el grupo de ingresos bajos es de 54,8%. Un año antes, la reducción en el precio de los alimentos favorecía a las personas en el grupo de ingresos bajos (-18,8%). La reducción entre 2006 y 2005 en el IPC de alimentos para todos los estratos fue de 13,3%.

Cuadro 6. IPC Alimentos diciembre de cada año

Año	Estrato	Valor índice	Variación 12 meses
1990	Total	23,93	32,53
	Bajos	24,28	33,44
1995	Total	62,79	16,18
	Bajos	62,78	16,4
2000	Total	115,46	7,41
	Bajos	115,31	7,44
2005	Total	167,51	6,55
	Bajos	166,57	6,73
2006	Total	177,03	5,68
	Bajos	175,68	5,47
2007	Total	192,1	8,51
	Bajos	190,55	8,46

Fuente: DANE

Es importante considerar que el comportamiento de los precios de los alimentos en el 2007 y 2008^{31,32}, se ha visto influenciado por un lado, en el caso de alimentos con un alto grado de transabilidad, por fenómenos externos asociados a cambios estructurales en el mercado de alimentos, asociados, como ya se mencionó, con la expansión de los biocombustibles, el cambio en el comportamiento del clima y el incremento en el precio del petróleo, y por otro en el caso de alimentos menos transables, a problemas en la disponibilidad interna en términos de restricciones al comercio con países vecinos y a fenómenos climáticos adverso.

Se puede afirmar entonces en lo que se refiere a transmisión del comportamiento del mercado mundial de alimentos sobre mercados domésticos, que en el 2007 éste fenómeno contribuyó con el 10% de la inflación de los alimentos en el 2007 y el 32% en el 2008. Conviene destacar que de los productos que más aportaron en este conjunto se destacan el trigo, el maíz y las oleaginosas (excepto arroz), productos de panadería, aceites y grasas llegando a aportar el 10% de la inflación de los alimentos el 10% en 2007 y el 17% en 2008.

Por el lado de productos con bajo nivel de comercio, productos como el arroz, el cual tiene una participación en la canasta de alimentos del 3,6%³³, contribuyeron en el 2007 con el 2,6% de la inflación de alimentos y el 8,9% en el 2008. Por su parte, las carnes contribuyeron con el 32% de la inflación de alimentos en el 2007

³¹ El análisis se hace a junio de cada año.

³² La información contenida en este análisis proviene del documento: *Análisis del mercado mundial de alimentos y sus efectos sobre el mercado colombiano*. DNP – DDRS 2008.

³³ Es importante tener en cuenta que para 2008 existe una nueva canasta de alimentos, pero dado que el análisis de esta información llega a junio de 2008, se considera la antigua.

y con el 5% en el 2008, y los lácteos contribuyeron con el 9,5% en el 2007 y el 7,1% en el 2008. Es importante destacar que la participación de las carnes en la canasta de alimentos es del 20% y de los lácteos es el 10,5%.

Sin lugar a dudas, el aumento en el precio de los alimentos tendrá impactos importantes sobre el logro del primer Objetivo del Milenio, en lo referente a las condiciones nutricionales, resultante de una menor demanda de alimentos, pero también ante la incidencia sobre los ingresos de la población más pobre. Según estimativos de la CEPAL, un incremento del 15% en el precio de los alimentos aumenta la incidencia de la indigencia en América Latina y el Caribe, en unos 3 puntos porcentuales, de 12,7% a 15,9%³⁴. Esta situación puede ser más crítica para aquellos departamentos o grupos poblacionales en los cuales se está todavía muy lejos de la meta e incluso podría afectar a los que ya se encuentran cerca de ella. En efecto, la población en pobreza extrema en Colombia aumentó en el periodo 2005 – 2008. Una razón atribuible a este comportamiento es el aumento en el precio de los alimentos.

Según un ejercicio desarrollado por la MESEP, si la inflación de alimentos hubiera sido igual a la inflación total, la indigencia en 2008 no habría sido de 17,8% sino de 16,2%. Es decir, el efecto adicional de la inflación de alimentos sobre la indigencia nacional fue de 1,6 puntos porcentuales (en la cabecera el efecto es de 1,4 puntos y en la zona resto es de 2,5 puntos).

2.7 La desigualdad de ingresos y el cumplimiento de la meta

El crecimiento económico no es el único elemento a estimular en una política de reducción de la pobreza, también lo es la forma en que se distribuyen los beneficios en el proceso de crecimiento. En esta medida, si el crecimiento económico no favorece a los pobres se pueden alcanzar niveles altos de desigualdad conllevando a algunos sectores de la población a situaciones todavía más críticas. En consecuencia, entre los indicadores adoptados para aproximar el cumplimiento de la meta de reducción de la pobreza extrema se incluye la proporción de ingresos apropiado por el 20% más pobre de la población³⁵.

En el Cuadro 7 se presenta la proporción del ingreso apropiada por el 20% más pobre de la población, observando cómo ésta apenas si logra incrementarse en 0,4 puntos porcentuales de 2002 a 2005. En 2008 la participación es cercana a la observada en 2002.

Cuadro 7. Colombia: Desigualdad en la distribución de ingresos 2002 – 2008

	2002	2003	2004	2005	2008
Participación 20% más pobre en ingreso total (%)	2,4	2,8	2,7	2,8	2,3
Coefficiente Gini	0,59	0,57	0,58	0,58	0,59

Fuente: Cálculos MESEP con base en DANE, ECH 2002 – 2005 empalmada y GEIH 2006 – 2008.

³⁴ FAO, Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2008). Aumento en los precios de los alimentos en América Latina y el Caribe. Agosto.

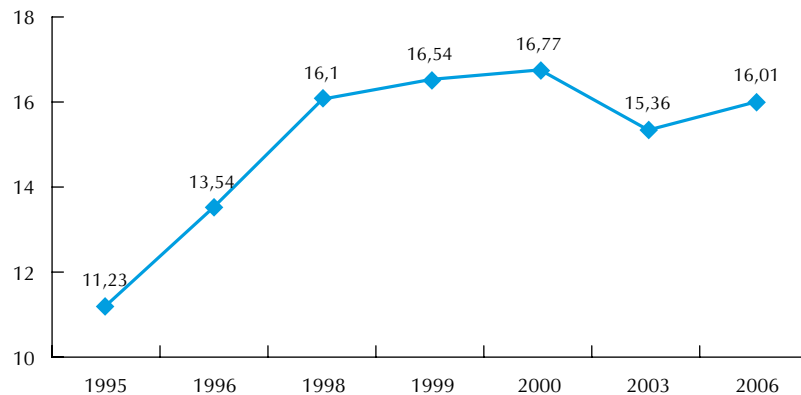
³⁵ Población en el primer quintil de ingresos.

Otra forma de medir la distribución del ingreso es mediante el coeficiente Gini, que condensa en una sola medida la participación de los distintos grupos en el ingreso total, y que también se describe en el Cuadro 7³⁶. El valor del coeficiente se ha mantenido relativamente estable de 2002 a 2008 (alrededor de 0,59).

2.8 Personas con ingreso diario inferior a un dólar (PPA)

En 2006, el 16,01% de la población del país es pobre al medir pobreza como el porcentaje de personas con un ingreso diario inferior a 1,25 U\$ valorado en términos de paridad de poder adquisitivo (PPA). De 1995 a 2000, la pobreza medida en esta forma aumentó 5 puntos porcentuales, en 2003 se reduce y entre 2003 y 2006 se presenta nuevamente un ligero aumento (Gráfico 9). Esta medida es de uso complementario a las cifras oficiales.

Gráfico 9. Personas con ingresos diarios inferiores a 1,25 USD\$ PPA (%)



Fuente: Banco Mundial. PovcalNet

2.9 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta

El avance hacia el logro de la meta está planteado sobre la base del crecimiento económico y adoptando estrategias que abarcan el impulso a la construcción de activos de parte de la población más pobre, entre los que se incluyen la vivienda, el acceso a tierras, la educación y el crédito, de un lado, y de otro, el manejo social del riesgo. El Sistema de Protección Social³⁷ hace parte del manejo social del riesgo³⁸. Las estrategias propuestas se conciben mediante programas sociales que buscan la universalización del acceso a la educación, a la seguridad social en salud, y la participación activa en el desarrollo del país. Las políticas en salud, educación, agua y saneamiento básico, que de una u otra forma inciden sobre las condiciones de pobreza son abordadas al momento de discutir los Objetivos del Milenio relacionados.

³⁶ El coeficiente Gini varía entre 0 y 1, indicando que a medida en que se avanza hacia la unidad se incrementa la desigualdad y disminuye en el caso opuesto.

³⁷ Conformado por la Seguridad Social Integral, el Acceso a Activos, la Formación en Capital Humano y el Manejo de Riesgos Covariantes. Transversal a los anteriores está el Sistema de Promoción Social para la población pobre y vulnerable. Para una descripción más detallada de estos componentes ver:

- Departamento Nacional de Planeación. 2007. *Plan Nacional de Desarrollo: Estado Comunitario – Desarrollo para Todos*.
- Departamento Nacional de Planeación. 2008. *De la Asistencia a la Promoción Social. Hacia un Sistema de Promoción Social*. Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia. SISD No. 35.

³⁸ Documento Conpes Social, 91 de 2005, “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015”. Página 10.

Entre los programas promovidos se encuentran los de subsidios condicionados del tipo Familias en Acción, las mejoras a los instrumentos de focalización como el SISBÉN, y la atención a la primera infancia. Entre 2007 y 2008 se diseñó una nueva versión del SISBÉN a partir de la cual se espera identificar a la población más pobre y reducir de esta forma los errores de inclusión y exclusión. La expectativa es que la nueva versión entre en operación a mediados de 2010. De igual forma, el Ministerio de la Protección Social que a 2007 registró una tasa de cobertura en el régimen subsidiado del 80%, espera lograr el objetivo de universalización del aseguramiento para 2010.

El programa Familias en Acción con una cobertura geográfica en 32 departamentos y 1,093 municipios, constituye uno de los pilares de la reducción de la pobreza. De este programa se beneficiaron 1.610.544 familias en 2007 y 1.765.263 en 2008. El programa entrega subsidios en educación a familias en el nivel más bajo del SISBÉN con niños entre 7 y 17 años, y subsidios de nutrición a las clasificadas en igual nivel y que tienen niños menores de 6 años. El Cuadro 8 resume algunos de los principales resultados de la evaluación de impacto del programa, efectuada entre noviembre de 2005 y abril de 2006.

Cuadro 8. Familias en Acción como estrategia para reducir la pobreza

Entre finales de 2005 y abril de 2006 se lleva a cabo una nueva evaluación del impacto del programa seleccionando dos muestras, una de tratamiento y otra de control y utilizando dos metodologías: *i) selección por observables*, cuyo supuesto es que, al controlar por las diferencias observables, no se conservan otras que afecten el resultado de interés excepto por las introducidas por el programa mismo; y *ii) diferencias en diferencias (DD)*, mediante la cual se asume que las características no observadas de los municipios e individuos no se alteran en el tiempo y que los dos grupos (tratamiento y control) reaccionan de igual forma a los eventos adversos. Los siguientes son los resultados más relevantes de la evaluación:

- Los impactos del programa en materia de asistencia educativa son significativos, pero en particular en la secundaria entre los residentes en las áreas rurales del país. El impacto en los beneficiarios que asisten a primaria es menor y se presenta exclusivamente en el área rural.
- Durante el período de intervención del Programa (3.5 años), éste ha impactado la situación nutricional de los menores de 7 años residentes en la zona rural.
- Aunque sin lograr el estándar internacional de 6 meses de lactancia exclusiva, se presentan cambios favorables en la adquisición de prácticas que estimulan la lactancia materna, también en la zona rural.
- El efecto sobre el consumo de alimentos es positivo pero solamente en las áreas urbanas. El consumo total no es impactado por el Programa en ninguna de las dos áreas geográficas y, al comparar el efecto sobre el consumo se concluye que éste aumenta, pero en una magnitud más baja que la obtenida en el primer año de intervención (2002).
- Finalmente, se presenta un efecto significativo en la reducción de la pobreza por ingresos (incidencia de la pobreza) centrado en la zona rural, con una reducción de 5.4 puntos porcentuales respecto al grupo control, y otra disminución importante en el porcentaje de personas en pobreza extrema (indigencia) en las dos zonas (17.1 puntos porcentuales en la urbana y 12.6 en la rural).

Fuente: DNP et al (2007). Programa Familias en Acción: Impactos en capital humano y Evaluación beneficio-coste del programa.

Mensajes Principales

Además de unas condiciones económicas y de mercado laboral deseables, para combatir la pobreza se requiere una estrategia integral que fortalezca las capacidades de las familias más pobres. La Red Juntos se convirtió, desde el año 2006, en la herramienta para materializar lo anterior.

Los programas de subsidios en Salud y Educación tienen un impacto importante en la reducción de la pobreza y la desigualdad. En puntos porcentuales, los programas que más contribuyen a la reducción de la pobreza son: educación primaria (2.93), régimen subsidiado (2.43), educación secundaria (2.22) y régimen contributivo (2.14).

A partir de 2008 se plantea la estrategia JUNTOS, conducente a la reducción de la pobreza extrema. Mediante ésta se quiere lograr que 1,5 millones de familias en pobreza extrema, entre las que se incluyen las familias en situación de desplazamiento, mejoren sus condiciones de vida y superen la pobreza. La operación de Juntos se da a través de tres componentes: Acompañamiento familiar, Gestión de Oferta y Acceso Preferente y Fortalecimiento Institucional. En éste no sólo se contempla el compromiso institucional al otorgar a los beneficiarios el acceso preferente a un conjunto de programas y servicios sociales, sino que igualmente, las familias beneficiadas se comprometen a promover la superación de su situación y a incluirse voluntariamente en los mecanismos formales de protección social. En la estrategia JUNTOS se consideran 45 logros básicos agrupados en 9 dimensiones: identificación, ingresos y trabajo, educación, salud, nutrición, habitabilidad, dinámica familiar, bancarización y ahorro, y acceso a la justicia.

Frente a la dimensión de ingresos y trabajo se formuló la Política de Generación de Ingresos (PGI), aprobada mediante Documento Conpes 3616 de septiembre de 2009, con el objetivo de desarrollar e incrementar el potencial productivo de la población JUNTOS. La PGI contempla acciones que permitan superar las barreras que impiden el desarrollo de capacidades y la generación de ingresos suficientes y sostenibles; mejorar el acceso a activos físicos y financieros, a la asistencia técnica y a servicios de desarrollo empresarial; fortalecer la gestión de las entidades territoriales; fortalecer el marco institucional actual y promover el acceso a mecanismos formales de gestión de riesgos y vulnerabilidades superando las limitaciones tanto en la demanda como en la oferta³⁹.

Finalmente, vale la pena resaltar la relación entre los subsidios del Estado y la pobreza. Según un estudio de Núñez (2009)⁴⁰, los diferentes tipos de subsidios que se ofrecen en la actualidad afectan en mayor o menor medida (dependiendo entre otros de la población objetivo y el tipo y monto del subsidio) la pobreza medida por ingresos y la desigualdad. El Cuadro 9 y el Cuadro 10 muestran lo anterior para diferentes tipos de subsidio en varios sectores.

³⁹ Documento Conpes 3616 de 2009. Lineamientos de la Política de Generación de Ingresos para la Población en Situación de Pobreza extrema y/o desplazamiento.

⁴⁰ Núñez, Jairo (2009). Incidencia del Gasto Público Social en la Distribución del Ingreso, la Pobreza y la Indigencia. Departamento Nacional de Planeación. Mimeo. No obstante estos resultados, la MESEP refiere algunas observaciones respecto a la metodología (particularmente en cuanto a la imputación de los subsidios a oferta y el efecto neto descontando impuestos). Estos aspectos serán objeto de discusión en la segunda fase de la MESEP.

Cuadro 9. Contribución de los subsidios de educación y salud a la reducción de la pobreza y la desigualdad. Reducción en puntos porcentuales. 2008.

	Pobreza	Gini	Reducción Pobreza	Reducción GINI
Tasa Nacional	46,84%	0,585		
Preescolar	46,30%	0,582	0,53	0,31
Primaria	43,91%	0,565	2,93	2,01
Secundaria	44,61%	0,570	2,22	1,51
Técnico	46,80%	0,585	0,03	0,02
Tecnológico	46,82%	0,585	0,02	0,02
Superior	46,40%	0,584	0,44	0,11
Total Educación	40,18%	0,546	6,66	3,85
Vinculados	46,58%	0,583	0,25	0,15
Régimen Subsidiado	44,40%	0,568	2,43	1,70
Régimen Sub. Potencial	45,04%	0,571	1,80	1,33
Régimen Contributivo	44,70%	0,577	2,14	0,76
Total Salud	42,06%	0,559	4,78	2,54

Cálculos recientes elaborados por Núñez (2009), con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2008, estiman que la contribución total de los subsidios de educación a la reducción de la pobreza es de -6,6 puntos porcentuales (pp), mientras que la reducción sobre el Coeficiente de Gini es de 3,85 puntos menos. La educación primaria es la que más contribuye a la reducción de la pobreza (2,93 pp menos) y le sigue la educación secundaria (con una reducción de 2,22 pp). Por su parte, la educación superior es la que menos aporta a la reducción de la pobreza (0,44 pp menos). En términos de la reducción de la desigualdad igualmente la educación primaria es la que más aporta (2,01 puntos del Coeficiente de Gini). La educación secundaria reduce el Coeficiente en 1.51 puntos.

Los programas de salud generan una reducción de -4,78 pp en la pobreza y -2,54 puntos menos en el Coeficiente de Gini. El régimen subsidiado aporta la mayor reducción a la pobreza y la desigualdad (2,43 pp, y de 1,7 puntos del coeficiente, respectivamente).

Fuente: Núñez, Jairo (2009). *Incidencia del Gasto Público Social en la Distribución del Ingreso, la Pobreza y la Indigencia*. Departamento Nacional de Planeación. Mimeo.

Cuadro 10. Contribución de los subsidios de protección a la niñez, monetarios y servicios públicos a la reducción de la pobreza y la desigualdad. 2008

	Pobreza Extrema	Pobreza	Gini	Reducción		
				Pobreza Extrema	Pobreza	Gini
Primera Infancia		46,79%	0,5839		0,05	0,09
ICBF		46,70%	0,5829		0,14	0,19
Alimentación	18,62%	46,72%	0,5834	0,35	0,12	0,14
Total Protección a la niñez		46,26%	0,5807		0,58	0,41
Familias en Acción	17,97%	46,47%	0,5809	1,00	0,36	0,39
PPSAM	18,79%	46,76%	0,5839	0,17	0,08	0,09
Pensiones	18,94%	46,54%	0,6011	0,03	0,29	-1,63
Familias Guardabosques	18,88%	46,77%	0,5844	0,08	0,06	0,04
Subsidio Familias CCF	18,91%	46,74%	0,5843	0,05	0,09	0,05
Total Monetarios	17,47%	45,75%	0,5945	1,49	1,08	-0,97
Acueducto		46,65%	0,5839		0,19	0,09
Alcantarillado		46,75%	0,5843		0,09	0,05
Aseo		46,76%	0,5846		0,07	0,02
Teléfono		46,75%	0,5844		0,09	0,04
Total sin pensiones		32,61%	0,5223		14,23	6,25
Total subsidios		32,44%	0,5337		14,40	5,11
Cálculos 2003					10,91	4,09

Se estima que los subsidios de protección a la niñez reducen la pobreza -0,58 pp y la desigualdad en -0,41 puntos del Coeficiente de Gini. Dentro de estos programas se destacan los del ICBF que aportan -0,14 pp a la disminución de la pobreza y -0,19 puntos a la desigualdad. Los subsidios monetarios reducen la pobreza en -1,08 pp y en -1,49 pp la indigencia. Los subsidios a las pensiones presentan deficiencias en su focalización, ya que aumentan el Coeficiente de Gini en 1,63 puntos. De los subsidios a los servicios públicos, el mayor aporte a la reducción de la pobreza y la desigualdad es el del subsidio al servicio de acueducto (-0,19 pp en la pobreza y -0,09 en el Gini).

Frente a las estimaciones obtenidas para el año 2003, en el año 2008 se observa una mayor contribución del gasto público a la reducción de la pobreza (-10,91 pp en 2003 frente a -14,40 pp en 2008) y la desigualdad (-4,09 puntos del Coeficiente de Gini en 2003 frente a -5,11 puntos en 2008).

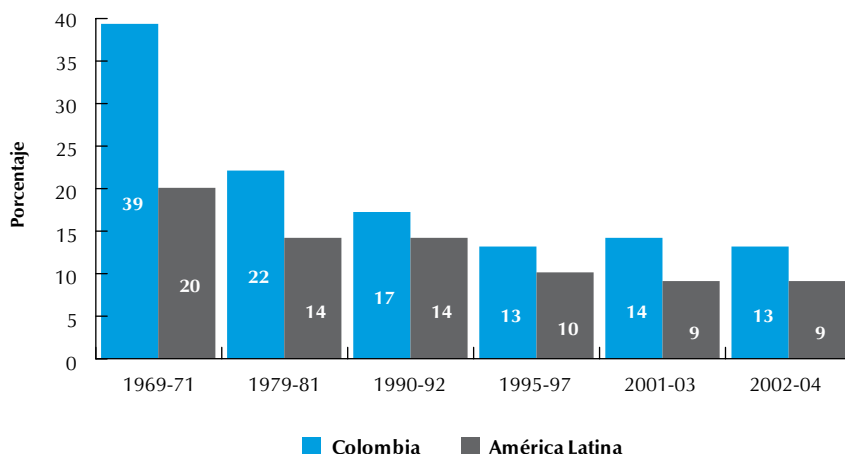
Fuente: Núñez, Jairo (2009). Incidencia del Gasto Público Social en la Distribución del Ingreso, la Pobreza y la Indigencia. Departamento Nacional de Planeación. Mimeo.

3 | POBLACIÓN POR DEBAJO DEL NIVEL MÍNIMO DE CONSUMO DE ENERGÍA ALIMENTARIA

En lo que se refiere a la reducción de la población que padece hambre, la meta Nacional adopta también como indicador el porcentaje de personas en situación de *subnutrición*. La meta fijada a 2015 es de 7,5% de la población total en subnutrición. *Por subnutrición se entiende la condición de las personas cuyo consumo de energía alimentaria es permanentemente inferior a las necesidades mínimas de energía alimentaria para llevar una vida sana y realizar una actividad física liviana*⁴¹.

La FAO, que conforme al Documento Conpes Social 91 es la entidad que suministra la información de línea de base y seguimiento, realiza las estimaciones con datos relativos a trienios. Así, como se aprecia en el Gráfico 10, el país logró pasar de un 39% de personas en subnutrición durante el período 1969 – 1971, a 13% de 2002 a 2004⁴². A pesar de la magnitud de la disminución, Colombia se ubica en una situación de desventaja frente al conjunto de países de América Latina y el Caribe, cuya tasa para el último período alcanza un valor de 9%. Esta situación lleva a cuestionar la posibilidad del logro de la meta.

Gráfico 10. Evolución del porcentaje de población total en subnutrición



Fuente: Faostat (<http://www.faoestat.fao.org>)

A los países de América Latina les tomó más de 30 años para reducir la prevalencia de la subnutrición a la mitad. Esto es, para pasar de una tasa de 20% en el período 1969 – 1971 a otra de 9% entre 2002 – 2004. Colombia, en el transcurso de 20 años ha reducido dicha tasa a un poco menos de la mitad, de 22% entre 1979–1981 a 13% de 2002 a 2004, indicando una mayor disponibilidad de alimentos, la cual en efecto pasó de 2,440 Kiloenergías diarias por persona en el primer período a 2,580 en el segundo. Entre 2002 – 2004, 5,9 millones de personas se encontraban en condiciones de subnutrición, ubicando a Colombia en el grupo de países con un nivel moderado de subnutrición⁴³. No obstante, para

Mensajes Principales

En los últimos 9 años el porcentaje de población subnutrida se ha mantenido estable alrededor de un 13%. En tal sentido, el país requiere de acciones con mayores impactos si quiere cumplir la meta establecida para 2015.

⁴¹ Fuente: Faostat (<http://www.faoestat.fao.org>).

⁴² Datos provisionales para el período 2001 – 2003 y preliminares para los que van de 2002 a 2004.

⁴³ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Dirección de Estadística. Servicio de Estadísticas y Análisis Socioeconómicos. Colombia Tendencias en la reducción del hambre para el monitoreo de las metas de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (CMA) y de la Declaración del Milenio (DM). Fuente: Faostat (www.faoestat.fao.org).

este reporte no se ven reflejados esfuerzos recientes de política pública dado el rezago de la fuente de información de referencia, lo que impide no solo apreciar el comportamiento reciente del país en la materia, sino su comparación respecto a los datos de la región.

En los últimos 9 años, el porcentaje de población subnutrida se ha mantenido estable tanto en el país como en la región, en un 13% en el primero y alrededor de 9% en la segunda. En otras palabras, para alcanzar la meta, en los 7 años que restan para llegar a 2015, el país tiene que generar acciones con impactos más altos que las realizadas en años anteriores para lograr que apenas el 7,5% de su población total no logre consumir las necesidades mínimas de energía alimentaria que le permitan llevar una vida sana y realizar una actividad física liviana.

Las dificultades para el cumplimiento de la meta también se vislumbran al revisar la evolución del indicador de desnutrición crónica, adoptado como proxy de la condición de subnutrición. Entre los niños menores de 5 años, el retardo en el crecimiento (desnutrición crónica) pasó de 16,6% en 1986 a 12,1% en 2005⁴⁴. Una reducción de 4,5 puntos en 19 años, la cual aunque siendo importante, de conservarse implicaría el incumplimiento de la meta propuesta.

Las conclusiones de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN), aplicada en 2005 por el ICBF y otras entidades, indican una prevalencia de la inseguridad alimentaria⁴⁵ entre los colombianos del 40,8%. Al discriminar por zona de residencia, en el área rural la inseguridad alimentaria afecta al 58,2% de su población, mientras que al considerar la clasificación SISBÉN, la prevalencia se extiende entre el 59,4% de las personas pertenecientes al primer nivel.

4 | DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

⁴⁴ PROFAMILIA, et. al. 2005. ENDS, página 273.

⁴⁵ De acuerdo a la ENSIN, la inseguridad alimentaria en los hogares se entiende como “la disponibilidad limitada o incierta de alimentos nutricionalmente adecuados e inocuos, o la capacidad limitada o incierta de adquirir alimentos adecuados en forma socialmente aceptable” (página 330).

⁴⁶ PROFAMILIA, et. al. 2005. ENDS, página 267.

⁴⁷ La información para estas subregiones debe tomarse con cautela en la medida en que el error relativo correspondiente a la tasa estimada para Cali y su área metropolitana es de 0,298 y para los Santanderes de 0,213.

⁴⁸ Entre ellos, Guajira, Córdoba, Bolívar y Sucre, cuentan con errores relativos de las tasas de desnutrición global inferiores al 15%.

La desnutrición global es un indicador general del estado nutricional que no diferencia entre la desnutrición crónica (baja talla para la edad), asociada a factores estructurales de la sociedad, y la desnutrición aguda (bajo peso para la talla), que aparece en relación a un deterioro reciente en la alimentación⁴⁶. En Colombia la desnutrición global durante el 2005 afectó al 7% de los niños menores de 5 años. Para ese año ninguna región presentó una tasa de desnutrición global cercana a la meta Nacional de 3%.

La región Atlántica con un incremento en la tasa de desnutrición global superior a 2 puntos porcentuales, presenta la situación más crítica no sólo en términos del cumplimiento de la meta sino igualmente frente a las diferencias con las otras 5 regiones (Cuadro 11). De acuerdo a la ENDS (2005), dos subregiones: el área metropolitana de Cali y los Santanderes presentan tasas muy cercanas a la meta, 3,4% y 3,6%, respectivamente⁴⁷. Durante 2005 se observa un conjunto de departamentos con tasas muy por encima de la media nacional: Guajira (15,5%), Córdoba (12%), Boyacá (12,2%), Vaupés (10,2%), Bolívar (9,9%), Sucre (9,7%), y Tolima (9,1%), entre otros⁴⁸.

Cuadro 11. Desnutrición global en niños menores de 5 años

	1995	2000	2005	A 2015 ⁽¹⁾	A2015 ⁽²⁾
Zona					
Urbana	6,6	5,7	5,6	5,5	4,9
Rural	11,4	8,9	9,7	10,8	8,5
Región					
Atlántica	10,4	7,4	9,6	12,7	9
Oriental	8	5,8	5,1	4,1	3,1
Bogotá	6	5,4	5,7	6,1	5,5
Central	6,5	7,6	6,5	5	6,5
Pacífica	10	6,5	6,6	6,7	4,2
Orinoquía y Amazonía	-	-	5,8	-	-
Total	8,4	6,7	7	7,4	6

(1): Variación 00 – 05; (2) Variación 95 – 00 y 00 – 05.

Fuente: PROFAMILIA et. al. 2005. ENDS.

La asociación entre desnutrición y pobreza se refleja en la incidencia de la desnutrición global entre los niños menores de 5 años de madres con niveles educativos bajos o entre los pertenecientes al grupo poblacional con el nivel de riqueza más bajo⁴⁹. En 2005, la prevalencia de la desnutrición global entre los niños con el nivel más bajo de riqueza estaba 4,6 puntos porcentuales por encima de la media Nacional (11,6% de los niños del nivel de riqueza más bajo versus 7,0% para el país como un todo). Dicha tasa representó igualmente, 3,6 veces la correspondiente a los niños menores de 5 años del grupo poblacional con mayor riqueza.

Sin constituir parte de la meta, preocupa el hecho que la Costa Norte presenta la mayor prevalencia de bajo peso para la talla con tasas que prácticamente duplican la media Nacional. En la subregión conformada por los departamentos de Guajira, Cesar y Magdalena, por ejemplo, la tasa de desnutrición aguda a 2005 era de 10,5%; en otra integrada por Bolívar Sur⁵⁰, Sucre y Córdoba de 11,6%⁵¹. En la primera subregión, la tendencia es al alza entre 2000 y 2005 y en la segunda la tasa se mantiene relativamente estable entre esos años.

A solo 7 años del 2015, el país debe reducir a la mitad la tasa actual (2005) en aras de alcanzar la meta propuesta. En el Gráfico 11 se estima la tasa alcanzada en 2015 bajo dos supuestos: en el primero se asume que en lo que resta para llegar a 2015 se alcanzará la reducción promedio anual registrada entre el 2000 y el 2005 (0,02 puntos porcentuales), en el segundo, la variación es un promedio del cambio entre dos períodos, 1995 – 2000 y 2000 – 2005 (0,1 puntos porcentuales). Para alcanzar la meta se requiere superar los logros registrados entre 1986 y 2000 (una reducción en la tasa de desnutrición global de 3,4 puntos porcentuales). Es decir, el reto consiste en realizar acciones que permitan reducir la tasa en 4 puntos porcentuales en 7 años, cuando de 1995 a 2000 se redujo en apenas 1,7 puntos.

Mensajes Principales

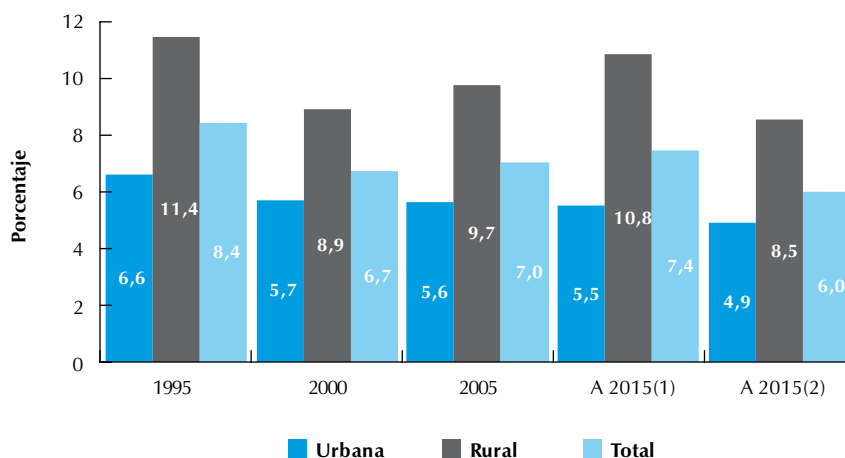
La desnutrición de los niños menores de cinco años en el país sigue siendo un problema importante, tanto a nivel nacional como regional. Para lograr la meta a 2015 se requiere de acciones coordinadas entre los diferentes niveles de Gobierno y además, esfuerzos adicionales en materia de recursos e intervenciones.

⁴⁹ A partir del Índice de Riqueza calculado en la ENDS, que aproxima el nivel socioeconómico de la población en términos de activos o riqueza en los hogares encuestados y no de de ingresos o consumo.

⁵⁰ Departamento de Bolívar excluyendo Cartagena.

⁵¹ El error relativo correspondiente a la estimación de la desnutrición global en la primera subregión es de 0,078 y el de la segunda de 0,075 (PROFAMILIA 2005, Encuesta Nacional de Demografía y Salud).

Gráfico 11. Hacia la meta de desnutrición global



(1): Variación 00 – 05; (2) Variación 95 – 00 y 00 – 05.

Fuente: PROFAMILIA et. al. 2005. ENDS.

Como en el caso de subnutrición, la información disponible presenta rezagos para el monitoreo de este indicador. Sólo finalizando 2010 se dispondrá de cifras para el quinquenio 2005 – 2010 con base en la ENSIN – ENDS, que se realizan cada cinco años.

4.1 Productividad y reducción del hambre

El hambre y la desnutrición, asociados a las condiciones de bajos ingresos, constituyen una trampa de pobreza que impide a éstos abandonar esa condición. En este contexto, la productividad agrícola aparece directamente relacionada con la pobreza, el hambre y la desnutrición. La mayor proporción de pobres se encuentra en el área rural y el peso de la desnutrición es más alto en esa zona, ante lo cual se espera que mejoras en la productividad logren beneficiar a esta población en primer lugar y en particular a la que obtiene sus ingresos del cultivo de pequeñas parcelas⁵².

Los estudios que abordan el tema de la productividad agrícola en Colombia anotan la presencia de aumentos significativos entre finales de los sesenta y principios de los setenta como resultado de la incorporación de variedades mejoradas, fertilizantes y pesticidas, un incremento que no logró sostenerse a lo largo del tiempo⁵³. Para el conjunto del sector agrícola del país la productividad, aunque está en ascenso, se mantiene alrededor de 6 toneladas por hectárea en 2002, alcanzando un valor de 6,09 en 2005 y un estimativo preliminar de 6,39 para 2007. El mayor aporte a esta productividad corresponde a los cultivos permanentes para los cuales se tiene un dato preliminar de 6,81 Ton/Ha en 2007, frente a 5,7 Ton/Ha en el mismo año en promedio para los cultivos transitorios.

⁵² International Food Policy Research Institute, IFPRI (2004). Agricultura, seguridad alimentaria, nutrición y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

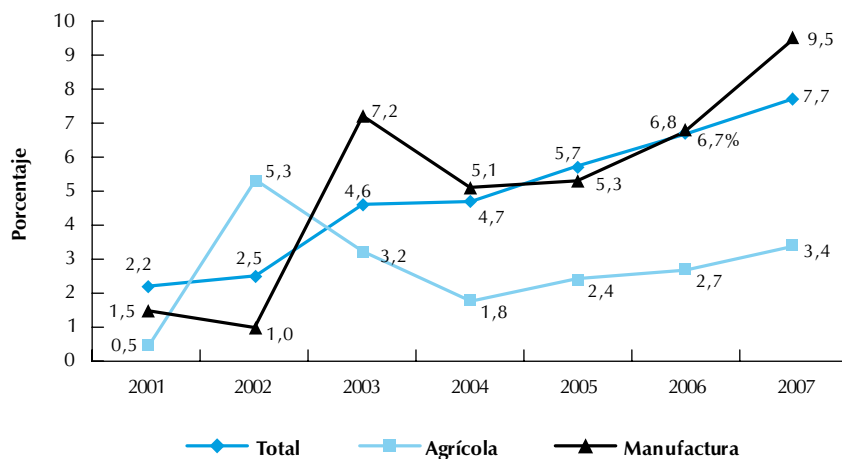
⁵³ Crece (2007).

Cuadro 12. Rendimiento (Ton/Ha) para principales productos

Producto	País	1995	2000	2005	2006
Maíz	Brasil	2,6	2,7	3	3,4
	México	2,3	2,5	2,7	3
	Chile	9,1	9,4	11,2	11,1
	Colombia	1,5	2,1	2,3	2,2
Arroz	Colombia	4,2	4,7	5	5,1
Trigo	México	3,7	5	4,8	5,3
	Chile	3,6	3,8	4,4	4,5
	Colombia	2,1	2,1	2,8	2,3

Fuente: Tovar, J. y Uribe, E., 2008 en base a FAO y DNP, Desarrollo Rural Sostenible para Colombia

Ahora bien, si se toma el rendimiento de algunos de los principales productos del país y se comparan con los niveles logrados en otros países de centro y sur América, se aprecia que la situación no tiende a favorecer al país (Cuadro 12). Tanto en trigo como en maíz, el rendimiento por hectárea cultivada es prácticamente la mitad de los logrados por países como Chile, México o Brasil. Esta menor productividad del sector agrícola se ve reflejada en las diferencias en el crecimiento del PIB del sector agropecuario frente al total y al correspondiente a la manufactura (Gráfico 12).

Gráfico 12. Variación PIB total, agrícola e industria manufacturera

Fuente: DANE, Cuentas Nacionales

La economía colombiana viene registrando un crecimiento alto y sostenido desde comienzos de la presente década y en particular de 2003 a 2007. Si bien, esa tendencia se manifiesta igualmente en el PIB del sector de la manufactura, no ocurre lo mismo con el agropecuario. En éste último, aunque el crecimiento se

sostiene, es mucho más lento comparado con los anteriores: 1,8% en 2004 y 3,4% en 2007 como el mejor de los casos. Un menor crecimiento del sector agrícola tiene entre otros aspectos, implicaciones en la ocupación generada al interior del área rural. Así, mientras entre 2001 y 2007, el total de ocupados en la zona rural cae en un 3,2%, el total nacional aumenta en 10,6% y el de cabecera en 15,9%. El número de ocupados en agricultura, pesca, ganadería, caza y silvicultura se incrementa en 7,4% de 2001 a 2007.

4.2 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta

El cumplimiento de la meta de reducción del hambre se estructura sobre programas orientados a promover y proteger la lactancia materna, la capacitación a las madres, el desarrollo de programas de alimentación y nutrición, y la implementación de la política de seguridad alimentaria. La práctica de lactancia exclusiva entre los menores de 6 meses viene en aumento en el país, de un 12 a 13 por ciento de los niños en ese rango de edad durante el período 1990 – 1995 a un 25,6% de 1995 a 2000, hasta alcanzar una incidencia de 47,7% en 2005⁵⁴.

La política de seguridad alimentaria se plasma en el Documento Conpes Social 113 de marzo de 2008, en el cual se recomienda implementar un Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. Entre los elementos a considerar en dicho plan se destacan: políticas tendientes a favorecer la producción, suministro y acceso a los alimentos de la canasta básica y a reducir el riesgo de afectar la producción alimentaria ante eventos climáticos adversos, mejoras en la comercialización de los productos y el desarrollo de redes regionales de seguridad alimentaria y nutricional, estrategias para garantizar la seguridad nutricional de los grupos étnicos, la implementación de mecanismos de focalización, y la unificación de los parámetros de medición de las condiciones nutricionales de los niños y adolescentes en los que se incluye la validación y adopción de los nuevos patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Red JUNTOS como principal estrategia para reducir la pobreza incluye también el tema de nutrición y generación de ingresos. Se aspira por ejemplo, a que la nutrición entre las familias que se benefician de la estrategia sea adecuada y a que ellas cuenten con buenos hábitos en el manejo de alimentos.

Desde el año 2003, se viene adelantando en el país el programa Red de Seguridad Alimentaria (ReSA), coordinado por Acción Social mediante el cual se promueven proyectos de producción de alimentos para autoconsumo. ReSA se orienta a generar un cambio de actitud entre sus beneficiarios frente a la producción y el uso de la tierra. Los beneficiarios de ReSA son pequeños productores agropecuarios, vulnerables o vulnerados por la violencia y la población radicada en asentamientos subnormales de los centros urbanos. Los beneficios del programa se entregan con prioridad a la población en situación de desplazamiento que cuenta con un terreno para cultivar, aportado a título legal, por una entidad territorial, una ONG o un gremio. Del programa también se beneficia población en los dos niveles

⁵⁴ PROFAMILIA et al., 2005. Encuesta de Nacional de Demografía y Salud (ENDS).

más bajos del SISBÉN, familias numerosas, hogares con mujeres gestantes o lactantes, con mujeres cabeza de familia o uniparentales y otros hogares con adultos mayores. En el año 2008, del programa se beneficiaron 95.888 familias a través de proyectos rurales, 17.590 de proyectos urbanos, 9.402 de proyectos indígenas, 12.550 de proyectos de culinaria nativa y 20.299 de proyectos maíz – frijol para un total de 155.729 familias⁵⁵.

A nivel regional se han adoptado estrategias para reducir la desnutrición entre las que figuran los Centros de Recuperación Nutricional (CRN), a través de los cuales se logró recuperar alrededor de 8,600 niños en el departamento de Antioquia entre 2005 y 2008, y otros 400 en el Chocó durante 2008 como primer año de funcionamiento en ese departamento. En Boyacá y Risaralda también se han creado estos centros, beneficiando a mediados de 2008 a cerca de 400 niños⁵⁶. Aunque la atención en los CRN se centra en niños con desnutrición aguda al estar asociada con la mortalidad en menores de 5 años, sus acciones también logran incidir sobre la desnutrición global.

Otros programas que apuntan al cumplimiento de la meta de reducción del hambre y que vienen siendo adelantados en el país por el ICBF son: Desayunos infantiles del cual se beneficiaron, 1.156.640 niños en 2008; Programa Nacional de Alimentación Complementaria al Adulto Mayor que durante ese año entregó complementos nutricionales a 400.008 personas, entre los que se incluyen 18.125 adultos mayores en situación de desplazamiento; Alimentación Escolar con 3.893.056 niños beneficiarios en ese año, 6,2% de ellos afectados por el desplazamiento; y la entrega de 36.645 Raciones alimentarias de Emergencia durante el mismo año⁵⁷.

5 | PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA

Del análisis se concluyen las dificultades para el logro de la meta de reducción de la pobreza y el hambre, en particular, el rezago del sector rural y la necesidad de adoptar estrategias que apunten a su logro. Esta situación lleva a pensar en desafíos como los enunciados a continuación:

- Generar acciones de política focalizadas en los departamentos con mayores rezagos en el cumplimiento de la meta. Es preocupante que los departamentos de menor desarrollo, los mismos en donde se concentra la pobreza sean los que manifiestan menores avances hacia el cumplimiento de la meta. Chocó, los departamentos del Amazonas y la Orinoquía todavía tienen un largo tramo que recorrer para alcanzar niveles de ingreso comparables al valor de la línea de pobreza e indigencia.
- Los avances en cuanto a distribución del ingreso son todavía insuficientes si se quiere utilizar esa vía para disminuir el porcentaje de personas en situación de pobreza. Un crecimiento económico que no viene acompañado de una reducción en la desigualdad de ingresos, no logrará afectar las condiciones de vida de las personas en pobreza y por tanto aplazará el logro de la meta.

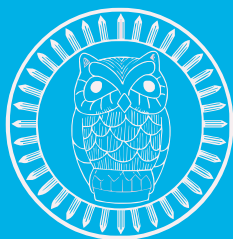
⁵⁵ Acción Social, 2008. Seguridad Alimentaria – ReSA. Página Web.

⁵⁶ Convenio FAO – Acción Social, Proyecto de Fortalecimiento de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia, Bogotá. Enero 2009.

⁵⁷ Tomado de la página Web del SIGOB (Gestión y Seguimiento a las Metas del Gobierno).<http://www.sigob.gov.co>

- Las desigualdades entre grupos para alcanzar las metas conducen a la necesidad no sólo de aumentar el gasto tanto público como privado, sino también a la de reorientarlo hacia los sectores más marginados y mejorar la eficiencia y equidad en la asignación del mismo.
- Se requiere desarrollar políticas intersectoriales en las que por ejemplo, al incrementar la retención en el sistema educativo se mejoran las condiciones de salud y nutrición, se logra aumentar la productividad en un plazo más largo, acceder a ingresos más altos y con ello se reducen las posibilidades de caer en la pobreza.
- Por su parte, la consolidación del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo contribuirá como herramienta adicional para superar la pobreza vía mayores oportunidades de acumulación de capital humano con una formación de calidad y de alta pertinencia que soporte las apuestas productivas del país y que aumente la empleabilidad de la población.
- El estímulo a la generación de ingresos y el acceso a activos productivos en las áreas urbanas y rurales, debe ser de igual forma, centro de atención de las políticas públicas, en la medida en que la sola asistencia no garantiza caminar hacia el logro de la meta. Es prioritario avanzar en la implementación de la política de generación de ingresos, como soporte a la política de reducción de la pobreza. De acuerdo al Documento Conpes 3616 de 2009, esta busca dar una respuesta integral a la población en situación de pobreza extrema y desplazamiento cuya capacidad productiva (capital humano, capital social) presenta un marcado obstáculo para la superación de su situación de pobreza. Mediante un esquema integral de servicios que les facilite adquirir o aumentar sus capacidades y acumular activos, estas poblaciones puedan incluirse en el mercado a través de actividades productivas que les garanticen un flujo continuo y estable de ingresos para sus hogares.
- Siendo los ingresos por trabajo la principal fuente de remuneración de las personas empleadas, es necesario fortalecer la política laboral del país. En este sentido es fundamental consolidar la política de empleo y de mercado de trabajo que permita aumentar el número de empleos de la economía, su calidad, y disminuir la tasa de desempleo. Estrategias particulares para alcanzar este objetivo son:
 - Lograr condiciones macroeconómicas que permitan lograr al país una tasa de desempleo de un solo dígito.
 - Rediseño de las estructuras del mercado laboral para que se amplíen las oportunidades de la población colombiana. Regulación del mercado laboral ajustada a las nuevas formas de organización económica y rediseño y racionalización de los costos no laborales garantizando la provisión de los servicios sociales del Sistema de Protección Social del país.

- Consolidación del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del trabajo.
- Concentrar los esfuerzos de la política en las zonas más vulnerables del país y en grupos poblacionales particulares: informales, jóvenes y mujeres. También es necesario desarrollar las estrategias legalmente establecidas para erradicar el trabajo infantil y sus peores formas.
- Desde la óptica de las instituciones laborales del país, es fundamental ampliar la cobertura del sistema de seguridad social y mejorar los mecanismos de protección al cesante. En este sentido, es necesario fortalecer el sistema de seguridad social en tres vías: mejorar la protección de los riesgos implícitos en el desarrollo de la actividad laboral, mitigar las contingencias del desempleo durante la vida laboral y garantizar un ingreso pensional para el momento del retiro.
- Es necesario que el país diseñe e implemente estrategias de respuesta y adaptación ante las crisis alimentarias actuales y futuras.
- Por último, ante la gravedad del fenómeno del desplazamiento, cada vez es más urgente disponer de información oficial que permita delinear las medidas de política orientadas a esta población. Los grupos étnicos y demás poblaciones vulnerables deben ser igualmente visibles, una situación que no se logrará mientras no se cuente con la información que dé cuenta de sus condiciones de pobreza.



Objetivo 2

LOGRAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Tasa de analfabetismo entre 15 y 24 años	3,8%	2,0%	1,0%
	1992	2008	
2. Tasa de cobertura bruta en educación básica	76,8%	108,5%	100%
	1992	2008	
3. Tasa de cobertura bruta en educación media	59,1%	71,3%	93%
	1992	2008	
4. Años promedio de educación entre 15 y 24 años	7,0	9,3	10,6%
	1992	2008	
5. Repitencia en educación básica y media	6,1%	3,1%	2,3%
	1992	2008	

Fuente:

1. 4. DANE. ECH (2001 – 2005), GEIH (2006 – 2008).

2. 3. 5. Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (1996 – 2001); Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003 – 2008).

1 | COBERTURA EN EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

Con el segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio, el país se ha comprometido a lograr que al año 2015, la educación básica (del grado 0 a 9.º) cuente con cobertura universal. La meta universal se extiende al nivel de primaria solamente, pero el país ha querido ir un poco más allá, fijando las metas para los niveles educativos que comprenden la básica secundaria (grados 6º a 9º) y la educación media (grados 10º y 11º). Lo anterior significa generar acciones para lograr que los niños que inician un nivel educativo lo culminen. Colombia al igual que otros países de América Latina ya alcanzó la meta. Sin embargo, existen algunos departamentos con rezagos que requieren de mayor énfasis en las acciones para reducirlos.

Es importante mencionar que, según la información reportada por el Censo General 2005, Colombia viene presentado una nueva realidad demográfica reflejada en un descenso de la población en las primeras edades (0 a 10 años). Durante la última década la población entre 0 y 5 años disminuyó un 7%, en tanto que la población entre 6 y 10 años disminuyó en 1,2%, lo cual demuestra que cada vez son menos los niños en estos grupos etarios los que hay que incluir en el sistema educativo. Como consecuencia, la política de ampliación de cobertura para los más pequeños debe estar encaminada hacia la continuidad del ciclo escolar de los niños que ya hacen parte del sistema, más que sólo en la generación de nuevos cupos escolares.

Así, la evolución de la cobertura educativa ha mostrado avances importantes en los últimos años⁵⁸. En educación básica, Colombia aumentó 15,2 puntos porcentuales, al pasar del 93,4% en 2001 al 108,6% en 2008. Tal como lo describe el Cuadro 13, por niveles educativos también se registran evoluciones favorables, se resalta el comportamiento de la cobertura en el nivel de secundaria, la cual aumentó 24,7 puntos porcentuales, seguida por la evolución en el nivel de transición y media, las cuales aumentaron el 21,7% y el 19,1% en el mismo período de análisis respectivamente. Finalmente, la cobertura en educación básica primaria presentó un aumento de 7,3%.

A pesar de que se han presentado progresos en todos los niveles educativos es importante focalizar los esfuerzos de la política de ampliación de cobertura en los niveles de básica secundaria y media. Lograr el acceso de los jóvenes a una institución educativa se convierte en el primer paso para llegar a ellos con una educación pertinente que aumente su productividad y competitividad; lo que, a su vez, se traduce en mejoras en la retención escolar y, por lo tanto, en menores tasas de deserción.

Mensajes Principales

La evolución de la cobertura educativa ha mostrado avances importantes en esta década. Es importante focalizar los esfuerzos en incrementar la cobertura de la educación media, que presenta un alto rezago frente a la meta, y en reducir las brechas regionales aún persistentes.

Un reto adicional para los próximos años es fortalecer e impulsar las políticas de mejoramiento de la calidad educativa, buscando reducir las brechas entre el sector público y el privado en este tema.

⁵⁸ El indicador de cobertura bruta hace referencia a la capacidad instalada del sistema educativo para atender a la población en edad escolar. Se calcula como el número de alumnos matriculados en educación básica y media (de transición a 11º), independientemente de su edad, y la población entre 5 y 16 años de edad.

Cuadro 13. Educación básica y media: tasa de cobertura bruta

Año	Transición		Básica primaria		Básica secundaria		Educación básica		Educación media	
	Tasa de cobertura	Avance efectivo	Tasa de cobertura	Avance efectivo	Tasa de cobertura	Avance efectivo	Tasa de cobertura	Avance efectivo	Tasa de cobertura	Avance efectivo
2001	72,3%		112,8%		73,3%		93,4%		52,2%	
2002	75,7%	3,4%	114,1%	1,3%	79,4%	6,1%	96,7%	3,3%	57,4%	5,3%
2003	88,9%	16,6%	115,6%	2,8%	84,2%	10,9%	100,6%	7,2%	60,5%	8,4%
2004	87,6%	15,3%	116,1%	3,3%	84,5%	11,2%	102,0%	8,7%	61,0%	8,9%
2005	95,4%	23,1%	118,1%	5,3%	89,0%	15,7%	104,1%	10,7%	64,9%	12,7%
2006	93,7%	21,4%	120,2%	7,4%	93,0%	19,7%	106,6%	13,2%	68,9%	16,7%
2007	90,3%	18,0%	119,2%	6,4%	95,6%	22,3%	106,8%	13,4%	70,6%	18,4%
2008	94,0%	21,7%	120,1%	7,3%	98,0%	24,7%	108,6%	15,2%	71,3%	19,1%

Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001); Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003 – 2008).

Nota: El avance efectivo corresponde a la diferencia entre la tasa de cobertura de cada año con respecto a la tasa de cobertura del año 2001. Transición corresponde al único grado obligatorio de preescolar

Al discriminar por sexo, se aprecia que el acceso a la educación formal en básica y media ha tendido a favorecer a las mujeres. En el Cuadro 14 se describe, para todos los niveles educativos, la tasa de cobertura bruta calculada para las mujeres como proporción de la correspondiente a los hombres. La tasa bruta en el nivel de básica para las mujeres tiende a superar la de los hombres entre un 2% o 3% aproximadamente, y la de educación media entre un 14% y 22% durante todo el período de análisis.

Cuadro 14. Cobertura bruta según género

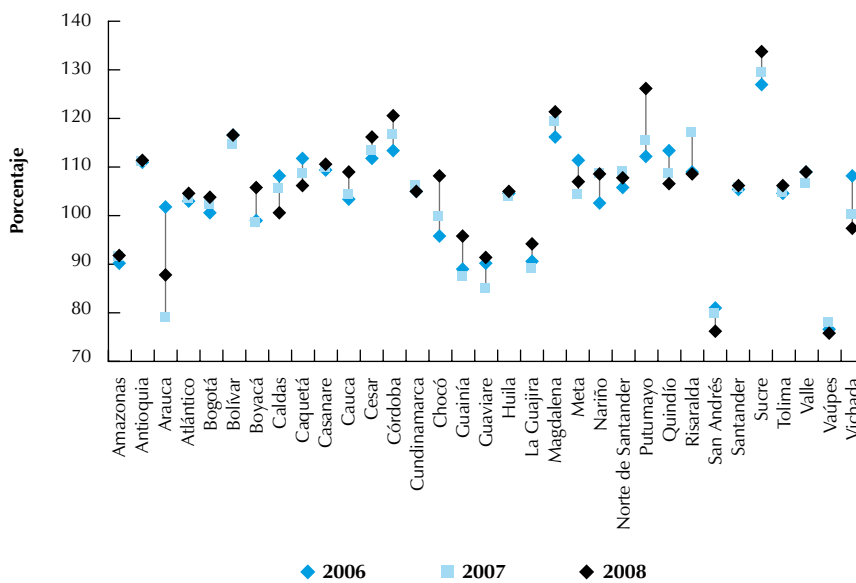
Nivel educativo	Cobertura bruta mujeres/Cobertura bruta hombres							
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Transición	1,01	1	0,99	0,98	0,97	1	0,98	0,97
Primaria	1	0,99	0,99	0,99	0,98	0,99	0,99	0,99
Secundaria	1,09	1,08	1,09	1,1	1,09	1,11	1,1	1,08
Básica	1,03	1,02	1,02	1,03	1,02	1,03	1,03	1,02
Media	1,16	1,16	1,17	1,2	1,21	1,22	1,21	1,21
Total	1,04	1,03	1,04	1,05	1,04	1,05	1,05	1,04

Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001); Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003 – 2008).

1.1 Cobertura en Educación Básica

Al realizar el análisis por departamentos se encuentra que a 2008 el grupo que no ha alcanzado aún la meta de cobertura bruta para el nivel de básica está integrado por: Vaupés (75,6%), San Andrés (76,1%), Arauca (87,7%), Guaviare (91,3%), Amazonas (91,5%), La Guajira (94,1%), Guainía (95,5%) y Vichada (97,1%); tal como lo muestra el Gráfico 13. Es factible que entre los anteriores, los que registraron tasas de cobertura superiores al 80% en 2008 logren la meta estipulada para 2015. Podría no ocurrir lo mismo para los que cuentan con tasas inferiores a ese porcentaje pues tal como se aprecia en el Cuadro 13, el aumento en las tasas de cobertura para el país en 4 años (1996 a 2000) no supera los 7,5 puntos porcentuales. Es decir, el país viene adicionando anualmente cerca de dos puntos porcentuales a la tasa de cobertura bruta para el nivel de básica.

Gráfico 13. Evolución de la cobertura en educación básica



Fuente: Cálculos MEN con base en SINEB.

Cuando la pobreza es aproximada a través del indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se observa igualmente, que los departamentos con mayores rezagos respecto del promedio nacional para el año 2008 y que podrían enfrentar dificultades para cumplir la meta, tienen una mayor proporción de población en condiciones de pobreza⁵⁹, tal como lo muestra el Cuadro 15. Conforme a los resultados del Censo General de 2005, el DANE calcula un NBI para el año 2008 de 19,64% para el conjunto del país, muy por debajo del obtenido para San Andrés (50,87%), Guainía (45,66%), Vichada (41,94%), Amazonas (30,83%), y Guaviare (34,02%). Arauca y Amazonas alcanzaron en 2008 un NBI más bajo que los anteriores, pero por encima de la media nacional, el 32,01% y

⁵⁹ La pobreza calculada por NBI es un indicador que ayuda a captar la presencia o no de un conjunto de condiciones de vida mínimas de los hogares, a través de características como la calidad de la vivienda, el acceso a los servicios públicos, el grado de hacinamiento, la inasistencia escolar y la alta dependencia económica.

el 30,83%, respectivamente. Para el total del país la correlación existente entre la pobreza medida por NBI y el desempeño en materia de cobertura educativa es del -7,9%, lo cual indica que entre más pobre sea un departamento, menor cobertura educativa tendrá.

Cuadro 15. Relación de los departamentos con mayores índices de NBI respecto a sus coberturas brutas

Departamento	NBI 2008	Tasa de Cobertura 2008
San Andrés	50,87%	76,10%
Guainía	45,66%	95,50%
Vichada	41,94%	97,10%
La Guajira	40,47%	94,10%
Vaupés	40,26%	75,60%
Guaviare	34,02%	91,30%
Arauca	32,01%	87,70%
Amazonas	30,83%	91,50%
Total Nacional	19,64%	108,60%
Coefficiente de correlación	-7,9%	1,03

Fuente: DANE. Censo General de 2005. Ministerio de Educación Nacional. Cálculos DNP – DDS

Lo anterior significa que en adelante, las políticas de ampliación de cobertura y los estímulos a la permanencia en el sistema educativo – en particular en el nivel de básica –, deben orientarse hacia la población más pobre en los departamentos donde se encuentre. Los programas de subsidios condicionados, de gratuidad y de alimentación escolar, podrían jugar un papel relevante para motivar la asistencia al nivel de básica en lo referente a los aspectos económicos. Así mismo, de manera complementaria factores relacionados con un buen entorno familiar y un adecuado clima escolar en los establecimientos educativos, podrían convertirse en factores favorables para evitar el fracaso escolar y por lo tanto retener a los niños y jóvenes en el sistema educativo.

1.2 Cobertura en educación media

La tendencia que viene presentando la cobertura bruta para el nivel de media, grados 10.º y 11.º, difiere significativamente de la descrita para el nivel de básica. Con una tasa en 2008 de 71,3% en educación media, el país está lejos de lograr la meta de 93% propuesta para 2015 (Cuadro 16). Si se calcula una tasa logarítmica

para aproximar el crecimiento promedio entre 2001 y 2008, y se asume que el país crecerá a igual ritmo durante los años que restan para llegar al 2015, se concluye que para ese año, apenas se habrá logrado una tasa de 82,5%, diez puntos porcentuales por debajo de la propuesta.

En el Cuadro 16 se describe además de la evolución de la cobertura bruta, el avance efectivo anual y el esperado en aras de alcanzar la meta propuesta. Para obtener el avance esperado se parte de la tasa alcanzada en 2001 (52,2%), un valor que se resta de la meta propuesta (93%), y se expresa esta diferencia como proporción del total de años que deben transcurrir entre 2001 y 2015 (14 años); es decir, se calculan los puntos porcentuales que en promedio debe avanzar el país para alcanzar la meta en 2015. De esta forma se aprecia que el país se encuentra un poco rezagado frente al promedio requerido para alcanzar la meta.

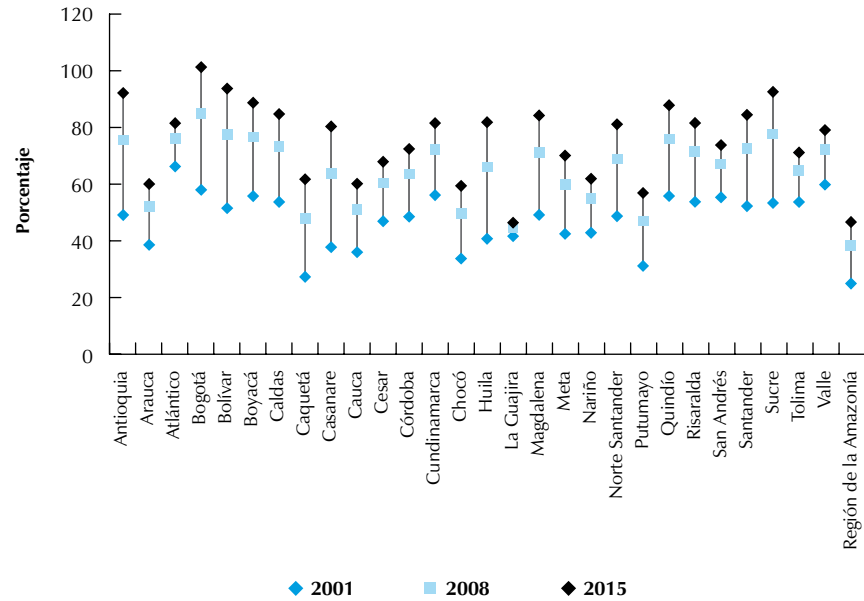
Cuadro 16. Educación media. Tasa de cobertura bruta

Año	Educación media		
	Tasa de cobertura	Avance efectivo	Avance esperado
2001	52,2%	-	-
2002	57,4%	5,3%	2,9%
2003	60,5%	8,4%	5,8%
2004	61,0%	8,9%	8,8%
2005	64,9%	12,74%	11,67%
2006	68,9%	16,74%	14,59%
2007	70,7%	18,54%	17,50%
2008	71,3%	19,14%	20,42%
Meta Nacional		93,00%	

Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001); Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003 – 2008).

La tasa de cobertura bruta para educación media manifiesta diferencias muy amplias entre los departamentos, incluida Bogotá. El Gráfico 14 describe la tasa de cobertura bruta con desagregación departamental en ese nivel educativo, además de una proyección del valor de dicha tasa al 2015. Esta proyección se obtiene asumiendo que el crecimiento promedio anual, de tipo logarítmico, registrado durante el período 2001 – 2008 será el alcanzado para los años que restan hasta llegar al 2015.

Gráfico 14. Avances por departamento hacia la meta de cobertura bruta en educación media



Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001), SINEB (2003 a 2008).

Adicionalmente, el Gráfico 14 muestra los avances en términos de cobertura que han logrado y que pueden lograr los departamentos del país en educación media. De ese gráfico se resalta la situación de Atlántico y Valle del Cauca, departamentos con condiciones de vida relativamente altas según sus condiciones de NBI, pero que para 2015 estarían bastante lejos de la meta propuesta para el nivel de educación media. Al ritmo actual, esos departamentos solamente lograrán una tasa de cobertura bruta en educación media del 81,9% y el 79,5% respectivamente, apenas el 5,3 y el 6,8 puntos porcentuales en cada caso, por encima de la tasa alcanzada en 2008 (el 76,5% y el 72,6%). Entre 2001 a 2008 se presenta un periodo durante el cual los logros fueron bastante reducidos en cuanto a cobertura en educación media para Atlántico y Valle del Cauca, pese a que en 2001 ambos presentaban las dos tasas más altas del país (el 66,7% y el 60,3% respectivamente).

La situación más crítica se presenta entre los departamentos que conforman la Región de la Amazonía con una tasa a 2015 del 47,2%⁶⁰, La Guajira (47,0%), Putumayo (57,4%), Chocó (59,9%), Arauca (60,5%) y Cauca (60,6%).

A partir del Gráfico 14 se concluye que, de conservarse el ritmo de crecimiento alcanzado entre 2001 y 2008, un número reducido de departamentos lograría al año 2015, la meta de cobertura bruta: Bogotá (101,6%), Bolívar (94,1%), y Sucre (92,9%). Bajo el supuesto de crecimiento con una tasa logarítmica, otro conjunto de departamentos estaría al 2015, registrando tasas muy cercanas a la meta propuesta. Por lo tanto dirigir hacia ellos políticas orientadas a aumentar la cobertura pero también a incentivar la permanencia en el sistema, tendría efectos

⁶⁰ La Región de la Amazonía está integrada por los departamentos de Vaupés, Vichada, Amazonas, Guainía y Guaviare con tasas de cobertura bruta en educación media a 2008 de: 31,4%, 35,6%, 60,5%, 28,8%, y 32,3%, respectivamente.

importantes en términos del logro del segundo ODM. De este último grupo de departamentos hacen parte: Antioquia (92,5%), Boyacá (89,1%), Quindío (88,2%), Caldas (85,1%), Santander (84,8%) y Magdalena (84,6%).

1.3 Matrícula en la educación básica y media

Los avances en cobertura son básicamente un resultado de la forma cómo se comporta la matrícula, a menos que se presenten variaciones significativas en la población total a la cual se orienta la educación formal. En esta medida, el cuadro 4 describe la evolución de la matrícula, diferenciada por zona y sector, para aproximar desigualdades de oportunidades o en la asignación de nuevos cupos.

El aumento en la matrícula por zonas se explica en parte por la evolución del sector rural, el cual ha incrementado su participación dentro de la matrícula total en 3,5 puntos porcentuales durante el período 2002 – 2008. Por su parte, la matrícula oficial ha disminuido su participación en la matrícula total en 2,7 puntos básicos al pasar de 75,9% en 2002 a 73,1% en 2008. No obstante, tal como lo evidencia el Cuadro 17 los avances más importantes se han presentado en la matrícula contratada, la cual presentó un aumento de 7,9 puntos básicos en la participación de la matrícula total. Este aumento se ha presentado debido a que la matrícula contratada ha sido utilizada como una muy buena opción para solucionar problemas de cobertura y aumentar el número niños y jóvenes atendidos en el sistema, dada la insuficiencia de infraestructura en los colegios oficiales.

Cuadro 17. Evolución de la matrícula en educación básica y media

Año	Matrícula						Participación en la matrícula total				
	Zona		Sector			Total	Zona		Sector		
	Urbana	Rural	Oficial	Contr.	No oficial		Urbana	Rural	Oficial	Contr.	No oficial
2002	7.650.685	2.343.719	7.582.202	225.908	2.186.294	9.994.404	76,5%	23,5%	75,9%	2,3%	21,9%
2003	7.921.405	2.402.177	7.932.771	365.074	2.025.737	10.323.582	76,7%	23,3%	76,8%	3,5%	19,6%
2004	8.129.502	2.372.457	8.160.272	409.687	1.932.000	10.501.959	77,4%	22,6%	77,7%	3,9%	18,4%
2005	8.095.479	2.625.014	8.123.738	731.653	1.865.102	10.720.493	75,5%	24,5%	75,8%	6,8%	17,4%
2006	8.369.094	2.653.557	8.220.253	936.560	1.865.838	11.022.651	75,9%	24,1%	74,6%	8,5%	16,9%
2007	8.355.053	2.688.792	8.159.351	1.010.848	1.873.646	11.043.845	75,7%	24,3%	73,9%	9,2%	17,0%
2008	8.155.135	3.006.305	8.161.386	1.128.844	1.871.210	11.161.440	73,1%	26,9%	73,1%	10,1%	16,8%
Tasa (%) 02 – 08	6,6%	28,3%	7,6%	399,7%	-14,4%	11,7%	-3,4%	3,4%	-2,8%	7,8%	-5,1%

Contr. Matrícula Contratada. Son cupos financiados con recursos públicos en instituciones privadas.

Fuente: Cálculos MEN con base en Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003 – 2008).

El comportamiento en la matrícula por nivel educativo se aprecia en el Cuadro 18. En éste se resaltan dos aspectos; en primer lugar está el crecimiento de la matrícula en educación media con el consiguiente efecto sobre las tasas de cobertura bruta ya analizadas. En segundo lugar figura la reducción en la matrícula para transición entre 2005 y 2008, que si bien puede ser resultado de mejoras en el proceso de auditoría a las entidades territoriales, hecho que permite contar con información más confiable, implica también, tal como se anotó previamente, que este efecto está relacionado con la disminución de la población en las primeras edades.

Es posible realizar una aproximación a la población que está siendo efectivamente atendida por el sistema, es decir, aquellas personas que están matriculadas en un establecimiento educativo sin importar el grado al que asisten, utilizando la información de matrícula. De esta forma, la Tasa de Matriculación por rangos de edad específica, como es denominada por la UNESCO, que compara el número de niños y jóvenes que se encuentran matriculados y la población en el mismo rango de edad (5 a 16 años), muestra que en 2008 esta proporción ascendió a 89,5%, es decir, que de una población de 4.406.538 niños y jóvenes entre 5 y 16 años, actualmente están matriculados 4.262.386.

Cuadro 18. Colombia: crecimiento en la matrícula según nivel

Año	Transición (5 años)	Primaria (6 a 10 años)	Secundaria (11 a 14 años)	Media (15 y 16 años)
2001	661.436	5.131.463	2.534.079	851.288
2002	686.890	5.198.325	2.775.249	951.196
2003	799.887	5.257.660	2.972.811	1.015.443
2004	780.228	5.249.173	3.012.908	1.037.477
2005	842.402	5.298.263	3.191.795	1.116.990
2006	824.514	5.369.864	3.348.003	1.199.058
2007	787.812	5.292.472	3.440.285	1.243.747
2008	812.789	5.291.005	3.514.615	1.266.252
Crecimiento (%) 1996 – 2000	6,2	1,5	4,5	6,2
Crecimiento (%) 2000 – 2005	25,7	1,5	21	19,1
Crecimiento (%) 2005 – 2008	-3,9	-0,2	10,1	13,3

Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001); Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003 – 2008).

1.4 Deserción en la educación básica y media

Los aumentos en la matrícula tienen efectos positivos sobre las tasas de cobertura siempre y cuando estén acompañados de acciones que aumenten la permanencia de los niños en la institución educativa. Reducir la deserción escolar para contar a largo plazo con una fuerza de trabajo calificada y competente, y para reducir la transmisión intergeneracional de la pobreza y las desigualdades sociales constituye, por lo tanto, un desafío para alcanzar los ODM.

El Cuadro 19 muestra la relación matrícula – población por grupos de edad, la cual refleja el porcentaje de población sin matricular en una institución y que, en consecuencia, no asistió a ningún establecimiento educativo durante 2008. Los grupos de edad en los cuales se presenta la mayor ausencia del sistema educativo son los de 5 años y los de 15 y 16 años de edad, en tanto que el grupo de edad de los niños que deberían estar en primaria (6 a 10 años) no presenta una proporción marcada de inasistencia escolar.

Según la información de la Encuesta de Calidad de Vida – ECV (2008) las principales razones por las cuales los niños y jóvenes en edad escolar no están asistiendo a un establecimiento educativo son: No le gusta o no le interesa el estudio (22,9%), Costos educativos altos (21,3%), ó considera que no está en edad escolar (10,0%). Estos resultados reflejan que cuando los estudiantes perciben que los contenidos educativos no están representando un aprendizaje significativo para su vida, la falta de motivación y de interés por continuar en el sistema educativo se vuelve un factor fundamental para el abandono escolar.

Por ello las políticas educativas deben dirigir sus esfuerzos a implementar estrategias activas en el aprendizaje que tengan como fin fomentar el desarrollo de las competencias laborales que promuevan la continuidad escolar y mejoren las condiciones de empleabilidad de los jóvenes bachilleres. Además, es importante trabajar con herramientas pedagógicas que mitiguen el fracaso escolar de los niños y jóvenes, pues las malas experiencias escolares, que llevan a la repitencia y por consiguiente a la extraedad, se convierten en otro factor determinante de la inasistencia escolar, dado que provocan efectos importantes en el autoestima de las personas y las llevan a sentir que no están en edad para estar dentro del sistema educativo, tal como lo reflejan las respuestas encontradas en la ECV – 2008.

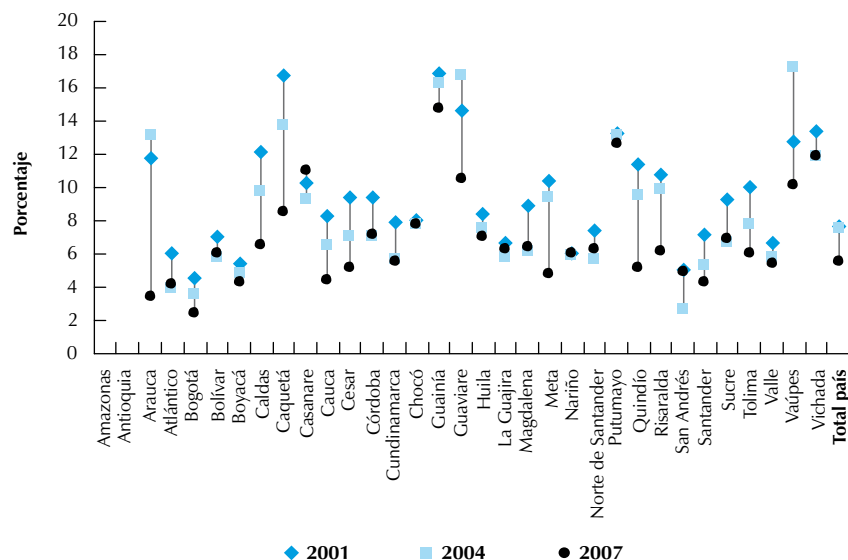
Cuadro 19. No asistencia de los jóvenes en educación básica y media. 2008

Edad (años)	Población	Matrícula	No asistentes	Porcentaje de no asistentes
5	864.509	708.740	155.759	18,0%
De 6 a 10	4.406.538	4.261.145	145.393	3,3%
De 11 a 14	3.587.216	3.277.159	310.057	8,6%
15 y 16	1.775.852	1.266.795	509.057	28,7%
De 5 a 16	10.634.115	9.513.839	1.120.276	10,5%

Fuente: Cálculos MEN con base en la matrícula certificada por las secretarías de educación; SINEB (2008).

De manera complementaria, el Gráfico 15 describe la tasa de deserción para la población que asiste desde transición hasta grado 11.º. A escala nacional la tasa se reduce de 7,6% en 1997 a 5,5% en 2007, aunque en el último año en un grupo de departamentos que abarcan algunos de la Orinoquia y Amazonia, se presentan tasas que superan el 10%. De los departamentos que aumentaron su tasa de deserción ente 2000 y 2007 sobresalen: Amazonas que aumentó su tasa en 6 puntos porcentuales, San Andrés que la aumentó en 2,2 puntos, junto con Guainía y Casanare que aumentaron 1,9 y 1,2 puntos porcentuales, respectivamente. Es de anotar que, como se observa en el gráfico, Guainía presenta la tasa de deserción más alta del país en 2007 (14,8%). Por su parte, se destacan los departamentos de Arauca y Caquetá, los cuales presentan los avances más significativos con reducciones del 7,4 y 7,2 puntos porcentuales, seguidos de departamentos del Eje Cafetero, Quindío y Risaralda, los cuales disminuyeron su tasa en 6,6 y 6,2 puntos porcentuales, en su orden.

Gráfico 15. Los avances regionales en materia de deserción



Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001) y matrícula certificada por las secretarías de educación (2004, 2007).

1.5 La superación de las inequidades poblacionales

Al describir los avances en cobertura bruta en básica y media se anotaron las diferencias entre departamentos como una primera aproximación de la equidad en el logro del segundo ODM; sin embargo, como el país cuenta con diferentes grupos étnicos o grupos minoritarios, es relevante evaluar el grado de cumplimiento de las metas en esas poblaciones. Ello permite conocer si los avances se distribuyen en la población de manera equitativa. En este orden de ideas, lo primero que se debe adelantar, para promover la equidad en el logro de

la meta, es el de producir información que posibilite describir la situación para los grupos minoritarios. Disponer de esa información que los caracterice ayuda fundamentalmente a visibilizarlos y como resultado de ello, a generar políticas pertinentes para cada situación.

Cuadro 20. Asistencia escolar de la población de grupos étnicos entre 5 y 16 años. 2005

Grupos étnicos	Asiste	No asiste	Porcentaje de asistencia
Indígenas	256.908	128.770	66,6%
Afro – colombianos	940.250	161.968	85,3%
Raizal	7.550	569	93,0%
Otras etnias	2.453	329	88,2%
Total grupos étnicos	1.207.161	291.636	80,5%

Fuente: DANE – Censo General 2005

La falta de información disponible sobre los grupos étnicos del país ha llevado a presentar el Cuadro 20 como una aproximación en términos de la equidad en los avances hacia el logro del segundo ODM. Dentro de los aspectos contemplados, se destaca el problema de asistencia que presentan los indígenas, pues solamente el 66% de ellos con edades entre 5 y 16 años asisten a un establecimiento educativo. Esto se explica, en parte, por las dificultades geográficas de sus territorios, así como por la falta de una oferta educativa que se ajuste a su cultura e idioma. Por su parte, para los grupos afrocolombianos y raízales, que presentan un porcentaje de asistencia similar al de la población nacional, es necesario mantener una oferta educativa que tenga en cuenta su forma de vida, necesidades y costumbres. No obstante, la información sobre los grupos étnicos debe analizarse considerando que el reporte corresponde a una auto – declaración, la cual bien puede estar sujeta a problemas de subregistro.

No se cuenta con datos que cuantifiquen claramente la población total de los grupos étnicos⁶¹, a partir de los cuales se pueda inferir una tasa de cobertura bruta; sin embargo, es de esperar que mientras no accedan al sistema educativo al mismo ritmo del resto de la población, su situación frente al logro de la meta, particularmente la relacionada con educación, podría ser más crítica que la descrita previamente.

1.6 Calidad educativa

Si bien es cierto que se deben realizar esfuerzos para aumentar el acceso al sistema educativo, en particular para lograr la incorporación de los más pobres, tales esfuerzos deben estar acompañados de mejoras en la calidad de la educación impartida. En otras palabras, la cobertura es importante, pero

⁶¹ Los intentos por aproximar la población entre los grupos étnicos, incluido el Censo General de 2005 se basan en el auto-reporte.

también lo es que quienes acceden a la educación, finalicen sus estudios a tiempo y adquieran habilidades efectivas en cuanto a lectura, escritura, matemáticas y ciencias.

En el país, el tema de la calidad ha sido asociado al de competencias. Para precisar, se entiende por competencias se entiende, *lo que todo niño, niña y joven debe saber y saber hacer para lograr el nivel de calidad esperado a su paso por el sistema educativo*⁶². Se conciben en tres niveles: básicas, ciudadanas y laborales. *Las competencias básicas* son la base del aprendizaje a lo largo de la vida y abarcan la capacidad de comunicarse, de abordar problemas matemáticos, científicos, el manejo básico del computador y de tecnologías de la información. *Las competencias ciudadanas* se refieren a las habilidades de tipo cognitivo, emocional y comunicativo que, conjugadas con el conocimiento y actitud del ciudadano, le permiten actuar de manera responsable en su comunidad y contribuir a la convivencia pacífica. Y las *competencias laborales*, engloban los conocimientos y habilidades asociados a la productividad y la competitividad en cualquier trabajo o sector económico⁶³.

Para determinar el logro en los niveles de calidad se han establecido estándares básicos de competencias ampliamente difundidos e incorporados en los currículos, en los planes de estudio y en las estrategias tanto pedagógicas como de evaluación en el aula. Dichos estándares se aplican a la educación básica y a la media, en las áreas de lenguaje, matemáticas, ciencias sociales y naturales, ciudadanía, y lenguas extranjeras (inglés). Periódicamente se efectúan mediciones nacionales de carácter censal para evaluar los avances del aprendizaje frente a los estándares básicos de competencias.

Estas mediciones incluyen: las Pruebas censales Saber, aplicadas cada tres años a los niños de 5.º y 9.º grado, las cuales están orientadas a evaluar competencias básicas y ciudadanas, y el Examen de Estado (Pruebas ICFES), que permiten evaluar esas mismas competencias y determinar las condiciones de los estudiantes en grado 11.º al momento de ingresar a la educación superior. En el país también se vienen aplicando los Exámenes de Calidad de la Educación Superior (ECAES) que evalúan las competencias de los estudiantes en el último grado de un determinado programa de pregrado⁶⁴. A continuación se presenta un breve análisis de los resultados de las pruebas Saber a escala departamental y su relación con los obtenidos en las pruebas ICFES.

El Cuadro 21 describe el promedio y la desviación estándar obtenidos en las últimas dos Pruebas Saber aplicadas en el país. Se aprecia que a escala nacional se viene avanzando en las áreas evaluadas, tanto para el grado 5.º como para el 9.º; sin embargo, el desempeño de los estudiantes en ambos grados no es homogéneo, en la media en que la desviación estándar ha aumentado. Lo anterior indica que se viene mejorando pero con un aumento en la inequidad en logros.

⁶² Ministerio de Educación Nacional. 2006. Estándares Básicos de Competencias en Lenguaje, Matemáticas, Ciencias y Ciudadanas. Guía sobre lo que los estudiantes deben saber y saber hacer con lo que aprenden.

⁶³ Peña Borrero, Margarita. 2006. Educación: Visión 2019. Ministerio de Educación Nacional.

⁶⁴ *Ibidem*.

Cuadro 21. Resultados Pruebas Saber 2002 – 2003, 2005 – 2006

Tipo de prueba	Indicador	Grado 5.º		Grado 9.º	
		2002 – 2003	2005 – 2006	2002 – 2003	2005 – 2006
Lenguaje	Promedio	58,2	60,1	60,64	65,3
	Desviación estándar	7,5	8	7,3	8
Matemáticas	Promedio	52,82	57,7	57,23	61,4
	Desviación estándar	9,59	10,2	6,15	7,7
Ciencias naturales	Promedio	49,34	52	56,21	59,3
	Desviación estándar	7,51	8	6,69	6,9
Ciencias sociales	Promedio	-	50,3	-	59,4
	Desviación estándar	-	6,8	-	6,3

Fuente: ICFES. Resultados Pruebas Saber, página web.

A escala departamental, desde el período 2002 – 2003 se apreciaban diferencias relativamente amplias en el resultado de las pruebas. En el Gráfico 16 los departamentos aparecen clasificados según el promedio y desviación estándar obtenidos por sus estudiantes en la prueba de lenguaje aplicada entre 2005 – 2006. El promedio departamental se compara con el valor medio nacional para clasificarlos en el cuadrante superior o inferior, e igualmente la desviación estándar departamental se compara con la correspondiente al país, para ubicarlos a la derecha o izquierda del eje vertical.

Como se aprecia en el Gráfico 16, un grupo importante de departamentos se ubica en el cuadrante inferior izquierdo, lo cual indica que la mayoría de sus estudiantes alcanza promedios por debajo de la media nacional. Es decir, que se obtuvieron logros relativamente bajos durante el período 2005 – 2006, sin presentar mayores diferencias dentro de cada departamento. Sorprende encontrar al departamento de Antioquia en este grupo, al lado de los que integran las regiones de la Amazonia y Orinoquia, y ligeramente por encima de Quindío, Huila, Cauca y La Guajira.

Las regiones de mejor desempeño en la prueba de Lenguaje realizada en 2005 – 2006 son Bogotá, Santander, Boyacá y Cundinamarca. En éstas, los alumnos no sólo superaron el promedio nacional sino que esos logros relativamente altos se constituyeron en un patrón común. En el cuadrante superior derecho se encuentran los departamentos de Risaralda, Valle y Nariño cuyos estudiantes superaron el promedio nacional pero registraron ciertas inequidades, en la medida en que un grupo de ellos alcanzó resultados muy bajos.

Gráfico 16. Clasificación departamental: Pruebas Saber, Lenguaje grado quinto, 2005

Promedio nacional: 60,6	La mayoría de estudiantes con puntajes más altos que la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy altos y otros con resultados muy bajos
	Bogotá 65,7 (7,3), Santander 64,9 (8,0), Boyacá 60,8 (7,6), Cundinamarca 60,7 (7,8)	Risaralda 66,9 (9,3), Valle 63,2 (8,4), Nariño 62,7 (9,6)
	La mayoría de estudiantes con puntajes inferiores a la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy bajos pero algunos con resultados supremamente bajos
	Caldas 60,6 (7,6), Meta 60,1 (7,3), Putumayo 59,9 (6,3), Antioquia 59,7 (6,9), Quindío 59,6 (7,7), Caquetá 59,2 (7,0), Cauca 58,7 (7,5), Huila 58,5 (7,0), Norte de Santander 58,2 (7,0), La Guajira 57,9 (7,0), Casanare 57,6 (6,0), Arauca 57,2 (6,9), Magdalena 57,2 (6,8), Atlántico 57,2 (7,3), Cesar 57,2 (7,0), Guainía 56,4 (6,8), Vichada 56,3 (7,3), Córdoba 56,2 (6,2), Guaviare 56,1 (5,6), Bolívar 55,9 (6,8), Amazonas 55,0 (6,1), San Andrés 54,7 (7,9), Sucre 54,3 (6,5), Chocó 54,0 (6,4), Vaupés 52,3 (5,6)	Tolima 56,9 (8,5)
Desviación estándar: 8,31		

Fuente: ICFES. Resultados Pruebas Saber. Página web. Las desviaciones estándar de cada departamento se muestran en paréntesis.

Si en lugar del grado quinto se toman los resultados de los alumnos en noveno grado (Gráfico 17) se aprecia que Bogotá y Boyacá mantienen las mismas distribuciones que en grado quinto; en consecuencia, se ubican en la parte superior con puntajes por encima de la media nacional con ligeras variaciones en cuanto al peso del número de estudiantes con resultados altos o bajos en algunos departamentos. Adicionalmente, ahora están acompañados por Caldas que antes se ubicaba en el cuadrante inferior izquierdo (puntajes inferiores a la media nacional), lo que indica una mejora en la calidad educativa a medida que aumentan los grados de educación. Cundinamarca por ejemplo, que se ubicaba en el cuadrante superior izquierdo del gráfico, ahora pasa al superior derecho, reflejando una mayor dispersión de los datos que la presentada en grado quinto y por ende mayor heterogeneidad. Los demás departamentos que se ubicaban en el segmento inferior izquierdo en grado quinto mantuvieron su posición en el grado noveno, con resultados por debajo del promedio nacional, incluso Tolima, Risaralda, Valle y Nariño; que para el grado quinto se habían ubicado en los segmentos superior e inferior derechos, pasaron a ocupar el segmento inferior izquierdo, lo que muestra la existencia de una menor heterogeneidad entre los estudiantes, pero que la mayor parte de ellos continúa teniendo resultados por debajo del promedio nacional.

Gráfico 17. Clasificación departamental: Pruebas Saber, Lenguaje grado noveno, 2005

Promedio nacional: 65,14	La mayoría de estudiantes con puntajes más altos que la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy altos y otros con resultados muy bajos
	Bogotá 73,3 (5,6), Boyacá 65,7 (7,9), Caldas 65,5 (7,5)	Cundinamarca 65,7 (8,0)
	La mayoría de estudiantes con puntajes inferiores a la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy bajos pero algunos con resultados supremamente bajos
	Casanare 64,6 (7,0), Nariño 64,5 (7,2), Huila 64,1 (7,2), Meta 64,0 (7,5), Caquetá 63,9 (7,2), Putumayo 63,9 (7,1), Quindío 63,8 (7,2), Santander 63,8 (6,8), Valle 63,7 (7,5), Antioquia 63,6 (6,3), Cesar 63,4 (7,7), Norte de Santander 63,3 (7,4), Tolima 63,1 (7,1), Atlántico 63,0 (7,3), Arauca 62,8 (6,8), Guainía 62,8 (7,3), Guaviare 62,6 (7,2), Córdoba 62,4 (7,4), Cauca 62,3 (7,0), Risaralda 62,1 (6,5), Vaupés 62,1 (7,4), Sucre 62,0 (7,0), La Guajira 61,4 (6,4), San Andrés 61,3 (6,4), Magdalena 60,8 (6,8), Vichada 60,4 (6,7), Bolívar 60,2 (7,0), Amazonas 59,5 (5,7), Chocó 59,4 (6,1)	Tolima 56,9 (8,5)
Desviación estándar: 7,96		

Fuente: ICFES. Resultados Pruebas Saber. Página web. Las desviaciones estándar de cada departamento se muestran en paréntesis.

De otro lado, si se analizan los resultados de las pruebas Saber para el área de matemáticas en quinto grado (Gráfico 18), se destaca el hecho de que varios departamentos se encuentran por encima del promedio nacional, mucho más que en el área de matemáticas. En tanto, departamentos como Antioquia y Valle se encuentran por debajo de la media nacional. Finalmente, departamentos como Tolima y Vichada, además de contar con datos inferiores al promedio nacional, presentan alta heterogeneidad en los resultados.

Gráfico 18. Clasificación departamental: Pruebas Saber, Matemáticas grado quinto, 2005

Promedio nacional: 56,2	La mayoría de estudiantes con puntajes más altos que la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy altos y otros con resultados muy bajos
	Bogotá 65,3 (10,4), Boyacá 61,4 (9,5), Santander 61,2 (8,4), Risaralda 59,9 (8,9), Putumayo 59,7 (10,1), Meta 58,5 (9,1), Caldas 57,8 (9,6), Cundinamarca 57,5 (8,6), Huila 57,0 (8,8), Norte de Santander 56,8 (9,4), Casanare 56,3 (8,9)	
	La mayoría de estudiantes con puntajes inferiores a la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy bajos pero algunos con resultados supremamente bajos
	Magdalena 56,1 (8,7), Caquetá 56,1 (8,7), Quindío 55,7 (9,7), Cesar 55,2 (8,3), Cauca 54,9 (8,7), Guainía 54,8 (9,0), Bolívar 54,7 (8,9), Arauca 54,6 (8,7), Atlántico 54,3 (8,7), Antioquia 54,1 (8,8), La Guajira 53,5 (8,3), Sucre 53,3 (8,9), Córdoba 53,0 (8,5), Guaviare 52,0 (7,6), Chocó 50,9 (8,2), Amazonas 50,4 (7,8), Nariño 47,7 (8,8), Valle 47,4 (7,9), Vaupés 45,4 (5,7), San Andrés 45,0 (7,0)	Tolima 54,8 (12,2), Vichada 51,8 (12,0)
Desviación estándar: 10,56		

Fuente: ICFES. Resultados Pruebas Saber. Página Web. Las desviaciones estándar de cada departamento se muestran en paréntesis.

Al comparar la clasificación departamental del área de matemáticas entre quinto y noveno grado, se observa que Boyacá presenta tanto en las pruebas de lenguaje como en las de matemáticas resultados por encima del promedio nacional. Adicionalmente, en el cuadrante superior izquierdo se mantiene el departamento de Santander que también presentó resultados superiores al promedio nacional en esta área. Finalmente, no se presenta ningún departamento en la parte derecha del gráfico, lo que significa que ningún departamento presenta fluctuaciones significativas entre sus estudiantes (Gráfico 19).

Gráfico 19. Clasificación departamental: Pruebas Saber, Matemáticas grado noveno, 2005

Promedio nacional: 59,86	La mayoría de estudiantes con puntajes más altos que la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy altos y otros con resultados muy bajos
	Bogotá 69,8 (7,0), Santander 61,5 (6,6), Boyacá 61,4 (6,3), Caldas 60,5 (6,3), Cundinamarca 60,1 (6,7), Antioquia 60,1 (6,2), Casanare 60,1 (5,8), Meta 59,9 (6,2)	
	La mayoría de estudiantes con puntajes inferiores a la media nacional	Algunos estudiantes con puntajes promedio muy bajos pero algunos con resultados supremamente bajos
	Risaralda 59,8 (6,6), Caquetá 59,5 (5,7), Norte de Santander 59,2 (6,2), Huila 59,2 (5,9), San Andrés 58,9 (5,2), Tolima 58,9 (5,7), Arauca 58,6 (5,7), Cesar 58,5 (5,9), Vaupés 58,5 (4,8), Cauca 58,5 (5,7), Sucre 58,1 (5,6), Atlántico 57,8 (5,7), Putumayo 57,4 (5,8), Guainía 57,1 (6,3), Magdalena 56,9 (5,3), La Guajira 56,8 (5,4), Córdoba 56,8 (5,8), Amazonas 56,8 (5,8), Quindío 56,8 (7,8), Chocó 56,2 (5,8), Bolívar 56,2 (5,9), Guaviare 54,8 (4,3), Vichada 53,6 (7,2), Nariño 51,6 (8,1), Valle 51,4 (7,9)	
Desviación estándar: 8,55		

Fuente: ICFES. Resultados Pruebas Saber. Página web. Las desviaciones estándar de cada departamento se muestran en paréntesis.

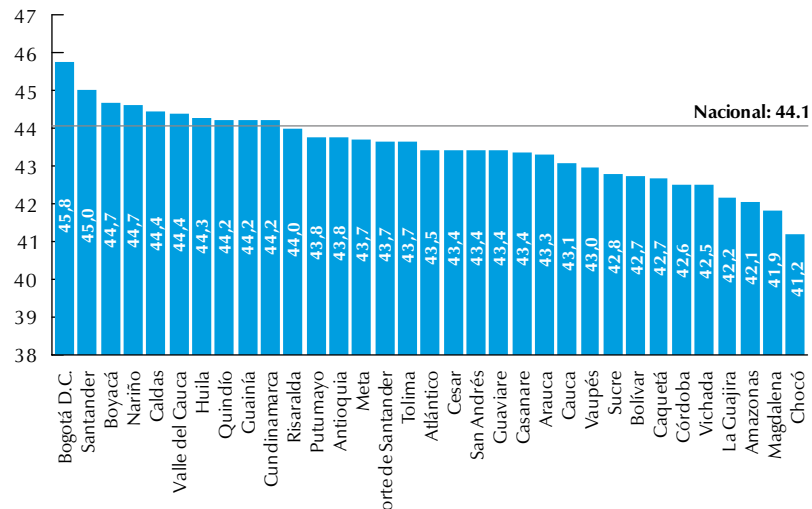
A los estudiantes de 9.º grado que presentaron las pruebas Saber en 2005 y culminaron sus estudios, se aplicó las pruebas de Estado de 2007. La prueba de Estado o Prueba ICFES está integrada por ocho áreas básicas en cada una de las cuales se efectúan 24 preguntas. A las anteriores se une un componente que permite seleccionar una prueba de profundización entre lenguaje, matemáticas, biología o historia. Los estudiantes presentan también una prueba interdisciplinaria seleccionando entre las opciones medio ambiente, violencia y sociedad.

Al comparar los resultados de las diferentes áreas con el promedio de la Prueba ICFES 2007 se obtienen correlaciones estadísticamente significativas. En primer lugar, entre la Prueba de Lenguaje y el promedio ICFES para todas las áreas es la más fuerte con un coeficiente de Correlación de Pearson⁶⁵ de 0,806, seguida por el área de Biología (0,772) y la de Matemáticas (0,738). Lo anterior implica que el mismo conjunto de departamentos con los mejores resultados en las Pruebas Saber, también los obtienen en las pruebas de Estado, con lo cual se conservan los desequilibrios regionales.

⁶⁵ Medida de la relación entre dos variables cuantitativas. A medida en que el indicador se acerca a 1 está indicando una mayor relación entre las dos variables.

El Gráfico 20 describe la última distribución departamental conforme a los resultados de las Pruebas de Estado para 2008. En él se evidencia que Bogotá es la región con mejores logros mientras que Chocó es la de menor desempeño. La media nacional para ese año está 1,7 puntos por debajo de la obtenida por los estudiantes del Distrito Capital. Boyacá y Santander, que integraban el grupo de mejor desempeño en las Pruebas Saber de Lenguaje aplicadas en el año lectivo 2005 a los jóvenes de noveno grado, estuvieron entre los departamentos con promedios más cercanos al de Bogotá. A partir de Risaralda, como se observa en el Gráfico 20, todos los departamentos hacia la derecha, presentaron resultados inferiores a la media nacional en las Pruebas de Estado aplicadas en el año 2008. El desempeño en los grados inferiores es determinante en el obtenido al finalizar la educación media, hecho que influye en la conservación de las diferencias entre los departamentos. Los esfuerzos futuros en materia de calidad de la educación deben, en consecuencia, orientarse a reducir el rezago presentado en los departamentos con logros más bajos en las Pruebas Saber de grados 5.º y 9.º.

Gráfico 20. Pruebas de Estado 2008, distribución por departamentos



Fuente: ICFES. Resultados Pruebas de Estado.

Además de las pruebas nacionales, para evaluar el logro de sus estudiantes, el país ha venido participando en varias pruebas internacionales entre las cuales se destacan: PISA (Programa Internacional de Evaluación de Estudiantes), y TIMSS (Estudio Internacional de Matemáticas y Ciencia, realizado por la Agencia Internacional de Evaluación de Logro Educativo, IEA). PISA es un estudio comparativo internacional que va más allá de lo aprendido en la institución educativa, centrándose en la habilidad del estudiante para aplicar sus conocimientos y competencias en áreas claves; al mismo tiempo, la prueba PISA evalúa la capacidad del estudiante para analizar, razonar, comunicarse efectivamente, examinar, interpretar y resolver problemas. La prueba TIMSS, que se aplica cada cuatro años, permite medir el progreso de un país en la enseñanza de matemáticas y ciencias.

En la prueba TIMSS Colombia realizó avances importantes entre 1995 y 2007. Es así como en matemáticas para grado 8.º, se obtuvo una variación en el puntaje promedio de 47 puntos, al pasar de 332 puntos en 1995 a 380 en 2007, mientras que Taipéi es el país que obtuvo el promedio más alto (598 puntos). A pesar de ubicarse en los últimos lugares, la variación de Colombia entre 1995 y 2007 es la más alta presentada entre los países que participaron en la prueba durante esos años, siendo así el que más mejoró sus resultados con respecto a las pruebas realizadas en 1995. En ciencias, de igual forma se presentan avances significativos al tener una variación en el puntaje promedio de 52 puntos, porque pasó de 365 en 1995 a 417 en 2007, hecho que convirtió a Colombia en el segundo país, después de Lituania, que más mejoró sus resultados con respecto a las pruebas realizadas en 1995, cuando el país se ubicó en el penúltimo lugar superando únicamente a Sudáfrica.

Se debe mencionar que en la aplicación de TIMSS 2007, Colombia y El Salvador fueron los únicos países de la región que participaron en dicha evaluación. Es relevante destacar que en ambas áreas, Colombia superó a El Salvador en 25 puntos en matemáticas y 10 en ciencias.

2 | REPITENCIA EN EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

El logro de la meta de cobertura para 2015 está asociado a la reducción en la tasa de repitencia, en la medida en que se constituye en un determinante del abandono escolar por parte de los niños y jóvenes como resultado de la baja calidad del aprendizaje. Conviene precisar que la repitencia alude a realizar durante un año dado, el mismo grado del año anterior⁶⁶. El Cuadro 22 muestra la tasa de repitencia en los niveles de educación básica y media del país entre 2001 y 2008. Como aspecto inicial se observa una reducción en cerca de dos puntos porcentuales entre 2001 y 2003, una disminución que se explica en parte por la adopción del Decreto 230 de 2002 en el cual se estipuló que la tasa de repitencia en una institución educativa no podía exceder el 5% del total de la matrícula. Sin embargo, el Ministerio de Educación Nacional, mediante el Decreto 1290 de 2009, derogó el anterior decreto y otorgó a los establecimientos educativos autonomía en los criterios de promoción escolar de los estudiantes, así como en el porcentaje de asistencia que incida en su promoción.

Cuadro 22. Reducción de la repitencia en básica y media

Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa	5,4%	5,5%	3,4%	3,5%	3,4%	3,3%	3,2%	3,1%

Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001); Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003 – 2008).

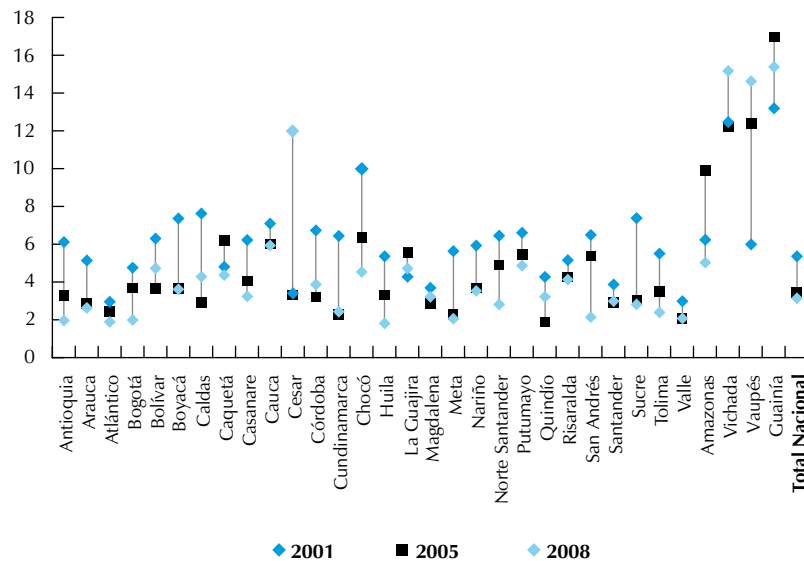
Mensajes Principales

La repitencia se ha venido reduciendo sostenidamente, al punto de estar muy cerca de alcanzar la meta propuesta. La situación de algunos departamentos que aún se encuentran muy rezagados es la principal tarea que queda para los próximos años.

⁶⁶ Torres, R.M. (1995). Repitencia escolar: ¿falla del alumno o falla del sistema? Evaluación, Aportes para la Capacitación. Publicado por UNESCO – OREALC, Situación educativa de América Latina y el Caribe (1980 – 1989), Santiago, 1992.

De 2003 a 2008, la tasa de repitencia presenta una disminución moderada, pues afecta alrededor de un 3% de los alumnos matriculados, aunque entre esos años la reducción no llega a representar medio punto porcentual. Adicionalmente, preocupa la situación en algunos departamentos, en los cuales la repitencia todavía supera el 10% de la matrícula anual.

Gráfico 21. Reducción de la repitencia en básica y media en los departamentos. 2001 – 2008



Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 – DANE (2001) y Matrícula certificada por las secretarías de educación (2005 – 2008).

Conforme con el Gráfico 21, entre los departamentos que registran una mayor reducción en la tasa de repitencia de 2001 a 2008 figuran: Chocó (5,2 puntos porcentuales); Sucre (4,6); San Andrés (4,4); Antioquia (4,2) y Cundinamarca (4,0); mientras que el país en su conjunto redujo la repitencia en 2,2 puntos porcentuales. En 2008 las tasas de repitencia más baja se presenta en Huila (1,8%); Antioquia (1,9%); Meta y Bogotá (2,0% en ambos casos) con lo cual alcanzan ya la meta propuesta para el 2015 (2,3%). Las disparidades frente a estos departamentos son notorias, entre ellas las más amplias corresponden a los departamentos de Vichada, Vaupés, Guainía y Cesar, con tasas de repitencia que oscilan entre el 12% y el 15%. Con una brecha con respecto de la tasa de repitencia del país, un poco más reducida que la de los anteriores, pero no menos despreciable se encuentran: Amazonas, Putumayo, La Guajira, Cauca y Bolívar; cuyas tasas de repitencia se encuentran en un promedio del 5,0%.

Lo anterior implica la presencia inequidades entre departamentos que deben corregirse para alcanzar un equilibrio entre las regiones y con éste para el logro pleno de la meta. En conclusión, no es suficiente alcanzar la meta promedio; se requiere, además, que cada departamento adopte las medidas de política adecuadas para que todos logren la reducción en la tasa de repitencia propuesta.

3 | ANALFABETISMO ENTRE LOS JÓVENES DE 15 A 24 AÑOS

En 2008, la tasa de analfabetismo (entendida como el porcentaje población que no sabe leer ni escribir un texto de poca dificultad) para los jóvenes entre 15 a 24 años en el país era del 2,0%, cifra más baja que la registrada en otros países de América Latina en 2007: Brasil (2,2%), Perú (2,6%), y Ecuador (4,6%)⁶⁷.

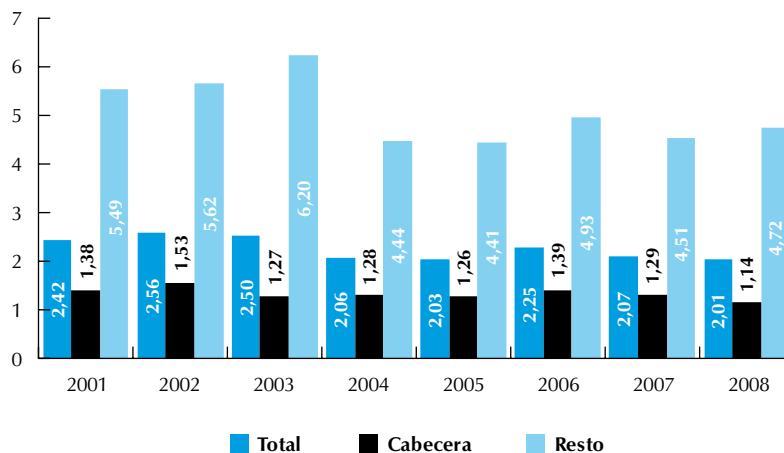
El indicador de analfabetismo para jóvenes entre 15 a 24 años y para mayores de 15 años se calcula a través de la Encuesta Integrada de Hogares, información que provee el DANE trimestralmente. Es importante recordar que esta encuesta genera resultados a escala nacional a pesar de que se aplica únicamente sobre una muestra de la población.

En el Gráfico 22 se describe la evolución del indicador en el país entre los años 2001 y 2008. En promedio, el país está relativamente cerca de alcanzar la meta propuesta; pero, es factible que llegado el 2015, no se logre la meta en el área rural, pese al avance de los últimos siete años en la tasa de analfabetismo. Para 2008 en el área rural reside cerca de la cuarta parte de la población entre 15 y 24 años del país, de los cuales alrededor de un 4,7% no estaba en capacidad de leer o escribir un texto medianamente simple. Una vez más, en este aspecto, el país está llamado a caminar hacia la equidad.

Mensajes Principales

El avance en la reducción del analfabetismo es notable y el país está muy cerca de alcanzar la meta propuesta, aunque con un ritmo lento de avance en áreas rurales, que puede poner en riesgo el cumplimiento de la meta en esta zona.

Gráfico 22. Tasa de analfabetismo población 15 a 24 años, 2001 – 2008



Fuente: DANE. Encuesta Continua de Hogares – ECH (2001 – 2005). Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH (2006 – 2008).

Al discriminar por género, las tasas más altas corresponden a los hombres de 15 a 24 años, para quienes en 2008 la tasa es de 2,5%, casi un punto porcentual por encima de la calculada para las mujeres en ese año (1,6%). Sin embargo, la reducción en la tasa de analfabetismo entre 2001 y 2008 tiende a favorecer por

⁶⁷ CEPAL, Estadísticas e indicadores sociales. Página Web.

igual a hombres y mujeres (en 0,41 puntos porcentuales para ellos y en 0,4 puntos para ellas). Las diferencias en la tasa de analfabetismo entre sexos se suman a las señaladas previamente al comparar por zonas para dar lugar en 2008, a tasas del 5,5% para los hombres de 15 a 24 años de edad residentes en la zona rural y del 1,4% para los que se ubican en las cabeceras municipales. Las diferencias en las tasas entre las mujeres que residen en el área urbana o rural no dejan de ser despreciables: el 0,9% para las primeras y el 3,9% para las segundas.

La tasa de analfabetismo y el indicador de años promedio de educación descrito a continuación dan a conocer la situación de carencias educacionales en un conjunto de población para quienes, se limitan las posibilidades futuras de empleo, de obtención de ingresos y en últimas sus condiciones de vida. De no tomarse medidas al respecto, tendiendo a identificar a quienes no se benefician de los avances en la cobertura de educación formal, se podría llegar a aumentar aún más la desigualdad.

Mensajes Principales

A pesar del avance mostrado en los últimos años, el país se encuentra lejos de alcanzar los 10.63 años promedio de educación propuestos. Los avances en cobertura, principalmente en la educación media, serán claves para poder acercarse más al logro de esta meta.

4 | AÑOS PROMEDIO DE EDUCACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN DE 15 A 24 AÑOS

Para el 2015, el país se fijó la meta de lograr que, en promedio, los jóvenes entre 15 y 24 años alcanzaran 10.63 años de educación. El comportamiento del indicador, de 2001 a 2008 se describe en el Cuadro 23.

Cuadro 23. Población 15 a 24 años. Años promedio de educación, 2001 – 2008

Año	Total	Cabecera	Resto
2001	8,53	9,31	6,20
2002	8,55	9,29	6,37
2003	8,64	9,38	6,42
2004	8,83	9,52	6,74
2005	8,77	9,49	6,51
2006	9,77	10,44	7,66
2007	9,11	9,82	6,89
2008	9,25	9,91	7,16

Fuente: DANE. Encuesta Continua de Hogares – ECH (2001 – 2005). Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH (2006 – 2008).

Si se parte de la premisa de que para aumentar un punto en el promedio de años de educación del país, se toman unos 10 años, entonces Colombia difícilmente lograría esta meta, pues 6 años nos separan de 2015 y el país en su conjunto todavía debe aumentar el promedio en 1,5 años. Nuevamente, es factible que la zona urbana alcance la meta propuesta, más no ocurriría lo mismo en la rural.

En esta última todavía se deben anexar unos cuatro años al promedio. De 2001 a 2008, el aumento en años promedio de educación entre la población de 15 a 24 años es de 0,6 años en la cabecera y de 1,0 en el resto.

Por género, en 2008, las mujeres con un indicador de 9,5 años promedio de educación, están más cerca de la meta propuesta que los hombres quienes cuentan con un indicador de 9 años. Más aún, a las residentes en la cabecera les separa alrededor de 0,7 años de educación para alcanzar la meta. Aunque las mujeres residentes en el área rural superan la situación de los hombres en cuanto a años promedio de educación, ellas en 2008 apenas cuentan con un indicador de 7,4 años, medio punto por encima del alcanzado por los hombres.

5 | LAS POLÍTICAS QUE APOYAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

Las estrategias adoptadas para el logro de la meta conforme al Documento Conpes Social 91 incluyen: el desarrollo e implementación del componente de educación inicial para los menores de 5 años; la priorización de la zona rural en el acceso universal al sistema educativo, particularmente en el nivel de secundaria; la entrega de incentivos económicos a los grupos de menores ingresos; el fortalecimiento de los esquemas de participación privada en la prestación del servicio educativo; la implementación de experiencias exitosas y el fortalecimiento de los modelos de educación rural; la introducción de mejoras en la calidad de la educación y en la infraestructura escolar, el uso de tecnologías de información en educación tanto básica como media; la promoción de la educación técnica y tecnológica y el uso eficiente de los recursos del sistema general de participaciones.

Cuadro 24. Estrategias para el logro del segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio⁶⁸

La ampliación de cobertura en educación básica y media se está llevando a cabo mediante acciones como las siguientes:

- Ofrecimiento del grado de preescolar obligatorio en la zona rural y urbana en los centros tanto privados como oficiales, y la generación de mecanismos para incentivar la continuidad entre la educación inicial y transición. La cobertura bruta en transición pasó del 72,3% en 2001 al 93,7% en 2008.
- Fomento de los modelos flexibles para asegurar la atención de la población en situación de analfabetismo en la zona rural. El número de jóvenes y adultos alfabetizados en 2008 fue de 260.992, de este total el 52% (135.087 jóvenes y adultos) son mayores de 15 años y residen en la zona rural.
- Construcción de nuevas sedes y ampliación de algunas instituciones educativas oficiales para aumentar la oferta. Durante 2008 se beneficiaron 6.725 alumnos de las aulas entregadas en ese año.
- Generación de incentivos para la ampliación de la oferta privada en particular en centros urbanos, que incluye el otorgamiento de créditos para invertir en infraestructura y el desarrollo de convenios para garantizar el flujo estable de estudiantes.

⁶⁸ República de Colombia. 2006. Visión 2019.

- Impulso de los modelos flexibles y semi – escolarizados como mecanismo de ampliación de la oferta educativa en educación básica secundaria y media del área rural dispersa, adecuados a sus necesidades de calendario y jornada escolar. En el año 2008 se atendieron 1.955.356 estudiantes a través de modelos flexibles orientados a garantizar la pertinencia y permanencia de las poblaciones en condición de vulnerabilidad.

La retención de los estudiantes en el sistema educativo se ha dado mediante:

- Entrega de subsidios en dinero por períodos limitados para promover el ingreso y la permanencia en el sistema educativo. Entrega de subsidios de transporte y de alimentación con el mismo propósito.
- Seguimiento a los estudiantes en riesgo de deserción escolar ofreciendo el apoyo necesario (académico, orientación, transporte o alimentación).

Mejorar la promoción entre grados y niveles:

- Lograr la continuidad entre la educación inicial y el grado obligatorio de preescolar, entre la básica primaria y la secundaria.
- Adoptar a escala urbana y rural, programas para nivelar los alumnos en primaria o secundaria con extraedad igual o superior a 3 años.

La atención integral a la primera infancia viene siendo ejecutada a través de dos proyectos:

- Atención integral para la primera infancia en educación inicial que a mayo de 2009 había logrado un avance equivalente al 41,1% de la meta de cobertura educativa estipulada para el período 2006 – 2010 (400.000 niños en edad de educación inicial). La atención está orientada a suministrar además de educación inicial, nutrición, y cuidado a niños menores de 5 años, para lo cual se ha suscrito un convenio inter-administrativo entre el Ministerio de Educación y el ICBF de un lado, y entidades oficiales y no oficiales, de otro.
- Mejoramiento de la calidad de la educación para la primera infancia, creado con el propósito de estimular las condiciones que garanticen una educación de calidad y la continuidad de los menores de 5 años en el sistema educativo. El avance del proyecto en términos del número de secretarías de educación departamental que efectúan un seguimiento y acompañamiento a la apropiación de las orientaciones pedagógicas en las distintas modalidades de atención a este grupo de población es bastante reducido. A 2008 apenas se logró incluir 5 de las 32 secretarías de educación fijadas como meta para los años que van de 2006 a 2010.

Como pilares de la política de mejoramiento de la calidad educativa se aprecian: i) la definición, actualización y difusión de estándares y orientación curricular, ii) la evaluación periódica de competencias y la difusión de resultados, y iii) el fomento y aseguramiento de la calidad y de los modelos flexibles que tienden a favorecer la incorporación de los grupos étnicos y otras poblaciones vulnerables al sistema educativo. El Cuadro 24 describe las principales estrategias adoptadas para el logro de la meta.

6 | PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA

En el intento de lograr la cobertura universal para la educación básica, el principal reto de política está dado por la inclusión de un grupo de regiones que, pese a ser reducido, todavía presentan cierto rezago que les puede impedir alcanzar la meta, entre ellos los departamentos de Vaupés, San Andrés, Guaviare, Guainía, La Guajira y Arauca, como los más críticos. Ahora bien, del logro de la meta en educación media solamente está cerca un número pequeño de departamentos liderados por Bogotá, por lo cual en este caso el esfuerzo por desarrollar ha de ser todavía mayor. Por su parte, en lo relacionado con la atención a la población en edad de educación inicial, no se ha logrado avanzar en cobertura, pero tampoco en cuanto a los mecanismos a través de los cuales se quiere garantizar la calidad de la atención.

En este sentido, las estrategias para dar cumplimiento al reto se enmarcan en la ampliación y fortalecimiento de la construcción de nuevas sedes y ampliación dotación y mejoramiento de algunas instituciones educativas oficiales, ampliación de los modelos flexibles y semi – escolarizados en educación básica secundaria y media del área rural dispersa, adecuados a sus necesidades de calendario y jornada escolar.

Al alcanzar el objetivo de cobertura en básica secundaria y media, la deserción es un aspecto que todavía demanda atención; lo mismo sucede con la repitencia que sigue siendo alta a pesar de la normativa adoptada en 2002, que fija un tope a la tasa en un 5%. Precisamente los departamentos con mayores dificultades para alcanzar las metas de cobertura son los que registran mayores tasas de deserción y repitencia. Mientras no se cierre la puerta de salida antes de finalizar el ciclo educativo y no se tomen medidas contundentes frente a la pertinencia de la educación, es decir, mientras no se logre retener a los estudiantes en el sistema educativo, el freno al logro del segundo objetivo del milenio será mayor.

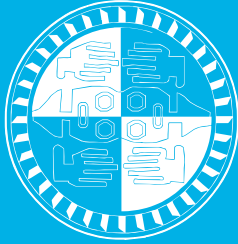
Para el logro del objetivo anterior, en los próximos años la política educativa se centrará en el seguimiento a los estudiantes en riesgo de deserción escolar, analizando permanentemente las causas de la deserción y ofreciendo el apoyo necesario de tipo académico, orientativo o de subsidios

Frente a los indicadores disponibles que contienen información desagregada por zona: tasa de analfabetismo y años promedio de educación, es de anotar que las desigualdades son aún considerables; por lo cual las posibilidades de alcanzar en la zona rural las dos metas propuestas son muy reducidas. Aunque el principal reto está asociado al camino que se debe recorrer en materia de equidad, no se pueden descuidar las mejoras por introducir en cuanto a calidad; tal conclusión se basa en que los resultados de las pruebas nacionales e internacionales descritos no reflejan los verdaderos esfuerzos hechos por el país en esta materia.

Así, para avanzar hacia el cumplimiento en estas metas, la política deberá ampliar y fortalecer el fomento de los modelos flexibles para asegurar la atención de la población en situación de analfabetismo, con énfasis en las zonas rurales.

Teniendo en cuenta la existencia del consenso sobre la importancia del cuidado y la atención de los niños en la etapa de primera infancia en el desarrollo psicosocial de los niños y niñas; otro de los retos adicionales a los planteados anteriormente es el de consolidar la política del 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. La política de atención integral a la primera infancia, debe constituirse como uno de las estrategias fundamentales del desarrollo social y económico de la población infantil como eje inicial de la política de formación de capital humano, fortaleciendo y articulando los esquemas de atención en salud, nutrición, cuidado y educación. Esta política debe enfatizar en la preparación y formación de los niños y niñas menores de 6 años en coordinación con el acceso a la educación inicial del sistema educativo formal (preescolar).

Finalmente, dado que se han dado avances significativos en cobertura en el país, es necesario fortalecer y asegurar la calidad y la pertinencia en todos los niveles educativos. En este aspecto, el reto es dirigir las acciones al mejoramiento de la calidad, en primer lugar, con el análisis de los resultados de la evaluación permanente de los estudiantes y los docentes que permiten identificar las áreas y componentes en las que necesitan mejorar las instituciones educativas por medio de planes diseñados con las Secretarías de educación y con la definición y divulgación de estándares de calidad. Además, otro reto es de constituir el desarrollo permanente de los docentes y directivos docentes a través de estrategias que les permitan aplicar aprendizajes pedagógicos que respondan a las inquietudes y necesidades de sus estudiantes, así como incorporar el uso de las nuevas tecnologías de información y comunicación.



Objetivo 3

PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

Propósitos y Metas

En Violencia de Género

- Desarrollar, con una periodicidad de al menos cada cinco años, la medición de la magnitud y características de la violencia de pareja en el país y definir las metas anuales de reducción.
- Implementar y mantener en operación una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, especialmente de la violencia de pareja contra la mujer, en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga en el 2008, y en las demás capitales de departamento en el 2015

En Mercado Laboral

- Incorporar y mantener el seguimiento a la equidad de género en materia salarial y calidad del empleo, en el marco del sistema de información sobre la calidad y pertinencia del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo.

En Participación

- Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos de poder público.

Colombia se ha propuesto lograr la equidad de género, al impulsar metas que contribuyan a la eliminación de las brechas existentes en el acceso a los recursos y oportunidades del desarrollo; acogiendo las recomendaciones internacionales que instan a tomar medidas urgentes frente al mejoramiento en el acceso a los recursos económicos, a promover la acción institucional desde un enfoque de género, a dar más importancia a la salud sexual y reproductiva, al mejoramiento de las oportunidades económicas, teniendo en cuenta la situación de pobreza acrecentada por la violencia generada por grupos armados al margen de la ley. A su vez, para alcanzar estos objetivos, el país atiende, entre otras, las recomendaciones de Naciones Unidas y a los compromisos consignados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – PIDESC, en la Convención de Belem do Pará, en la Plataforma de Acción de Beijing y en las disposiciones de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW para que las mujeres ejerzan plenamente sus derechos⁶⁹.

La meta universal del tercer ODM establece la necesidad de eliminar las desigualdades entre los géneros en educación primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles antes del fin de año 2015. Sin embargo, dado que en Colombia no se presentan diferencias importantes en asistencia escolar por género, en el Documento Conpes Social 91 de 2005 se estableció como propósito mejorar la capacidad de evaluación que permita orientar políticas y programas de manera acertada, ya que los instrumentos con que cuenta el país para monitorear y evaluar la situación de equidad de género en diferentes ámbitos, son aún deficientes. Además, se establecieron prioridades en las áreas de violencia de género, mercado laboral y participación económica, y participación política⁷⁰.

1 | VIOLENCIA DE GÉNERO

Los resultados encontrados en el área de violencia de género, muestran que ésta es la forma más extendida de violación de los derechos humanos de las mujeres, hasta convertirse en el símbolo más evidente de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres. Así mismo, la violencia de género es una de las principales barreras para el empoderamiento de las mujeres y se reconoce como un problema de salud pública, pues genera consecuencias físicas y/o psicológicas; incluso en casos extremos, se constituye en causa importante de la morbilidad y mortalidad de las mujeres.

1.1 Violencia física

Los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) en 2005 registran que el 39% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportaron haber sufrido agresiones físicas por parte del esposo o compañero. Tal resultado representa una disminución de dos puntos porcentuales respecto a lo que reportó la ENDS en el año 2000 (41%)⁷¹. La Encuesta da luces sobre la existencia de una ligera tendencia a que las mujeres mayores de 30 años sufran más por el fenómeno de la violencia física, específicamente cuando están o han estado casadas o unidas.

⁶⁹ Un enfoque del desarrollo basado en los derechos ‘integra las normas, reglas y principios del sistema internacional de derechos humanos a los planes, políticas y procesos de desarrollo’ (Comisión de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas). Declaración sobre el derecho al desarrollo. Adoptada por la Asamblea General en su Resolución 41/128, de 4 de diciembre de 1986.

⁷⁰ Ver información adicional en el Documento Conpes Social 91 de 2005. Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015.

⁷¹ PROFAMILIA. ENDS 2005. Como en las encuestas anteriores, se les preguntó en forma directa a todas las mujeres (de 13 a 49 años) actualmente casadas o unidas, o que lo habían estado anteriormente, acerca de si sus esposos o compañeros habían ejercido la violencia física contra ellas. Específicamente se les preguntó si habían sido empujadas o zarandeadas, golpeadas con la mano u otros objetos, si habían sido mordidas, arrastradas o pateadas, amenazadas o atacadas con armas, o si habían sido forzadas a tener relaciones sexuales.

Mensajes Principales

Los niveles de violencia de género en el país siguen siendo inaceptables. A pesar de los esfuerzos, particularmente en vigilancia y control, es necesario seguir avanzando en varios frentes; desde mejorar la información para caracterizar el fenómeno hasta el desarrollo de acciones de carácter transversal para controlarlo y erradicarlo.

De la misma manera, se encuentra que es más frecuente este tipo de violencia en las zonas urbanas, en Bogotá, en los antiguos territorios nacionales y en la región Oriental. Los departamentos que tienen porcentajes de violencia física contra la mujer mayores del 45% son en orden descendente: Amazonas, Boyacá, Bogotá, Nariño⁷², Vaupés, Vichada, Huila, Casanare, Arauca y Norte de Santander. De acuerdo con el nivel educativo, se encuentra que las mujeres con estudios superiores tienen el porcentaje más bajo de violencia física por parte del esposo o compañero, el 31%, aunque ésta sigue siendo una cifra elevada.

Por su parte, el 44,3% de las mujeres en situación de desplazamiento, alguna vez casadas o unidas, ha experimentado algún tipo de violencia física por parte de su esposo o compañero, cifra inferior a la registrada en el año 2001 (52 %) ⁷³, pero que supera el promedio nacional encontrado en la ENDS 2005 (39%).

El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF da cuenta de la violencia física haciendo énfasis en su influencia en niñas, niños y jóvenes. También destaca la necesidad de registrar el homicidio como otro tipo de violencia que afecta en mayor medida a las mujeres. Según la entidad, este factor en una amplia proporción:

“...tiene que ver con la ruptura de la relación de pareja en las mujeres: A medida que se separan (3% de las víctimas son mujeres contra 2% de hombres), enviudan (3% son mujeres) o divorcian, comienza a ceñirse sobre ellas una sombra de desprotección. O son asesinadas por sus antiguas parejas como se puede identificar en la distribución según presunto agresor que explica la violencia impulsiva contra las mujeres (generalmente por motivos pasionales); o son asesinadas por sus nuevos compañeros con fines sin establecer”⁷⁴.

En el informe Forensis 2007 se señala que la violencia intrafamiliar reporta un 7% de casos contra las mujeres y un 0,3% contra los hombres.

1.2 Violencia sexual

Según la ENDS 2005, sin incluir los abusos sexuales provenientes del esposo o compañero, el 6% de las mujeres reportó haber sido forzadas a tener relaciones sexuales. Los grupos con porcentajes más altos de mujeres violadas son: las que tienen entre 20 y 39 años de edad, las que actualmente están en unión libre, las que anteriormente fueron casadas o unidas y las que presentan los niveles más bajos de educación. Por zonas, los casos más frecuentes están en las áreas urbanas y en las regiones Oriental, Central y Amazonia – Orinoquia. Los departamentos con mayor prevalencia de violaciones son Casanare, Guaviare, Quindío, Risaralda, Putumayo y Santander. Adicionalmente, se identifica que cerca de la mitad de las mujeres entrevistadas (47,4%) contaba con menos de quince años en el momento de la agresión y el 29% tenía entre 15 y 24 años.

Existe una gran preocupación frente a las mujeres que no denuncian, para lo cual se promueve que busquen ayuda; sin embargo, se demostró en el informe Forensis que:

⁷² Nariño, aparece como el departamento dónde más patean y arrastran a las esposas, Meta donde más las atacan con armas y Quindío donde más han tratado de estrangularlas o quemarlas.

⁷³ PROFAMILIA. 2005. Situación de las mujeres desplazadas. Salud Sexual y Reproductiva en zonas marginadas. Imp. Printex Impresores Ltda. Colombia, 2006. Página 109.

⁷⁴ Consultar INMLCF Forensis 2007, Datos para la Vida. Páginas 24 – 28. Imp. International Print Ltda.

“cuando la mujer ha sido sometida a la violencia y busca ayuda, los porcentajes de violencia sexual aumentan. Entre las mujeres que han sufrido otros tipos de violencia y han buscado ayuda, el porcentaje de las que han sido violadas es mayor (14,5%) que entre las que no lo han sido (9,9%)”⁷⁵.

Al considerar este tipo de violencia en la población afectada por el desplazamiento forzoso, el 6% registra un mayor riesgo de sufrir violencia. Un hallazgo muy importante hecho por la Defensoría del Pueblo fue:

“...identificar la relación existente entre violencia sexual y el desplazamiento forzado. En efecto, el 17,7% de las personas que sufrieron agresión sexual, ellas o sus familias, manifestaron que esta fue la causa de su desplazamiento. De estas, el 14% decidieron desplazarse por haber sido ellas las víctimas y el 31% por haber sido un miembro de su familia”.

Por lo tanto,

“...existe una necesidad imperante por incorporar en la agenda de políticas dirigidas a la población en situación de desplazamiento, la atención integral para víctimas de violencia sexual e intrafamiliar. El acento, debe estar puesto sobre la consolidación de una política con enfoque diferencial en materia de derechos sexuales y reproductivos acorde con las necesidades de las víctimas de desplazamiento y, en particular, direccionada al restablecimiento de derechos tales como la libertad, la integridad, la dignidad”⁷⁶.

Entre las mujeres que residen en sectores marginales, el informe de la Defensoría⁷⁷ muestra que el 24% de ellas han sido violadas, siendo el responsable del abuso el esposo o compañero en el 14% de los casos. La Defensoría del Pueblo⁷⁸ ha señalado que utilizar la violencia sexual como mecanismo de presión en el marco de la violencia generada por grupos al margen de la ley:

“es cada vez más evidente; ésta hace parte de un conjunto de prácticas comunes en el contexto de la degradación del conflicto”⁷⁹. El control físico de las mujeres (retención, violación, prostitución y explotación sexual de niños y niñas) hace parte del control simbólico de un territorio y su población. Por lo general “la intimidación y la amenaza directa obligan a las mujeres a guardar silencio y a no denunciar estas prácticas atroces e invisibles” en las que incurren integrantes de los grupos armados ilegales”.

De esta manera, *“el derecho a la vida e integridad de las mujeres es constantemente violado o amenazado”⁸⁰.*

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, señala que las mujeres víctimas de abuso también corren mayor riesgo de infectarse con el VIH. Sin duda, la educación de la mujer, su autonomía económica, el conocimiento y el acceso que tenga a medidas de protección, constituyen elementos fundamentales para que ellas puedan negociar relaciones sexuales más seguras que eviten que el VIH/SIDA se siga propagando.

⁷⁵ Ibid. Página 56.

⁷⁶ Defensoría del Pueblo. Promoción y monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual. Edit. Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Bogotá. 2008. Página 230.

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Defensoría del Pueblo. Comunicado de prensa número 1174 del 4 de Agosto de 2006. Bogotá, D.C. Defensoría destaca preocupante panorama de violencia contra mujeres en Colombia

⁷⁹ La expresión “conflicto” es tomada textualmente del documento de la Defensoría del Pueblo; para el Gobierno Colombiano y Naciones Unidas en Colombia se expresa como “violencia generada por grupos al margen de la Ley”.

⁸⁰ Defensoría del Pueblo. Promoción y Monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres víctimas de desplazamiento forzado con énfasis en violencias intrafamiliar y sexual. Edit. Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Bogotá. 2008. Página 37.

1.3 Violencia Psicológica

La ENDS 2005, a partir de datos tomados de mujeres actual o anteriormente unidas, analiza qué ocurre en las relaciones de pareja según el lugar de residencia y el nivel de educación. Según los resultados de la encuesta, el 66% de las mujeres afirman que sus esposos o compañeros ejercían situaciones de control hacia ellas – porcentaje que es similar al encontrado en el año 2000, cuando este indicador alcanzó el 65% –. Estas situaciones de control son más frecuentes entre: las mujeres de 30 a 34 años de edad, las anteriormente casadas o unidas, las residentes en la zona urbana, en Bogotá y entre las mujeres sin educación. Chocó, Casanare, Cauca, La Guajira, Boyacá, Amazonas, Guaviare y Nariño son los departamentos que presentan porcentajes del 71% o más en este indicador.

De la misma manera, es necesario considerar desde un enfoque de género, las violencias que aquejan a otros grupos poblacionales⁸¹, entre los cuales se destacan las mujeres en situación de desplazamiento, las indígenas, las campesinas y las afrocolombianas. La violencia generada por grupos al margen de la ley, tiene efectos diferenciados por su condición de sexo y etnia. La Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas de PROFAMILIA⁸² reporta que el 65,7 % de las mujeres alguna vez casadas o unidas en condición de desplazamiento son víctimas de acciones de control por parte del esposo o compañero, porcentaje muy similar al encontrado en la ENDS 2005.

Es necesario que el país avance en el cumplimiento de las normas existentes como la Sentencia T – 025 de 2004 y los autos de seguimiento al cumplimiento de esta sentencia, los cuales establecen directrices para la protección y ejercicio de los derechos de la población víctima del desplazamiento forzado que deben ser garantizados por el Estado colombiano. También se debe avanzar en el cumplimiento de las disposiciones del Auto 092 de la Corte Constitucional⁸³, medida establecida para procurar la defensa y garantías en el ejercicio de los derechos de las mujeres desplazadas y exigir su restablecimiento.

1.4 Entidades territoriales operando con estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia de pareja contra la mujer

El Cuadro 25 resume las estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de violencia intrafamiliar en las cinco ciudades principales que se propusieron como meta para el año 2008.

⁸¹ Consultar UNFPA. Op.cit. Páginas 30 – 32. 2006.

⁸² PROFAMILIA. 2005. Situación de las mujeres desplazadas. Salud Sexual y Reproductiva en zonas marginadas. Imp. Printex Impresores Ltda. Colombia, 2006.

⁸³ Tomado de: Defensoría del Pueblo Op.cit. Página 34. El Auto 092 de 2008, “adopta medidas comprensivas para la protección de los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas por el conflicto armado en el país y la prevención del impacto de género desproporcionado del conflicto armado y del desplazamiento forzado. Tales medidas consisten, en síntesis, en i) órdenes de creación de trece (13) programas específicos para colmar los vacíos existentes en la política pública para la atención del desplazamiento forzado desde la perspectiva de las mujeres, de manera tal que se contrarresten efectivamente los riesgos de género en el conflicto armado y las facetas de género del desplazamiento forzado, ii) el establecimiento de dos presunciones constitucionales que amparan a las mujeres desplazadas, iii) la adopción de órdenes individuales de protección concreta para seiscientos (600) mujeres desplazadas en el país, y iv) la comunicación al Fiscal General de la Nación de numerosos relatos de crímenes sexuales cometidos en el marco del conflicto armado interno colombiano”.

Cuadro 25. Estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de VIF 2005 – 2008

Ciudad	Descripción
Bogotá	Cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar – SIVIN, manejado por la Secretaría Distrital de Salud. Periódicamente, reporta en los boletines epidemiológicos distritales el comportamiento de la VIF en Bogotá.
Medellín	Diseñó y actualmente implementa la Ruta de Atención Intersectorial de la Violencia Intrafamiliar. Las etapas de esta ruta son: Detección; Recepción y direccionamiento, en la cual se inicia el proceso institucional; Diagnóstico, en la cual se verifican las pruebas a escala intersectorial; Tratamiento y Evaluación y seguimiento. Instituciones de diferentes sectores se articulan en todas las etapas de la ruta y son las del sector salud las encargadas de notificar al sistema de vigilancia epidemiológico.
Cali	Puso en marcha una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de violencia intrafamiliar y diseñó la ruta de atención en la cual están incluidos los sectores de salud, protección y justicia. A la vez, cuenta con un sistema de registro de información de los casos de VIF que son atendidos en la ciudad desde los tres sectores. Se encuentra trabajando en la implementación de un Observatorio sobre violencia social – violencia familiar.
Bucaramanga	Emitió una circular para todos los actores involucrados en la generación de información para el sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar y abuso sexual de la Secretaría Departamental de Salud. La propuesta principal de esta circular es fortalecer una red de información sobre violencia intrafamiliar y violencia sexual junto con un modelo de atención para las víctimas de este flagelo. Adicionalmente, propone crear el Comité Departamental de Violencia Intrafamiliar y Violencia Sexual, integrado por entes de justicia, protección, salud y educación de Santander.
Barranquilla	Esta ciudad acoge los lineamientos del Plan Nacional de Salud Pública respecto al manejo de la VIF. A la vez, el actual Plan de Desarrollo contiene proyectos y estrategias para condiciones de vida digna para toda la población, acorde con los ODM.

2 | MERCADO LABORAL

*Durante las dos últimas décadas ha sido significativo el aumento de la participación femenina en el mercado laboral en América Latina*⁸⁴. No obstante, una de las brechas existentes es que, a pesar del ingreso masivo de la población femenina al mercado laboral, el establecimiento de relaciones laborales equitativas entre hombres y mujeres no se ha dado en la dimensión que se espera. Mientras no se erradique la división sexual del trabajo y las condiciones que obstaculizan su acceso en igualdad de condiciones y oportunidades, es difícil avanzar en el logro de mayor igualdad y autonomía en las mujeres.

2.1 Tasa global de participación de las mujeres en el empleo

La participación de las mujeres en el empleo en los últimos años está, en promedio, 25 puntos por debajo de la tasa de los hombres (Gráfico 23). Al tener en cuenta que la población en edad de trabajar (PET) es en su mayoría femenina, se esperaría que dada una igualdad de condiciones, las mujeres participaran más en el mercado laboral y sus tasas fueran cercanas a las

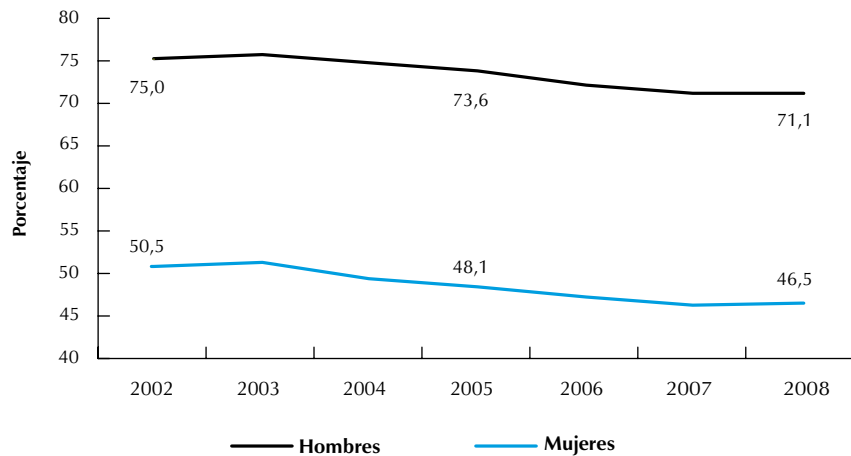
Mensajes Principales

A pesar del aumento de la participación femenina en el mercado laboral, en los últimos años persisten relaciones laborales inequitativas entre hombres y mujeres. La participación femenina sigue siendo menor a la de los hombres, las tasas de desempleo mayores y persisten las brechas salariales en ciertos grupos de trabajadores.

⁸⁴ Boletín 4 del Observatorio de Asuntos de Género “Mujeres Colombianas en la fuerza laboral”, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, septiembre – Página. 5. Octubre 2005, Colombia. Estudios de CEPAL y OIT.

masculinas; sin embargo, dados los roles que tradicionalmente ellas asumen en la sociedad, su participación sigue siendo muy inferior a la que presentan los hombres.

Gráfico 23. Tasa global de participación según sexo. Total Nacional 2002 – 2008



Fuente: DANE. Encuesta Continua de Hogares 2002 – 2005; Gran Encuesta Integrada de Hogares 2006 – 2008. Cálculos DNP.

2.2 Tasa de Desempleo Femenino

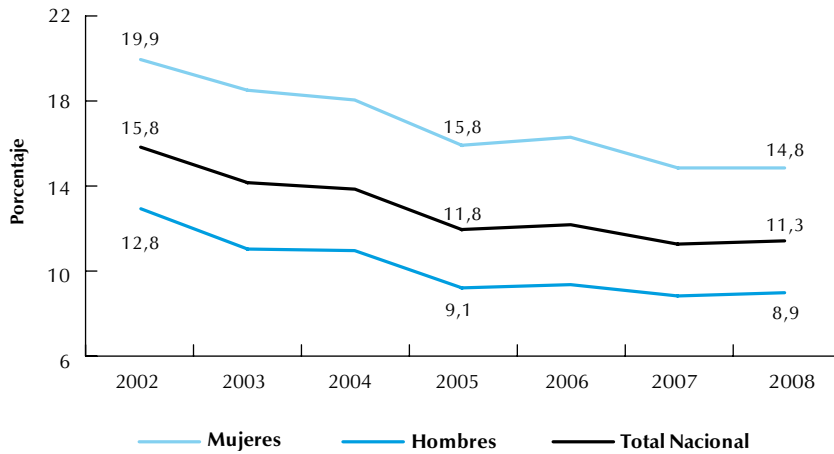
En Colombia el desempleo ha afectado de manera diferente a hombres y mujeres; aunque ellas participan menos en el mercado laboral – como lo muestra el Gráfico 23 –, presentan tasas de desempleo más altas. Este hecho demuestra las dificultades que ellas tienen para insertarse en el mercado de trabajo una vez han decidido participar. En el periodo 2002 – 2008, la tasa de desempleo nacional osciló alrededor del 12%; sin embargo, la tasa de desempleo de las mujeres ha estado por encima del 14%, hasta alcanzar un máximo de 19,9% en el año 2002, mientras que la tasa de desempleo de los hombres se ha mantenido por debajo de 11% en casi todos los años (Gráfico 24).

Es evidente que a pesar que el comportamiento de las tasas es el mismo para hombres y mujeres, en todo el periodo de análisis persiste la brecha entre ellos, hecho que deja en peor situación a las mujeres, se mantiene para todo el periodo. Como lo afirma la CEPAL⁸⁵:

⁸⁵ Zapata, Daniela. *Transversalizando la perspectiva de género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. En Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. CEPAL. Julio 2007. Página 11.

“si las mujeres no fueran objeto de discriminación salarial y tuvieran las mismas oportunidades que los hombres para acceder al trabajo remunerado, los ingresos que aportarían a sus hogares ayudarían a reducir drásticamente los niveles de pobreza de la región”.

Gráfico 24. Tasa de desempleo según sexo. Total Nacional 2002 – 2008



Fuente: DANE. Encuesta Continua de Hogares 2002 – 2005; Gran Encuesta Integrada de Hogares 2006 – 2007. Cálculos DNP.

Adicional a lo anterior, se encuentra que la duración del desempleo es mayor en las mujeres. Mientras los hombres desempleados permanecieron en promedio 26 semanas buscando trabajo en el periodo 2005 – 2008, las mujeres debieron esperar en promedio 30 semanas para encontrar un empleo en el mismo periodo (DANE, Encuestas de Hogares).

2.3 Tasa de Ocupación Femenina

La tasa de ocupación de las mujeres se ubicó en promedio en el 40% durante el periodo 2005 – 2008, mientras que la tasa de los hombres estuvo alrededor del 65% (DANE, Encuestas de Hogares). Este indicador complementa el análisis que se hizo a partir de la tasa global de participación y la tasa de desempleo y arroja resultados similares respecto a la situación de las mujeres en el mercado laboral.

Los resultados de las Encuestas de Hogares del DANE para el mismo periodo muestran que las mujeres, al igual que los hombres, se emplean principalmente como trabajador por cuenta propia o empleado particular; sin embargo, la tercera posición ocupacional para ellas es empleado doméstico, mientras que para ellos es patrón o empleador. De la misma manera, al revisar la rama de actividad en la que se ocupan, se encuentra que las mujeres se dedican principalmente a los servicios comunales, sociales y personales, mientras que los hombres a la agricultura, pesca, ganadería, caza y silvicultura. Tales resultados muestran la diferencia de roles que aún se mantienen entre hombres y mujeres, tanto en la rama de actividad como en la posición ocupacional.

2.4 Participación Femenina en los Ingresos Laborales Altos

En cuanto a los ingresos laborales, y según el Observatorio de Mercado Laboral del Ministerio de Educación Nacional, al desagregar la información por sexo se encuentra que para el año 2008 las mujeres ganan en promedio el 17,4% menos que los hombres. La mayor diferencia salarial se encuentra en los graduados de especialización y maestría, niveles en los cuales los hombres reciben en promedio el 21% más que las mujeres. La brecha de ingresos aumenta a medida que es mayor el nivel educativo en la mayoría de los países hasta el punto en que existe una segmentación generalizada entre hombres y mujeres: a mayor pobreza en los hogares, existe menor participación laboral femenina y cuando la mujer participa, se inserta en sectores de baja productividad.⁸⁶

La desigualdad en la distribución de los ingresos laborales y salariales entre hombres es menor; sin embargo, la brecha salarial se mantiene como lo demuestra la CEPAL⁸⁷. Según el DANE:

“la brecha salarial más grande entre el salario masculino y femenino se presenta en los grupos de empleados prestadores de servicios profesionales, técnicos, directivos y comerciantes, grupos en los cuales el salario de los hombres es en promedio un 30% más alto que el salario de las mujeres”⁸⁸.

Lo anterior, a pesar de que en Colombia como en otros lugares del mundo, los niveles de educación de las mujeres continúan elevándose.

Para las mujeres en situación de desplazamiento, la estabilización socioeconómica se ve limitada por su bajo nivel educativo. Las cifras reflejan el impacto negativo del desplazamiento forzado en la educación, pues incide en que el promedio de escolarización sea sólo de 3,7 años cursados y que la cobertura de la educación en las áreas rurales sea muy baja. La conjunción de todos estos factores, unida a la extrema situación de vulnerabilidad a la que se enfrentan las familias desplazadas, se ve reflejada en altos índices de pobreza y de desempleo. Las condiciones de trabajo a las que acceden las mujeres después del desplazamiento no les permiten conseguir un empleo estable y digno. De hecho, el derecho al trabajo es uno de los más violados⁸⁹.

Necesariamente, entonces, hay que hablar de “feminización de la pobreza”, lo que exige prestar importancia al vínculo entre pobreza y la autonomía de las mujeres, así como a la relación de ambas con el uso del tiempo, el ejercicio de los derechos reproductivos, la erradicación de la violencia y la democracia paritaria. Todos estos son asuntos que requieren ser registrados, lo que debe promover el mejoramiento de las fuentes de información.

⁸⁶ UNIFEM y CEPAL. Los desafíos del Milenio ante la igualdad de género. Página 6. 2007.

⁸⁷ CEPAL, Mujer y Desarrollo, 2006. *Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de Colombia*. Páginas 27 – 28. Santiago de Chile.

⁸⁸ DANE y PNUD. La perspectiva de género: una aproximación desde las estadísticas del DANE. Bogotá, Página 37. 2004.

⁸⁹ UNIFEM. Situación de las mujeres en Colombia. 2007. CD – ROM

3 | PARTICIPACIÓN POLÍTICA

El Documento Conpes Social 91 de 2005 recomendó como estrategia *establecer procedimientos para que todas las entidades territoriales rindan información oportuna sobre el cumplimiento de la Ley 581 de 2000* (o Ley de Cuotas: Por la cual se reglamenta la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público) y *lograr que se apliquen las sanciones previstas en ella*⁹⁰. En efecto, el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) presenta anualmente el informe sobre el cumplimiento de la Ley de Cuotas y desde el año 2005 se viene mejorando el reporte que hacen las entidades territoriales sobre estos indicadores.

3.1 Mujeres en cargos de elección popular en los niveles nacional y territorial

Aunque la representación de la mujer en los parlamentos nacionales ha ido aumentando a un ritmo estable desde 1990, las mujeres siguen ocupando tan sólo el 16% de los escaños en todo el mundo⁹¹ y en Colombia este porcentaje no supera en promedio el 11,2% de escaños, siendo este porcentaje el promedio de los cargos de elección popular en todo el país.

Según la Registraduría Nacional del Estado Civil (2007), en cuanto a cargos de elección popular, en Senado y Cámara para el periodo 2006 – 2010 las mujeres representan el 12% y el 10,3% respectivamente, lo que registra un leve aumento en el primero y una disminución en la Cámara con relación a los periodos anteriores (1998 – 2002 y 2002 – 2006). Por su parte, en el nivel regional las cifras muestran que en las gobernaciones las mujeres alcanzan sólo el 3,1%, más bajo que en el periodo anterior; en las asambleas el 18,8%, resultado más alto que en el anterior; en las alcaldías el 9,48%, el más alto en la historia de participación de las mujeres en este cargo; y en concejos municipales el 14,49%, igualmente el más alto en la participación de concejalas desde la elección popular (Cuadro 26). Esto deja ver la importancia de trabajar en los escenarios locales como el espacio posible para fortalecer procesos de autonomía, participación y empoderamiento de las mujeres.

Dada la relación existente entre la participación política y las violencias que afectan a varios grupos poblacionales, en especial afrocolombianas, indígenas, campesinas y mujeres en situación de desplazamiento; es pertinente tomar medidas que faciliten el acceso a instancias de decisión, en concordancia con la situación registrada, la Constitución Política y leyes vigentes.

Mensajes Principales

Se pueden evidenciar aumentos moderados en los porcentajes de participación de las mujeres en altos cargos públicos, lo que significa que la Ley de Cuotas se ha venido cumpliendo. Sin embargo, este comportamiento no ha sido uniforme en todos los niveles y ramas de la administración pública y son necesarios mayores esfuerzos para alcanzar la participación femenina requerida.

⁹⁰ Consultar informes institucionales periódicos de: Departamento Administrativo de la Función Pública, Procuraduría General de la Nación, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer.

⁹¹ Informe de avances sobre objetivos de desarrollo del milenio 2008. Ban ki-Moon. Nueva York, Septiembre 11 de 2008. en http://www.nacionesunidas.org.co/img_upload/29e3d3aa1b87e476b58e75187297599e/SP_Informe_ODM_SG.pdf.

Cuadro 26. Proporción de mujeres que ocupan cargos de elección popular en el nivel territorial: gobernadoras, diputadas, alcaldesas y concejales

Nivel regional / local	Periodo 1998 – 2000	Periodo 2001 – 2003	Periodo 2004 – 2007	Periodo 2008 – 2011
Gobernaciones	3,20%	6,25%	6,25%	3,1%
Asambleas	5,26%	13,84%	15,62%	18,18%
Alcaldías	5,2%	7,3%	7,6%	9,48%
Concejos	10,32%	12,89%	13,71%	14,49%

Fuente: Registraduría Nacional del Estado Civil. 2007.

3.2 Mujeres en las Altas Cortes

Según el Consejo Superior de la Judicatura, en cargos en las Altas Cortes de la Rama Judicial y respecto al periodo 2007 se registran los siguientes datos: Magistradas de la Corte Constitucional el 11,11%, cifra que mantiene la tendencia respecto a 2003; en la Corte Suprema de Justicia el 9,7%, más alta que en el periodo 2003 (8,7%); en el Consejo de Estado el 26%, casi igual al periodo 2003 (25,9%); y en el Consejo Superior de la Judicatura el 15,4%, manteniéndose en el mismo nivel de 2003, para un total de representación del 16,7%.

Cuadro 27. Proporción de mujeres que ocupan cargos en las Altas Cortes de la Rama Judicial. 2007

Rama Judicial.	Hombres	%	Mujeres	%	Total
Corte Constitucional	8	88,89	1	11,11	9
Corte Suprema	21	91,3	3	9,7	24
Consejo de Estado	20	74	7	26	27
Consejo Superior de la Judicatura	11	84,6	2	15,4	13
Total	60	83,3	13	16,7	73

Fuente: Consejo Superior de la Judicatura, 2007. Procesado por el Observatorio de Asuntos de Género. CPEM 2008.

3.3 Mujeres de libre nombramiento y remoción, y del máximo nivel decisorio, ocupadas en cargos directivos de los niveles nacional y territorial

La Ley 581 de 2000 establece que mínimo el 30% de los cargos del máximo nivel decisorio, deben ser desempeñados por mujeres. Según el DAFP, la distribución por sexo entre los niveles jerárquicos indica que en el directivo, y con respecto al número total de empleados públicos, la Ley de Cuotas se está cumpliendo. Ésta ha sido efectiva especialmente para la provisión de empleos de máximo nivel en la administración pública; sin embargo, este comportamiento no ha sido uniforme en la Rama Legislativa y Judicial, ni en los cargos directivos de los partidos políticos⁹².

⁹² Ver el estudio, 'Ranking de igualdad de mujeres y hombres en los partidos y movimientos políticos colombianos', realizado entre junio y septiembre de este año, hizo el análisis sobre tres indicadores: organizacionales, electorales y programáticos. Presentado Octubre 21 de 2008. UNIFEM, PNUD, IDEA INTERNACIONAL.

Según el informe presentado por el DAFP sobre la Ley de Cuotas 2008 – para el cual reportaron al sistema de información de este organismo 182 entidades⁹³ –, el porcentaje de participación de las mujeres en cargos directivos asciende al 38% en el nivel nacional (Cuadro 28). Las entidades de la Rama Ejecutiva, de los Órganos de Control y Vigilancia, y la Registraduría Nacional del Estado Civil son las que mayor participación de mujeres tienen en sus cargos de máximo rango decisorio. (DAFP, *Informe Ley de Cuotas*, 2008).

Este resultado muestra, en general, un avance frente a los años anteriores, puesto que en 2006 y 2007 el porcentaje de participación de las mujeres en los cargos directivos se ubicó alrededor del 35% en el orden nacional y en 32% en el año 2005. Sin embargo, las Ramas Legislativa y Judicial deben seguir adelantando acciones para mejorar la participación femenina requerida, puesto que en los últimos años, la Legislativa alcanzó el mínimo porcentaje exigido por la Ley y la Judicial aún no alcanza ese 30% (DAFP, *Informe Ley de Cuotas*, 2008).

En lo referente al orden territorial, de 28 gobernaciones que reportaron al DAFP para el Informe de Ley de Cuotas 2008, se encontró que las mujeres ocupan el 37,6% de los cargos directivos en estas entidades. Vale la pena mencionar que sólo 9 de esas 28 Gobernaciones no cumplen con el 30% mínimo requerido por la Ley. La Gobernación de Córdoba presentó para 2008 el máximo porcentaje de mujeres ubicadas en cargos directivos (68%). Por su parte, la participación femenina en cargos directivos de las entidades del nivel central y descentralizado de los 32 departamentos colombianos alcanzó el 37,52%, siendo Guainía el departamento con mayor participación (67%) y Cesar el de menor presencia de las mujeres en esta clase de cargos (29,6%). En las alcaldías departamentales, la participación femenina en los altos cargos ascendió en 2008 al 42% (DAFP, *Informe Ley de Cuotas*, 2008).

⁹³ Dentro de las cuales se incluyen las tres Ramas del Poder Público, los Órganos de Control y Vigilancia, la Registraduría Nacional del Estado Civil, y los entes Corporativos y Universitarios Autónomos.

Cuadro 28. Provisión de cargos directivos con perspectiva de género. Entidades del Irden Nacional. 2008

Número de entidades	Entidad u organismo	Mujeres	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Total cargos provistos
123	Rama Ejecutiva	895	39%	1.377	61%	2.271
2	Rama Legislativa	11	30%	26	70%	37
2	Rama Judicial	30	26%	85	74%	115
5	Organismos de control y vigilancia	95	42%	130	58%	225
1	Registraduría Nacional del Estado Civil	50	37%	84	63%	134
35	Entes Corporativos Autónomos	74	30%	173	70%	247
14	Entes Universitarios Autónomos	118	35%	217	65%	335
182	Total	1.273	38%	2.092	62%	3.365

Fuente: DAFP, *Informe Ley de Cuotas*, 2008.

4 | LAS POLÍTICAS QUE APOYAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

Violencia de Género. Dentro de las estrategias planteadas para la promoción de la equidad de género y la autonomía de la mujer en Colombia, se propuso mantener la aplicación y el análisis, al menos cada cinco años, del módulo de violencia contra la mujer en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, y promover su aplicación y análisis en departamentos y ciudades⁹⁴. Los resultados muestran el cumplimiento de esta estrategia y que las cifras registradas para el año 2005 son la fuente principal de información para identificar los avances en los indicadores establecidos en el Documento Conpes Social 91. Sin embargo, es importante precisar que dichos indicadores no miden completamente la magnitud de todos los tipos de violencia basada en género que afectan a las mujeres colombianas, por lo que se requiere analizar indicadores complementarios, revisar las estrategias de intervención y teniendo en cuenta que en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se propuso incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores.

Se constituye en un avance importante el desarrollo de distintas políticas, programas y estrategias para combatir las violencias de género en todo el país; de ellas se destacan como las principales: la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la Política Nacional Haz Paz, coordinada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; la Política pública de atención a población en situación de desplazamiento, coordinada por ACCIÓN SOCIAL; y el Programa Integral contra las violencias basadas en el género (VBG), acción conjunta entre las Agencias de Naciones Unidas y el Gobierno, financiada por el Fondo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo – AECID, para el periodo 2008 – 2011.

Por su parte, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer – CPEM coordina la Política Afirmativa Mujeres Constructoras de Paz y Desarrollo, y con el apoyo técnico y financiero de ACNUR, diseñó y difundió la Directriz de Atención Integral a la población en situación de desplazamiento desde un enfoque diferencial de género.

En cuanto a la vigilancia en salud pública de la VIF aún falta realizar esfuerzos. La emisión del Decreto 3518 de 2006 por parte del Ministerio de la Protección Social, que reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y dicta otras disposiciones que cobijan a las entidades territoriales, es un avance importante que conduce a la consolidación de los sistemas de información y observatorios sobre VIF. Sin embargo, aún en el nivel nacional, es necesario continuar trabajando en las rutas que se deben seguir para el reporte de casos, en la definición de las instituciones responsables del reporte en cada etapa de las rutas de atención y en el fortalecimiento de SIVIGILA para el tema específico de VIF.

Finalmente, Colombia cuenta con instrumentos jurídicos sobre Derechos Humanos de las mujeres ratificados, y con importantes leyes y sentencias que requieren ser conocidas, aplicadas y difundidas. En especial tienen gran relevancia las sentencias relacionadas con los derechos de las mujeres en situación de desplazamiento, las mujeres indígenas, campesinas y afrocolombianas.

⁹⁴ La ENDS 2005 es el estudio de este género más grande que se haya desarrollado en Colombia hasta el momento, que no solamente ofrece información valiosa sobre todos los aspectos tratados en las encuestas anteriores de 1990, 1995 y 2000, sino que también incorpora nuevos indicadores y variables que, sin perjudicar la comparabilidad con dichos estudios, mejora y complementa en forma significativa sus resultados. La ENDS 2005 es un estudio de cobertura nacional, con representatividad urbana y rural, por seis regiones, por 16 subregiones y por departamentos en donde PRO-FAMILIA ha venido entregando y difundiendo sus resultados.

Mercado Laboral. El Ministerio de la Protección Social – MPS y el Ministerio de Educación Nacional – MEN, avanzan en la implementación de las estrategias previstas en el Documento Conpes Social 91 de 2005, en particular la incorporación y seguimiento a la equidad de género en materia salarial y de calidad del empleo en el marco del sistema de información sobre calidad y pertinencia del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo. En la misma línea, el MPS ha recomendado la “*creación, implementación y evaluación de mecanismos para la recepción y trámite efectivo de denuncias sobre discriminación salarial por género*”. Asimismo, conforme la necesidad de “*incluir dentro del observatorio de mercado laboral, creado por el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de la Protección Social, el seguimiento y la evaluación del empleo desagregado por género*”, ya se han venido registrando cifras sobre mercado laboral desagregadas por sexo⁹⁵.

Participación Política. En cumplimiento del artículo 12 de la Ley 581 de 2000, el DAFP, el Consejo Superior de la Judicatura y la Dirección Administrativa del Congreso de la República, realizan anualmente el seguimiento a la mencionada ley. De la misma manera, la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, a través del Observatorio de Asuntos de Género, centraliza la información producida por las entidades públicas en cinco ejes temáticos, uno de los cuales es participación política. Este hecho muestra que se hace un seguimiento periódico a los indicadores sobre inserción de las mujeres en los altos cargos en todas las ramas del poder público y los organismos de control, de tal manera que sea posible dar cuenta sobre la situación actual y tomar medidas en los casos en los cuales se requieren acciones afirmativas adicionales para aumentar la participación de la mujer.

5 | PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA

Lograr que el enfoque de género se incorpore en las políticas en curso es un compromiso fundamental en la erradicación de todos los tipos de Violencia Basadas en el Género (VBG). Los avances en la implementación de estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública para combatir la violencia intrafamiliar en cada una de las ciudades, demuestran que ya se procesa y difunde información registrada sobre la violencia física, sexual y psicológica; se hace necesario, entonces, ampliar el análisis cualitativo, cultural y social del fenómeno, dada la importancia de estos aspectos para explicar, por ejemplo, si el número de denuncias crece o disminuye y cuáles son las causas de la poca o alta denuncia.

En tal sentido, se constituye en un reto de política continuar avanzando en la implementación de las estrategias de género definidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2006–2010, especialmente en las relacionadas con la definición de las metas anuales de reducción de las violencias basadas en género y la meta general que se requiere para 2015, y el seguimiento que se debe hacer a este fenómeno en todas las ciudades capitales del país, para dar coherencia en los criterios y en las herramientas que se utilizan para la medición. En este contexto, es necesario apoyar la construcción de una línea de base sobre la situación de las distintas formas de violencias de género en el país, buscando tipificar los conceptos, las definiciones, las características de los registros administrativos, las rutas para proveer la información según el sector que produce los datos, y promoviendo el uso de la información para la toma de decisiones y dar enfoque a las políticas.

⁹⁵ Para mayor información sobre las estadísticas discriminadas por sexo que maneja el observatorio de mercado laboral, se puede consultar la página web <http://www.graduados-colombia.edu.co>.

En el área de mercado laboral, es importante adelantar acciones para medir y reconocer la magnitud del trabajo no remunerado – a través de la implementación de encuestas de uso del tiempo –, y la utilización de sus resultados para orientar las políticas hacia la redistribución de las responsabilidades entre hombres y mujeres, para así aumentar la eficiencia y la oferta de servicios públicos de calidad para el cuidado de niños y ancianos, que permitan a las mujeres dedicarse a otras actividades⁹⁶. De la misma manera, como lo promulgan la mayoría de estrategias adelantadas por la CPEM, el Gobierno nacional y territorial deberán seguir avanzando en *adoptar políticas pro activas que promuevan la generación de ingresos, la creación de empleos y el fortalecimiento de la capacidad emprendedora de las mujeres, asegurando el pleno respeto de sus derechos laborales e individuales* (Plan Nacional de Desarrollo “Estado Comunitario: Desarrollo para todos”, 2006 – 2010).

Respecto a la información y el seguimiento al tercer ODM, es importante considerar y trabajar otros indicadores complementarios para la medición de los avances, como los propuestos por la CEPAL y Naciones Unidas, entidades que afirman que “los indicadores actuales no reflejan algunas dimensiones importantes de discriminación de género en el desarrollo humano”. En especial, para futuros informes, los avances en materia de género deberán evaluar, adicionalmente, los cambios en indicadores como el Índice de Desarrollo Relativo al Género – IDG y el Índice de Potenciación de Género – IPG. También, deberá mantenerse el seguimiento continuo a todos los indicadores relacionados con este tercer ODM, puesto que uno de los principales problemas es la falta de información organizada, consolidada y actualizada que permita reportar avances o retrocesos a la luz de las acciones de política pública adelantadas en los últimos años.

Igualmente es importante fortalecer procesos institucionales en el campo de la información y las comunicaciones, puesto que la comunicación como proceso humano permite no sólo la reproducción o transformación de sentidos, sino que facilita cambios en conceptos y representaciones, que contribuyen o no a transformar la cultura y las realidades de discriminación y exclusión de género, a las cuales las mujeres están expuestas. De otra parte, erradicar las barreras culturales que limitan el acceso en igualdad de condiciones y oportunidades, favorecerá superar la situación de discriminación. En este orden de ideas, se registran avances institucionales que han facilitado un trabajo conjunto con la Cooperación Internacional, no obstante, requieren ser fortalecidos para medir los impactos logrados en la transformación de la calidad de vida de las mujeres, asunto que incidirá en la reducción de las brechas existentes.

Junto con lo anterior, es importante que se trabaje para incorporar en mayor medida el enfoque de género en las políticas, acciones y estrategias institucionales, fortaleciendo la capacidad institucional, acogiendo tanto las leyes vigentes como las recomendaciones internacionales. Es necesario y de manera urgente, avanzar en la medición del impacto de estas políticas, con el fin de identificar su contribución a superar las condiciones de inequidad y desigualdad de género, al fortalecimiento de la autonomía de las mujeres, en armonía con la legislación vigente y las estrategias en curso, y formular recomendaciones que posibiliten su sostenibilidad para el cumplimiento de las metas previstas en los ODM.

⁹⁶ Esto teniendo en cuenta las recomendaciones de: Conferencia mundial de decenio para las mujeres, Copenhague (1980). Conferencia mundial de Nairobi: Igualdad, desarrollo y paz (1985). Conferencia mundial de Beijing (1995). Programa de acción regional para las mujeres de América Latina y el Caribe. Área VI. (1994). Convenio 156 de la OIT. Entre otros



Objetivo 4

REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	37,4	18,5	17
	1990	2007	
2. Mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos)	30,8	15,3	14
	1990	2007	
3. Cobertura de vacunación (Triple Viral)	92%	92,4%	95%
	1994	2008	

Fuente:

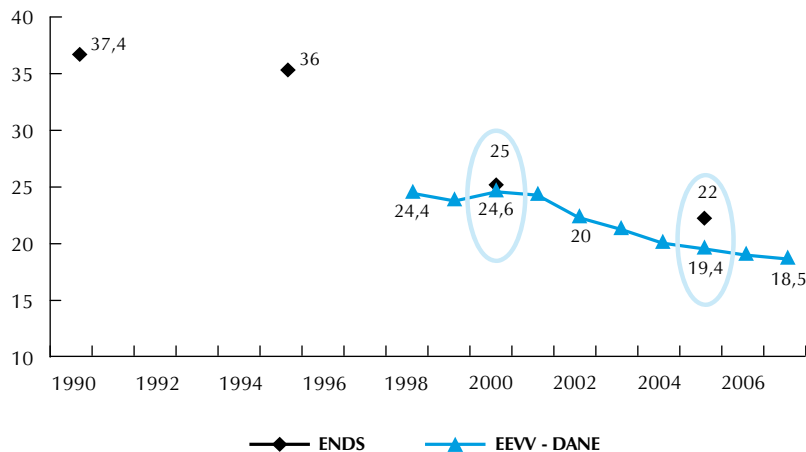
1. 2. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 90 – 05 y DANE – Estadísticas Vitales

3. Grupo PAI. Ministerio de la Protección Social

1 | MORTALIDAD DE LA NIÑEZ (MENORES DE CINCO AÑOS)⁹⁷

La fuente de información para este y los informes sucesivos corresponde a los datos de mortalidad proveniente de las Estadísticas Vitales del DANE. Al respecto, es preciso mencionar que la línea de base del Documento Conpes Social 91 se definió a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS⁹⁸. Sin embargo, dado que la información de Estadísticas Vitales (EEVV) del DANE disponible actualmente, presenta menor subregistro y corresponde a registros administrativos que permitirán obtener los datos de manera anualizada y no cada cinco años como con la ENDS⁹⁹, se procedió desde este informe a utilizar esta fuente de información. Al comparar la tendencia del indicador con fuente DANE frente al reportado en la ENDS, que es la fuente de información del Documento Conpes Social 91, se aprecia para los dos casos una evolución similar y marcada hacia el descenso, sin embargo, para las estimaciones con fuente DANE, se presenta un nivel menor de mortalidad para los dos años que resultan comparables (Gráfico 25)¹⁰⁰.

Gráfico 25. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos (n.v). Comparativo ENDS – EEV DANE. Colombia 1990 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales –EEV DANE. Comparativo ENDS – PROFAMILIA.

Para el año 2007, la tasa de mortalidad en la niñez es de 18,5, valor muy cercano a la meta nacional fijada en el Documento Conpes Social 91 (17 muertes en menores de 1 año por 1.000 n.v). Por causas de muerte, las cifras revelan que para 2007, el grupo denominado 'Todas las demás causas' aportaron el 32,3% de las muertes en menores de cinco años, seguida por las Enfermedades Transmisibles (27,3%) y las Causas Externas (25,7%). Es de resaltar que para el año 1998 estos grupos también ocupaban los tres primeros lugares; Enfermedades Transmisibles (34,3%), 'Todas las demás causas' (26,6%), y Causas Externas (25,6%). Como se

Mensajes Principales

Las tasas de mortalidad infantil y de la niñez han venido descendiendo de manera notable en el país y se acercan favorablemente hacia la meta establecida a nivel nacional. Si bien las distancias entre las mayores tasas de mortalidad y el promedio nacional se han venido reduciendo, las brechas regionales continúan siendo altas.

⁹⁷ En adelante se utilizarán indiscriminadamente los términos mortalidad en la niñez o mortalidad en menores de cinco años. De igual manera se hará lo propio para el indicador de mortalidad infantil o mortalidad en menores de 1 año.

⁹⁸ No obstante, el anexo 2 del citado Documento Conpes Social, señala como fuente en la ficha técnica para los indicadores de mortalidad infantil y en la niñez, tanto los registros de Estadísticas Vitales del DANE, como las Encuestas de Demografía y Salud.

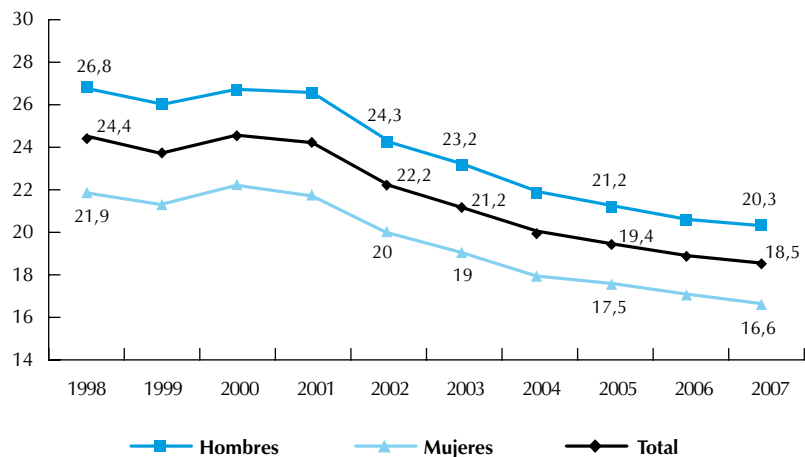
⁹⁹ Al respecto es importante mencionar que la ENDS calcula la tasa de mortalidad para el quinquenio como una probabilidad indirecta, en tanto que las EEVV hacen lo propio a partir de las muertes ocurridas en el año correspondiente; lo que se constituye en otra razón para cambiar la fuente de información.

¹⁰⁰ La tasa de mortalidad estimada por el DANE difiere de la estimada por la ENDS, en tanto la primera se calcula a partir de registros administrativos; y la segunda se realiza con base en una encuesta en donde los datos son reportados por la madre.

observa, las muertes causadas por enfermedades transmisibles han disminuido de 34,3% a 27,3%, las atribuibles a causas externas se mantienen constantes y las de Todas las demás causas aumentaron de 26,6% a 32,3%.

Al analizar por sexo, la distribución de casos de mortalidad resulta mayor entre los hombres que entre las mujeres para todos los años observados (Gráfico 26). Se encuentra una razón de mortalidad hombre – mujer acumulada de 1,2 en el periodo 1998 – 2007, con mínimas variaciones anuales. Esto es, cerca de un 55% de los casos de mortalidad en menores de 5 años se presentan a expensas de los hombres.

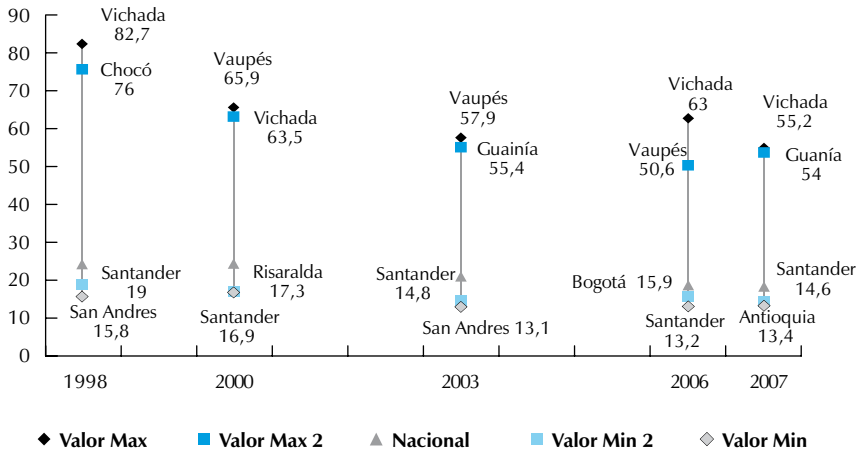
Gráfico 26. Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1,000 n.v. Distribución anual por sexo. Colombia 1998 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEV DANE. 1998 – 2007.

Para el año 2007, a nivel departamental Vichada con 55,2, Guainía con 54, Amazonas con 47,3 y Vaupés con 43,4 menores de cinco años fallecidos por cada 1.000 n.v presentan las mayores tasas de mortalidad en la niñez. Por el contrario, Antioquia, Santander y Valle registran los menores valores (13,4, 14,6 y 14,7 por cada mil n.v respectivamente). También se observa que en el periodo 1998 – 2007, la distancia entre el departamento con la mayor tasa de mortalidad en la niñez y la media nacional se ha reducido. En efecto, en 1998 Vichada era el departamento con la mayor tasa (82,7) presentando una diferencia de casi 60 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 n.v con la tasa nacional (24,4). Si bien, en 2007, Vichada sigue siendo el departamento con la mayor tasa, la diferencia con el total nacional se redujo a 36 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 n.v (Gráfico 27)

Gráfico 27. Diferencias tasa de mortalidad en la niñez. Valores extremos departamentales. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE. 1998 – 2007.

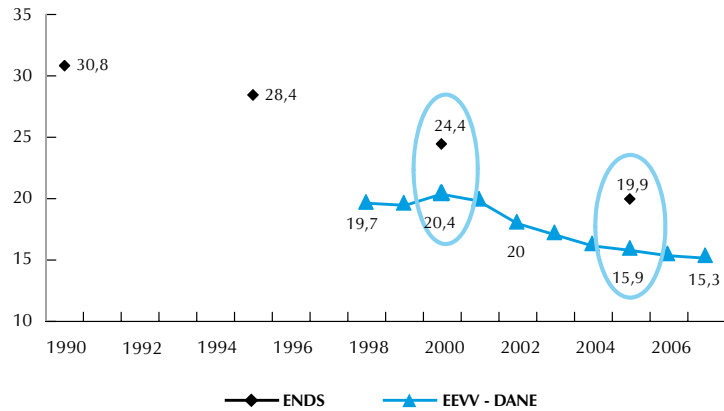
Si bien las distancias entre las mayores tasas de mortalidad en la niñez y el valor nacional se han ido reduciendo en el periodo analizado; las diferencias regionales continúan siendo altas, y persisten los departamentos con las mayores tasas. Como se observa en el Gráfico 27, durante tres de los cinco años analizados (1998, 2006 y 2007), Vichada es el departamento con la mayor tasa de mortalidad en menores de cinco años, y en 2000 presenta la segunda tasa más alta. Similar situación ocurre con el departamento de Vaupés, que registra la mayor tasa en los años 2000 y 2003 y la segunda mayor tasa en 2006. Por su parte, Santander se mantiene como uno de los departamentos con las menores tasas de mortalidad en la niñez durante el periodo analizado.

2 | MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO - MORTALIDAD INFANTIL

Al igual que con la tasa de mortalidad en menores de cinco años, se presenta un comparativo de la tendencia del indicador de la tasa de mortalidad infantil fuente DANE con el reportado en la ENDS¹⁰¹. En los dos casos se aprecia un comportamiento continuo al descenso, sin embargo, las estimaciones con fuente DANE revelan un nivel menor de mortalidad para los dos años que resultan comparables (Gráfico 28).

¹⁰¹ La razón de mortalidad estimada por el DANE difiere de la estimada por la ENDS, en tanto la primera se calcula a partir de los registros de defunción que muestran las muertes ocurridas en un periodo de tiempo determinado; y la segunda corresponde a los nacimientos y muertes ocurridas en el periodo 0 – 59 meses anteriores a la encuesta, reportadas por la madre.

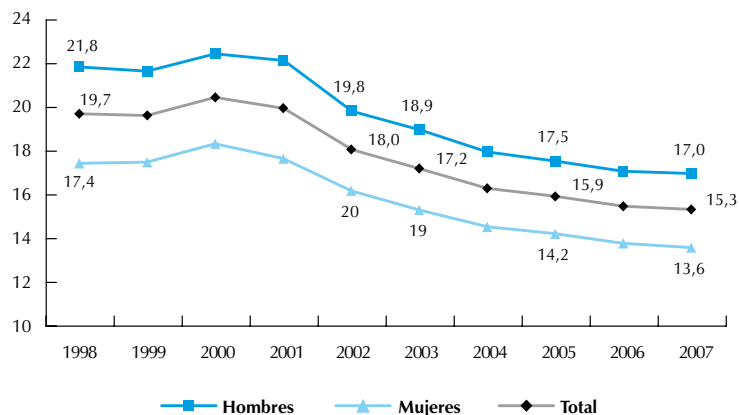
Gráfico 28. Razón de mortalidad en menores de un año por 1.000 n.v. Comparativo ENDS – EEVV DANE. Colombia 1990 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE. Comparativo ENDS – PROFAMILIA.

Como se observa, para el año 2007 la tasa de mortalidad infantil por 1.000 n.v es 15,3, valor muy cercano a la meta nacional fijada en el Documento Conpes Social 91 (14 muertes en menores de 1 año por 1.000 n.v). Al analizar por sexo, la distribución de casos de mortalidad resulta mayor entre los hombres que entre las mujeres para todos los años observados (Gráfico 29). Se encuentra una razón de mortalidad hombre – mujer acumulada de 1,2 en el periodo 1998 – 2007, con mínimas variaciones anuales. Esto es, cerca de un 55% de los casos de mortalidad en menores de 1 año se presentan a expensas de los hombres. La tasa de mortalidad infantil presenta un incremento en los años 1998 a 2000; esta situación también se presenta en la mortalidad en menores de cinco años, razón que permite intuir que el incremento en esos años pudo obedecer a mejoría en los procesos de registro, recuperación de registros, o bien al aumento real de la mortalidad. En todo caso, este es un incremento leve que no afecta la tendencia observada, de disminución progresiva del indicador.

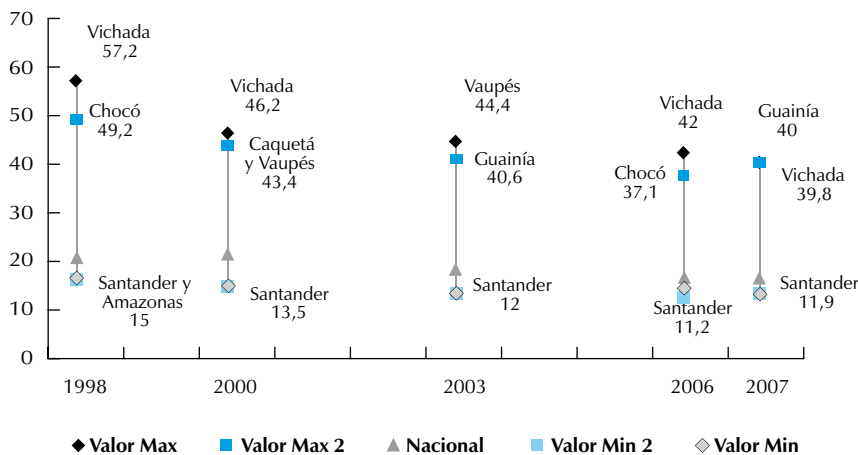
Gráfico 29. Razón de mortalidad en menores de un año por 1.000 n.v. Distribución anual por sexo. Colombia 1998 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE.

A nivel departamental se observan diferencias con respecto a la media nacional para el año 2007. Santander con 11,9 niños menores de un año fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos, y Valle y Arauca con 12,1 y 12,3 respectivamente, son los departamentos con las tasas más bajas; por el contrario Guainía, Vichada y San Andrés presentan las tasas más altas con 55, 54 y 47 muertes de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente. Al igual que con la tasa de mortalidad en la niñez, en la tasa de mortalidad infantil también se presenta una tendencia decreciente en las diferencias departamentales durante el periodo analizado. En efecto, en 1998 Vichada era el departamento con la mayor tasa de mortalidad infantil (57,2) presentando una diferencia de cerca de 38 muertes en menores de un año por cada 1.000 n.v con la tasa nacional (19,7), seguido por Chocó¹⁰² (49,2) con una diferencia de casi 30 muertes. En 2007, Guainía es el departamento con la mayor tasa de mortalidad infantil y presenta una diferencia de 25 muertes en menores de un año por cada 1.000 n.v con la media nacional, seguido de Vichada (39,8) que redujo su diferencia con respecto a la media nacional de 38 muertes en 1998 a 24 en 2007 (Gráfico 30).

Gráfico 30. Diferencias tasa de mortalidad infantil. Valores extremos departamentales. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007.



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE.

Si bien las distancias entre las mayores tasas de mortalidad infantil y el valor nacional se han ido reduciendo en el periodo analizado; las diferencias regionales continúan siendo altas, y persisten los departamentos con las mayores tasas. Como se observa en el Gráfico 30, durante tres de los cinco años analizados (1998, 2000 y 2006), Vichada es el departamento con la mayor tasa de mortalidad en menores de un año, y en 2007 presenta la segunda tasa más alta. Similar situación ocurre con los departamentos de Vaupés y Guainía. Por su parte, Santander se mantiene como uno de los departamentos con las menores tasas de mortalidad infantil durante el periodo analizado. Cabe señalar que este comportamiento, tanto del departamento de Santander como de aquellos departamentos con las mayores tasas también se presenta con la mortalidad en la niñez.

¹⁰² Es de anotar que los departamentos de Vichada y Chocó también presentan las mayores tasas de mortalidad en la niñez en este año.

Mensajes Principales

Las coberturas de vacunación en el país han mejorando considerablemente, en la medida que se han dispuesto mayores recursos para disponibilidad de biológicos, capacitación y asistencia técnica a los departamentos. Esto ha permitido de igual manera reducir las brechas regionales. Es preciso mencionar que los resultados se han obtenido incluyendo acciones en lugares no poblados o con barreras geográficas muy notorias.

3 | COBERTURAS DE VACUNACIÓN

Para las coberturas de vacunación se utilizó como fuente de información los registros administrativos del Programa Ampliado de Inmunización – PAI¹⁰³; y el informe se presenta para los años 1998 – 2008.

Los informes anteriores presentaron el indicador de vacunación general que corresponde al total de personas vacunadas con relación a la población específica. Sin embargo, la meta nacional establecida en el Documento Conpes Social 91 pretende que todos los municipios tengan coberturas de vacunación del 95%, por esta razón se incluye en éste y en los informes sucesivos la valoración del porcentaje de municipios que obtuvieron coberturas superiores al 95% y la cobertura general de vacunación. El esquema de vacunación del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Colombia incluye vacunas que protegen contra 13 enfermedades, las cuales son aplicadas a diferentes poblaciones objeto, con diferentes esquemas de aplicación y a diferentes edades con el fin de lograr la inmunidad. Es por ello que para evaluar el cumplimiento de las metas de vacunación se utilizan biológicos o vacunas trazadoras, ya que mediante el seguimiento a éstas, se logra calificar el comportamiento de todas las vacunas del esquema. Estas vacunas trazadoras son la de Difteria, Pertusis y Tétano (DPT) por que se aplica junto con otros dos biológicos (Hepatitis B y Haemophilus influenzae); y la Triple Viral que protege contra el Sarampión, Rubeola y Paperas. En este sentido, se utilizan dos biológicos trazadores del PAI: i) Cobertura de vacunación con pentavalente en menores de un año y ii) Cobertura de vacunación con triple viral en niños de un año.

Con respecto a la información es preciso señalar que aunque se dispone de registros administrativos que permiten observar la vacunación por biológico año a año (numerador), se presentan problemas con el denominador (población menor de un año y de un año), la cual es suministrada por el DANE a partir de las proyecciones del Censo General 2005. Los inconvenientes se reflejan en el hecho que algunos departamentos y municipios muestran coberturas de más del 100%, y otras entidades territoriales con coberturas muy bajas argumentan que la población registrada es demasiada alta para la que encuentran en su territorio. En este sentido, es necesario analizar bajo esta perspectiva, el indicador que mide los municipios con coberturas mayores al 95%.

Las coberturas de vacunación en el país han mejorando considerablemente, en la medida que se han dispuesto mayores recursos para la disponibilidad de biológicos, la capacitación y asistencia técnica a los departamentos, así como la integración, regulación, vigilancia y control de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. Es preciso mencionar que los resultados se han obtenido incluyendo acciones en lugares no poblados o con barreras geográficas muy notorias.

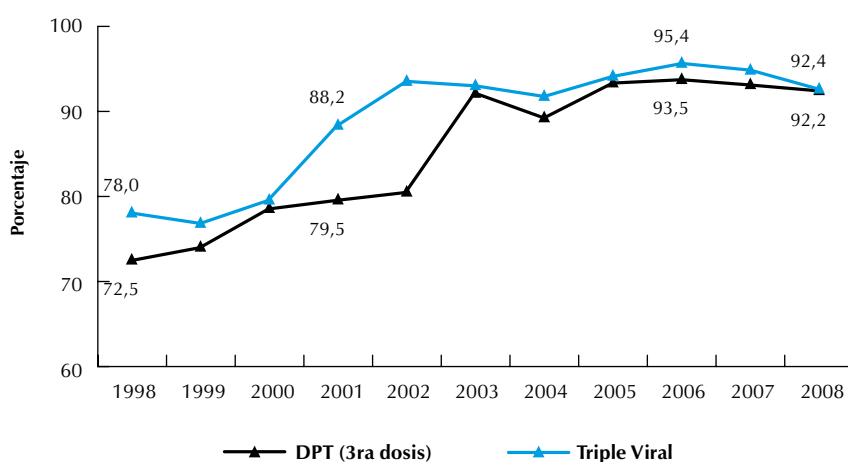
Como se mencionó anteriormente, el comportamiento de las coberturas de vacunación se observa a través de dos biológicos trazadores (DPT – tercera dosis y Triple Viral) del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los cuales presentan cifras muy cercanas a las coberturas útiles de vacunación. El esquema de

¹⁰³ En el Documento Conpes Social 91 se utilizó esta misma fuente.

vacunación¹⁰⁴ incluye tres dosis de Pentavalente (DPT, Haemophilus Influenzae tipo b, Hepatitis B), las cuales se aplican a partir de los dos, cuatro y seis meses respectivamente. A los doce meses, después de que se ha cumplido con las tres dosis de Pentavalente, se aplica una dosis única de Triple Viral. Así, dado que la aplicación de la tercera dosis de un biológico es prerequisite para la aplicación del otro, se selecciona la Triple Viral como un biológico trazador que da cuenta del comportamiento de las coberturas de vacunación. Por su parte, dado que al momento de aplicar uno de los biológicos de la pentavalente, se aplican los otros dos, se selecciona la tercera dosis de DPT como el otro biológico trazador.

Para el 2008 la cobertura de Triple Viral es de 92,4% y de 92,2% para DPT (tercera dosis). Si bien estos dos biológicos muestran comportamientos similares en el periodo analizado, en los años 2001 y 2002 se presentó un crecimiento mayor en la cobertura de Triple Viral que en la de DPT (Gráfico 31).

Gráfico 31. Cobertura de vacunación. Colombia 1998–2008



Fuente: Grupo PAI. Ministerio de la Protección Social.

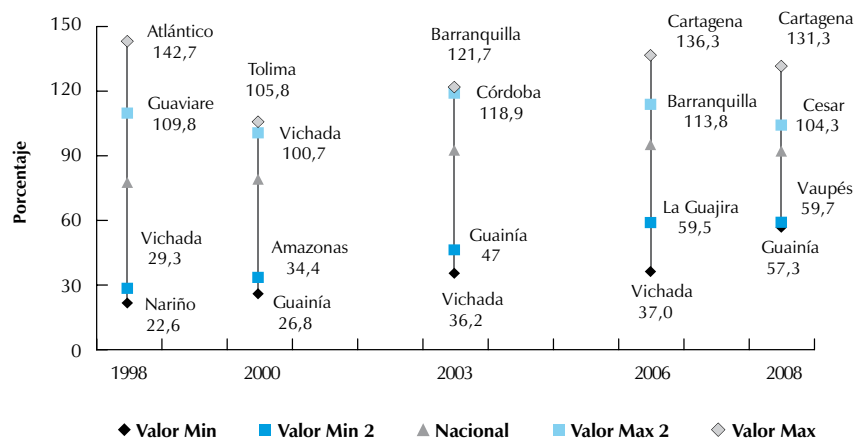
A nivel departamental, Vichada (52,2%), Guainía (52,7%) y San Andrés (65,8%) presentan las menores coberturas de DPT; los de mayores coberturas por debajo de 100% son Casanare (98,6%), Caquetá (98,5%) y Huila (97,6%); y los de coberturas por encima del 100% son Putumayo (109,7%), Norte de Santander (109,32%), Cesar (107,7%), Valle (106,9%), Magdalena (105,8%), Bolívar (105,8%), Atlántico (104%), Sucre (102,7%) y Santander (100,8%) . Estas coberturas mayores al 100% evidencian los problemas con el denominador mencionados anteriormente, lo que afecta la medición del mismo.

Para el caso de Triple Viral los departamentos con menores coberturas son La Guajira (68,6%), San Andrés (68,7%) y Vichada (57,8%); los de mayores coberturas por debajo de 100% son Meta (98%), Córdoba (96,7%) y Casanare (94,5%); y los de coberturas por encima del 100% son Huila (100,6%), Atlántico (101,8%), Norte de Santander (105,2%), Bolívar (105,5%), Cesar (106,1%), Sucre (107,6%), Magdalena (108,8%), Putumayo (109,8%) y Valle (110,2%).

¹⁰⁴ La descripción completa del esquema de vacunación se encuentra disponible en <http://www.minproteccion-social.gov.co/pai/>. En esta sección solo se hace referencia a los biológicos seleccionados como trazadores y no constituyen el esquema completo.

El Gráfico 32 muestra que las diferencias de coberturas entre aquellos departamentos que presentan las menores tasas y el nivel nacional han descendido. Por ejemplo, para el año 1998 la menor cobertura de Triple Viral correspondía al departamento de Nariño (22,6%) mientras que para el 2008 ese valor es de 57,3% y corresponde a Guainía. Los valores máximos superiores al 100% evidencian el problema del denominador mencionado anteriormente. De igual manera, el hecho de que un departamento presente en un año una cobertura superior a 100% y después se ubique dentro del grupo con las menores coberturas, es síntoma de la dificultad que se tiene para el cálculo del indicador. A manera de ejemplo se muestra el caso de Vichada, que en 1998 presentaba una cobertura de 29,3% en 2000 de 100% y en 2003 de 36,2%. Cuando se revisan las cifras, se observa que la población de un año, que certifica el DANE y que se utiliza como denominador, ha tenido variaciones significativas; en 1998 eran 2.309 niños y niñas de un año, en el año 2000 cuando alcanza una cobertura de 100%, la población se reduce casi a la mitad (1.341), y para el año 2003 se duplica con respecto a 2000 (2.697 niños y niñas de un año). Por su parte, el número de biológicas aplicados ha estado alrededor de los 1.000.

Gráfico 32. Diferencias coberturas de vacunación de Triple Viral. Valores extremos departamentales. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2008



Fuente: Grupo PAI – Ministerio de Protección Social.

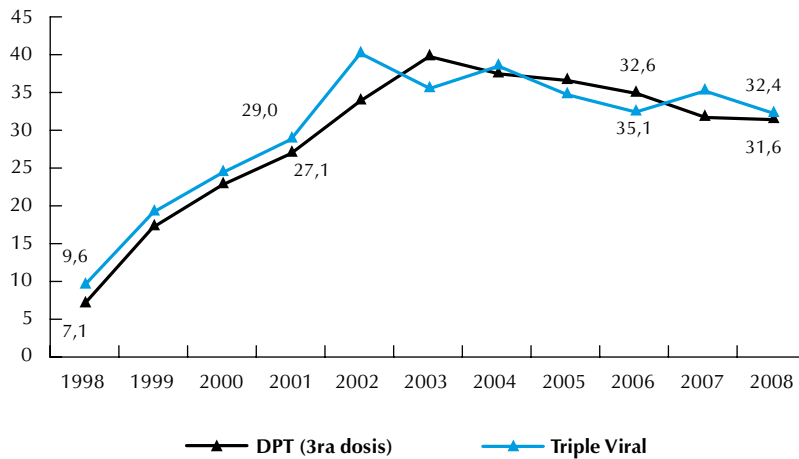
3.1 Porcentaje de Municipios con cobertura de vacunación mayor o igual al 95%

Al valorar la meta de cobertura de vacunación como el porcentaje de los municipios con coberturas superiores al 95% en los biológicos trazadores mencionados anteriormente¹⁰⁵, la situación varía con relación al promedio observado para el total del país, en la medida que las cifras resultan inferiores a lo esperado y comparativamente con el promedio de vacunación general abordado en la sección anterior (Gráfico 33). Así, el cumplimiento de la meta valorada de

¹⁰⁵Como se mencionó al inicio de la sección la meta se mide con aquellos municipios que presentan coberturas iguales o superiores al 95% en DPT y Triple Viral.

esta manera es cercano al 33%, con presencia de un tendencia creciente entre los años 1998 a 2003, a partir del cual se presenta un descenso leve en el número de municipios con coberturas de vacunación iguales o superiores al 95%. A pesar del descenso en los últimos años, cabe señalar que entre el año 1998 y 2008 se presenta un incremento importante de los municipios que presentan coberturas útiles de vacunación, pasando de 7,1% a 31,6% en DPT y 9,6% a 32,4% en Triple Viral. No obstante, este valor dista mucho de la meta país (100% de los municipios y distritos del país tienen coberturas del 95%); y deja intuir que no realizar mayores esfuerzos en aquellos municipios con coberturas bajas, no sería posible cumplir dicha meta.

Gráfico 33. Porcentaje de municipios con coberturas de vacunación iguales o superiores al 95%. Colombia 1998 – 2008.



Fuente: Grupo PAI, Ministerio de Protección Social.

En este punto resulta relevante el cálculo del indicador asociado al denominador. En efecto, el numerador (número de niños con el biológico aplicado), a diferencia del denominador, suele resultar confiable en la medida en que proviene de datos reportados directamente por los municipios cumpliendo con los estándares de flujos de información del PAI. De otro lado el denominador (población de referencia, menor de un año o un año según el caso), varía en la medida en que la información disponible suministrada por el DANE a nivel municipal resulta en algunos casos inferior a los niños vacunados reportados por el municipio, razón por la cual se obtiene coberturas superiores al 100%. Esto puede obedecer a fenómenos de inmigración interna ocasionada por las diferentes formas de violencia y la oferta de trabajo en algunas regiones, que el DANE no suele ajustar de manera oportuna, con lo que el indicador que se estima en cada caso, puede tener problemas de sobrestimación. De manera similar sucede con aquellos municipios que argumentan realizar campañas y ejecutar estrategias puerta a puerta para vacunar a todos los niños de su región, pero que a pesar de los esfuerzos no es posible identificar toda la población que reporta el DANE, y por tanto se subestima el indicador y se presentan coberturas inferiores a las deseadas.

4 | LAS POLÍTICAS QUE APOYAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

En la mortalidad en los menores de cinco años y de un año inciden diferentes factores que pueden afectar la sobrevivencia de los recién nacidos y población infantil, tales como aspectos nutricionales, biológicos, económicos, sociales y culturales, entre otros. Según el registro de Estadísticas Vitales del DANE, en 1998 las principales causas de muerte en los menores de cinco años se encontraban su orden las enfermedades transmisibles, todas las demás causas y las causas externas. Para el 2006, la categoría todas las demás causas fue la causante del mayor número de muertes, seguida por las enfermedades transmisibles y las causas externas. Como se observa, muchas causas no están asociadas al sistema de salud, por ejemplo, las causas externas, en su mayoría, están relacionadas con asfixia y ahogamientos ocasionados en los hogares de los menores.

En este sentido, la mortalidad infantil y en la niñez es un tema que atañe a diferentes sectores y actores. En tanto, las acciones y logros que se presentan a continuación hacen referencia a las ejecutadas por el sector salud, las restantes que permiten mejores condiciones de vida y saneamiento básico y las específicas que contribuyen a la nutrición serán abordadas en los diferentes capítulos de este informe.

En los últimos años, se continúa percibiendo la disminución de la mortalidad infantil y en la niñez. Existen varios factores que han influido en estos resultados tales como el aseguramiento en salud, mayor asistencia a los controles prenatales, el aumento de la atención institucional del parto, el mayor nivel de educación en las madres, el mayor acceso a los servicios de salud. Sin embargo, persisten grandes diferencias geográficas en los resultados obtenidos del efecto no deseado (la mortalidad) y los indicadores que reflejan protección (vacunación). Se observa que los departamentos con menor Índice de Desarrollo Humano y mayor porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas presentan las mayores tasas de mortalidad. Por ejemplo en 2006, Chocó y Vaupés¹⁰⁶ muestran unas de las mayores tasas de mortalidad en la niñez (45 y 50 por 1.000 n.v, respectivamente) comparado con Santander y Valle del Cauca¹⁰⁷ que registran los menores valores (13 y 16 por 1.000 n.v, respectivamente).

Las estrategias adoptadas para el logro de la meta conforme al Documento Conpes Social 91 incluyen el incremento de la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud que actualmente se encuentra cerca del 86%¹⁰⁸. Como parte de la protección a las poblaciones vulnerables, el Régimen Subsidiado¹⁰⁹ tiene como beneficiarios prioritarios los niños menores de 6 años, a las mujeres gestantes y a las madres cabeza de familia. Así mismo el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS mediante el Acuerdo 365 de 2007, determinó el no cobro de copagos a la población infantil abandonada, los indigentes, la población en condición de desplazamiento, los indígenas, los desmovilizados y su núcleo familiar, la población de la tercera edad en protección de ancianatos e instituciones de asistencia social; la población rural migratoria y la ROM no asimilable al SISBÉN I.

¹⁰⁶ Para el año 2005, el 79,2 de la población del Chocó y el 54,8% de la población del Vaupés presentó Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI. A nivel nacional el indicador se ubicó en 27,7%.

¹⁰⁷ El NBI para estos departamentos es 21,9% y 15,6%, respectivamente.

¹⁰⁸ Según la Encuesta de Calidad de Vida de 2008, el 45,4% de la población reporta estar afiliada al Régimen Contributivo y el 51,1% al Régimen Subsidiado.

¹⁰⁹ Este esquema ofrece un plan de beneficios para la población sin capacidad de pago, financiado por el Gobierno.

Existe consenso entre los expertos del tema de salud sobre la importancia de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en este sentido, se adoptó la estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, el Fomento y Protección a la Lactancia Materna a través de las Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI, y el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Para el efecto, se invirtieron en el periodo julio 2007 a junio 2008, \$102.171 millones destinados a fortalecer y asegurar las acciones de prevención y control de enfermedades y promover la salud infantil; del anterior rubro \$77.488 se destinaron a la adquisición y suministro de vacunas (Ministerio de la Protección Social, Informe al Congreso 2007 – 2008).

La estrategia IAMI contiene 10 pasos que tienen como objetivo garantizar la calidad, calidez e integralidad de los servicios y programas dirigidos a la mujer y a la infancia a través de la capacitación del personal asistencial y administrativo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS. Dichos programas pretenden brindar educación y atención oportuna a las mujeres en el momento del parto, el puerperio y la lactancia materna, incluyendo la adecuada nutrición y preparación para el cuidado de sus hijos.

En referencia a la vacunación, desde el año 2005 el Ministerio de la Protección Social asumió, nuevamente, la dirección, gerencia y operación del PAI. Para el efecto inició un plan de fortalecimiento y de garantía financiera a través de un crédito con la banca multilateral (BID, CAF) y recursos propios del presupuesto nacional. Como resultado se han incluido nuevos biológicos, se ha fortalecido la red de frío y se ha prestado asistencia técnica a las entidades territoriales con menores coberturas de vacunación. Es importante resaltar que Colombia logró la erradicación de la poliomielitis en 1991, la eliminación de sarampión en 2002, la eliminación del tétanos neonatal y la difteria como problemas de salud pública, y la certificación en 2006, por parte de la Organización Panamericana de la Salud –OPS, de la eliminación de la rubéola y síndrome de rubéola congénita.

Como acciones específicas cabe señalar que adicional a los recursos destinados a la adquisición y suministro de vacunas (\$77.488 millones en 2007), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, a través del Acuerdo 0366 de 2007, asignó \$15.780 millones de la Subcuenta de Promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga, para incluir la vacuna contra Neumococo y contra Rotavirus a los niños con bajo peso al nacer sin importar su condición de aseguramiento, con el fin de impactar la mortalidad infantil en población vulnerable. Esto permitió, el acceso a la vacunación para neumococo a las personas en condiciones de alto riesgo que incluyen a los niños menores de 2 años con infección por HIV, cardiopatías congénitas, asplenia, inmunodeficiencia primaria, diabetes mellitus, asma bronquial en tratamiento con cortico esteroides, inmunocompromiso por cáncer o por insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico o por quimioterapia inmunosupresora. De igual manera, con una inversión de 3 mil millones en el 2008, se incluyó de manera definitiva la vacuna de la influenza estacional para proteger contra esta enfermedad a los niños entre 6 y 24 meses.

En cuanto a la cadena de frío se adquirieron equipos de red de frío para los 71 municipios priorizados¹¹⁰ en el Programa de Fortalecimiento del PAI, por valor de \$600 millones y se brindó la asistencia técnica a nivel nacional y departamental, con el objeto de garantizar la conservación, seguridad y calidad de las vacunas. Así mismo, por recomendación del Consejo Nacional de Política Social, el Documento Conpes aprobó la destinación de 10.000 millones de pesos para el fortalecimiento de la red de frío, mediante el Documento Conpes Social 123 de 2009.

5 | PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA

Dado que el logro de las metas nacionales sobre la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez es muy cercano, el principal reto de política está dado por la disminución de las desigualdades regionales de aquellos departamentos que todavía presentan cierto rezago para alcanzar la meta. De éstos hacen parte los departamentos de Chocó, Vaupés, San Andrés, Guaviare, Guainía, La Guajira y Arauca, como los más críticos. De igual manera el país debe pensar en la posibilidad de redefinir la meta nacional, hecho concomitante con la necesidad que el proveedor de la información (DANE) entregue de manera oportuna las cifras de mortalidad y actualice con la serie de Estadísticas Vitales y la población del Censo General 2005, la línea de base establecida en el Documento Conpes Social 91.

Los retos en el Programa Ampliado de Inmunizaciones consisten en sostener los logros alcanzados contra las enfermedades sujetas a eliminación y erradicación y avanzar hacia el logro de coberturas iguales o superiores al 95% en los biológicos en todos los municipios. Para esto, es preciso mantener el suministro de biológicos, fortalecer la red de frío, y garantizar una vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunación.

Sólo están cerca de lograr la meta de municipios con coberturas de vacunación mayores al 95% algunos distritos como Santa Marta, Bogotá, Barranquilla, y los departamentos de Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander, Huila y Meta. En este caso, para llevar a más municipios a que logren los niveles de cobertura en vacunación estipulados en la meta, el esfuerzo a desarrollar tanto por el Gobierno Nacional como el Territorial es todavía mayor. Así mismo, es importante diseñar estrategias que permitan solucionar el problema de denominadores (población de 1 año y menor de 1 año), de tal manera que no se subestime o sobreestime el indicador.

Para el desarrollo de lo anterior, no se deben descuidar las estrategias y programas ejecutados actualmente, en este sentido se debe continuar el fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación del Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, que permitan hacer una clara eliminación de barreras de acceso a la prestación de servicios de vacunación a través de la identificación y priorización de municipios con coberturas críticas.

¹¹⁰ La priorización se hizo con base en las coberturas críticas que presentaban estos municipios.

Adicionalmente, es evidente que para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4, 5 y 6 es necesario contar con un sistema de salud sostenible y eficiente que permita que todos los ciudadanos tengan acceso a los servicios de salud con oportunidad, calidad y en igualdad de condiciones. Así, se constituye en un reto para el país la concertación política y social sobre el logro de la unificación de los planes de beneficios entre el régimen contributivo y subsidiado y su financiación, en un periodo de tiempo determinado. Para lograr lo anterior, es necesario avanzar en el logro de acuerdos sociales (Rama Judicial, comunidad médico científica, empresas y sociedad civil) que permitan determinar los beneficios, servicios y tecnología que la sociedad está dispuesta a financiar, así como la gradualidad para el logro de la unificación de planes. Finalmente, bajo este nuevo esquema se hace necesario determinar nuevas fuentes o estructuras de financiamiento del sistema.



Objetivo 5

MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	100,0	75,6	45,0
	1998	2007	
2. Mujeres con cuatro o más controles prenatales	66,0%	78,2%	90,0%
	1990	2007	
3. Atención institucional del parto	76,3%	97,8%	95,0%
	1990	2007	
4. Atención del parto por personal calificado	80,6%	97,8%	95,0%
	1990	2007	
5. Prevalencia de uso de métodos de anticoncepción población sexualmente activa	59,0%	68,2%	75,0%
	1995	2005	
6. Prevalencia de uso de métodos de anticoncepción población 15 – 19 años	38,3%	55,5%	75,0%
	1995	2005	
7. Adolescentes que han sido madres o están embarazadas	12,8%	20,5%	< 15,0%
	1990	2005	
8. Mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 mujeres	13,0	7,1	5,5
	1990	2007	

Fuente:

1. 2. 3. 4. 8. DANE. Estadísticas vitales

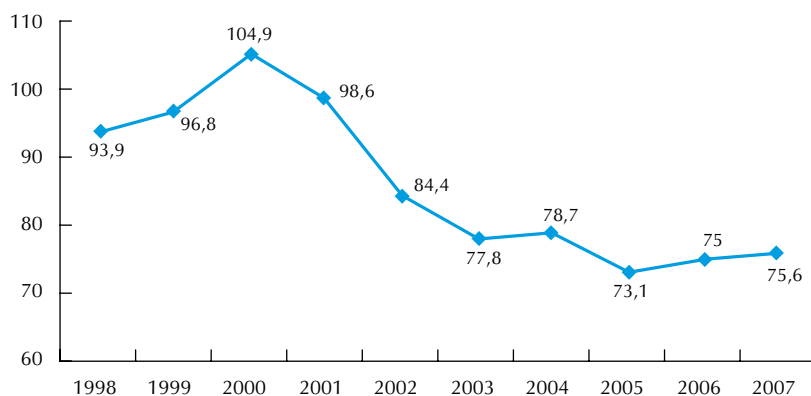
5. 6. 8. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 90 – 05

1 | MORTALIDAD MATERNA

La razón de mortalidad materna expresa el riesgo de las mujeres de morir en el proceso reproductivo, en tanto que presenta el nivel de muertes de mujeres en embarazo o que mueren dentro de los 42 días siguientes de haber terminado el mismo, sin importar su duración. La fuente de información para este informe corresponde a los datos de mortalidad proveniente de las Estadísticas Vitales del DANE, ajustados por el Censo General 2005 desde el año 1998 hasta el 2007. Al igual que para los indicadores de mortalidad infantil y de la niñez, las cifras de mortalidad materna presentan un rezago de dos años, lo que impide incluir en este análisis el año 2008.

El Gráfico 34 muestra una tendencia decreciente de la razón de mortalidad materna, para el periodo analizado, pasando de 93,9 en 1998 a 75,6 muertes maternas por cien mil nacidos vivos en el 2007; con un ligero incremento en el año 2000 donde alcanza el máximo valor (104,9)¹¹¹. Este aumento puede explicarse, entre otras cosas, por el cambio de metodología de cálculo del indicador que se presentó en el año 1998, la implementación del nuevo certificado de defunción y nacido vivo en 1995, que generaron un aumento del promedio de muertes maternas registradas anualmente y un mejor registro de los nacimientos del país. Estas circunstancias han hecho más confiable el cálculo de las razones de mortalidad materna; sin embargo, aún existen dificultades para la medición del número de muertes maternas por la falta de identificación del caso y la ausencia en la notificación, así ocurre en poblaciones alejadas al área urbana en general, como por ejemplo las comunidades indígenas. Otra situación que se presenta es debido a la ausencia de sistemas eficaces de información, y en ocasiones no es factible identificar y clasificar la muerte de una mujer en edad fértil como muerte materna por inadecuado diligenciamiento del formulario del sistema de Estadísticas Vitales.

Gráfico 34. Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v. Colombia 1998 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EVV. DANE

Mensajes Principales

Aunque la mortalidad materna muestra una tendencia decreciente en los últimos años, el país requerirá mayores esfuerzos para acercarse a la meta nacional. Se hace necesario que los buenos resultados en el acceso a servicios se traduzcan en una mejora del indicador. Adicionalmente, cabe resaltar que a nivel departamental se presentan grandes diferencias en los indicadores.

¹¹¹ La reducción entre el año 1998 y 2006 corresponde a un 20,12%. Para el periodo 2000 – 2006 la reducción fue de 28,5%. Como se mencionó al inicio, la meta es reducir la mortalidad materna en 55%.

Como se observa en el gráfico anterior en los años 2003 – 2007, el indicador ha oscilado entre 75 y 78 muertes maternas por 100.000 n.v. La meta establecida para el cumplimiento de los objetivos del milenio es de 45 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, lo que significa que se presenta una brecha de 30,6 puntos para el año 2007. Si bien la tendencia muestra una disminución entre los años 2000 – 2005, donde se alcanza el valor más bajo (73,1); los dos últimos años del periodo analizado muestran un aumento en la razón de mortalidad materna. Las proyecciones del DANE estiman que en 2015 la razón de mortalidad materna será de 52,07 por 100.000 n.v. Reducir la mortalidad materna implica grandes esfuerzos, así, dados los actuales resultados y la brecha con respecto a la meta nacional, el país debe plantearse la necesidad de ajustar dicha meta. Sin embargo, este ajuste no será posible hasta tanto no se disponga de la línea de base actualizada con las cifras del Censo General 2005.

Las causas de la mortalidad materna en Colombia se han mantenido durante los últimos años, aunque con algunas variaciones en la participación total. En 1998 el 35% de las muertes obedecían a eclampsia; el 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y el parto; el 16% a embarazo terminado en aborto; el 9% a otras complicaciones del embarazo; el 8% a complicaciones del puerperio; y el 7% a hemorragias¹¹². Para el año 2006, el 22,4% de las muertes corresponden a otras enfermedades materna que complican el embarazo, parto o puerperio; 13,1% a hipertensión gestacional (inducida por el embarazo); 10,8% a eclampsia; 10,6% a hemorragia posparto; y 4,8% a embarazo terminado en aborto¹¹³.

Con relación a estas complicaciones, hay consenso en identificar que casi la totalidad de las causas de la mortalidad materna en el país podrían evitarse con adecuados programas de control prenatal, servicios oportunos y calificados en el proceso del parto, de un buen seguimiento posparto y servicios de planificación familiar; una de las principales barreras obedecen a los inadecuados sistemas de contratación, y a las fallas en la referencia y contrarreferencia.

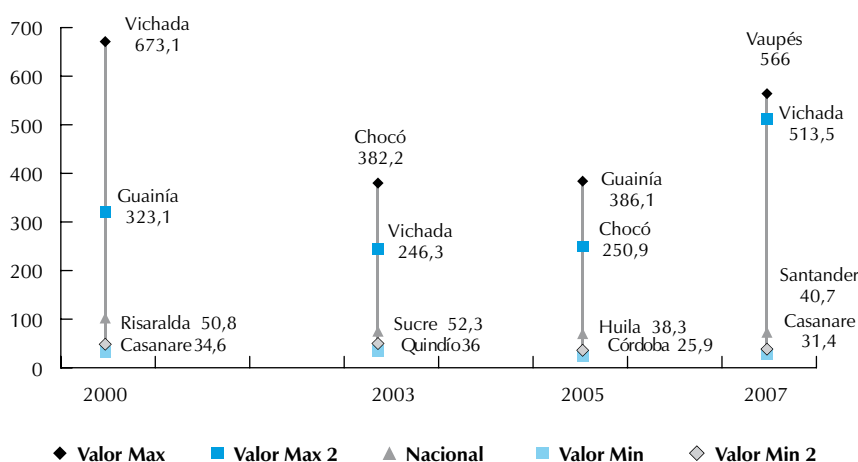
A nivel departamental se presentan grandes diferencias, para el año 2007 los departamentos que presentan una mayor razón de mortalidad son Vaupés con 566, Vichada con 513, Amazonas 515 y Chocó con 195 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos. Por el contrario, Guainía con cero, Casanare con 31, Santander con 40 y Antioquia con 42 muertes por cada cien mil nacidos vivos reportan las menores razones.

El Gráfico 35 muestra la brecha entre las mayores y menores razones de mortalidad con respecto a la media nacional. Por ejemplo, para el año 2000 la mayor razón de mortalidad materna (RMM) del país fue 673,1, correspondiente al departamento del Vichada, que significa una diferencia de 568 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos con respecto a la media nacional de 104,9. Para el año 2003 el mayor valor lo presentó el departamento del Chocó con una RMM de 382,2 y una diferencia de 304,4 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos con respecto a la media nacional de 77,8. En el año 2005 la mayor RMM la exhibe el departamento de Guainía con un valor similar al del año 2003 del departamento de Chocó. Para el año 2007 las mayores RMM sobrepasan por mucho, el mayor valor del año 2005. Así, la disminución de las diferencias entre el departamento con la peor RMM y la media nacional que se logró entre el 2000, 2003, desapareció en el 2007.

¹¹² Mortalidad materna en Colombia: evolución y estado actual. Elena Prada Salas, 2001.

¹¹³ Estadística Vitales DANE

Gráfico 35. Razón de mortalidad materna. Valores extremos departamentales. Colombia 2000, 2003, 2005 y 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE.

Si bien las diferencias regionales se han reducido en algunos años, es de señalar que durante el periodo analizado, son persistentes aquellos departamentos que presentan las mayores RMM (Vichada, Chocó y Guainía).

2 | CONTROLES PRENATALES

La finalidad del control prenatal es detectar embarazos anómalos que podrían hacer peligrar la vida de la madre y/o su bebé. Para el efecto, se realizan consultas que permiten evaluar la progresión normal del embarazo y descubrir precozmente a través de la clínica, el laboratorio y la Ecosonografía, la aparición de problemas maternos y/o fetales que pueden desencadenarse en resultados adversos (la muerte del bebé y/o la madre).

En Colombia se estableció como política que toda mujer en embarazo debe asistir como mínimo a cuatro controles prenatales; en este sentido, el indicador que se utiliza para hacer seguimiento a esta meta es el porcentaje de nacidos vivos cuyas madres tuvieron cuatro controles prenatales o más. La fuente de información para el indicador corresponde a los datos de nacidos vivos provenientes de las Estadísticas Vitales (EEVV) del DANE, ajustados por el Censo General 2005 desde el año 1998 hasta el 2007. Para el periodo 1990 – 1997 no se dispone de información actualizada por el último Censo General.

De otro lado, es preciso señalar que la línea de base del Documento Conpes Social 91 se definió a partir de la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS del año 1990. Sin embargo, debido a las mejoras implementadas en el registro de Estadísticas Vitales y dado que con en esta fuente la información se obtiene de forma anualizada y no quinquenalmente como en la ENDS, para efectos de éste y los informes sucesivos serán las EEVV del DANE la fuente de información. Al comparar la tendencia del indicador fuente DANE con el

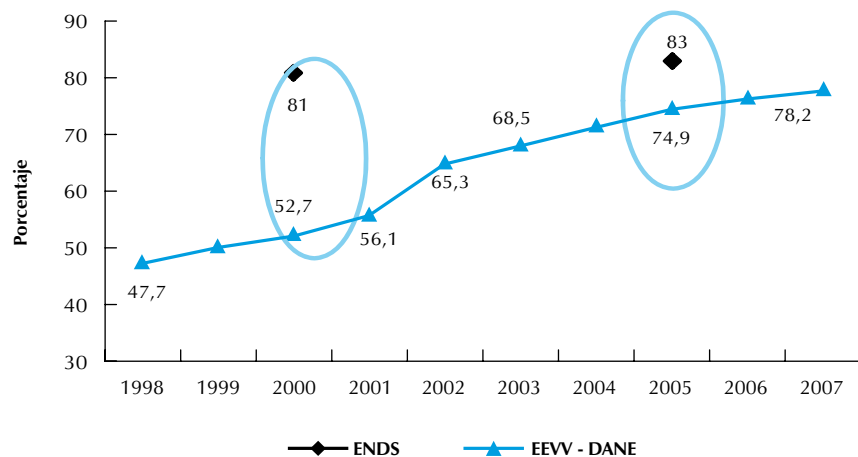
Mensajes Principales

A pesar de la tendencia positiva, aún el país se encuentra lejos de alcanzar la meta propuesta en este indicador. Es preocupante, de manera adicional, el rezago persistente que presentan algunos departamentos.

reportado en la ENDS, se aprecia en los dos casos, un comportamiento continuo al aumento, en tanto que las estimaciones con fuente DANE¹¹⁴ revelan un nivel menor para los dos años que resultan comparables (Gráfico 36).

Para el año 1998 el porcentaje de nacimientos con cuatro controles prenatales o más es de 47,73%, 18 puntos porcentuales menos que la línea de base, situación que puede obedecer a las diferencias en la metodología de estimación¹¹⁵.

Gráfico 36. Porcentaje de controles prenatales. Comparativo ENDS – EEV DANE. Colombia 1998 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales –EEV DANE. Comparativo ENDS – PROFAMILIA.

Si bien, hasta tanto no se actualice el periodo 1990 – 1997 con los datos del Censo General 2005 no es posible realizar comparaciones contra la línea de base; si es viable observar el comportamiento del indicador en el periodo 1998 – 2007 (Gráfico 36), en el cual se observa una tendencia continua al crecimiento, pasando de 47% en 1998 a 78,2% en 2007. Con este último valor, el país se encuentra a 12 puntos porcentuales de lograr la meta nacional fijada en el Documento Conpes Social 91 (90%), la cual podrá ser ajustada tan pronto se reconstruya la línea de base.

Al analizar a nivel departamental se presentan diferencias con respecto a la media nacional para el año 2007. En Vaupés, Guainía, Vichada, y Amazonas se les realiza cuatro o más controles prenatales a menos del 50% de las mujeres con hijos nacidos vivos (21,1%, 44%, 44,2% y 48,5%, respectivamente); por el contrario en Caldas, Quindío, Risaralda y Valle se presentan los valores más altos con 87% en los dos primeros y 85% en los dos segundos.

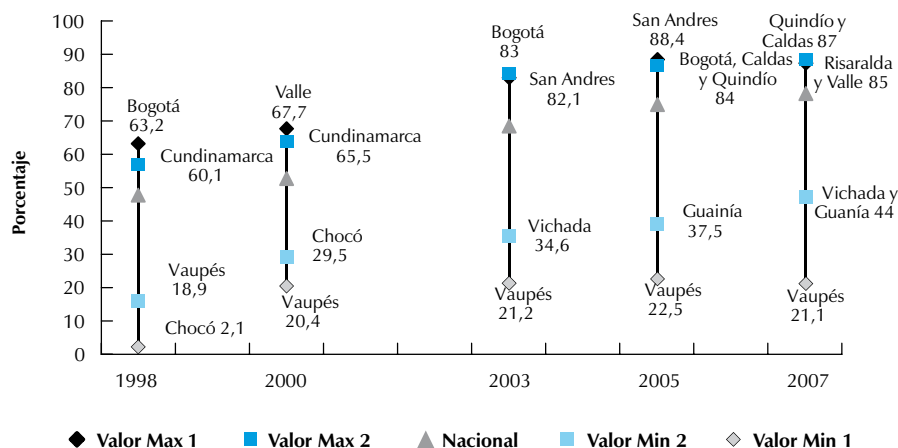
El Gráfico 37 muestra la evolución de las diferencias departamentales. La brecha entre el departamento con el menor porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales con respecto a la media nacional es de alrededor de 50 puntos porcentuales durante los años analizados. En el año 2000 la diferencia alcanza el valor más bajo, siendo este de 32 puntos porcentuales.

¹¹⁴ La estimación con la ENDS difiere de la estimación del DANE. La primera obedece a una probabilidad indirecta que se hace sobre los nacimientos ocurridos en el periodo 0 – 59 meses anteriores a la encuesta y se considera solo el último hijo nacido vivo de cada mujer. En el segundo caso, esta variable se obtiene del registro continuo de estadísticas vitales (nacimientos), y se define como la proporción de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales en el año correspondiente.

¹¹⁵ Ante esta circunstancia el país es consciente de la necesidad de actualizar de la línea de base con la fuente DANE, de tal manera que puedan realizarse comparaciones con la misma, y pueda valorarse de manera adecuada el cumplimiento de la meta.

Para el año 1998 el país presentaba porcentajes de 2,1% (departamento de Chocó), que si bien puede obedecer a un error de registro, cabe señalar que este departamento se ubicó con el segundo valor más bajo en el año 2000 (Gráfico 37). Por su parte, Vaupés persiste como el departamento con el menor porcentaje de controles prenatales durante todo los años analizados, excepto 1998, donde presenta el segundo menor valor.

Gráfico 37. Porcentajes de controles prenatales. Valores departamentales extremos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2005 y 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE.

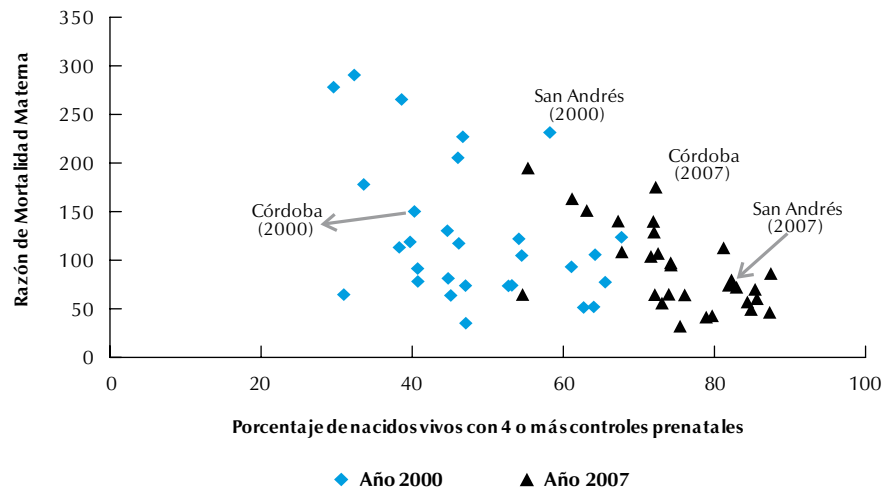
Ahora bien, el país ha realizado un gran esfuerzo en materia de acceso a los servicios de salud para garantizar la realización de controles prenatales, que se refleja en el incremento del total nacional, pasando de 47,7% en 1998 a 78,2% en 2007. Sin embargo, debe prestarse especial atención a las diferencias departamentales y al hecho de que son persistentes los departamentos que presentan bajos porcentajes de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales. La diferencia entre el departamento de Chocó (2,1%) y Bogotá (63,2%) en el año 1998 era de 61 puntos porcentuales, para el año 2007 la diferencia entre el departamento con el menor porcentaje (Vaupés 21,1%) y los departamentos con el mayor porcentaje (Quindío y Caldas 87%) es de 66 puntos porcentuales, indicando un aumento en las brechas departamentales.

Normalmente se argumenta que los controles prenatales son importantes en el control de la mortalidad materna. El Gráfico 38 muestra esta relación para los años 2000 y 2007. Como se observa, algunos departamentos con altos porcentajes de control prenatal también presentan altas razones de mortalidad materna y viceversa. Este resultado podría indicar que es necesario revisar la calidad de los controles prenatales que se realizan, pero además soporta la fuerte influencia de las condiciones socioeconómicas de la región de residencia de la madre.

En este punto resulta importante el análisis en número de muertes que permite dimensionar la magnitud del evento. Por ejemplo, en el año 2000 el departamento de San Andrés registró 3 muertes maternas (RMM 231,7) y realizó cuatro o más

controles prenatales al 58,2% de los nacidos vivos; mientras que en el año 2007 registró 1 muerte materna (RMM 76,3) y el porcentaje de controles prenatales fue de 82,1%; mostrando una relación positiva de los dos indicadores. Sin embargo, Córdoba exhibe un comportamiento completamente diferente a San Andrés. En el 2000 registró 38 muertes maternas (RMM 150,1) y realizó cuatro o más controles prenatales al 40,3% de los nacidos vivos; en el año 2007 aunque aumentó el porcentaje de controles prenatales a 72,1%, el número de muertes maternas se mantuvo en 38, aumentando la RMM a 174,9. Así, debe observarse con cuidado esta relación, y considerarse de manera relevante los factores socioeconómicos o de otra índole (como la calidad en la atención del parto u en otros procesos de atención a la madre, así como los mecanismos de vigilancia en salud pública que subyacen a la prestación de los servicios), que afectan la mortalidad materna.

Gráfico 38. Relación Razón de Mortalidad Materna y controles prenatales



Fuente: Estadísticas Vitales DANE.

3 | ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO Y POR PERSONAL CALIFICADO

Mensajes Principales

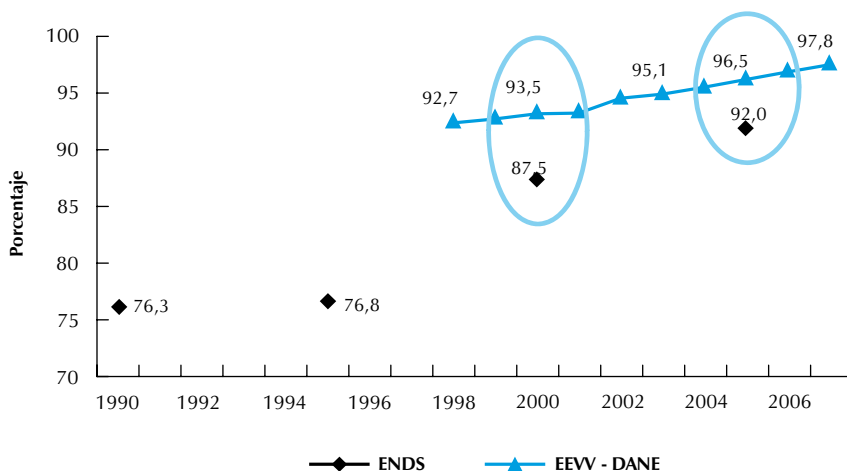
La atención del parto (institucional y por personal calificado) es uno de los indicadores que se ha cumplido de manera anticipada y que se encuentra muy cerca de la universalización. Aún así, llama la atención el nivel de rezago de varios departamentos.

3.1 Atención Institucional del Parto

Este indicador hace referencia al número de nacidos vivos que fueron atendidos en una institución de salud. La línea de base del Documento Conpes Social 91 se definió a partir de la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS del año 1990. Sin embargo, debido a las mejoras implementadas en el registro de Estadísticas Vitales y dado que con en esta fuente la información se obtiene de forma anualizada y no quinquenalmente como en la ENDS, para

efectos de éste y los informes sucesivos serán las Estadísticas Vitales (EEVV) del DANE la fuente de información. Comparando las dos fuentes de información se puede apreciar una tendencia continua y creciente en ambos casos, sin embargo las estimaciones con fuente DANE¹¹⁶ revelan un nivel mayor para los dos años que resultan comparables (Gráfico 39).

Gráfico 39. Porcentaje de atención institucional del parto. Comparativo ENDS – EEV DANE. Colombia 1990 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEV DANE. Comparativo ENDS – PROFAMILIA.

Desde el año 2003 Colombia logró la meta nacional¹¹⁷ de atención institucional del parto del 95%; para el año 2007 esta cifra es de 97,8% (Gráfico 39). Como se observa, el indicador está muy cercano al 100%, y si bien los resultados deben valorarse favorablemente, no deben ser entendidos como logros suficientes, toda vez que aún se presentan diferencias regionales que no se pueden ignorar.

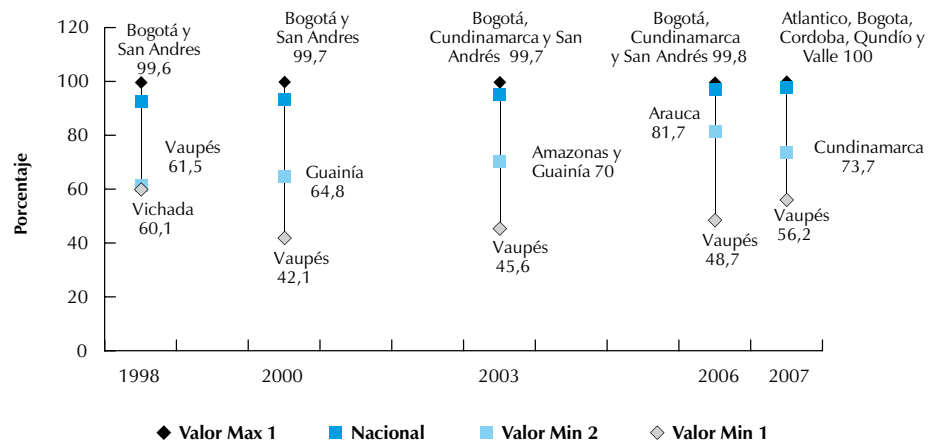
Para el año 2007, 20 departamentos se encuentran por encima de la meta del 95%. Atlántico, Bogotá, Córdoba, Quindío y Valle realizaron cuatro o más controles prenatales al 100% de los nacidos vivos. Por el contrario, Vaupés (56,2%), Cundinamarca (73,7%) y Vichada (76,6%) reportan los menores porcentajes.

El Gráfico 40 muestra las diferencias entre los valores extremos de atención institucional del parto. Es de destacar que el menor porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales ha disminuido durante el periodo 1998 – 2007, en 1998 era 60,1% y para 2007 es de 56,2%; más aún debe mencionarse que el departamento de Vaupés ha empeorado los resultados del indicador, en 1998 presentaba el segundo menor valor con 61,5% y en 2007 el porcentaje es de 56,2%. Así, mientras algunos departamentos alcanzan porcentajes de 100% existen otros departamentos que oscilan en valores cercanos al 50%.

¹¹⁶ La estimación con la ENDS difiere de la estimación del DANE. La primera obedece a la proporción de partos atendidos en una institución de salud, y hace referencia a los nacimientos ocurridos en los 5 años anteriores a la encuesta y se considera solo el último hijo nacido vivo de cada mujer, por tanto corresponde al comportamiento del quinquenio. En el segundo caso, esta variable se obtiene del registro continuo de estadísticas vitales (nacimientos), y se define como la proporción de nacidos vivos en instituciones de salud.

¹¹⁷ Este logro también puede ser explicado por el cambio de fuente de información, razón por la cual se hace necesaria la actualización de la línea de base para el año 1990 con los datos de las Estadísticas Vitales del Departamento Nacional de Estadística y así mismo.

Gráfico 40. Porcentaje de atención institucional del parto. Valores departamentales extremos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV, DANE.

3.2 Atención Institucional del Parto por Personal Calificado

La atención del parto por personal calificado puede prevenir o manejar muchas de las complicaciones durante el parto, evitando la muerte de la madre o el menor. Este indicador hace referencia al número de nacidos vivos que fueron atendidos por personal calificado¹¹⁸. Al igual que con el indicador anterior, la línea de base del Documento Conpes Social 91 tiene como fuente la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS del año 1990 e igualmente se pasará a reportar con el registro de Estadísticas Vitales del DANE como fuente. Las comparaciones entre ambas fuentes muestran tendencias similares, con un nivel más alto para las estimaciones con fuente DANE¹¹⁹ para los dos años comparables (Gráfico 41).

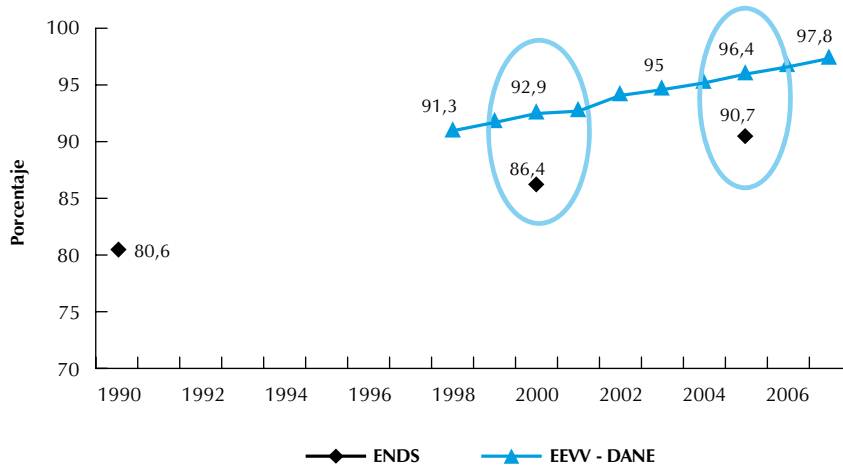
Desde el año 2003 Colombia logró la meta nacional de atención del parto por personal calificado del 95%; para el año 2007 esta cifra es de 97,8% (Gráfico 41). Al igual que con la atención institucional del parto, el indicador está muy cercano al 100%. No obstante, es importante señalar que aún se presentan diferencias regionales que no se pueden ignorar, así como diferencias importantes en la calidad de prestación del servicio y en los mecanismos de vigilancia epidemiológica, que corresponden a las entidades territoriales.

Para el año 2007, 24 departamentos se encuentran por encima de la meta del 95%. Los mayores porcentajes de atención del parto por personal calificado se presentan en Bogotá (99,7%), Cundinamarca (99,3%), San Andrés (99,8%), Córdoba (99,3%) y Atlántico (99,3%). Por el contrario, Vaupés es el departamento con el porcentaje de atención institucional más bajo (57,5%), seguido de lejos por Amazonas (84,3%) y Guainía (87,4%).

¹¹⁸ A nivel internacional se entiende por personal calificado todo aquel que ha recibido formación especial para atender partos normales, reconocer complicaciones, manejar los casos que puedan y referir a las mujeres a niveles de atención médica más especializados si fuera necesario. Se incluyen: parteras profesionales, enfermeras o médicos.

¹¹⁹ La estimación con la ENDS difiere de la estimación del DANE. La primera obedece a la proporción de partos atendidos por personal calificado (médico o enfermera/partera), y hace referencia a los nacidos vivos ocurridos en los 5 años anteriores a la encuesta. En el segundo caso, esta variable se obtiene del registro continuo de estadísticas vitales (nacimientos), y se define como la proporción de nacidos vivos atendidos por personal calificado (médico o enfermera/partera).

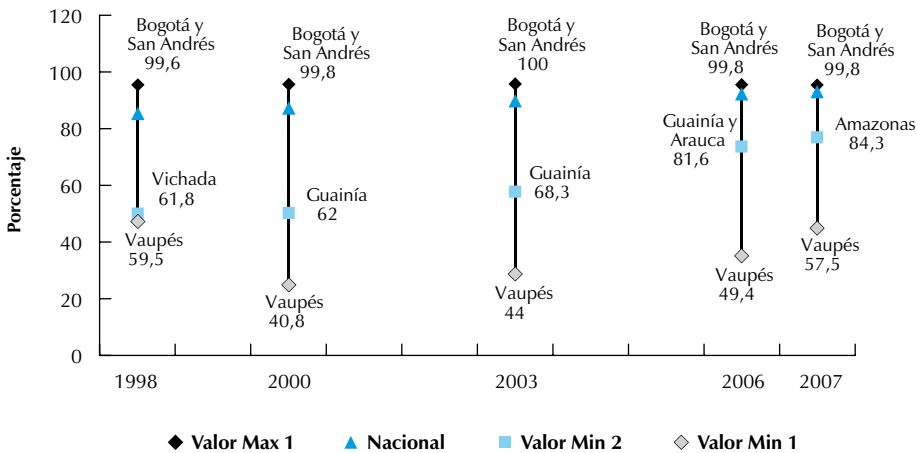
Gráfico 41. Porcentaje de atención del parto por personal calificado. Comparativo ENDS – EEV DANE. Colombia 1990 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEV DANE. Comparativo ENDS – PROFAMILIA.

El Gráfico 42 muestra los valores extremos del indicador porcentaje de atención del parto por personal calificado. Es de anotar que este indicador presenta un comportamiento equivalente a la atención institucional del parto, reflejando la estrecha relación que existe entre los dos. Esta situación es de esperarse, dado que en la mayoría de los casos, la atención del parto en instituciones de salud se realiza por personal calificado (médico o enfermera), lo que genera un aumento en los dos indicadores.

Gráfico 42. Porcentajes de atención del parto por personal calificado máximos y mínimos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007

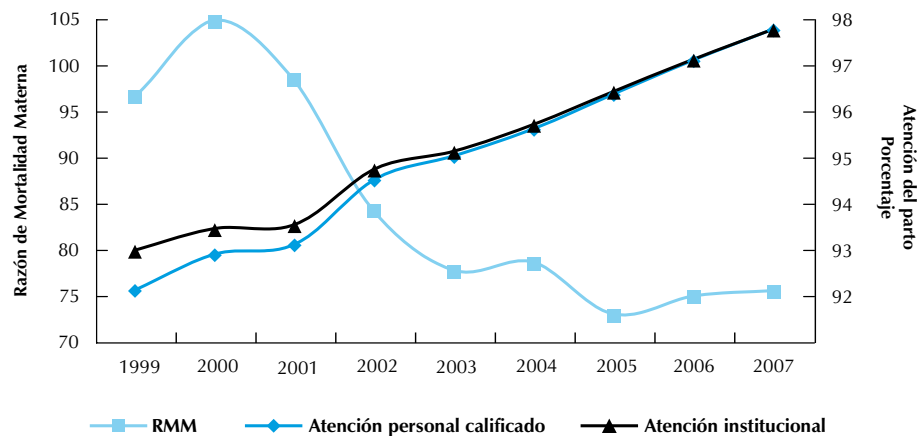


Fuente: Estadísticas Vitales – EEV, DANE.

En todos los años analizados en el Gráfico 42, el departamento de Vaupés se ubica como el que presenta el menor porcentaje en el indicador. Finalmente, sigue siendo un tema importante la presencia de brechas regionales a pesar de los buenos resultados a nivel nacional. Así, mientras algunos departamentos alcanzan porcentajes de 100%, como el caso de Bogotá y San Andrés que repetidamente se ubican con los mayores porcentajes de atención del parto por personal calificado, existen otros departamentos que oscilan en valores cercanos al 60%.

La atención del parto por personal calificado y en instituciones de salud puede contribuir a la reducción de la mortalidad materna. El Gráfico 43 muestra la relación entre la proporción de partos atendidos por una persona calificada y la razón de mortalidad materna.

Gráfico 43. Relación razón de mortalidad materna y atención del parto por personal calificado y en instituciones.
Colombia 1999 – 2006



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV, DANE.

Como se observa en el Gráfico 43 a medida que crece la atención institucional del parto y la atención por personal calificado, disminuye la razón de mortalidad materna. No obstante, es preciso señalar que si bien la atención del parto incide en la mortalidad materna, no se constituye en el único elemento para la disminución del indicador. En efecto, deben considerarse el comportamiento de factores vinculados a la transformación demográfica del país, tales como la fecundad total y adolescente y el uso de métodos anticonceptivos. Así mismo, deben tenerse en cuenta las características en el acceso de las mujeres a los servicios de salud, las diferencias en la prevalencia de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de las mujeres, el nivel educativo, la región o departamento, la edad y la pertenencia a grupos étnico.

4 | USO DE MÉTODOS MODERNOS DE ANTICONCEPCIÓN

Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que permiten a las personas disminuir la probabilidad de quedar en embarazo. Para el efecto, existen tres tipos de métodos anticonceptivos, de acuerdo con su grado de efectividad y evidencia científica: Naturales, Folclóricos, y Modernos¹²⁰.

En los naturales no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo, y se basan en el comportamiento de la pareja y en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo¹²¹. Los Folclóricos no tienen evidencia científica que soporte su efectividad, y corresponden a ideas populares que las personas practican con la convicción que les ayudan a prevenir el embarazo¹²².

A diferencia de los dos anteriores, los métodos modernos son elementos o procedimientos efectivos, creados por los seres humanos que utilizados en el cuerpo de las personas previenen el embarazo. Estos métodos pueden ser irreversibles o reversibles. Los primeros se practican a través de una pequeña cirugía para evitar definitivamente el embarazo (vasectomía en el hombre, ligadura de trompas en la mujer)¹²³. Los segundos se utilizan para evitar un embarazo por un tiempo determinado o espaciar los nacimientos entre los hijos. Existen tres tipos de métodos temporales: i) Hormonales, los cuales funcionan por medio de hormonas que impiden la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides (píldoras, inyectables, implante subdérmico, parche y anticonceptivos de emergencia); ii) De barrera, son aquellos métodos químicos o mecánicos que interfieren en el encuentro del óvulo con el espermatozoide (condón y los espermicidas); iii) Dispositivo, es un pequeño elemento que se coloca en el útero de la mujer y actúa creando condiciones que le impiden a los espermatozoides fecundar al óvulo (T de cobre y el endoceptivo).

En este punto, el país se comprometió a incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75% y en la población entre 15 a 19 años al 65%, siempre respetando las creencias y preferencias de las personas. La información proviene de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS de PROFAMILIA, fuente utilizada en la línea de base del Documento Conpes Social 91. Para el cálculo del indicador se tiene en cuenta el número de mujeres unidas o sexualmente activas no unidas que al momento de la encuesta reportaban estar haciendo uso de un método anticonceptivo moderno.

El Gráfico 44 muestra una tendencia continua al crecimiento del uso de métodos modernos de anticoncepción en los 3 años en los que se dispone información, y en todos los grupos de edad analizados. Es de destacar que los mayores crecimientos se presentan en los primeros grupos de edad¹²⁴ donde se supone apenas comienza la vida reproductiva, lo que podría ser relevante para el cumplimiento de la meta en la población entre 15 a 19 años.

Mensajes Principales

El país muestra una tendencia continua al crecimiento del uso de métodos modernos de anticoncepción en todos los grupos de edad analizados, aunque con diferencias departamentales importantes. El hecho que la fuente de información para este indicador sea quinquenal hace que no se cuente con información actualizada del fenómeno.

¹²⁰ Disponible en

http://www.profamilia.org.co/004_servicios/medios/200506301315360.metodos_anticonceptivos.doc?publicacionesPage=3&PHPSESSID=c3a8bd3ad9e2d5cd6e06efce21553049

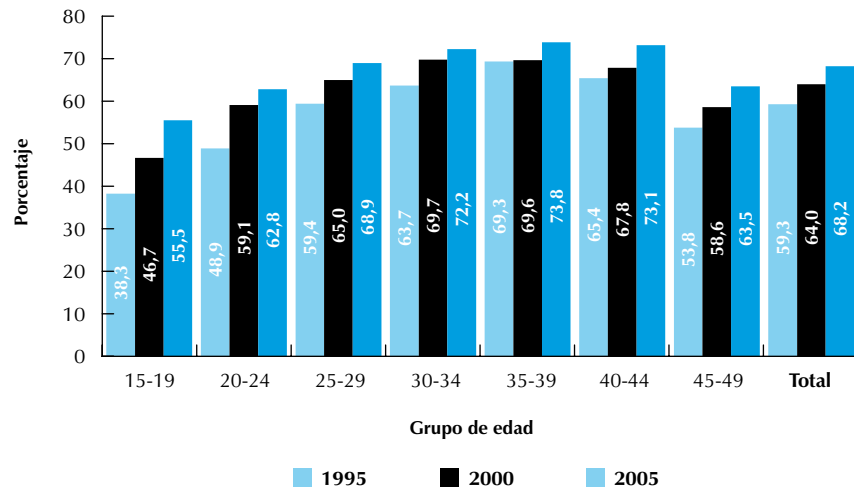
¹²¹ Se incluyen el método del ritmo o calendario, el coito interrumpido o retiro, la lactancia materna, entre otros.

¹²² Algunas falsas creencias son: Tomar jugo de limón después de la relación sexual, saltar después de la relación para que se salgan los espermatozoides de la vagina, bañarse o lavarse la vagina después de la relación sexual.

¹²³ Estas cirugías solo pueden practicárselas mayores de 18 años.

¹²⁴ El crecimiento promedio del país para los tres años es de 4,6%. Por grupos se tiene: 15 – 19 (8,6%), 20 – 24 (6,9%), 25 – 29 (4,7%), 30 – 34 (4,2%), 35 – 39 (2,2%), 40 – 44 (3,9%), y 45 – 49 (4,8%).

Gráfico 44. Porcentaje de uso de métodos modernos de anticoncepción. Población Sexualmente Activa de 15 a 49 años. Colombia 1995, 2000, 2005



Fuente: PROFAMILIA – ENDS.

4.1 Uso de métodos modernos de anticoncepción en población sexualmente activa

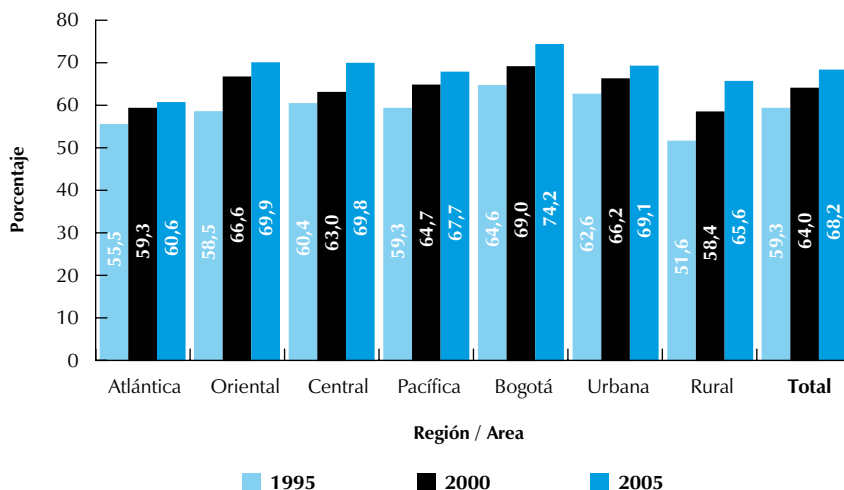
Colombia se encuentra muy cerca de alcanzar la meta de 75% en el 2015. Para 1995, año de la línea de base, el 59% de la población sexualmente activa utilizaba métodos modernos de anticoncepción, para el 2000 esta cifra aumentó a 64% y en el 2005 se ubicó en 68,2%.

Para los tres años de análisis, la región Atlántica presenta los menores porcentajes (55,5%, 59,3% y 60,6%, respectivamente para 1995, 2000 y 2005). Por el contrario, Bogotá mantiene los mayores valores (64,6%, 69% y 74,2%, respectivamente para 1995, 2000 y 2005)¹²⁵. Es preciso señalar que las estimaciones regionales disponibles a partir de la encuesta no incluyen las mujeres sexualmente activas no unidas, por tanto reflejan solamente el comportamiento de las mujeres unidas al momento de la encuesta (Gráfico 45).

Es de destacar la disminución de la brecha entre el área rural y urbana. Para el año 1995 la diferencia era de 11 puntos porcentuales (62,6% área urbana y 51,6% área rural), en el 2000 fue de 7,8 puntos porcentuales (62,6% área urbana y 58,4% área rural), en 2005 la diferencia es de tan solo 3,5% puntos porcentuales (69,1% área urbana y 65,6% área rural). No obstante, el área rural sigue ubicándose por debajo del promedio nacional.

¹²⁵ No se consideran las regiones de Orinoquía y Amazonía, y del Archipiélago de San Andrés, dado que las estimaciones no reflejan adecuadamente el comportamiento de su población.

Gráfico 45. Porcentaje de mujeres unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos, según zona de residencia y región. Colombia 1995, 2000, 2005



Fuente: PROFAMILIA – ENDS.

4.2 Uso de métodos modernos de anticoncepción en población entre 15 y 19 años sexualmente activa

Durante los tres años de estudio el grupo de 15 a 19 años, comparativamente con los otros grupos de edad, presenta el menor nivel de utilización de métodos anticonceptivos modernos; no obstante es el que muestra un mayor crecimiento. Como se observa en el Gráfico 44, el porcentaje de uso aumentó de 38,3% en 1995, año de la línea de base, a 47% en 2000 y 55,5% en 2005.

Las estimaciones de la ENDS permiten análisis regionales solo para el nivel nacional y no para grupos de edad, por esta razón no es posible presentar dicho análisis en la población de 15 a 19 años.

5 | PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE HAN SIDO MADRES O ESTÁN EN EMBARAZO

El embarazo en la adolescencia y en general hasta los 19 años es de alto riesgo para la salud y la vida de la mujer y del feto por causas como hipertensión, alteraciones nutricionales, anemia, infección urinaria, prematuridad, mayor índice de cesáreas y bajo peso del recién nacido. Además, tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social, en tanto que las adolescentes embarazadas o madres, tienden a

Mensajes Principales

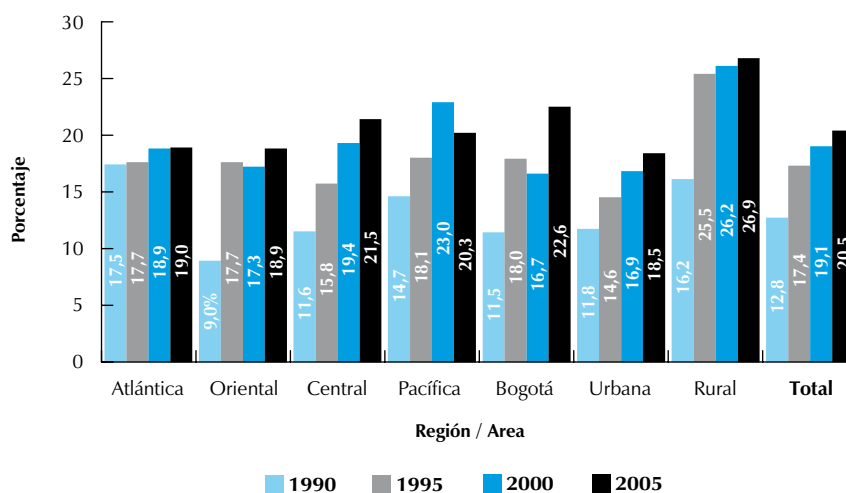
El embarazo adolescente en el país no se ha podido controlar, al punto de estar por encima del límite establecido. Así, el control de este fenómeno se convierte en el principal reto para el diseño de una política eficaz de Salud Sexual y Reproductiva.

abandonar el estudio por falta de dinero, porque les da vergüenza o por presión de la familia o del colegio, cambian radicalmente sus actividades, pues el tiempo que podían dedicar a estar con los amigos, a salir, a pasear, a estudiar; deben compartirlo con el tiempo y cuidado que requiere su hijo.¹²⁶

El incremento en el número de embarazos en adolescentes ha sido un fenómeno de enorme interés en los últimos veinte años y ha llamado la atención de administradores de política pública, investigadores y personal de salud. En este sentido, el país se comprometió a detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes embarazadas, manteniendo esta cifra por debajo del 15%. La información proviene de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS de PROFAMILIA, fuente utilizada en la línea de base del Documento Conpes Social 91. Para el cálculo del indicador se tiene en cuenta el número de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encontraban en embarazo de su primer hijo al momento de la encuesta.

En Colombia mientras la tasa de natalidad general ha ido disminuyendo, la tasa de embarazo en adolescentes se ha ido incrementando en forma paulatina. En 1990, año de la línea de base del Documento Conpes Social 91, correspondía al 12,8%, en 2000 al 19,1% y en 2005 a 20,5% (Gráfico 46). Muchos factores pueden explicar este comportamiento, y llama la atención que a pesar del empeño puesto en el diseño de políticas de salud sexual y reproductiva y del incremento en uso de métodos modernos de anticoncepción en la población de 15 – 19 años, la situación siga siendo compleja y se incremente el embarazo en adolescentes. Como se observa, para el año 2005, el país no solo no detuvo el crecimiento del embarazo adolescente sino que excede la meta por 5 puntos porcentuales. Ante esta situación, es de esperar que se mantenga la tendencia creciente y por tanto en el 2015 no se alcance la meta establecida.

Gráfico 46. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo, según zona de residencia y región. Colombia 1990, 1995, 2000, 2005



¹²⁶ Disponible en: http://www.PROFAMILIA.org.co/004_servicios/medios/200503261633090.embarazo_papa_mama.doc

El anterior gráfico presenta el comportamiento del indicador por regiones geográficas, encontrando un incremento en las cifras observadas en todas las regiones y en todos los años analizados¹²⁷, siendo mayor el ritmo de crecimiento en Bogotá. La región Oriental presenta los menores valores en los años 1990 y 2005 (9% y 18,9%, respectivamente). Para 1995 es la región Central la de menor valor (15,8%) y Bogotá con 16,7% en 2000 es el menor valor. Es de destacar el caso de Bogotá que para los años 1995 y 2005, se ubica como la región con mayor porcentaje de embarazo adolescente (18% y 22,6%, respectivamente), en 1995 comparte este lugar con la región Pacífica (18%). En el año 2000, de nuevo la región Pacífica presenta el mayor porcentaje (23%).

Con respecto a la zona de residencia de la adolescente, se observan grandes diferencias entre el área rural y urbana y un crecimiento de las mismas con respecto a la línea de base. En el año 1990 el área urbana presentaba un porcentaje de 11,8% contra un 16,2% del área rural; para el 2008 dichos valores son 18,5% y 26,8% respectivamente. Esta situación deja entrever el esfuerzo que debe realizar el país en la disminución de brechas regionales y por zona.

6 | MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cérvix o cuello uterino es la parte más baja del útero, el lugar en el que crece el bebé durante el embarazo. El cáncer de cuello uterino es causado por varios tipos de un virus llamado Virus del Papiloma Humano (VPH), el cual se contagia por contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH, pero algunas veces, el virus conduce a un cáncer. Factores como fumar, tener muchos hijos, utilizar pastillas anticonceptivas por largos periodos o tener una infección por VPH aumentan el riesgo de padecer este tipo de cáncer.

La citología cérvico vaginal es un examen costo – efectivo que permite identificar las células anormales en el cuello uterino. Por esta razón, se recomienda a las mujeres practicarse este examen periódicamente con el fin de detectar y tratar las células cambiantes, antes de que se conviertan en un cáncer.

La meta del país establecida en el Documento Conpes Social 91, es reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 muertes por 100.000 mujeres. La fuente de información del indicador son los registros de defunciones de las Estadísticas Vitales del DANE, del las cuales se dispone información desde el año 1998 al 2007.

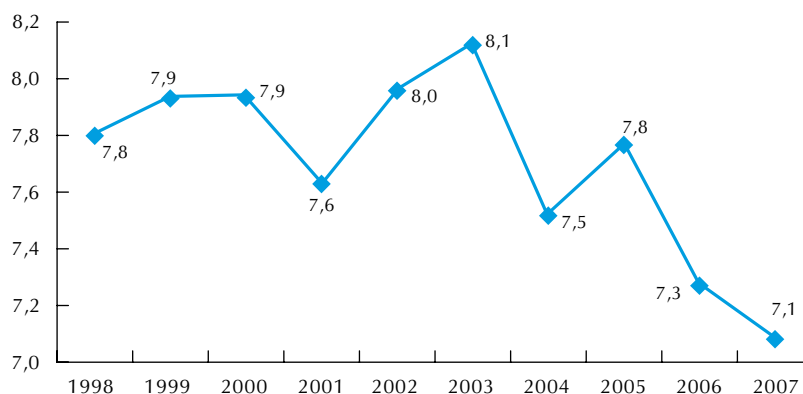
Como se observa en el Gráfico 47, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino presenta una pequeña disminución en el periodo 1998 – 2007, pasando de 7,8 a 7,08 muertes por cada 100.000 mujeres con incrementos en los años 2002 (7,95) y 2003 (8,12). La línea de base establecida en el Documento Conpes Social 91 es de 12,59 por 100.000 mujeres, correspondiente al año 1990. Para realizar comparaciones con la línea de base, se hace necesario que el proveedor de la información (DANE) actualice dicho valor con los datos del Censo General 2005. A la fecha, el proceso se ha realizado para los años 1998 – 2007 periodo de análisis de este informe.

Mensajes Principales

La tendencia de este indicador sugiere que vamos por buen camino para lograr la meta propuesta. Al igual que en otros indicadores, el gran reto sigue siendo la reducción de brechas regionales.

¹²⁷ La región Oriental pasando de 17,7% a 17,3% presentó una disminución de 0,4% en el periodo 1995 – 2000, en el mismo periodo Bogotá pasó de 18% a 16,7% lo que significó una disminución de 1,3%. La Región Pacífica presentó una disminución de 2,7% en el periodo 2000 – 2005, pasando de 23% a 20,3%.

Gráfico 47. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres. Colombia 1998 – 2007



Fuente: Estadísticas Vitales, DANE.

A nivel departamental se presentan diferencias importantes, para el año 2007 Arauca con 13,6, Meta con 11,8, Caquetá con 11,2 y Norte de Santander con 10,5 presentan las mayores tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Por el contrario, los departamentos de Putumayo, San Andrés y La Guajira exhiben las menores tasas (2,6, 2,8 y 3,2 respectivamente).

7 | LAS POLÍTICAS QUE APOYAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

Para analizar la mortalidad materna, es necesario considerar los aspectos culturales, sociales, geográficos, económicos, los cuales deben sumarse a las características del sistema de salud, las condiciones de la madre, el médico y la institución. Dichos elementos hacen sinergia e influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: Preeclampsia – Eclampsia, Hemorragia Obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos. En este sentido, evitar la mortalidad materna pasa por el uso de alta tecnología pero también por la promoción y educación para la salud y el fomento de elementos culturales y socioeconómicos. Las acciones y logros que se presentan a continuación hacen referencia a las ejecutadas por el sector salud.

En los últimos años, se ha presentado una disminución de la mortalidad materna. Diversos factores tales como el aseguramiento en salud¹²⁸, la mayor asistencia a los controles prenatales, el aumento de la atención institucional del parto y por personal calificado, el mayor acceso a los servicios de salud¹²⁹, han influido en estos resultados. Dichos factores fueron considerados como parte de las estrategias del Documento Conpes Social 91; sin embargo, aún persisten los problemas con la vigilancia de la mortalidad materna y el registro de estadísticas vitales; y se mantienen grandes diferencias geográficas en los resultados obtenidos del efecto no deseado (la mortalidad). En efecto, se observa que los

¹²⁸ Según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2008, el 45,4% de la población reporta estar afiliada al Régimen Contributivo y el 51,1% al Régimen Subsidiado.

¹²⁹ En el año 2003 el 78% de la población hacía uso del sistema dada una necesidad en salud, para 2008 esta cifra aumentó a 82% (ECV 2003 y 2008).

departamentos con menor Índice de Desarrollo Humano y mayor porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas son los de mayores tasas de mortalidad materna. Por ejemplo Guainía, Vaupés, Guaviare y Choco¹³⁰ presentan los mayores valores de mortalidad materna del país (558,7, 349, 240, 227,4 por 100.000 n.v, respectivamente) comparado con Quindío, Arauca y Risaralda¹³¹ que registran los menores valores en este indicador (28, 37 y 46 por 1.000 n.v, respectivamente).

En relación con la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna existen diversos actos administrativos (Resolución de Estadísticas Vitales 1347 de 1997, Resolución 3148 de 1998 sobre Comités de Estadísticas Vitales en las Direcciones Territoriales y Decreto 955 de 2002 por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Gestión de las Estadísticas Vitales), que dan las directrices para el proceso de registro y procesamiento de las estadísticas vitales y la vigilancia de la mortalidad evitable en unidades operativas. Desde al año 1995 el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA incluyó la vigilancia de las muertes maternas como un indicador centinela de la calidad y acceso a los servicios de salud en el país. El ejercicio ha demostrado que en la mayoría de las muertes maternas en Colombia, ocurren por deficiencia en la oportunidad y calidad en la prestación del servicio

Para prevenir y controlar la mortalidad materna, el desarrollo normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha favorecido la atención en salud de las gestantes en los diferentes regímenes. En efecto, el Acuerdo 244 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS priorizó el ingreso al Régimen Subsidiado de las mujeres en estado de embarazo o período de lactancia. Esta medida permitió que dichas mujeres igualaran sus beneficios con las afiliadas al régimen contributivo, y hoy por hoy las mujeres de los dos regímenes cuentan con cobertura de servicios de atención prenatal, atención del parto y sus complicaciones y puerperio, y atención en planificación familiar.

Así mismo, a través del Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS y en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social – MPS) expidió la Resolución 412 de 2000 y elaboró las normas técnicas y guías de atención en Salud Sexual y Reproductiva. Estos documentos tienen como objetivo central garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población e impactar los problemas más relevantes en el tema (embarazo no planeado, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las muertes maternas y perinatales). Estas normas técnicas y guías de atención cuentan con un sistema de monitoreo y control llamado Sistema de Fortalecimiento a la Gestión de las EPS, a cargo del MPS, que tiene indicadores de cumplimiento de las acciones establecidas en dichas normas. Para el año 2007 se evaluaron 36 entidades territoriales, 22 EPS y 49 EPS – S. Los resultados mostraron que las aseguradoras del régimen contributivo pasaron de un cumplimiento del 68% en 2003 a 80% en 2006, en las acciones de promoción y prevención a su cargo. No obstante, aún se debe mejorar en el cumplimiento de los indicadores de esterilización quirúrgica femenina, citología cérvico – uterina, consulta de control prenatal por enfermería y consulta de control de planificación familiar.

¹³⁰ Para el año 2005, el 79,2 de la población del Chocó y el 54,8% de la población del Vaupés presentó Necesidades Básicas Insatisfechas –NBI. A nivel nacional el indicador se ubicó en 27,7%.

¹³¹ Para el año 2005, el 16,2 de la población del Quindío y el 17,3% de la población de Risaralda presentó Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI. A nivel nacional el indicador se ubicó en 27,7%.

Como estrategia para promover el uso de métodos modernos de anticoncepción, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS mediante los acuerdos 356 y 380 de 2007 aprobó la inclusión de la Vasectomía en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado; y los medicamentos anticonceptivos hormonales orales e inyectables, el condón masculino, y los procedimientos médicos o quirúrgicos de esterilización en el POS del Régimen Contributivo y Subsidiado. El Ministerio de Protección Social por medio de la resolución 769 de 2008 implementó el Acuerdo 380 de 2007.

Adicionalmente, para mejorar la cobertura de oferta anticonceptiva y detener el embarazo adolescente, a partir del 2007 se implementó el Modelo de Servicios de Salud Amigables para adolescentes en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Boyacá, Guaviare, Huila, Norte de Santander, Tolima, Valle del Cauca, Putumayo y Risaralda, los cuales presentaban la mayor fecundidad adolescente. Así mismo se desarrolló la estrategia informativa “Infórmate y Protégete”, con el objeto de difundir derechos y deberes en Salud Sexual y Reproductiva – SSR a la comunidad, y realizar orientación en la demanda de servicios integrales de SSR. Para el efecto se habilitó la línea de atención gratuita 01800–910334 y la página Web www.informateyprotegete.gov.co

La Corte Constitucional, por medio de la Sentencia C – 355 de 2006, legalizó la interrupción voluntaria del embarazo en tres casos excepcionales: i) Casos de violación, ii) Malformaciones del feto incompatibles con la vida y iii) Riesgo para la vida y la salud de la madre. En respuesta, se diseñó la línea base de salud sexual e interrupción voluntaria del embarazo en población general, prestadores de servicios de salud e instituciones; así mismo, se difunden las normas y condiciones asociadas a la sentencia.

Como parte de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población se capacitó a los agentes educativos de los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF¹³² en estrategias de prevención del embarazo en adolescentes entre los 12 y 18 años, búsqueda activa de mujeres jóvenes menores de 29 años que se encuentran en las mayores condiciones de vulnerabilidad para prevenir nuevos embarazos, y se definió una estrategia multiplicadora en las familias y comunidad receptora de estas acciones

Como parte de la estrategia para reducir la mortalidad y morbilidad por cáncer, el Instituto Nacional de Cancerología – INC, durante el año 2005, desarrolló el Proyecto general en la Prevención y Control del Cáncer denominado “Comunicación Educativa” el cual se contiene cuatro componentes: Tabaquismo, Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino, Detección Temprana de Cáncer de mama, y Estilos de Vida. Durante el 2006 se hicieron actividades para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama, mediante la finalización de los módulos de análisis de oferta, cobertura de citologías y análisis de casos y controles en los departamentos de Magdalena, Boyacá, Tolima y Caldas; se avanzó en la aplicación del Modelo del control del cáncer en el municipio de Soacha, especialmente en el control de Cáncer de Cuello Uterino y se lograron los acuerdos políticos para la articulación entre actividades de detección temprana, diagnóstico y tratamiento.

¹³² Hogares Comunitarios de Bienestar, Hogares FAMI, Clubes pre – juveniles y juveniles, Hogares gestores y educadores familiares

De igual manera, durante el 2007 se realizó la Evaluación Externa de Desempeño al Laboratorio de Salud Pública del Distrito de Bogotá y algunos laboratorios privados adscritos al Instituto Nacional de Salud, y se preparó el componente de control de calidad a las pruebas de tamizaje para la detección temprana del cáncer de cuello uterino en los diferentes laboratorios que conforman la red. De manera paralela, a través del estudio piloto “La movilización social para orientación e inducción de la demanda en una población potencial de 300.000 mujeres”, se implementó el modelo para el control de cáncer de cuello uterino, el cual permitió tamizar a 30.000 mujeres para detección precoz de cáncer de cuello uterino y se realizaron acciones tratamiento oportuno a cerca de 3.000 mujeres. De igual manera, en el año 2007 en Bogotá se inició un estudio de intervención para detección temprana del cáncer de cuello uterino, a través de la evaluación de alternativas de tamización con citología mediante técnicas de inspección visual con ayuda de ácido acético y lugol yodado. Se finalizó el reclutamiento de 5.000 mujeres en las localidades de Usme, Bosa y Ciudad Bolívar, y se continúa seguimiento de 500 mujeres que recibieron tratamiento inmediato tras la tamización.

8 | PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA

Si bien, la cobertura en salud ha aumentado, esto no siempre se relaciona con el desempeño y acceso real a los servicios sanitarios. En este sentido, el reto del país está en garantizar que las instituciones y profesionales de la salud brinden atención de calidad durante el embarazo y el parto. Así mismo, debe hacerse énfasis en la disminución de las desigualdades regionales de aquellos departamentos que todavía presentan cierto rezago para alcanzar la meta. De éstos hacen parte Guainía, Vaupés, Guaviare, Vichada y Chocó como los más críticos.

Al revisar las causas de mortalidad materna se encuentran con mayor frecuencia las condiciones hemorrágicas y la eclampsia, situaciones que pueden ser identificadas oportunamente con adecuados servicios de control prenatal. Esto supone un reto importante en relación con la calidad de los servicios de salud, y su vez plantea la necesidad de mejorar las acciones de vigilancia epidemiológica y seguimiento, control de calidad y retroalimentación continua del diligenciamiento del registro de mortalidad y de los casos reportados al SIVIGILA. Así mismo, es necesario la realización periódica de diagnósticos regionalizados que permitan identificar los problemas locales que inciden en la mortalidad, para llevar a cabo intervenciones más efectivas.

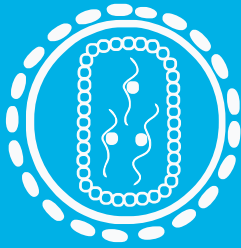
Para el logro de la meta de control prenatal el país es consciente de la necesidad de actualizar la línea de base (año 1990) con la serie de Estadísticas Vitales y la población del Censo General 2005, tarea a cargo del proveedor de la información (DANE). No obstante, se requiere aumentar el ingreso al control prenatal en el primer trimestre de la gestación, y es preciso disminuir las diferencias regionales, en especial en los departamentos de Vaupés, Vichada, Guainía y Amazonas, donde a menos del 50% de las mujeres con hijos nacidos vivos se realiza cuatro o más controles prenatales. Esto pone en evidencia la necesidad de caracterizar la Mortalidad Materna por distribución urbano/rural, nivel de escolaridad y aseguramiento, entre otros.

Con respecto al uso de anticonceptivos modernos es de destacar la disminución de la brecha entre el área rural y urbana. Para esto, es necesario que se implementen estrategias de educación en sano disfrute de la sexualidad, orientadas especialmente a la población adolescente. De igual manera es indispensable que se fortalezcan las acciones de promoción y prevención a cargo de los aseguradores, mediante estrategias de inducción a la demanda, la eliminación de barreras de acceso a la provisión efectiva de métodos modernos contemplados en el POS, y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, haciendo énfasis y adecuando su operación a las características y necesidades de la población adolescente. Así mismo, se requiere retomar y fortalecer el Sistema de Fortalecimiento a la Gestión de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, de tal manera que permita evaluar la atención integral en Salud Sexual y Reproductiva por parte de los actores del sistema.

De otro lado, es necesario que las estimaciones de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en cuanto a métodos anticonceptivos, admitan realizar análisis regionales en la población de 15 a 19 años y la información quinquenal se pueda contrastar contra la información anual que faciliten las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado a través del Sistema de Fortalecimiento a la Gestión de las EPS.

Para el logro de la meta de mortalidad de cáncer de cuello uterino es necesario diseñar y ejecutar acciones encaminadas a mejorar la toma, lectura e interpretación de los resultados obtenidos a partir de las citologías cérvico – uterina. De igual manera, es necesario disminuir las desigualdades regionales de aquellos departamentos que todavía presentan cierto rezago para alcanzar la meta. De éstos hacen parte Quindío, Tolima, Caquetá y Arauca como los más críticos

Para el desarrollo de lo anterior, se deben mantener los logros alcanzados en la atención institucional de parto y personal calificado, de igual manera no se deben descuidar las estrategias y programas ejecutados actualmente, en este sentido se debe continuar el fortalecimiento de la estrategia de Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia – IAMI, y las acciones de información, educación y comunicación de para uso responsable de sexualidad (infórmate y protégete), difusión de la importancia de la toma y entrega de la citología, y de los métodos de anticoncepción incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.



Objetivo 6

COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y EL DENGUE

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Prevalencia de infección de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años	0,65%	0,65%	< 1,2%
	2003	2003	
2. Mortalidad por VIH/SIDA por 100.000 habitantes	5,4	5,7	n.d
	2006	2007	
3. Transmisión madre – hijo del VIH/SIDA – Casos	39,0	39,0	n.d
	2008	2008	
4. Cobertura de terapia antiretroviral	52,3%	76,0%	96,0%
	2003	2007	
5. Mortalidad por malaria	225	65	34
	1998	2007	
6. Mortalidad por dengue	234	101	46
	1998	2007	

Fuente:

1. MPS. Estudios Centinela.
2. 5. 6. DANE. Estadísticas Vitales
3. INS – SIVIGILA
4. ONUSIDA – MPS

1 | PREVALENCIA DE VIH/SIDA

La prevalencia de VIH/SIDA es el indicador que orienta la magnitud y tendencia de la epidemia general en los países. En Colombia, la prevalencia nacional se ha valorado mediante seis estudios centinela entre 1988 y 2003, de diferente diseño y tamaño. Estos estudios se hacen periódicamente en cortes de tiempo de 2 a 3 meses (de allí su característica de transversales) en ciudades capitales de los departamentos priorizados por casos incidentes registrados y por tamaño poblacional, considerando que la posibilidad de transmisión es mayor en esas condiciones. De otro lado ofrecen la ventaja de ser más económicos que los estudios de seroprevalencia y más representativos de las poblaciones vigiladas; así mismo, permiten monitorear la prevalencia de VIH y observar la evolución de la infección en subgrupos de población.

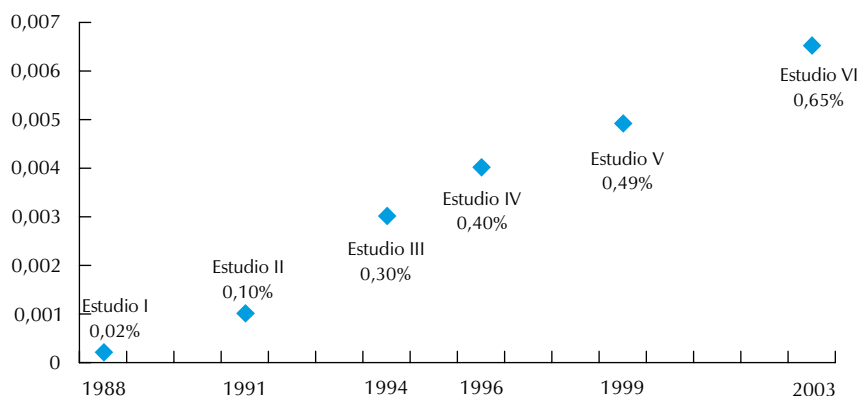
El quinto estudio de vigilancia centinela desarrollado en 1999, estimó la prevalencia de infección por VIH en poblaciones con comportamientos de bajo y alto riesgo de once entidades territoriales del país en una muestra de 22.069 personas. Se incluyeron como poblaciones de bajo riesgo al grupo de mujeres embarazadas que consultaban por primera vez a control prenatal y a la población adulta que consultó por primera vez en el año a una consulta de medicina general y como población de alto riesgo a personas que consultaron por primera vez en el año a una clínica de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), con queja de dolor, úlcera o secreción genital.

El sexto estudio de vigilancia centinela (2003) por su parte, buscó determinar la tendencia de la epidemia en el país y la carga que representa para el Sistema General de Seguridad Social –SGSSS. Fue un estudio descriptivo y transversal en el que se hizo tamizaje de conveniencia a mujeres gestantes y jóvenes de 15 a 24 años consultantes de los servicios de salud en diez de las once entidades territoriales centinelas incluidas en el quinto estudio, que permitió estimar la prevalencia en poblaciones de bajo riesgo para VIH/SIDA.

Mensajes Principales

De acuerdo con las estimaciones, la prevalencia nacional del VIH en población general de 15 a 49 años podría estar cerca del 0.7% para el año 2015; lo que significa que se alcanzaría a cumplir la meta nacional. En todo caso, es preciso que el país realice acciones específicas para disminuir la prevalencia en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad y para fortalecer el registro del fenómeno.

Gráfico 48. Prevalencia de VIH/SIDA. Estudios centinela. Colombia 1988 – 2003



Fuente: Resultados Estudios centinela. Ministerio de la Protección Social.

El Gráfico 48 muestra los resultados de los seis estudios centinelas, donde se observa una tendencia creciente de la prevalencia de infección por VIH/SIDA, pasando de 0,02% en 1988 a 0,65% en el 2003. El comportamiento en los diferentes grupos poblacionales, según datos de ONUSIDA para 2006, es también similar al general. Por ejemplo, en mujeres embarazadas aumentó de 0,06% en 1991 a 0,4% en 1999, y a 0,6% en 2003; mientras que en mujeres con infecciones de transmisión sexual, las cifras se incrementaron de 0,2% en 1994 a 1,1% en 1999.

Según el quinto estudio de vigilancia centinela, la prevalencia total de VIH/SIDA para el año 1999 fue del 0,49%, en mujeres gestantes del 0,24%, en adultos de la población general del 0,57%, en jóvenes de 12 a 24 años del 0,53% y en consultantes por ITS del 0,87%. Para ese año, los departamentos y municipios que tuvieron una prevalencia mayor del 0,49% (total general) fueron en su orden Atlántico (1,2%), Norte de Santander (0,9%), Antioquia (0,9%), Cali (0,7%), Meta (0,5%) y Risaralda (0,5%).

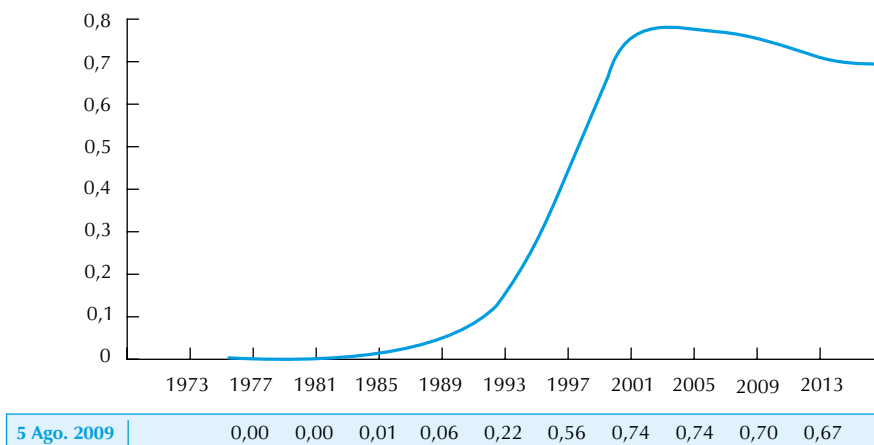
Según el VI estudio de vigilancia centinela, la prevalencia de VIH/SIDA para el 2003 fue del 0,65% en población de bajo riesgo; en mujeres gestantes fue del 0,65% y en jóvenes de 15 a 24 años fue del 0,59%. Los departamentos que presentaron una prevalencia superior de 0,49% (prevalencia estudio centinela V), fueron en su orden Atlántico (1,67%), Santander (1,33%), Bogotá (0,71%) y Risaralda (0,67%).

Comparando los dos estudios, se observa que la prevalencia en gestantes aumentó de 0,24% en el estudio V de 1999 a 0,65% en el estudio VI del 2003. En los jóvenes no se observan diferencias significativas en las prevalencias. Los departamentos de Atlántico y Risaralda presentaron prevalencias superiores al 0,49% en los dos estudios.

La vía de transmisión más frecuentemente reportada desde 1983 ha sido la sexual con el 96,01% de los casos, aunque hay que aclarar que existe un subregistro importante en esta variable (cerca del 40%). Esta situación contrasta con el hecho que la edad de inicio de las relaciones sexuales en mujeres de 25 a 49 años ha disminuido, pasando de 19,3 en 2000 a 18,4 en 2005 (ENDS 2000 y 2005 de PROFAMILIA).

Los valores de prevalencia de los diferentes estudios son utilizados para desarrollar estimaciones generales de afectación poblacional y como insumo de las proyecciones epidémicas a 5 y 10 años. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA –ONUSIDA elaboró un modelo de estimación de prevalencia de punto Spectrum, utilizando la hoja de cálculo diseñada para estimar prevalencias en epidemias concentradas (ONUSIDA/Ministerio de la Protección Social, 2004). Este modelo permite mediante la definición y la estimación de un rango de tamaño de las poblaciones tanto de alto como de bajo riesgo y de la estimación de un rango de prevalencia para cada una de las poblaciones definidas, hacer un cálculo del punto de prevalencia de personas viviendo con el virus o con sida en el país (PVVS), tomando como referencia los parámetros internacionales de comportamiento de la epidemia. El Gráfico 49 muestra los resultados para Colombia del informe de Estimaciones y Proyecciones de la epidemia terminado en agosto de 2009.

Gráfico 49. Prevalencia proyectada de VIH. Colombia 1983 –2015



Fuente: Estimaciones y proyecciones de la epidemia por VIH/SIDA. Colombia Año 2009. MPS. Observatorio Nacional de VIH/SIDA.

De acuerdo con las estimaciones, la prevalencia nacional del VIH en población general de 15 a 49 años es cercana al 0,7% para el año 2005 y podría estar cerca del 0,7% para el año 2015; lo que significa que se alcanzaría a cumplir la meta nacional. En todo caso, es preciso que el país realice acciones específicas para disminuir la prevalencia en los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.

2 | MORTALIDAD POR VIH/SIDA

En este aspecto, el país se comprometió a establecer una línea de base para medir la mortalidad por VIH/SIDA, este resultado debía lograrse en el quinquenio 2005 – 2010. Durante el quinquenio 2010 – 2015 la meta es reducir en 20% dicha línea de base. Al momento de presentar este informe aún no se ha cumplido la primera meta. No obstante la falta de definición de la línea de base, es posible analizar el comportamiento de la mortalidad por VIH/SIDA en el periodo 1998 – 2007, correspondiente a la información de Estadísticas Vitales del DANE ajustada por el Censo General 2005.

La mortalidad por VIH/SIDA en Colombia tiene dos fuentes de información; el reporte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA administrado por el Instituto Nacional de Salud –INS, y los registros de defunción de las Estadísticas Vitales del DANE. En el SIVIGILA se realiza la vigilancia pasiva de notificación semanal de eventos de interés en salud pública, pero dado que esta fuente presenta un subregistro aún no identificado, para efectos de este informe se utilizarán los registros del DANE.

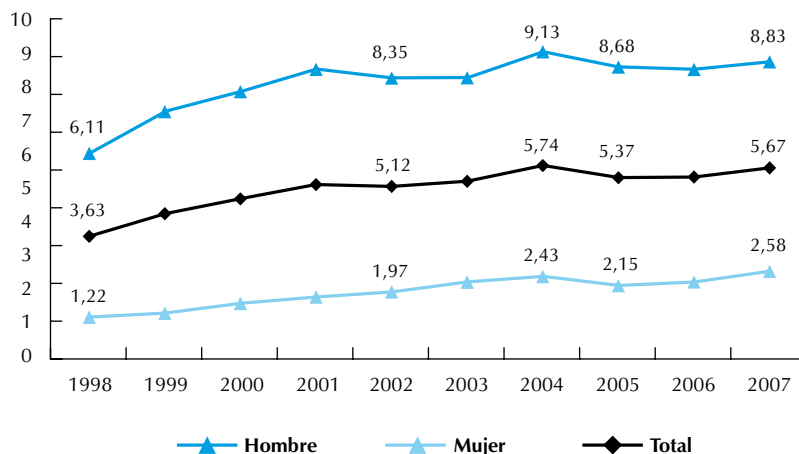
El Gráfico 50 muestra el comportamiento de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA. Se observa una curva ascendente con pendiente moderada que indica un crecimiento anual del indicador, pasando de 3,63 a 5,67 muertes por 100.000 habitantes entre 1998 y 2007. Si esta tendencia se mantiene, aún con los esfuerzos

Mensajes Principales

La mortalidad por VIH/SIDA muestra un crecimiento moderado que puede afectar el logro de la meta de reducción propuesta. Adicionalmente, es prioritario definir una línea de base de este indicador, para así establecer formalmente la meta esperada.

de mayor incremento en el acceso al Tratamiento Antirretroviral – TAR y Asesoría y Prueba Voluntaria – APV, se puede suponer que revertirla hacia la reducción será difícil, a menos que se intensifiquen o adopten nuevas estrategias para disminuir la mortalidad.

Gráfico 50. Tasa de mortalidad por SIDA por 100.000 habitantes. Colombia 1998 – 2007. Distribución anual por sexo



Fuente: Estadísticas Vitales – DANE.

Al analizar por sexo, la distribución de casos de mortalidad resulta mayor entre los hombres para todos los años estudiados. Sin embargo, se observa un incremento progresivo en la participación de las mujeres en las muertes por sida, el cual sobrepasa el 11 % desde 1999. Este comportamiento concuerda con la tendencia a la feminización de la epidemia que ha disminuido la relación hombre – mujer de 5 en 1998 a 3,8 en 2006.

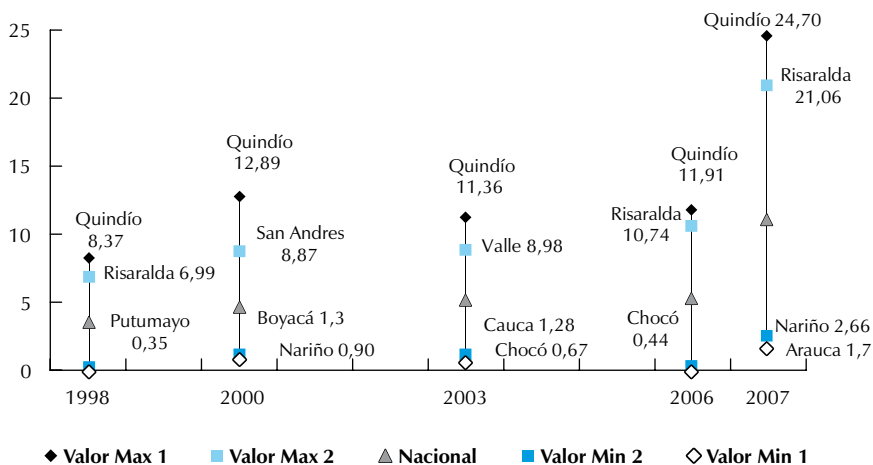
A partir de los datos se establece para el periodo 2000 a 2004 un valor promedio de 5,21 muertes por 100,000 habitantes, la que se podría asumir en principio como una línea de base. Para los años 2005 – 2007, esta cifra va en 5,48 muertes por 100.000 habitantes, lo que indica un crecimiento del 5% con respecto al valor promedio del quinquenio anterior. Esta situación se constituye en otro argumento para reevaluar la meta propuesta (reducción del 20%).

El análisis a nivel departamental se encuentra restringido, debido a la disponibilidad de información para el cálculo del indicador. Si bien, a través de los registros de defunción de Estadísticas Vitales se obtiene el número de muertes por SIDA, no es posible contar con el número de población total para los departamentos del Grupo Amazonía (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada). En este sentido, dichos departamentos no hacen parte del análisis presentando en este informe.

En los departamentos a los cuales es posible calcular la tasa de mortalidad por SIDA, se observan diferencias con respecto a la media nacional, cuya magnitud se ha incrementado en el periodo analizado. Para el año 2007, Arauca con 1,7 y Nariño con 2,6 muertes por 100.000 habitantes presentan las tasas más bajas.

Por el contrario Quindío y Risaralda exhiben los valores más altos con 24,7 y 21,1 muertes por 100 mil habitantes, respectivamente. El Gráfico 51 muestra los valores extremos del indicador.

Gráfico 51. Tasa de mortalidad por SIDA por 100.000 habitantes. Valores departamentales extremos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE.

Resulta relevante señalar la situación de Quindío, que durante todo el periodo analizado no solo presenta la tasa de mortalidad más alta de todo el país, sino que también ha aumentado de manera importante la tasa y la distancia respecto a la media nacional. En efecto, en 1998 se registraron 8,37 muertes por cada 100,000 habitantes y en 2007 la cifra es tres veces mayor (24,7). Similar situación muestra Risaralda que pasó de una tasa de mortalidad por SIDA de 6,99 en 1998 a 21,06 en 2007.

3 | TRANSMISIÓN PERINATAL DEL VIH/SIDA

Se denomina transmisión perinatal del VIH a la situación en que el niño es infectado por el virus del SIDA durante el embarazo, el parto o el periodo de lactancia. Dada la mayor oferta de pruebas en gestantes y el consecuente acceso a diagnóstico en mujeres, se ha incrementado el número posible de niños que pueden contraer el virus. No obstante, el hijo/a de madre infectada por el VIH tiene la oportunidad de no contagiarse.

El aspecto más importante para evitar el riesgo de transmisión es el diagnóstico precoz del VIH en la mujer embarazada para poder iniciar oportunamente, el tratamiento con medicamentos antiretrovirales y evitar que su hijo se infecte. Otras medidas efectivas son el parto por cesárea programado; la suspensión de la lactancia materna, substituyéndolo por fórmula láctea y otros alimentos, de acuerdo con la edad del niño. En efecto, si la mujer embarazada es VIH positivo

Mensajes Principales

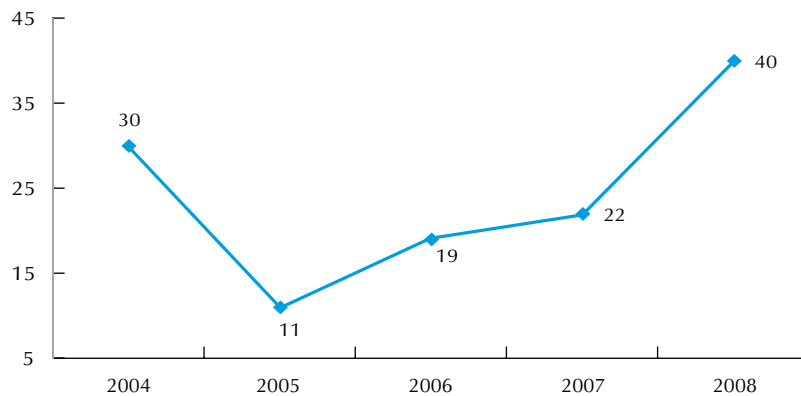
La tendencia creciente de este indicador, si bien atenta contra la meta de reducción propuesta, refleja también un mayor acceso a las pruebas en gestantes. Al igual que con el indicador anterior, se hace necesario definir la línea de base y la meta esperada.

y no ha sido diagnosticada y/o está sin tratamiento, la posibilidad de transmitir el virus de madre a hijo es de un 30%.

La meta nacional es reducir en 20% la incidencia de transmisión madre – hijo, el indicador expresa el número de casos de infección por VIH/SIDA reportados anualmente en menores de cinco años, con mecanismo probable de transmisión perinatal. Dichos casos se identifican a partir de la base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA. La línea de base del quinquenio 2005 a 2010 necesaria para realizar seguimiento a la meta establecida en el Documento Conpes Social 91, se definirá en el año 2011. Sin embargo, se observa que en el periodo 2004 a 2008 se han registrado 122 casos.

En el año 2004 se registraron 30 casos, sin embargo en el 2005 se presentó una reducción importante (63%). A partir de ese año se presenta un crecimiento sostenido, y para el año 2008 se registran 40 casos de transmisión perinatal (Gráfico 52). Cabe señalar que el comportamiento creciente en las cifras, es consistente con la mayor oferta voluntaria de prueba en gestantes.

Gráfico 52. Casos de VIH/SIDA con mecanismo probable de transmisión perinatal. Colombia 2004–2008



Fuente: Base de datos SIVIGILA – Instituto Nacional de Salud.

Para el año 2008 se encuentra que Antioquia con 6, seguido por Córdoba con 5 y Cartagena con 3 son los departamentos que registran el mayor número de casos de transmisión perinatal.

4 | COBERTURA DE TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

Los fármacos antiretrovirales son medicamentos para el tratamiento de la infección por el virus del VIH causante del SIDA. Este tratamiento ayuda reducir la carga viral del paciente. La mayoría de las personas que inician tratamiento antiretroviral logran reducir la carga viral a niveles indetectables. Sin embargo,

el tratamiento antiretroviral es muy complejo, y los resultados pueden ser muy diferentes en personas distintas. Está demostrado que la terapia antiretroviral logra que mejore la salud de las personas con SIDA y con sistemas inmunitarios muy debilitados.

El acceso a Tratamiento Antiretroviral – TAR se reporta a partir de los estudios realizados de Medición del Gasto en VIH/SIDA, conocidos como MEGAS, que han sido propuestos en su metodología por ONUSIDA, contando con recursos de apoyo de este organismo para su ejecución. Se tiene la expectativa de que el registro de los indicadores del Observatorio Nacional de Gestión en VIH/SIDA incrementen su cobertura de respuesta y de esta forma mantener un reporte estandarizado periódico, en tanto esto no se logre, la fuente de información para este informe son los estudios MEGAS.

Es necesario precisar que no todas las personas con VIH necesitan tratamiento, y que el porcentaje de cobertura de TAR se puede construir de diferentes maneras. La forma más adecuada es identificar el número de personas con VIH/SIDA que tienen criterios clínicos y de laboratorio por los cuales se requiere suministrar TAR (aplica a todos los esquemas terapéuticos). La segunda forma es asumir que todas las personas clasificadas con VIH y con SIDA requieren tratamiento. Otra manera es la de estimar, con expertos clínicos, el porcentaje de personas que requieren TAR del total de personas que atienden en el último año con estos diagnósticos, sin diferenciar entre portadores VIH y SIDA. Con esta metodología, en general se alcanza el 95% de cobertura debido a que la mayoría de personas con nuevos diagnósticos son clasificadas con SIDA (el 100% con requisitos clínicos para iniciar TAR) y a que los clasificados como portadores VIH, tienen casi todos criterios de inicio terapéutico.

Dado la disponibilidad de información y las restricciones para identificar el número de personas que efectivamente necesitan tratamiento, para efectos de este informe se asume que todas las personas con VIH y SIDA requieren terapia antiretroviral¹³³.

Cuadro 29. Cobertura global de TAR en personas con VIH y SIDA. Colombia 2005 a 2007

Año	Población identificada VIH/SIDA	Paciente en tratamiento	% en tratamiento	% sin tratamiento
2005	20,697	16,500	79,7%	20,3%
2006	23,937	17,322	72,40%	27,3%
2007 ¹³⁴	25,122	19,097	76%	24%

Fuente: ONUSIDA – Ministerio de Protección Social.

Como se observa en el Cuadro 29, la cobertura de terapia antiretroviral se mantiene por encima del 70%. Para el 2003, año correspondiente a la línea de base establecida en el Documento Conpes Social 91, la cobertura era 52,3%, lo que indica un crecimiento de 45% entre el 2003 y el 2007. Este resultado

Mensajes Principales

La cobertura de tratamiento antiretroviral se mantiene por encima del 70%, logro muy importante para el país. Si se mantiene el ritmo de crecimiento, esta será una de las metas que posiblemente se cumplan de forma anticipada.

¹³³ Esta metodología puede generar subestimaciones en la cobertura.

¹³⁴ Los datos del año 2007 tienen limitaciones con respecto a la disponibilidad de datos para población asegurada. Los años 2006 y 2005 no presentan este inconveniente.

obedece entre otras cosas, a la inclusión de los medicamentos antiretrovirales dentro del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y Contributivo, y al esfuerzo del país para incrementar la cobertura de aseguramiento, de tal forma que mayor número de personas podrán acceder al tratamiento. Este logro es muy importante para Colombia, en tanto que la meta ODM es incrementar la cobertura en 15% para 2010, y 30% para 2015.

Mensajes Principales

El país, en dengue y malaria, ha mostrado una reducción significativa en el número de casos, tanto para hombres como mujeres. Sin embargo, persiste el hecho que unos pocos departamentos aglutinan el mayor número de casos del país.

5 | MORTALIDAD POR MALARIA

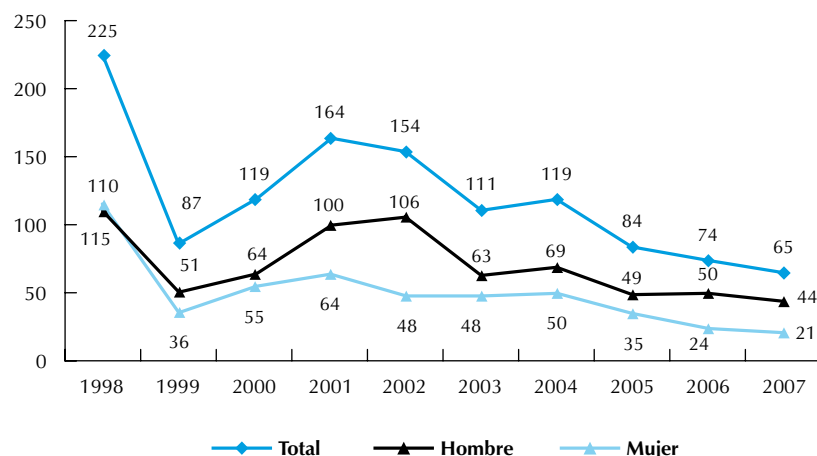
La malaria, conocida también como paludismo, es una enfermedad producida por parásitos del género plasmodium; el cual se transmite a los seres humanos por medio de las picaduras de los mosquitos anófeles infectados con el parásito.

En este punto, el país se comprometió a reducir en 85% los casos de mortalidad por malaria que para 1998 se ubicaron en 225. La información proviene de la Estadísticas Vitales del DANE, fuente utilizada en la línea de base del Documento Conpes Social 91.

El Gráfico 53 muestra una tendencia continua a la disminución de casos de mortalidad por malaria, pasando de 225 en 1998 a 65 en 2007, lo que significa una reducción de 71,11%. Al analizar por sexo, la distribución de casos de mortalidad resulta mayor entre los hombres para casi todos los años observados, excepto en 1998.

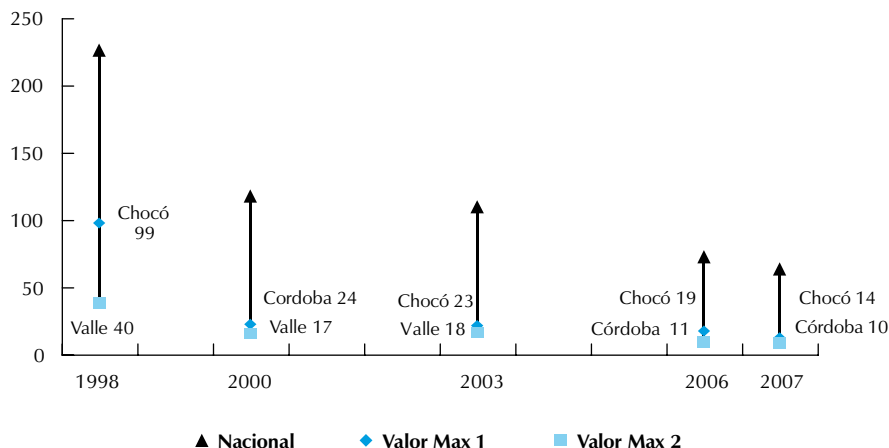
Los casos de mortalidad por malaria en la población femenina presentan una reducción de 81% al pasar de 115 en 1998 a 21 en 2007. En tanto que en los hombres el porcentaje de decrecimiento es de 60%, al pasar de 110 en 1998 a 44 en 2007.

Gráfico 53. Casos de mortalidad por malaria. Distribución por sexo. Colombia 1998–2006



Si bien la reducción de muertes resulta importante, aún deben observarse las diferencias regionales. Para el año 2007, Chocó con 14, Córdoba con 11 y Antioquia y Valle con 9 casos cada uno, son los departamentos con mayores casos de muertes ocasionados por malaria. El Gráfico 54 muestra la evolución del total y los valores extremos de los casos de mortalidad por malaria¹³⁵.

Gráfico 54. Diferencias casos de mortalidad por malaria. Valores máximos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007



Fuente: Estadísticas Vitales – EEVV DANE.

Para el año 1998, Chocó con 90 y Valle con 40 eran los departamentos con los mayores casos de mortalidad por malaria. Como se observa, estos dos departamentos con 139 casos representaron el 61,2% del total para el año 1998. Para el año 2007, Chocó con 14 y Córdoba con 10 son los departamentos con el mayor número de casos de mortalidad por malaria. La participación de los departamentos con el mayor número de casos dentro del total de casos, se redujo pasando de 61,2% en 1998 a 37% en 2007. No obstante, cabe señalar que Chocó se ubica como el departamento con el mayor número de casos, durante el periodo analizado, excepto en 2000. Por su parte, Valle y Córdoba también se ubican como los departamentos con los mayores casos de mortalidad por malaria.

6 | MORTALIDAD POR DENGUE

El Dengue es una enfermedad viral, endémica y epidémica en zonas tropicales. Posee una extensión geográfica similar a la de la malaria, pero a diferencia de ésta, el dengue se encuentra a menudo en las zonas urbanas. El dengue se transmite a los humanos por el mosquito *Aedes Aegypti*, el cual es el principal vector de la enfermedad en el país.

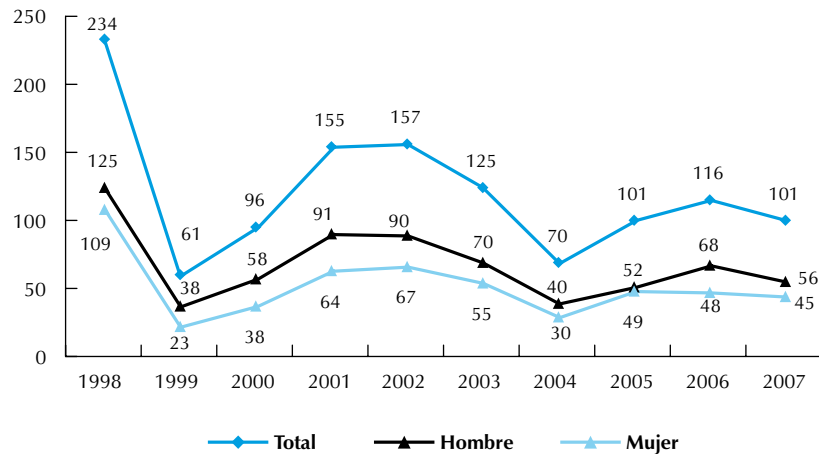
En este punto, el país se comprometió a reducir en 80% los casos de mortalidad por dengue que para 1998 se ubicaron en 234. La información proviene de las Estadísticas Vitales del DANE, fuente utilizada en la línea de base del Documento Conpes Social 91.

¹³⁵ Dado que muchos departamentos no presentan muertes por malaria, solo se exponen los valores máximos.

El Gráfico 55 muestra una tendencia continua a la disminución de casos de mortalidad por dengue, pasando de 234 en 1998 a 101 en 2007, lo que significa una reducción del 56,8%. Al analizar por sexo, la distribución de casos de mortalidad resulta mayor entre los hombres para casi todos los años observados.

Los casos de mortalidad por dengue en la población femenina presentan una reducción de 58,7% al pasar de 109 en 1998 a 45 en 2007. En tanto que en los hombres el porcentaje de decrecimiento es de 55,2%, al pasar de 125 en 1998 a 45 en 2006.

Gráfico 55. Casos de mortalidad por dengue. Distribución por sexo. Colombia 1998 – 2007



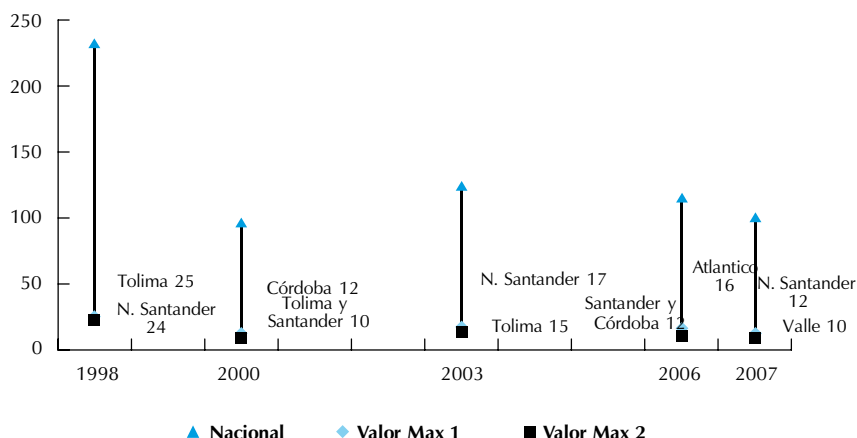
Fuente: Estadísticas Vitales – DANE

Si bien la reducción de muertes resulta importante, aún deben observarse las diferencias regionales. Para el año 2007, Norte de Santander con 12 y Valle con 10 casos, son los departamentos con mayores muertes a causa de dengue. El Gráfico 56 muestra la evolución del total y los valores máximos de los casos de mortalidad por dengue¹³⁶.

Para los años 1998 y 2003, Tolima y Norte de Santander fueron los departamentos con los mayores casos de mortalidad por dengue. Como se observa, estos dos departamentos representaban el 21% del total de casos en 1998 y el 26% en 2003. Para el año 2007 Norte de Santander y Valle son los departamentos con el mayor número de casos, representando entre ambos el 22% del total de casos registrado en el país.

¹³⁶ Dado que muchos departamentos no presentan casos de muerte por dengue, no se presentan los valores mínimos.

Gráfico 56. Diferencias casos de mortalidad por dengue. Valores máximos. Colombia 1998, 2000, 2003 y 2006



Fuente: Estadísticas Vitales –EEVV DANE.

7 | ÍNDICE DE INFESTACIÓN DE AEADES

En este punto el país se comprometió a reducir a menos del 10% los índices de infestación de Aedes en los municipios de categoría especial, 1 y 2 por debajo de 1,800 metros sobre el nivel del mar. No obstante, después de analizar la información disponible, las estrategias y los determinantes de los índices; el Ministerio de la Protección Social, entidad encargada del manejo de la política de salud colombiana, concluyó que no es viable medir este indicador y por tanto no es factible realizar seguimiento al mismo.

La justificación menciona que los índices de infestación aedica son la resultante de una serie de macrodeterminantes: 1. Ambientales (altitud, temperatura, humedad relativa, pluviosidad, cambios climáticos); 2. Demográficos (migración y desplazamientos a zonas urbana); 3. Socioeconómicos (calidad de la vivienda, disponibilidad de servicios básicos como agua potable y recolección de desechos sólidos, saneamiento básico); 4. Cultural (conductas de riesgo en el almacenamiento, mantenimiento y cuidados de depósitos de agua); 5. Compromiso y participación individual y social, compromiso institucional y apoyo político.

Debido a este carácter multifactorial, no es viable pretender mantener bajos los índices de infestación mediante control con medidas paliativas como la aplicación de larvicidas químicos o biológicos, que si bien producen resultados a corto plazo (durante un máximo de 90 días), es una reducción puntual que puede resultar engañosa, dado que tiene una enorme variabilidad dependiendo de la dinámica de los diferentes factores de riesgo en tiempo y espacio. De igual manera estas medidas no son sostenibles ni costo – efectivas.

8 | LAS POLÍTICAS QUE APOYAN EL CUMPLIMIENTO DE LA META

8.1 VIH/SIDA

El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS ha obtenido logros importantes en la ampliación de los beneficios para las personas infectadas por el VIH/SIDA, como la inclusión de la carga viral, las formulas lácteas para los niños y todos los medicamentos que se requieren para el tratamiento efectivo del virus, en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado. Así mismo se desarrollaron, en 2006, las guías de atención integral, las cuales establecen las actividades, intervenciones y procedimientos para el diagnóstico y tratamiento. Actualmente se encuentran en revisión.

En ese mismo año (2006), el Ministerio de la Protección Social adelantó el estudio “Análisis regulatorio y del mercado institucional de medicamentos Antirretrovirales en el SGSSS de Colombia”, que permitió identificar las dificultades que enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA en cuanto al acceso a medicamentos antirretrovirales. El diagnóstico que realizan algunas aseguradoras y entidades territoriales no se presenta hasta el momento en que el paciente es sintomático, disminuyendo las posibilidades de efectividad del tratamiento. De otro lado, el estudio señaló algunas situaciones que encarecen los precios de mercado de los medicamentos; por ejemplo, las asimetrías de información sobre precios del mercado institucional ocasionan que los actores con menor nivel de certidumbre adquieran medicamentos a un mayor precio; la presencia de oligopolios y monopolios en el mercado farmacéutico causa precios por encima del óptimo a fin de satisfacer la ganancia monopolística; la estructura de mercado evita que se generen economías de escala en la compra de medicamentos ARV.

Como estrategia para lograr la cobertura universal en salud, la Ley 1122 de 2007 aprobó el aumento de las cotizaciones al régimen contributivo de 12% a 12,5%, lo que posibilita mayor acceso a los tratamientos antirretrovirales incluidos en los planes de beneficios de los dos regímenes. Como beneficio dentro del Plan Obligatorio de Salud –POS se incluyó la entrega de 10 condones mensuales con una frecuencia trimestral a las personas que viven con el virus del VIH/SIDA o que padecen enfermedades de transmisión sexual.

Como parte de la política de Salud Sexual y Reproductiva – SSR se realizó y divulgó a todas las entidades territoriales el manual de procedimientos para la reducción de la transmisión perinatal del VIH. En 2007 se tamizaron 145.404 gestantes, un 55% más que el año anterior, de las cuales 249 fueron diagnosticadas con infección por VIH. De estas últimas, al 94% (235) se les realizó seguimiento durante su embarazo y se les suministró medicamentos antirretrovirales hasta el momento del parto. Así mismo, a los 228 niños que nacieron vivos, se les suministró profilaxis antirretroviral y fórmula láctea, evitando que 223 (98%) se infectaran con VIH. A septiembre de 2008 se habían tamizado 101.591 gestantes y diagnosticado 209 mujeres con infección por VIH (Ministerio de la Protección Social, Informe al Congreso 2007 – 2008).

El modelo de Servicios amigables para adolescentes y jóvenes, se orienta a la adecuación de las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Parte de las acciones que apoyan directamente la atenuación del crecimiento de la epidemia por VIH/sida corresponden a detección del riesgo de embarazo y de Infecciones de Transmisión Sexual, que orientan los usuarios a servicios de atención integral diferenciada (horarios diferenciados, recurso humano capacitado en atención a la población de interés, adecuación de los procesos administrativos y de gestión y participación juvenil).

8.2 Malaria y Dengue

En 2006 se invirtieron \$48.090 millones y en 2007 por \$78.165 millones para la prevención y el control de las enfermedades transmitidas por vectores ETV, de los cuales cerca de la mitad fueron transferidos a las Direcciones Territoriales.

En 2008, para la prevención y control de la malaria se introdujeron nuevos esquemas terapéuticos para su tratamiento, se compraron 58.000 pruebas rápidas para el diagnóstico, 100.000 toldillos impregnados con insecticidas para larga duración, y se realizó un estudio de resistencia a insecticidas de los vectores de enfermedades de transmisión vectorial con base en el cual se ajustaron los lineamientos técnicos sobre uso de insecticidas. Para estas actividades se invirtieron \$530 millones.

En convenio con el SENA se estandarizó la norma de competencia en vigilancia y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV y se certificaron 60 técnicos del programa de ETV en Córdoba, así mismo se capacitaron 93 técnicos en microscopía en malaria. También se efectuaron 4 talleres regionales para el manejo de máquinas aspersoras de insecticidas para control químico de vectores en los departamentos de La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Arauca, Guainía, Vichada y Boyacá.

Se ha incrementado la coberturas de uso de toldillos impregnados con insecticidas de larga duración en departamentos críticos como Antioquia, Chocó y Nariño. Según la ENS 2007, en el 16% de los hogares residentes en municipios de riesgo para malaria, algún miembro de la familia había dormido con protección de toldillo la noche anterior y el 30% de las viviendas habían sido rociadas con insecticidas el año anterior a la encuesta.

Se ha dado continuidad al Proyecto “Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario” (PAMAFRO), el cual surgió como una iniciativa de los Ministros de Salud del Área Andina reunidos en la ciudad de Sucre, Bolivia en el año 2002. Esta propuesta fue presentada ante el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y fue aprobada en julio del año 2004, por un total de 26 millones de dólares en 5 años de ejecución, se inicio el Proyecto en octubre del 2005, se ha cumplido la Fase I y se inició la Fase II que concluye en septiembre del 2010¹³⁷.

En 2001 se organizó la Red Amazónica de Vigilancia de la Resistencia a los Antimaláricos –RAVREDA, en la cual participan Bolivia, Brasil, Colombia,

¹³⁷ En www.orasconhu.org

Ecuador, Guyana, Perú, Surinam, y Venezuela. Esta estrategia que surgió como respuesta al reto de la resistencia a los antimaláricos en la región amazónica, contó con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud. En este contexto, Colombia ha logrado identificar resistencia al tratamiento de *Plasmodium falciparum* a la amodiaquina y sulfadoxina – pirimetamina en la costa Pacífica y parte de los departamentos de Córdoba y Antioquia.

9 | PRINCIPALES RETOS DE POLÍTICA

9.1 VIH/SIDA

La transmisión del Vih en Colombia está principalmente asociada a las prácticas sexuales. Los temores, mitos y tabúes asociados a la sexualidad y su vinculación con el VIH pueden influir en la baja demanda voluntaria de pruebas diagnósticas y en el estigma, discriminación y exclusión a que pueden ser sometidas las personas que viven con el virus o que ya han enfermado de sida (Velandia, 2002). En este sentido, un reto del país es tratar de modificar el arraigo a ciertas tradiciones o creencias hace difícil el abordar temas de la sexualidad que son claves para la prevención y para la prestación de servicios de salud

A pesar de que las campañas publicitarias orientadas a la promoción de uso del condón se han incrementado durante el quinquenio, la frecuencia reportada de su uso consistente es aún muy baja, tanto entre la población general como entre los grupos de mayor vulnerabilidad. Se argumenta que las campañas de medios masivos no han tenido la especificidad ni en el nombre que apunte a recordarle a la población que hay algo que se llama VIH/SIDA que sigue creciendo y que es prevenible.

Algunos aspectos que se relacionan de manera directa con el VIH/SIDA tiene que ver con los servicios de salud. En efecto, elementos como la baja capacidad resolutoria de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, la ausencia de un sistema de información de la gestión, la debilidad en los procesos de articulación departamental y municipal, las debilidades en la gestión, la deficiencia en el desarrollo del componente del sistema de información del sistema de Garantía de la Calidad, el propio temor por realizarse la prueba¹³⁸ y la falta de adhesión al tratamiento, pueden retrasar el acceso oportuno a pruebas diagnósticas y/o tratamiento antirretroviral.

Concienciar y comprometer a las entidades territoriales con el problema del VIH/SIDA constituye un reto del país. En especial, se requiere que los departamentos con las mayores tasas de mortalidad, Risaralda y Quindío, realicen esfuerzos adicionales a los desarrollados por el Ministerio de la Protección Social y las Agencias de Naciones Unidas. Por ejemplo, el diseño y distribución de folletos, afiches, material informativo y documentos para los profesionales de la salud y población en general. De igual manera, debe reconocerse que existe falta de continuidad de líneas de acción y del recurso humano calificado, tanto a nivel nacional como local.

¹³⁸ Según la ENS 2007, solo el 15% de los hombres entre 18 y 69 años refiere haberse realizado la prueba, para las mujeres en el mismo grupo de edad, la cifra se eleva a 25,5%.

De igual manera se requiere realizar de manera periódica y con representatividad poblacional, estudios centinela, de comportamientos y seroprevalencia en mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, y en general en población vulnerable. Así mismo, es preciso ajustar, a las condiciones y características nacionales, el modelo matemático de Spectrum que permite realizar las estimaciones y proyecciones de las prevalencias de VIH/SIDA.

Con respecto a la cobertura de tratamiento antirretroviral, es poco probable que algún país tenga los datos de todos las personas que clínicamente requirieren de TAR, considerando el nivel de desarrollo de los sistemas de información y la historia natural de la enfermedad, en la que pueden pasar varios años desde la ocurrencia de la infección, hasta el momento del diagnóstico. Sin embargo, es importante que se realicen esfuerzos para incrementar la eficiencia de los sistemas de información de los actores del SGSSS, con el fin de precisar el número de personas que tienen criterios para iniciar TAR.

De forma paralela, se requiere continuar con la estrategia de transmisión vertical, incentivando a las gestantes a realizarse oportunamente la prueba de serología para VIH, informarle del riesgo de transmisión a través de la lactancia materna, generar de manera rutinaria el diagnóstico precoz en el recién nacido, en los primeros seis meses de vida y si es posible en el primer mes de vida.

Dado los datos históricos de tuberculosis, el nivel de la afectación de la población por esta patología y la coinfección con el VIH/SIDA, el país es consciente de la necesidad de analizar el comportamiento de esta enfermedad y de definir una meta dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo de Milenio. En efecto, existen planes, proyectos y metas¹³⁹ orientados a mejorar las condiciones de respuesta de las comunidades y las personas, con el propósito de disminuir el riesgo de adquirirla y su transmisión.

9.2 Malaria y Dengue

Dado que el conocimiento acerca del dengue y la malaria y sus formas de prevenirle son bajos en la población, constituye un reto, de largo plazo, para el país diseñar e implementar estrategias de movilización y comunicación social para el cambio de costumbres en cuanto a las actividades de promoción, prevención y control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores –ETV. De igual manera, es importante fortalecer las acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Para el efecto, se requiere fortalecer a las entidades territoriales para que mejoren la gestión técnico-operativa en el manejo de las ETV; para lo cual es preciso finalizar la revisión y actualización de normas y guías técnicas de las ETV, las cuales se encuentran en procesos de ajustes técnicos.

Con el fin de optimizar y complementar los recursos nacionales de transferencias para funcionamiento e inversión, que al año ascienden a 30.000 millones de pesos, es indispensable realizar evaluación de impacto o de resultados del programa de manejo de las ETV.

¹³⁹ El decreto 3039 de 2007 por el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, fijó las siguientes metas nacionales: i) Aumentar al 70% la detección de casos de tuberculosis en el país (línea de base: 54%) y ii) Aumentar al 85% la tasa de curación de los casos de tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva (línea de base 63%).



Objetivo 7

GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Bosque reforestado	23.000	21.000	30.000
	2003	2008	
2. Áreas protegidas por el Sistema de Parques	10.157.020	11.518.483	10.322.020
	2002	2008	
3. Consumo sustancias agotadoras de la capa de ozono	1.000	210	0,0
	2003	2008	
4. Cobertura acueducto urbano	94,6%	97,6%	99,4%
	1993	2008	
5. Cobertura alcantarillado urbano	81,8%	92,9%	97,6%
	1993	2008	
6. Cobertura acueducto rural	41,1%	72,0%	81,6%
	1993	2008	
7. Cobertura saneamiento básico rural	51,0%	69,6%	70,9%
	1993	2008	
8. Hogares en asentamientos precarios	19,9%	15,2%	4%
	2003	2008	

Fuente:

1. SIGOB

2. UAESPNN

3. MAVDT

4. 5. 6. 7. 8. DANE – Encuestas de hogares. Cálculos DNP

1 | MEDIO AMBIENTE

1.2 Cobertura de bosque natural

En Colombia se puede obtener un indicador de cobertura forestal cada 7 años, de acuerdo con la capacidad de acceso y procesamiento de información de fotografías satelitales.

El IDEAM había reportado en 2004 un área de bosque natural de 55,6 millones de hectáreas (cobertura de 48,8% de la superficie del país)¹⁴⁰; sin embargo, en 2007 la estimación con base en la misma información, se elevó a 61,2 millones de hectáreas (cobertura de 53,64% de la superficie del país), a partir de la elaboración del “Mapa de Ecosistemas Continentales, Costeros y Marinos”, como resultado de un importante esfuerzo interinstitucional, y la aplicación de una nueva metodología acorde con estándares internacionales (Cuadro 30)¹⁴¹. Este último dato se convierte entonces en el nuevo referente de cobertura de bosque natural¹⁴².

Cuadro 30. Cobertura de bosque natural

Tipo de Cobertura	1986	IDEAM (2004)(1) 1994	2001–2003	Nueva Metodología 2001–2003(2)
Bosques naturales (ha)	56.902.000	56.280.000	55.613.000	61.246.659
Proporción de la superficie del país	49,9%	49,4%	48,8%	53,64%
Bosques Plantados (ha)				161.161
Vegetación secundaria (ha)				8.148.154
Superficie total de bosques (ha)				69.555.974
Proporción de la superficie del país				60,92%

Fuente: Informe anual sobre el estado del medio ambiente y los recursos naturales renovables en Colombia

(1) Informe anual sobre el estado del medio ambiente y los recursos naturales renovables en Colombia

(2) Adaptación de la metodología CORINE LAND COVER, escala 1:500.000. Fuente: Mapa de Ecosistemas Continentales. Costeros y Marinos, 2007. IDEAM, IGAC, IAVH, SINCHI, INVEMAR, IAP.

La superficie total ocupada por la cobertura de bosques en Colombia, es de 69.555.974 hectáreas (ha.), un 60,92% con relación a la superficie total del país. La superficie ocupada por bosques se encuentra conformada por las coberturas de: bosque natural con un área de 61.246.659 ha. equivalentes al 88,05% de la superficie total de bosques y al 53,64% con respecto a la superficie total nacional; bosque plantado con un área de 161.161 ha equivalentes al 0,23% de la superficie total de bosques y al 0,14% con respecto a la superficie total

Mensajes Principales

Los resultados en reforestación han sido muy satisfactorios, sin embargo en los últimos años no se ha logrado cumplir con la meta promedio anual propuesta, lo que implica mayores esfuerzos para los próximos años.

¹⁴⁰ Ideam (2004), Informe anual sobre el estado del medio ambiente y los recursos naturales renovables en Colombia.

¹⁴¹ El procedimiento corresponde a una adaptación de la metodología Corine Land Cover, sobre el Mapa de Ecosistemas en escala 1:500.000. Esta metodología define con mayor precisión las zonas de cobertura vegetal.

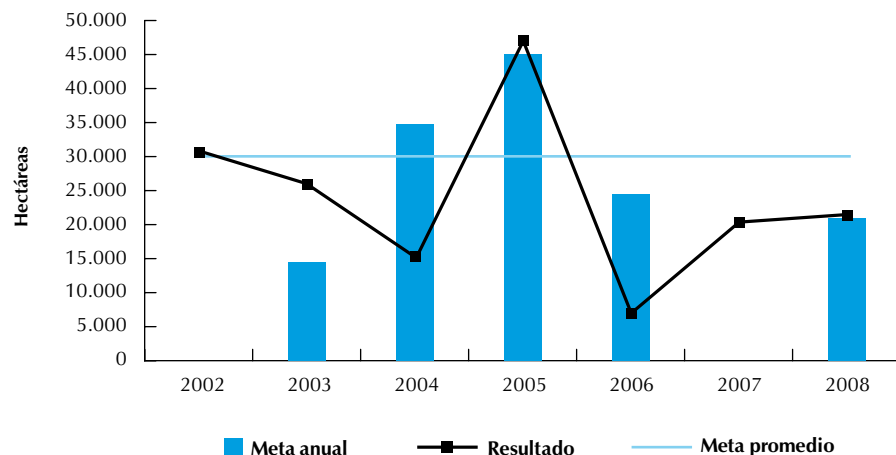
¹⁴² En la nueva estimación se calcularon además el área de “bosques plantados” (161.161 ha) y el área de vegetación secundaria (8.145.901 ha), para una superficie total de bosques de 69,5 millones de hectáreas (61% de cobertura del país).

nacional; y vegetación secundaria con un área de 8.148.154 ha., que equivalen al 11,71% de la superficie total de bosques y al 7,14% con respecto a la superficie total nacional.

Con el propósito de promover procesos de ordenación y manejo forestal sobre las coberturas forestales, recuperar áreas degradadas y disminuir la presión sobre los bosques naturales, el Gobierno Nacional estableció la siguiente meta SIGOB “120.000 Hectáreas reforestadas y/o en proceso de restauración en cuencas abastecedoras de los acueductos municipales” durante el cuatrienio 2006 – 2010, la cual se enmarca en el Programa de Gestión Integrada del Recurso Hídrico del Plan Nacional de Desarrollo “Estado Comunitario: Desarrollo para Todos”. El logro de la meta incluye los siguientes esquemas de restauración: Reforestación protectora – corredor biológico, Reforestación protectora – productora, Reforestación protectora – productora con guadua, Sistema agroforestal, Cercas Vivas, Enriquecimiento vegetal y Aislamiento para la conservación natural. Los cuales, son implementados a través de diferentes fuentes de financiación, entre las cuales se encuentran: Fondo para la Acción Ambiental – FPAA, Fondo de Compensación Ambiental – FCA, Recursos propios de las Corporaciones Autónomas Regionales y de Desarrollo Sostenible y El crédito BID 1556 OC–CO que financia el Programa de Apoyo al Sistema Nacional Ambiental – SINA II. El alcance de esta meta SIGOB, implícitamente mantiene el promedio de 30,000 ha. al año, propendiendo por el logro de los ODM.

Durante el período de gobierno 2002 – 2006 se adelantaron acciones de reforestación protectora en áreas abastecedoras de agua en 121.847 ha., superando la meta de 120.000 ha., que es la misma programada para el período 2006 – 2010. En los últimos tres años el resultado ha estado por debajo de la meta, a diciembre de 2008 la meta anual se había cumplido en un 36% (Gráfico 57). Para lograr cumplir la meta programada para el cuatrienio es necesario que incrementar la reforestación a cerca de 45.000 ha., anuales aproximadamente.

Gráfico 57. Reforestación Plan Nacional de Desarrollo



Fuente: SIGOB

De acuerdo con las antiguas estimaciones del IDEAM, la tasa de deforestación promedio anual del bosque natural se habría incrementado de 0,14% a 0,18%, al comparar los períodos 1986 – 1994 y 1995 – 2001, alcanzando así alrededor de 100 mil ha. al año. En este sentido, la meta establecida apuntaría a compensar con bosque protector aproximadamente el 30% de la deforestación del bosque natural que podría estar presentando en el país. Sin embargo, lo prudente será sacar conclusiones acerca de esta tendencia una vez se aplique la nueva metodología adoptada sobre la información satelital más reciente, teniendo en cuenta, además, la dinámica de plantaciones comerciales.

1.2 Zonas protegidas para mantener la diversidad biológica

Área protegida por el SPNN. El indicador de zonas protegidas adoptado se circunscribe a las áreas protegidas por el Sistema de Parques Nacionales Naturales (SPNN), administrado por la Unidad Administrativa Especial del Sistema de Parques Nacionales Naturales (UAESPNN), la cual se creó a partir de la Ley 99 de 1993 dentro de la estructura del MAVDT¹⁴³.

En 1975 el área total declarada bajo protección por el Sistema de Parques Nacionales Naturales sumaba aproximadamente 2,5 millones de hectáreas, actualmente el área del SPNN cubre una extensión de 11,5 millones de hectáreas con 54 áreas protegidas en diferentes categorías de manejo del SPNN. El porcentaje de ecosistemas que están incluidos y adecuadamente representados en el Sistema de Parques Nacionales Naturales es del 59%, es decir de los 144 tipos de ecosistemas existentes, 85 tienen algún tipo de representatividad en el sistema, lo anterior teniendo como referencia los ecosistemas descritos para el país en el Mapa de Ecosistemas Marinos, Costeros y Continentales (IDEAM 2008).

Frente a la meta establecida en el actual Plan Nacional de Desarrollo (2006 – 2010) de incorporar 200.000 nuevas hectáreas declaradas bajo diferentes categorías de manejo para el Sistema Nacional de Áreas Protegidas, a diciembre del 2008 se habían declarado 173.254 ha. en superficie nueva protegida (Cuadro 31).

Cuadro 31. Áreas protegidas del SPNN

Periodo	Hectáreas	Número de Áreas del SPNN						
		Total	PNN	ANU	RNN	SFF	VP	SF
Antes de 2002	10,157,020	46	33	1	2	9	1	
2002 – 2006	1.188.209	5	4			1		
2007 – 2008	173.254	3	2					1
Acumulado	11.518.483	54	39	1	2	10	1	1

PNN: Parques Nacionales Naturales; **ANU:** Área Natural Única; **RNN:** Reserva Nacional Natural; **SFF:** Santuario de Flora y Fauna; **VP:** Vía Parque; **SF:** Santuario de Flora.

Fuente: UAESPNN

Mensajes Principales

El país ha logrado superar ampliamente y de manera anticipada la meta propuesta. Para los próximos años, se hace necesario definir metas más ambiciosas en este tema.

¹⁴³ La UAESPNN además coordina el Sistema Nacional de Áreas Naturales Protegidas (Sinap), del cual hace parte el SPNN. En el país existen más de quince categorías de áreas naturales protegidas de los niveles nacional, regional y local, y de carácter tanto público como privado.

Para el cumplimiento de las metas establecidas en el plan de trabajo de áreas protegidas, del Convenio de Diversidad Biológica “Establecimiento y mantenimiento al 2010 para las zonas terrestres y al 2012 para las marinas de sistemas nacionales y regionales completos, eficazmente gestionados y ecológicamente representativos de áreas protegidas y que contribuyan a cumplir los objetivos del CDB y a reducir la tasa de pérdida de biodiversidad”, Parques Nacionales Naturales, ha desarrollado un ejercicio importante en la declaratoria de áreas protegidas, teniendo en cuenta los diferentes trabajos que definen sitios prioritarios de conservación (Kattan 2004, Fandiño y Wyngaarden 2005, Sguerra 2005, Hernández 2005, Walshburger et al. 2006, Alonso et al. 2007, Andrade 2007, TNC – INVEMAR 2007, Corzo y Andrade, 2009).

Planes de manejo socialmente acordados para las áreas declaradas del SPNN. Se estableció la meta de adoptar planes socialmente acordados para todas las áreas declaradas del SPNN. A partir de 2002 se ajustó la metodología para la formulación de planes de manejo, adaptándola a las realidades locales de los parques del país, y se validó en 8 áreas protegidas piloto. La nueva metodología incluyó el componente de participación social de los actores involucrados en la conservación de las áreas que integran el Sistema de Parques Nacionales. A la fecha, de las 54 áreas protegidas, 52 tienen plan de manejo formulado, de los cuales 47 han sido adoptados mediante resolución. Los planes de manejo de PNN Churumbelos y el SF Plantas Medicinales Orito Ingi-Ande, se encuentran en etapa de formulación y los planes de manejo de las siguientes áreas se encuentran en proceso de revisión para su adopción mediante resolución: Reservas Nacionales Naturales Nukak y Pui-nawai y PNN Cahuinari, Selva Florencia y Serranía de los Yariguies. (Cuadro 32)

Cuadro 32. Planes de manejo de áreas del SPNN

	2002	2005	2008
Áreas SPNN	46	51	54
Planes Formulados	8	48	52
Planes Adoptados	0	0	47

Fuente: UAESPNN

Mensajes Principales

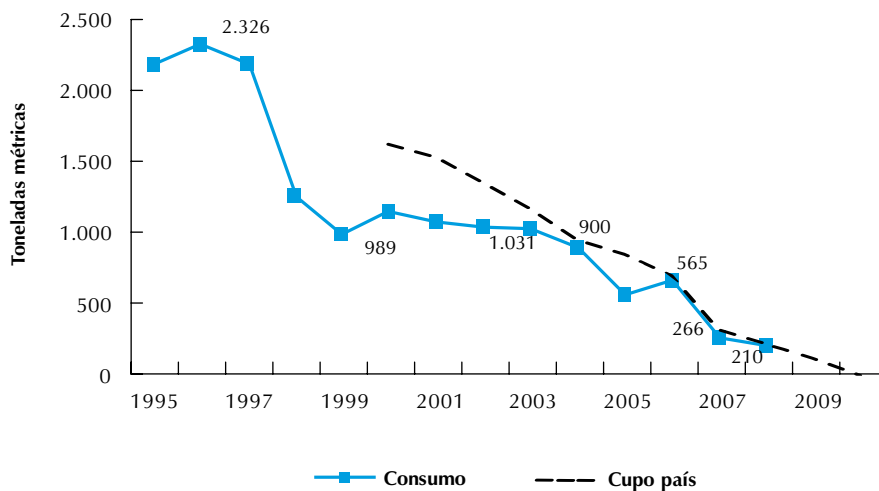
La reducción de las Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono ha sido superior a la estimada. Si se continúa con esta tendencia, no habrá problemas para alcanzar la meta propuesta.

1.3 Consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono y emisiones de CO₂

Se adoptó la meta de eliminar para 2010 el consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO), siguiendo las directrices del Protocolo de Montreal, mediante el establecimiento de cupos de consumo, que se reducen anualmente. El consumo oficial corresponde a las importaciones de clorofluorocarbonos (CFC) registradas en la DIAN y reportadas a la Unidad Técnica de Ozono (UTO) del MAVDT.

El consumo de CFC se redujo en un 84% entre 1995 y 2008, al pasar de 2.179 toneladas a 210 toneladas anuales. Después de una gran reducción hasta 1999 (-54,6%), el consumo se estabilizó hasta el año 2003, para luego decrecer en el período 2004 – 2006 (-35%) y aún más en 2007 (-60%). La caída del consumo de CFC de los últimos años es resultado de eficaces regulaciones y programas, en línea con el cupo total anual establecido en el país en el marco del Protocolo de Montreal¹⁴⁴. Las 210 toneladas de CFC consumidas en el 2008 están por debajo de las toneladas que se habían establecido como cupo total para ese año. (Gráfico 58).

Gráfico 58. Consumo de CFC



Fuente: MAVDT

En relación con las emisiones de CO₂ se presentan los datos disponibles de gases de efecto invernadero (GEI) con el propósito de abarcar un enfoque más amplio. Las metodologías usadas para el cálculo del inventario de emisiones de gases de efecto invernadero para los años 1990, 1994, 2000 y 2004, fueron las propuestas por el Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la información recolectada cada año no corresponde a muestras sectoriales homogéneas.

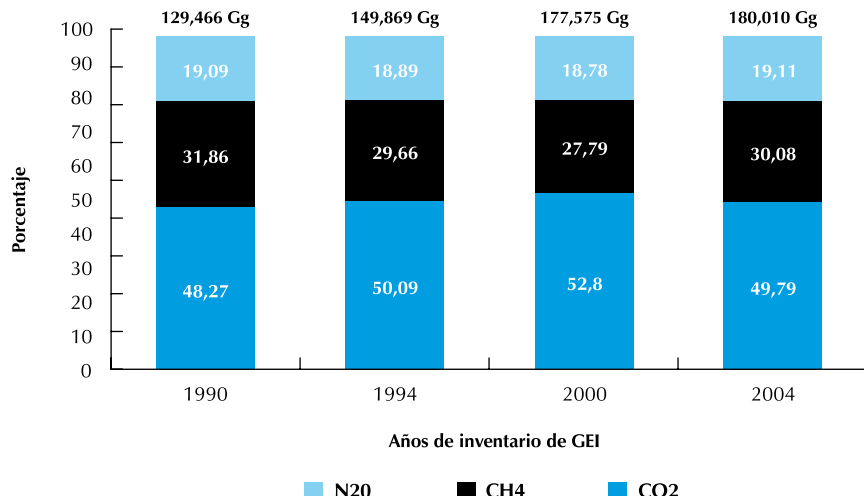
Los resultados del inventario nacional de GEI muestran que el aporte de los GEI medido en CO₂ eq¹⁴⁵ se compone del dióxido de carbono CO₂ (50%), metano CH₄ (30%) y óxido nitroso N₂O (19%); quedando el 1% para el resto de gases que causan efecto de invernadero y no están dentro del Protocolo de Montreal (halocarbonos y hexafluoruro de azufre) (IDEAM 2008¹⁴⁶). (Gráfico 59)

¹⁴⁴ La Resolución 0734 de 2004 estableció un cupo total anual de importación de CFC, modificando la Resolución 0304 de 2001.

¹⁴⁵ Por la variabilidad entre las actividades radiactivas de los diferentes GEI y sus tiempos de residencia atmosférica, es necesario realizar la conversión de las emisiones de cada uno de los GEI en unidades de CO₂ eq. Lo anterior permite comparar las emisiones de varios gases según los potenciales de calentamiento global (GWP) para un horizonte de 100 años contenidos en el “1995 IPCC Second Assessment Report (IPCC 1996)”.

¹⁴⁶ Proyecto Preparación de la Segunda Comunicación Nacional de Colombia ante la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático, Componente Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero. Sin publicar.

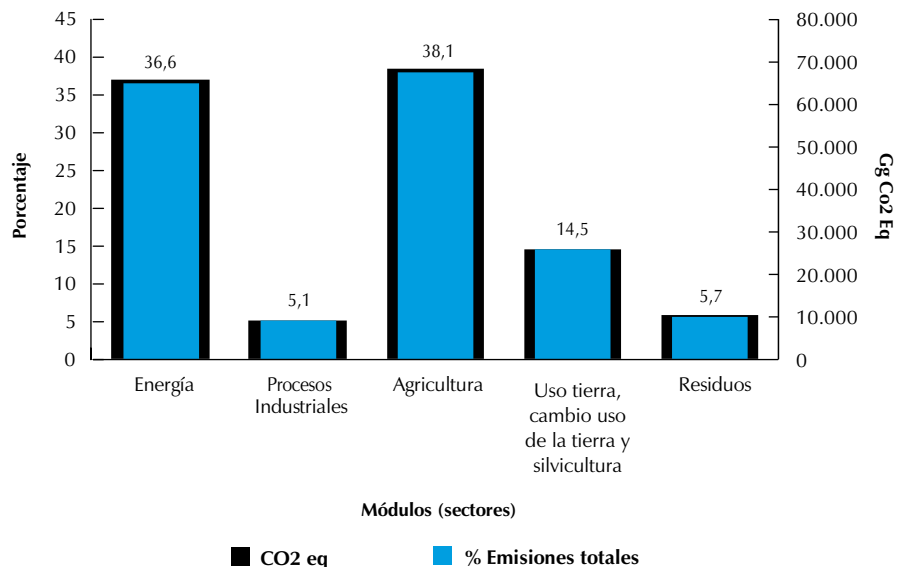
Gráfico 59. Emisiones de Co2 Eq (%) 1990–1994 y 2000–2004



Fuente: IDEAM

En los años del inventario (1990, 1994, 2000 y 2004) las mayores emisiones de GEI se encontraron en el módulo de agricultura (38%), seguido por los módulos de energía y uso de la tierra, cambio en el uso de la tierra y silvicultura que emitieron el 36,6% y 14,5% de los GEI, respectivamente. (Gráfico 60) Teniendo en cuenta las emisiones por gases se tiene que las mayores emisiones de CO2 se registraron en el módulo de energía (rango de 64% a 74% para estos cuatro años); metano se registran en el módulo agropecuario (66% a 77%) y óxido nitroso (N2O) en las actividades del módulo agropecuario (95% a 96%)¹⁴⁷.

Gráfico 60. Emisiones de Co2 Eq por módulos (sectores) 1990 – 1994 y 2000 – 2004 (GEI 2004)



¹⁴⁷ Proyecto Preparación de la Segunda Comunicación Nacional de Colombia ante la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático, Componente Inventario Nacional de Gases de Efecto Invernadero. (IDEAM) Sin publicar.

Fuente: IDEAM

Los siguientes son los principales resultados del inventario de GEI:

- a) De los 180.010 Gg¹⁴⁸ emitidos de CO₂ eq en el año 2004, en el bióxido de carbono (50%), metano (30%) y óxido nitroso (19%), se concentra más del 98% de las emisiones totales anuales.
- b) En el año 2004, las emisiones estimadas para los módulos de agricultura –agropecuaria– (38%) y energía (37%) representan el 75% de las emisiones totales de CO₂ eq.
- c) El sector agropecuario, incluyendo el uso de la tierra y cambio en el uso de la tierra, son partícipes del 53% de las emisiones de CO₂ eq en el 2004.
- d) El módulo de energía participó en el año 2004 con un 64% de las emisiones de CO₂.
- e) En el año 2004, Colombia emitió 180.010 Gg de CO₂, tal cantidad representa un 0,37% de la emisión mundial (49 millones de Gg de CO₂ eq).

1.4 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta

Conocimiento para la conservación y uso sostenible de los recursos naturales renovables y de la biodiversidad. El Mapa de Ecosistemas Continentales, Costeros y Marinos (MECCM) concluido en 2007¹⁴⁹, representa un gran avance que permitirá adelantar acciones más estratégicas de conservación y uso sostenible de los naturales renovables y de la biodiversidad, con impacto sobre los indicadores de cobertura forestal y de representatividad de ecosistemas en áreas protegidas. Este desarrollo es resultado de un importante proceso de coordinación interinstitucional¹⁵⁰, en el que las diferentes entidades adoptaron una metodología común de referencia internacional y realizaron la actualización de los siguientes mapas como insumo: climas, geomorfopedología y cobertura de la tierra. Adicionalmente, se ha iniciado el proceso de realizar el MECCM a escala 1:100.000 mediante el desarrollo del Mapa de Cobertura de la Tierra CORINE LAND COVER para todo el país.

Por otra parte, dentro del Programa de Monitoreo y Seguimiento de Bosques, el IDEAM y el DANE firmaron en 2007 un convenio para dar inicio al desarrollo del proceso del Inventario Forestal Nacional, en el marco del cual, se viene adelantando el diseño de la metodología que tendrá una prueba piloto en 2009 con las Corporaciones Autónomas Regionales. Así mismo, en el marco del Programa de Reducción de la Vulnerabilidad Fiscal del Estado frente a los Desastres Naturales, el MAVDT y el IDEAM vienen trabajando en la generación de mejor información para la prevención y atención de incendios de la cobertura vegetal; en la actualidad se cuenta con el mapa de susceptibilidad de las coberturas vegetales a los incendios y se está desarrollando el mapa de riesgos de incendios.

Con base en el MECCM, la UAESPNN elaboró una propuesta técnica de “Prioridades de conservación para el SPNN”, a escala nacional con represen-

¹⁴⁸ Greenhouse gases, o Gases de efecto invernadero.

¹⁴⁹ EL MECCM se elaboró a escala 1:500.000 con base en imágenes satelitales del período 2001 – 2003.

¹⁵⁰ En la elaboración del MECCM participaron los cinco institutos de investigación ambiental del país (Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales – IDEAM, Instituto de Investigaciones Ambientales del Pacífico – IIP, Instituto de Investigaciones de Recursos Biológicos Alexander Von Humboldt – IAVH, Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas – SINCHI, Instituto de Investigaciones Marinas y Costeras – INVEMAR), así como el Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC.

tatividad ecosistémica, vinculando las urgencias de conservación ante proyectos de infraestructura vial, minero-energéticos y de distritos de riego, entre otros. La propuesta contempla la ampliación de 14 áreas protegidas y la declaración de 15 nuevas áreas.

Reforestación y conservación de bosques. La meta del gobierno nacional de reforestar 30.000 ha anuales, con bosque protector principalmente, en el marco del programa Gestión Integrada del Recurso Hídrico del Plan Nacional de Desarrollo, se complementa con una tendencia positiva de las plantaciones comerciales. Sin embargo, esta dinámica aún no alcanza a compensar la tendencia de deforestación estimada, por lo que no se está garantizando la conservación del bosque.

La principal causa de la deforestación en el país es la expansión de la frontera agrícola y la colonización (73,3%), seguida de la producción maderera (11,7%), el consumo de leña (11%), los incendios forestales (2%) y los cultivos ilícitos (2%)¹⁵¹.

En este sentido, para alcanzar la conservación y aprovechamiento sostenible del potencial forestal es fundamental la adecuada asignación de usos de la tierra y la productividad agropecuaria, y dentro de ésta, resulta crítica la reasignación de suelo y transformación productiva de la ganadería. La actividad ganadera ocupa 38,3 millones de hectáreas (33,6% de la superficie), cuando 19,3 millones de hectáreas serían suficientes para atender los requerimientos del Plan Estratégico de la Ganadería Colombiana con visión al año 2019¹⁵², bajo sistemas productivos eficientes.

Otro cuello de botella para la conservación del bosque, es el incipiente desarrollo del sistema productivo forestal de maderables, que acude a la explotación desordenada de éstos ante la insuficiencia de las plantaciones comerciales. El limitado acceso a capital, la deficiente infraestructura vial y la inseguridad jurídica frente a la regulación ambiental, son algunos de los factores que han limitado el desarrollo del sector. La “Ley Forestal” (Ley 1021 de 2006) introducía una serie de normas que apuntaban a brindar mayor seguridad jurídica y facilitar el acceso a crédito; sin embargo, esta Ley fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional¹⁵³, por considerar que su adopción debió ser consultada específicamente con organizaciones indígenas y tribales, que potencialmente serían afectadas de forma directa por la norma, dejando asimismo sin piso los decretos reglamentarios que se habían expedido. En la actualidad cursa un nuevo proyecto de Ley de Reglamentación de la Actividad de Reforestación Comercial en el Congreso de la República.

La búsqueda de los objetivos de aprovechamiento de las ventajas comparativas del sector forestal y la promoción de la competitividad de productos forestales maderables y no maderables, a partir del manejo sostenible del bosque natural y del incremento de las plantaciones comerciales, se rige por el Plan Nacional de Desarrollo Forestal (PNDF) adoptado en el año 2000¹⁵⁴, como una política de largo plazo. Este Plan comprende tres programas: i) Ordenamiento, conservación y restauración de ecosistemas forestales; ii) Fomento a las cadenas productivas; y iii) Desarrollo institucional del sector forestal. Además, el sector cuenta con un esquema

¹⁵¹ DNP y MAVDT (1996), Documento Conpes No. 2834.

¹⁵² Fedegan (2006), Plan Estratégico de la Ganadería Colombiana 2019: Por una ganadería moderna y solidaria, noviembre.

¹⁵³ Sentencia C-030 de 2008.

¹⁵⁴ Aprobado por el Consejo Nacional Ambiental el 5 de diciembre de 2000.

de incentivos fiscales soportado en exenciones tributarias y en el Certificado de Incentivo Forestal (CIF). Durante el último año, además, el MAVDT aprobó los primeros tres proyectos forestales de uso comercial para acceder al MDL.

Los avances registrados tanto en plantaciones comerciales como protectoras son aún insuficientes para garantizar la sostenibilidad de la cobertura forestal del país, pues tan solo estarían compensando solo entre el 50% y el 60% de la deforestación entre los 2002 y 2007, o aún menos si se tienen en cuenta algunas limitaciones de información¹⁵⁵.

A pesar del panorama anteriormente descrito, se continúan realizando acciones orientadas a posicionar la actividad forestal comercial como un soporte importante de la economía sectorial. Tal como se plantea en la visión 2019, se tiene previsto incrementar el área forestal productiva en cerca de 1,2 millones de hectáreas¹⁵⁶, fomentando la plantación de especies nativas y exóticas que presentan ventajas comparativas y disponen de paquetes tecnológicos adecuados. Igualmente, se contempla el desarrollo de acciones orientadas a mejorar los procesos de extracción sostenible del bosque natural, bajo el establecimiento de bosques modelos de aprovechamiento.

Finalmente, es importante tener en cuenta que el futuro de la deforestación en Colombia está muy ligado al de los cultivos ilícitos, a la solución de los problemas de pobreza rural, a la diversificación de las fuentes de materia prima de la industria forestal y en menor grado, a la adopción de alternativas energéticas en zonas rurales y asentamientos humanos que actualmente dependen de la leña¹⁵⁷.

Consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono y emisiones de CO₂. Las estrategias de reducción del consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO) y de las emisiones de gases efecto invernadero (GEI), comprenden: ajustes en la regulación, apoyo a la reconversión industrial y creación de las capacidades nacionales para eliminar el consumo de SAO en el país en el 2010, así mismo, la venta de servicios ambientales de mitigación de cambio climático¹⁵⁸, para consolidar una oferta de reducciones de emisiones de GEI verificadas y la participación en el mercado internacional de la oferta de reducciones de emisiones.

Colombia formalizó su participación del Convenio de Viena para la protección de la Capa de Ozono en 1990, y su entrada al Protocolo de Montreal, que marca las directrices para la reducción de SAO, se materializó en 1994. La Unidad Técnica Ozono (UTO) del MAVDT, es la encargada de desarrollar proyectos y actividades para el cumplimiento de los compromisos adquiridos y es implementada con la financiación del Fondo Multilateral para el Protocolo de Montreal (FMPM), bajo un componente de fortalecimiento institucional. Entre 2002 y 2006 se realizaron inversiones de USD\$3,9 millones de donación del FMPM, y se han aprobado para el período 2007–2010, USD\$4,6 millones adicionales.

El mayor consumo de SAO se presentaba en el sector de mantenimiento en refrigeración doméstica, comercial e industrial (43%), seguido por los sectores productores de refrigeración comercial (16%), espumas (12%) y refrigeración doméstica (11%). Para la reducción del consumo de SAO, el MAVDT adoptó el

¹⁵⁵ No se cuenta con datos sobre la ubicación de las reforestaciones (coordenadas), que permita verificar el estado de las plantaciones o el tipo de plantación. En el informe de evaluación de final de crédito SINA I (elaborado por la Unidad Coordinadora del MAVDT en 2002), se plantea que el 30% del total del área contratada para ser reforestada debe ser descontada, ya que se pierde por algún tipo de condición.

¹⁵⁶ Visión Colombia II Centenario “Aprovechar las potencialidades del Campo— Propuesta para discusión”. DNP. Bogotá 2007.

¹⁵⁷ Visión Colombia II Centenario “Consolidar una gestión ambiental que promueva el desarrollo sostenible”. DNP. Bogotá, 2007.

¹⁵⁸ Documento Conpes No. 3242 de 2003.

Plan Nacional de Eliminación (2003), dirigido a los sectores prioritarios (industrias de refrigeración, aires acondicionados, espumas de poliuretano, y poliestireno extruido (icopor), aerosoles, pesticidas y sistemas contra incendio).

Por otra parte, en cuanto a los GEI, el gas con mayor emisión es el CO₂, es el originado en el uso de combustibles con fines energéticos (86%), seguido por la pérdida de bosques (8%) y los procesos industriales (6%). El efecto por uso de combustibles se genera principalmente en el sector transporte (30%), seguido por la producción industrial (26%) y la producción de energía (24%). La emisión de metano corresponde en su mayoría a la actividad agropecuaria (79%), debido principalmente a la fermentación entérica y al manejo del estiércol.

Regulación para eliminar el consumo de SAO. La regulación, que se había concentrado en restricciones a la importación de las sustancias y de neveras domésticas, se fortaleció con la expedición de la Resolución 1652 de 2007, que prohibió la fabricación e importación de todo tipo de equipos de refrigeración con contenido de SAO. Además, luego de consolidar una estrategia que priorizó la reconversión industrial en sectores clave, a partir de 2007 los mayores esfuerzos se han dirigido a la sustitución de equipos existentes y al fortalecimiento de las capacidades nacionales para el manejo ambiental, la recuperación y el reciclaje de gases refrigerantes, el control del tráfico ilícito de SAO y la sensibilización y educación ambiental (Cuadro 33).

La reducción del 88% de consumo de SAO desde 1995, refleja la eficacia de la regulación y los programas del país, que le valieron el reconocimiento como uno de los mejores países implementadores del Protocolo de Montreal en el marco de la celebración de su vigésimo aniversario en 2007.

Acceso al Mecanismo de Desarrollo Limpio (MDL). Dentro del tema de mitigación es muy importante para el país avanzar en el aprovechamiento de las oportunidades económicas derivadas de los convenios internacionales en los que se enmarca el cambio climático. En este sentido, el Protocolo de Kyoto es el marco político internacional legalmente vinculante que ha definido un compromiso de reducción de emisiones de 5,2% en promedio sobre las emisiones de 1990, para países denominados Anexo I en dicho Protocolo (países desarrollados) en un periodo de cumplimiento entre 2008 y 2012.

El protocolo ha definido tres mecanismos flexibles para ayudar a que estos países cumplan con sus compromisos de reducción de emisiones: i) Implementación conjunta, ii) Comercio de emisiones y iii) Mecanismos de desarrollo limpio (MDL).

Este último mecanismo (MDL), tiene un gran potencial para Colombia porque permite la realización de proyectos de reducción de emisiones en países en vía de desarrollo que generan certificados de reducción de emisiones (CER) y que pueden ser utilizados por los países Anexo I del Protocolo de Kyoto para el cumplimiento de sus compromisos.

El MAVDT maneja un portafolio de 125 proyectos que potencialmente pueden acceder al Mecanismo de Desarrollo Limpio (MDL) y a los cuales se les presta diferentes tipos de asistencia según su estado, en los procesos de estructuración, registro y mercadeo internacional de la oferta.

Cuadro 33. Avances en regulación y estrategias para la reducción del consumo de SAO

2002 – 2006	2007 – 2008
Regulación	
<ul style="list-style-type: none"> a) Vigencia de la Resolución 0528 del MAVDT, que prohíbe la fabricación e importación de neveras domésticas en Colombia, que contengan CFC. b) Resolución 2120 de 2006: Control de las importaciones de HCFC. c) Otras normas exigidas por el Protocolo para la importación y exportación de SAO 	<ul style="list-style-type: none"> a) Resolución 1652 de 2007, que prohíbe la fabricación e importación de todo tipo de equipos de refrigeración que contengan SAO.
Reconversión industrial y disminución del consumo	
<ul style="list-style-type: none"> a) Se reconvirtió el 100% de las empresas fabricantes de neveras domésticas, sustituyendo los gases CFC por HFC y HCFC. b) Eliminación del uso de refrigerantes que agotan el ozono en la fabricación de refrigeradores comerciales (30 empresas). c) Eliminación de SAO en la fabricación de espumas de poliuretano utilizadas en la fabricación de paneles para cuartos refrigerados y construcción (60 empresas). d) Eliminación del uso de SAO en los cuatro principales ensambladores de equipo para aire acondicionado vehicular. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Estrategias para la sustitución de neveras domésticas que contengan CFs: en 2008 proyecto piloto de chatarrización de neveras domésticas en Bogotá, que permitió sustituir y chatarrizar 2.000 neveras al mes de julio. b) Programa piloto de Sustitución de grandes equipos de aire acondicionado que usan SAO. c) Eliminación del uso de SAO en inhaladores de uso médico.
Fortalecimiento de las capacidades nacionales	
<ul style="list-style-type: none"> a) Capacitación y certificación de 800 técnicos en refrigeración en acuerdo con el SENA. b) Creación de nueve oficinas regionales para la atención de las empresas consumidoras de SAO. c) Capacitación de funcionarios aduaneros y CARs para el control del tráfico ilícito de SAO: 315 personas. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Capacitación y certificación de 1,700 técnicos en manejo ambiental de refrigerantes en 43 centros del SENA, para un total de 2.500. Meta: certificar 3.000 técnicos. b) Asistencia técnica a talleres y técnicos en refrigeración y aire acondicionado. Meta: dotar 500 talleres y técnicos con equipo para recuperación y reciclaje de gases refrigerantes. c) Fortalecimiento del control del tráfico ilícito de SAO. d) Actividades de difusión, sensibilización y educación ambiental a nivel nacional para promover la protección de la capa de ozono.

Fuente: MAVDT.

Treinta y nueve de estos proyectos han sido aprobados por el MAVDT y suman un potencial estimado anual de reducción de 4.229.700 toneladas equivalente de CO₂ (tCO₂e). A la fecha, 14 proyectos han sido registrados en las instancias de certificación internacional y 5 proyectos cuentan con CERs emitidos (Cuadro 34).

Cuadro 34. Información General del Portafolio de Proyectos MDL

Total proyectos MDL, Portafolio nacional	125
Total CERs potenciales del portafolio anuales (Ton)	15.024.945
Proyectos con Aprobación Nacional	39
Proyectos Registrados ante Naciones Unidas	14
Proyectos con CERs emitidos	5
Potencial total de ingresos por CERs de proyectos del portafolio al año (dólares)	\$ 138.523.428
Ingresos por venta de CERs en Colombia de 2007 a 2009 (dólares)	\$ 46.199.250

Fuente: MAVDT

En cuanto a los incentivos tributarios y financieros, la Ley 788 de 2002 establece la exención de renta por un periodo de quince años por la venta de energía eléctrica con base en los recursos eólicos, biomasa o residuos agrícolas, únicamente para empresas generadoras, siempre y cuando el proyecto venda certificados de reducción de gases de efecto invernadero y destine a obras de beneficio social el 50% de los recursos obtenidos por este concepto. Adicionalmente, el artículo 95 de esta misma ley determina que la importación de maquinaria y equipos destinados a proyectos que generen certificados de reducción de GEI, estará exenta de IVA (reglamentada por la Resolución 1242 de 2006 y Resolución 978 de 2007).

El Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010, contempla como uno de sus lineamientos la adopción mediante Documento Conpes, de una política nacional de cambio climático que definirá el marco institucional y las estrategias integrales de mitigación y adaptación, tanto al nivel sectorial como territorial, para hacer frente a los efectos del cambio climático, y para lograr que el desarrollo económico del país este asociado a niveles bajos de emisiones de GEI.

1.5 Principales retos de política

Uno de los grandes retos del sector ambiental es poder contar con información clara y precisa que permita valorar los costos generados por la degradación ambiental que afectan a la sociedad. Así mismo, tener la valoración económica de los bienes y servicios ambientales que prestan los ecosistemas, constituiría una importante herramienta para internalizar y sensibilizar a los agentes económicos, en especial a los sectores productivos, de los costos que conllevan el uso de bienes y servicios ambientales.

Otro gran reto que enfrenta el país es la conservación de los bosques naturales, ante lo cual se ha venido trabajando en ordenación de los mismos como parte de la estrategia de conservación, entre el 2005 y 2009 se han adelantado procesos de ordenación forestal en 8,9 millones de hectáreas. (Cuadro 35). Teniendo en cuenta los objetivos globales adoptados en el marco del Foro de las Naciones

Unidas en Bosques, el reto del país se continuará enfocando al ordenamiento de las áreas y ecosistemas naturales de tal forma que se garanticen acciones de protección, manejo y uso sostenible, de tal forma que se reduzca la degradación y desaparición de los mismos y se potencie la obtención de beneficios que contribuyan el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades locales.

Cuadro 35. Procesos de Ordenación Forestal

Fuente	Corporaciones	Superficie (Hectáreas)
Fondo de Compensación Ambiental	Corpoamazonía	2.105.027
	Corponariño	1.000.000
	Corpomojana	536.300
	Corporinoquia	150.000
	CDS	550.550
	Codechoco	100.000
Recursos Propios	Cortolima	2.358.121
	CAR	1.870.640
OIMT	Corantioquia	250.000
Total		8.920.638

Fuente: MAVDT

Por otra parte, una de las consecuencias de las pérdidas de la cobertura de bosques naturales, es la desregulación de las cuencas hidrográficas. De aquí se desprende otro gran reto que enfrenta el país, y es que a pesar de que ser calificado como un país abundante en cuanto a recurso hídrico, presenta problemas de vulnerabilidad¹⁵⁹ en algunas cuencas, lo cual puede limitar la disponibilidad de agua en unas regiones y se ha encontrado deterioro en la calidad de las aguas de algunos ríos del país¹⁶⁰. En virtud de lo anterior, el Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 estableció que el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el IDEAM y el Departamento Nacional de Planeación formularán la Política Hídrica Nacional, la cual será un instrumento que dirija la gestión integral del recurso, estableciendo objetivos y estrategias del país en uso y aprovechamiento eficiente del agua e incluyendo objetivos de política para la prevención de la contaminación hídrica y de la calidad.¹⁶¹

De otra parte, se tiene que a partir del 1 de enero de 2010 la importación de CFC estará prohibida en Colombia, esto obligará que las necesidades remanentes de CFC del país se suplan con la red de recuperación y reciclaje de gases refrigerantes que está implementando el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial a través de su Unidad Técnica Ozono. El país debe asegurar un óptimo funcionamiento de esta red para que los últimos usuarios de equipos con estas sustancias puedan aprovecharlos hasta llegar al final de la vida útil sin mayores traumatismos.

¹⁵⁹ De acuerdo con el Ideam, 40% de las grandes cuencas del país presentan una vulnerabilidad entre moderada y media, lo cual hace que una proporción importante de los municipios del país, y de sus habitantes, enfrenten graves problemas de escasez de agua, con tendencia a agravarse en el futuro.

¹⁶⁰ Estudio realizado por el IDEAM durante los años 2002 y 2003.

¹⁶¹ Visión Colombia II Centenario “Consolidar una gestión ambiental que promueva el desarrollo sostenible”. DNP. Bogotá, 2007.

En septiembre de 2007 el Protocolo de Montreal aceleró la eliminación de los HCFC, imponiendo un cronograma de eliminación escalonado para estas sustancias. Esta eliminación adelantada lleva a que el país tenga que establecer una estrategia de eliminación de los HCFC que tenga en cuenta las experiencias adquiridas durante la eliminación de los CFC y a la vez maximice los recursos que el Protocolo de Montreal le brinde para hacer la transición tecnológica a sustancias que no agoten la capa de ozono y minimicen los impactos de las nuevas tecnologías sobre el sistema climático mundial

Finalmente, el país requiere de la definición de las prioridades nacionales frente al cambio climático y unos lineamientos de política para balancear las estrategias de prevención, mitigación y adaptación. Se debe generar el conocimiento sobre la vulnerabilidad y el riesgo para formular estrategias adecuadas, fortalecer la capacidad institucional del MAVDT y vincular más activamente a los Ministerios relacionados con los sectores que requieran avanzar con mayor celeridad en prevención y adaptación, y continuar desarrollando la articulación con el sector privado y la academia. Un campo en el que habrá que crear más capacidades es el de la formulación y desarrollo de proyectos MDL.

Mensajes Principales

El acceso a agua potable y saneamiento básico se ha incrementando constantemente y la meta nacional está próxima a ser cumplida. Como en otros temas, es necesario poner especial atención en las áreas rurales y garantizar el crecimiento sostenido en el acceso tal y como se ha venido dando, con el fin de lograr el cumplimiento de la meta.

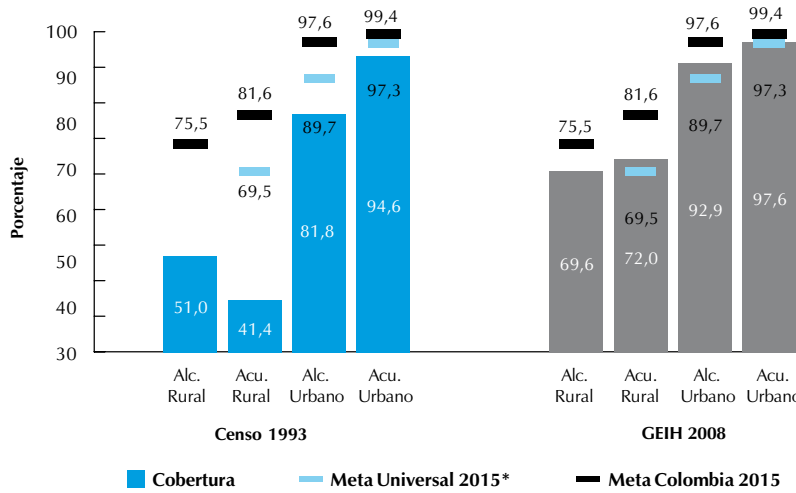
Adicionalmente, la definición de metas más ambiciosas, en especial en el área rural, se constituye en un propósito para los próximos años.

2 | AGUA POTABLE Y SANEAMIENTO BÁSICO

De acuerdo con la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 – GEIH 2008, se observa que el acceso a una fuente mejorada de agua potable en zonas urbanas entre 1993 y 2008 se incrementó en tres puntos porcentuales, lo cual indica que la meta universal se ha alcanzado y la meta del país está próxima a ser cumplida. Adicionalmente desde 2003 se ha logrado sostener la expansión del servicio por encima del crecimiento poblacional. Para el acceso a servicios mejorados de saneamiento en área urbana, según la GEIH 2008, se produjo un incremento de 11,12 puntos porcentuales entre 1993 y 2008, lo cual demuestra un crecimiento de la cobertura por encima de la meta universal al año 2015 y deja como reto al país la expansión del servicio a una tasa de 0,67% por año para alcanzar las metas nacionales propuestas.

Desde 1993 el servicio de acueducto en área rural presenta un incremento de 30,58 puntos porcentuales al pasar de 41,1% a 71,98% en 2008, lo cual evidencia un crecimiento que garantiza anticipadamente el cumplimiento de la meta universal al año 2015 (Gráfico 61). En la cobertura de saneamiento básico rural se observa que la meta universal aún no ha sido cumplida. Sin embargo, los indicadores demuestran que el país ha incrementado la cobertura proporcionalmente a la meta, por consiguiente el Gobierno Nacional debe generar estrategias que garanticen las tasas anuales de crecimiento presentadas en el último quinquenio.

Gráfico 61. Evolución del acceso de población a fuentes agua potable y servicios de saneamiento

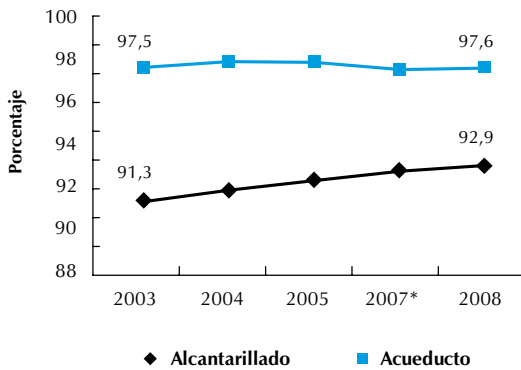


Fuente: Censo General 1993 y 2005 – DANE; Cálculos DNP – DDUPA. El indicador se calcula como el número de viviendas con servicio dividido en el número total de viviendas

*Es la meta equivalente para Colombia de reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento, tomando como referencia el Censo General 93.

En el último quinquenio las coberturas urbanas de acueducto se han expandido proporcionalmente al crecimiento poblacional, y como se mencionó anteriormente, cumplen anticipadamente con las metas universales del milenio; en alcantarillado la tendencia de las coberturas ha tenido una dinámica superior a la poblacional, al aumentar en el periodo un total de 1,65 puntos porcentuales. En área rural las coberturas han mostrado un crecimiento continuo en el periodo, siendo de cinco puntos porcentuales para acueducto y de 3,5% para alcantarillado (Gráfico 62 y Gráfico 63).

Gráfico 62. Evolución de Coberturas Área Urbana (2003 – 2008)**

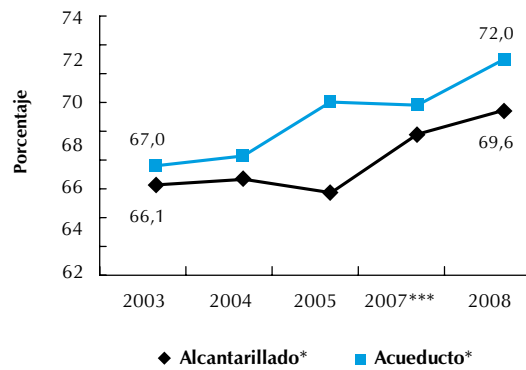


Fuente: ECH 2004, GEIH 2007, GEIH 2008 – DANE; Cálculos DNP – DDUPA

* No se incluye 2006 por cambio metodológico en la Encuesta de Hogares

** El indicador se calcula como el número de viviendas con acceso a agua mejorada o saneamiento, dividido en el número total de viviendas

Gráfico 63. Evolución de Coberturas Área Rural (2003 – 2008)**



Fuente: ECH 2004, GEIH 2007, GEIH 2008 – DANE; Cálculos DNP – DDUPA

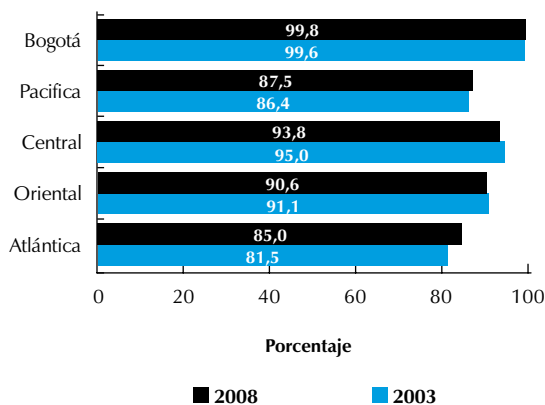
*Incluye soluciones alternativas de acueducto y alcantarillado

** El indicador se calcula como el número de viviendas con acceso a agua mejorada o saneamiento, dividido en el número total de viviendas

*** No se incluye 2006 por cambio metodológico en la Encuesta de Hogares

A nivel regional sobresalen el incremento del acceso a fuentes mejoradas de agua potable para la región Atlántica pasando de 81,52% en 2003 a 85% en el 2008, le siguen la región Pacífica y Bogotá las cuales presentaron incrementos por encima de la dinámica poblacional. A su vez, el acceso a servicios adecuados de saneamiento sufrió un incremento considerable en la región Atlántica en donde paso de 62,1% en 2003 a 70,4% en 2008, le siguen la Región Pacífica y Oriental con un incremento de 3,4 porcentuales cada una en el mismo periodo (Gráfico 64 y Gráfico 65).

Gráfico 64. Coberturas Totales por Región (Fuentes Mejoradas de Agua Potable)**

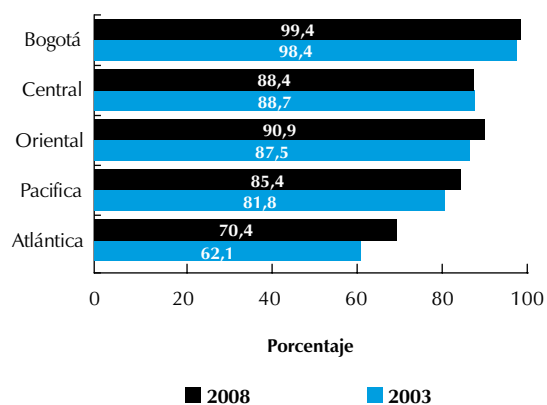


Fuente: ECH 2003, GEIH 2008 – DANE; Cálculos DNP – DDUPA

*Incluye soluciones alternativas de acueducto y alcantarillado en área rural

** El indicador se calcula como el número de personas con acceso a agua mejorada dividido el número total de personas.

Gráfico 65. Coberturas Totales por Región (Servicio Adecuado de Saneamiento)**



Fuente: ECH 2003, GEIH 2008 – DANE; Cálculos DNP – DDUPA

*Incluye soluciones alternativas de acueducto y alcantarillado en área rural

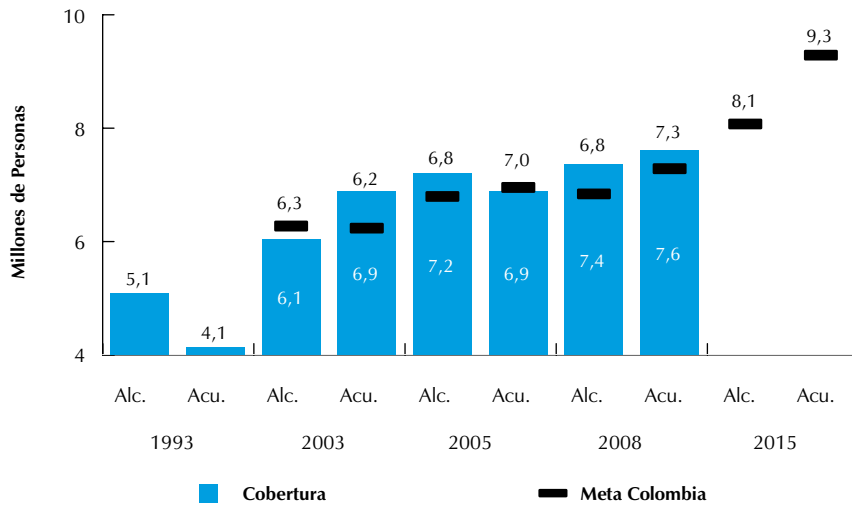
**El indicador se calcula como el número de personas con acceso a saneamiento dividido el número total de personas.

Desde 1993 la población en área rural con acceso a fuentes mejoradas de agua potable se ha incrementado, al pasar de 4,1 a 7,6 millones de personas, sobrepasando la meta del país para el año 2008¹⁶² en más de 340 mil personas. En saneamiento rural se tiene un comportamiento similar, ya que se logró atender a más de 2,3 millones de personas, superando la meta de Colombia para el 2008 en 530 mil personas (Gráfico 66).

En el área urbana, la población cubierta con los servicios de acueducto y alcantarillado ha crecido proporcionalmente a la meta del país desde 1993; para el 2008 se observa que la diferencia entre la cobertura y la meta en alcantarillado es de 12 mil personas y para acueducto existe un rezago de 10 mil personas (Gráfico 67).

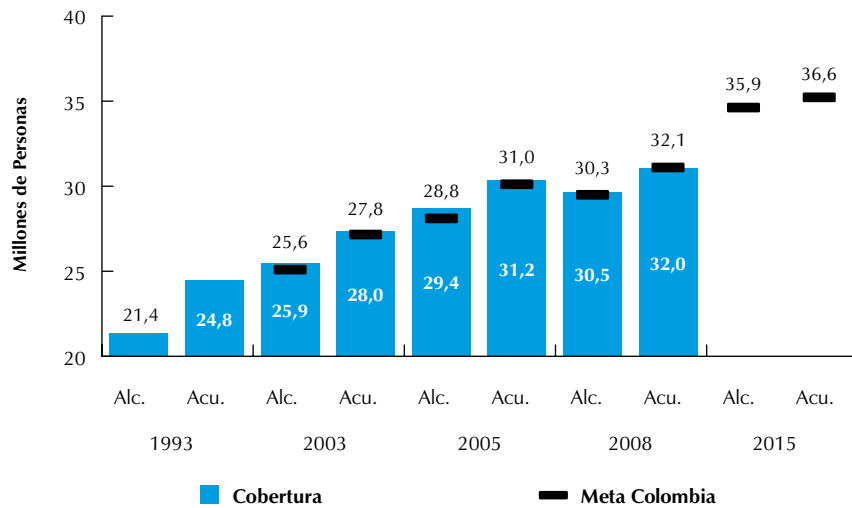
¹⁶² La meta de Colombia es superior a la meta universal de los Objetivos del Milenio.

Gráfico 66. Población Rural Atendida con los Servicios de Acueducto y Alcantarillado



Fuente: Censo General 1993, ECH 2003, GEIH 2005, GEIH 2008 – DANE, Cálculos DNP-DDUPA.
Se tienen en cuenta soluciones alternativas de acueducto y alcantarillado en área rural

Gráfico 67. Población Urbana Atendida con los Servicios de Acueducto y Alcantarillado



Fuente: Censo General 1993, ECH 2003, GEIH 2005, GEIH 2008 – DANE, Cálculos DNP-DDUPA.
Se tienen en cuenta soluciones alternativas de acueducto y alcantarillado en área rural

2.1 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta

El sector de agua potable y saneamiento básico (APSB) ha venido ganando importancia dentro de la agenda de desarrollo económico y social del país, junto con un reconocimiento más explícito de su incidencia sobre la salud y la pobreza. Las políticas definidas por el Gobierno Nacional están orientadas a aumentar la cobertura a habitantes no atendidos, y mejorar la calidad en la prestación de los servicios. Para esto, se definieron dos estrategias principales: los Planes Departamentales de Agua para el manejo empresarial de los servicios agua y saneamiento – PDA; y la modificación al marco normativo del sector con el fin de lograr una mejor distribución de los recursos asignados, principalmente del Sistema General de Participaciones, con una asignación específica para agua potable y saneamiento básico incluyendo un marco de seguimiento para promover su uso eficiente.

Los PDA fueron definidos en el Plan Nacional de Desarrollo Estado Comunitario: Desarrollo para Todos (Ley 1151 de 2007) y el Decreto 3200 de 2008 como un conjunto de estrategias de planeación y coordinación interinstitucional formuladas y ejecutadas con el objeto de lograr la armonización integral de los recursos y la implementación de esquemas eficientes y sostenibles en la prestación de estos servicios públicos domiciliarios.

De igual manera, se expide el Decreto 3170 del 2008 en el cual se distribuyen los cupos indicativos ajustados al Plan Nacional de Inversiones 2007 – 2010 para agua potable y saneamiento básico para cada departamento, como resultado de la aplicación de los criterios de equidad regional definidos en la Ley del Plan de Desarrollo. Estos recursos son priorizados en el marco de los PDA y de las Audiencias Públicas que se desarrollaron en cada departamento.

La estructuración de los PDA comprende la conformación de estructuras operativas por medio de las cuales se facilitará su implementación tales como el Gestor (encargado de la gestión, implementación y seguimiento a la ejecución del PDA representado por una empresa de servicios públicos departamental o el departamento) y el Comité Directivo (máxima instancia decisoria donde tienen representación el Gobierno Nacional, y las administraciones departamentales y municipales). Así mismo, estas dos instancias se apoyan en una Gerencia Asesora (quien adelanta acciones y actividades técnicas, institucionales, legales, ambientales, financieras y administrativas de apoyo y asesoría al Gestor y a los participantes del PDA), y la vinculación al esquema fiduciario creado para la administración de los recursos del PDA.

En relación con la mejor asignación, focalización y ejecución de recursos públicos destinados al sector, el Acto Legislativo 04 de 2007 declara al sector de APSB como prioritario junto con los sectores de salud y educación, dando paso a la creación de una bolsa independiente por fuera de la asignación de Propósito General donde se encontraba anteriormente. Para su reglamentación

se expidió la Ley 1176 de 2007, la cual en consonancia con la estrategia de los PDA, además de asignar recursos a los municipios, destina un porcentaje del SGP a los departamentos, y establece las variables sectoriales que determinan la asignación correspondiente a cada uno de los beneficiarios. Así mismo, como incentivo para mejorar la gestión local, se introduce el proceso de certificación de los municipios en APSB en cabeza de la SSPD, y se determina que los recursos del SGP de los municipios no certificados serán administrados por los departamentos. En este sentido, la reforma del SGP permitirá que las regiones y municipios con mayores rezagos reciban más recursos, e incentivará una mayor eficiencia en la gestión pública del sector. En complemento a lo anterior, el Decreto – Ley 028 de 2008 define el esquema de monitoreo, seguimiento y control al gasto, el cual tiene como propósito garantizar que las inversiones que se realicen los recursos del SGP, tengan un impacto positivo en los aumentos de cobertura, calidad y eficiencia de la prestación de los servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado y aseo.

Es importante resaltar el avance de una coordinación más fuerte entre los organismos de control del Estado, como la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación, y las entidades del sector (MAVDT, SSPD y CRA), para ejercer un control más efectivo sobre el uso de los recursos asignados al sector y el cumplimiento de la normatividad a través de la Mesa Interinstitucional de Logros del sector de Agua Potable y Saneamiento Básico. Gracias a acciones conjuntas, las administraciones locales han tomado mayor conciencia acerca de su responsabilidad en asegurar la prestación eficiente de los servicios, así como del reporte de información necesaria para su seguimiento.

2.2 Principales retos de política

La adecuada implementación de los PDA es el mayor reto sectorial para los próximos años, para lo cual es crítico lograr el compromiso político y fiscal de las administraciones municipales y el fortalecimiento institucional de los departamentos para asumir el liderazgo del desarrollo del sector. Así mismo, los departamentos deberán asumir las competencias sectoriales de los municipios que no sean certificados por la SSPD, en el marco de la nueva regulación de las transferencias del Gobierno Nacional en agua potable y saneamiento básico.

Por otra parte, avanzar en el tratamiento de las aguas residuales requiere montos significativos de recursos, para lo cual se deberán diseñar mecanismos de financiación de largo plazo. En cuanto a la disposición final de residuos sólidos, el desarrollo de la estrategia de establecer rellenos sanitarios regionales será fundamental, para lo cual se debe lograr un mayor compromiso y concertación con autoridades municipales y las autoridades ambientales regionales, para viabilizar este tipo de soluciones mediante la identificación y habilitación del suelo requerido, en complemento a la aplicación de los incentivos creados por el Gobierno Nacional.

3 | ASENTAMIENTOS PRECARIOS

UN-HABITAT recomienda tener en cuenta cinco dimensiones para la definición del Indicador de Asentamientos Precarios – IAP¹⁶³:

- a. Acceso a agua potable.
- b. Acceso a saneamiento básico.
- c. Tenencia segura:
Es el derecho a contar con una protección eficaz del Estado contra los desalojos forzados:
 - Existen pruebas documentales para comprobar el derecho a la tenencia.
 - Existe una protección de hecho o de derecho contra desalojos forzados.
- d. Durabilidad de la vivienda:
 - Riesgo: si la vivienda está ubicada en un “emplazamiento peligroso”.
 - Estructura: si la vivienda tiene una estructura “permanente y adecuada” para proteger a sus habitantes de las inclemencias del tiempo tales como la lluvia, el calor, el frío y la humedad.
- e. Hacinamiento: área suficiente para vivir.

Cuadro 36. Fuentes de Medición del Indicador de Hogares en Asentamientos Precarios – HAP (por dominio y tipo de medición)

Fuente	Medición básica (a)	Medición ampliada (b)
Encuesta de Calidad de Vida – ECV 2003	* Total Nacional * Dominio Restringido GEIH	* Total Nacional * Dominio Restringido GEIH
Encuesta de Calidad de Vida – ECV 2008	* Total Nacional * Dominio Restringido GEIH	* Total Nacional * Dominio Restringido GEIH
Encuesta Continua de Hogares – ECH (2002 – 2005) Tercer Trimestre	* Dominio Restringido GEIH	
Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH (2007 en adelante) Todo el año y Tercer Trimestre	* Dominio Restringido GEIH	

¹⁶³ UN-HABITAT (2003), “Guía para el monitoreo de la Meta 11: para el año 2020 haber mejorado sustancialmente la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de asentamientos precarios”, Nairobi, mayo.

(a) Incluye acceso a agua potable, saneamiento, estructura (paredes y pisos) y hacinamiento

(b) Incluye acceso a agua potable, saneamiento, estructura (paredes y pisos), riesgo (ocurrencia de desastres naturales) y hacinamiento

Nota: Dominio Restringido GEIH se refiere al Total Nacional sin incluir el Archipiélago de San Andrés y Providencia, ni la regiones Orinoquía y Amazonia

La disponibilidad de información periódica sobre las cinco dimensiones limita el espectro temático del indicador de HAP en el país y obligó al Gobierno Nacional a realizar una revisión metodológica sobre el cálculo de este indicador, aunque la meta global para 2020 se mantiene¹⁶⁴. En este sentido, se debe señalar que no se cuenta con la información necesaria y confiable para incorporar la dimensión de “tenencia segura” y solo se cuenta con información para los años 2003 y 2008 para la dimensión de ubicación de la vivienda en “emplazamiento seguro” (riesgo)¹⁶⁵. De esta forma, el seguimiento del indicador de HAP se realizó sobre cabeceras municipales a través de dos mediciones: una primera, denominada “ampliada”, que incluye la dimensión “riesgo” y se calculó para el total nacional a través de la Encuesta de Calidad de Vida – ECV; y una segunda, denominada “básica”, que permite realizar un seguimiento periódico del número de HAP desde 2003, pero que no incorpora la dimensión de “riesgo”. Para efectos de este informe la dimensión “básica”, se calculó de la Encuesta Continua de Hogares – ECH (2001 a 2005, tercer trimestre) y la Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH (2007 y 2008, tercer trimestre), para un dominio restringido¹⁶⁶ (Cuadro 36).

3.1 Indicador de Hogares en Asentamientos Precarios con Medición “Básica”

La línea base definida para este indicador se establece en 2003 sobre la medición “básica”¹⁶⁷. De esta forma, se fija como línea base 1.494.253 de hogares en asentamientos precarios – HAP (19,9% del total de hogares en cabecera municipal)¹⁶⁸, en los cuales habitan 7.333.071 personas (Cuadro 37). En igual contexto, la meta presupuesta para el año 2020 es reducir a 4% el porcentaje de HAP.

En cuanto a la evolución de los asentamientos precarios, entre 2003 y 2008 se destaca la reducción de la proporción de hogares en esta condición. Para este periodo, la relación de hogares pasó de 19,9% a 15,2% del total de hogares (Gráfico 68). Sobre lo anterior, es importante advertir el efecto que tuvo sobre el número de HAP el cambio de la ECH a la GEIH, en específico la información para el tercer trimestre de 2006 (primer periodo de la nueva encuesta) presenta comportamientos atípicos y el número de HAP para 2007 – 2008 presentan un cambio de nivel no consistente con la tendencia observada hasta antes del cambio de encuesta.

Para fines de focalización de la política nacional, los HAP se clasifican entre susceptibles y no susceptibles de mejorar, considerándose como asentamientos precarios no mejorables, los hogares que habitan en viviendas con carencia de alcantarillado en conjunto con problemas de estructura (pisos o paredes).

Mensajes Principales

El acceso a agua potable y saneamiento básico se ha incrementando constantemente y la meta nacional está próxima a ser cumplida. Como en otros temas, es necesario poner especial atención en las áreas rurales y garantizar el crecimiento sostenido en el acceso tal y como se ha venido dando, con el fin de lograr el cumplimiento de la meta.

Adicionalmente, la definición de metas más ambiciosas, en especial en el área rural, se constituye en un propósito para los próximos años.

¹⁶⁴ Adicional a esto, las fuentes de información sobre las cuales se calculó el indicador (ECV 2003, ECH y GEIH), consideraron los ajustes pertinentes asociados con los resultados del Censo General 2005.

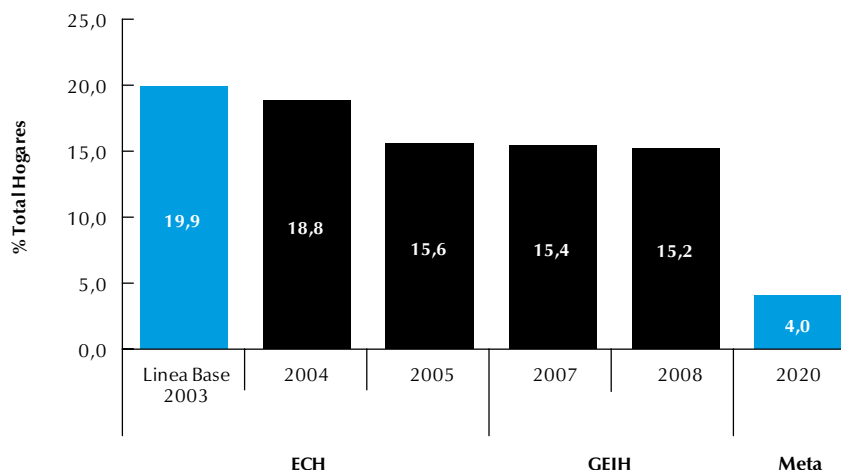
¹⁶⁵ La información del indicador de riesgos solo se encuentra en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), para los años 2003 y 2008, y la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), de 2008 en adelante.

¹⁶⁶ El Dominio de la ECH y la GEIH es total nacional sin incluir el Archipiélago de San Andrés y Providencia, ni las regiones Orinoquía y Amazonia.

¹⁶⁷ Usando la ECH del tercer trimestre de 2003, dominio restringido.

¹⁶⁸ En este informe la fuente y metodología de medición del indicador de HAP cambia respecto a la presentada en el Documento Conpes Social 91 de 2005 y en primer informe ODM: Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente. Considerando la necesidad de seguimiento periódico del indicador, se toma como referencia la medición “básica” calculada a partir de las Encuestas de Hogares (Antes ECH, hoy GEIH). Adicionalmente, la medición del indicador incorporan los ajustes de población (factores de expansión) basados en el Censo General 2005.

Gráfico 68. Hogares en Asentamientos Precarios – Medición “Básica”



Fuente: DANE: ECH 2003 – 2005 y GEIH 2007 – 2008, Cabecera Municipal, dominio restringido, Cálculos DNP – DDUPA

Cuadro 37. Medición “Básica” Asentamientos Precarios por Origen

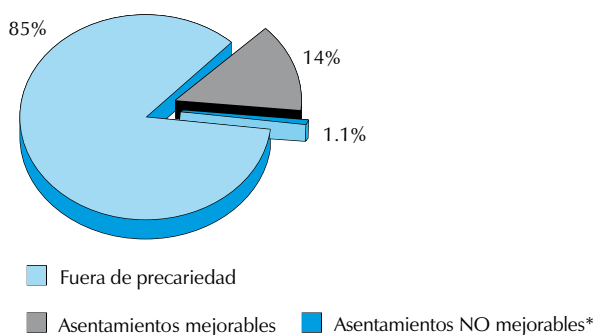
	2003		2004		2005		2007		2008	
	Hogares Personas	%	Hogares Personas	%	Hogares Personas	%	Hogares Personas	%	Hogares Personas	%
Total Hogares	7.508.491	100,0	7.770.015	100,0	7.998.309	100,0	8.750.372	100,0	9.010.841	100,0
Fuera de Precariedad	6.014.238	80,1	6.307.646	81,2	6.750.988	84,4	7.399.960	84,6	7.639.871	84,8
En Precariedad	1.494.253	19,9	1.462.368	18,8	1.247.321	15,6	1.350.412	15,4	1.370.970	15,2
Por tipo de Precariedad										
Asentamiento Mejorable	1.424.229	19,0	1.373.048	17,7	1.196.299	15,0	1.285.890	14,7	1.274.059	14,1
Asentamiento No Mejorable*	70.024	0,9	89.320	1,1	51.021	0,6	64.523	0,7	96.911	1,1
Por situación del Hogar										
Hogar Principal	1.227.021	16,3	1.230.051	15,8	1.015.977	12,7	1.190.240	13,6	1.248.830	13,9
En Cohabitación*	267.232	3,6	232.318	3,0	231.344	2,9	160.172	1,8	122.140	1,4
Total Personas	30.291.230	100,0	30.801.536	100,0	31.304.285	100,0	32.279.488	100,0	32.762.518	100,0
Fuera de Precariedad	22.958.159	75,8	23.941.746	77,7	25.487.558	81,4	26.232.084	81,3	26.873.106	82,0
En Precariedad	7.333.071	24,2	6.859.790	22,3	5.816.726	18,6	6.047.403	18,7	5.889.412	18,0

Fuente: DANE: ECH 2003 – 2005 y GEIH 2007 – 2008, Cabecera Municipal, dominio restringido, Cálculos DNP – DDUPA

* La frecuencia de observación es inferior al 10% del total de la población. El dato puede tener un error estándar relativo superior al 5%.

Durante el periodo observado, el indicador señala que la mayor proporción de HAP se concentra en asentamientos mejorables, en particular con una sola carencia. En 2008, del total de hogares el 14,1% habitaban en asentamientos precarios mejorables, de los cuales un 88,7% tenían una sola carencia (Gráfico 69 y Gráfico 70). Así mismo, del total de HAP en 2008, un 13,9% eran hogares principales.

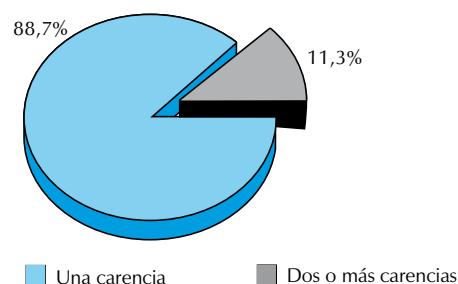
Gráfico 69. Composición de los Hogares 2008 Medición “Básica”. Total Hogares



Fuente: DANE: GEIH 2008, Cabecera Municipal, dominio restringido, Cálculos DNP – DDUPA.

* La frecuencia de observación es inferior al 10% del total de la población. EL dato puede tener un error estándar relativo superior al 5%.

Gráfico 70. Composición de los Hogares 2008 Medición “Básica”. Hogares en Asentamientos Precarios Mejorables



Fuente: DANE: GEIH 2008, Cabecera Municipal, dominio restringido, Cálculos DNP – DDUPA.

* La frecuencia de observación es inferior al 10% del total de la población. EL dato puede tener un error estándar relativo superior al 5%.

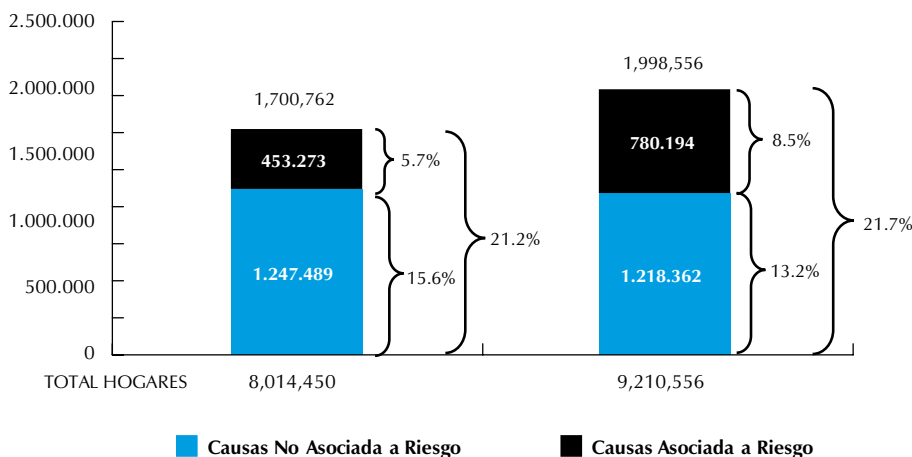
3.2 Indicador de Hogares en Asentamientos Precarios con Medición “Ampliada”

Considerando la medición “ampliada” del indicador¹⁶⁹, es decir la que incluye la dimensión de “riesgo”, entre 2003 y 2008 el número de HAP crece en términos absolutos y permanece relativamente estable en sus proporciones. Es de destacar, que discriminando el comportamiento del indicador por causas de precariedad, en particular entre causas asociadas y no asociadas a riesgo, se reduce la proporción de HAP por motivos no asociados a riesgo, pasando de 15,6% en 2003 a 13,2% en 2008 (Gráfico 71). Así mismo, crecen los hogares precarios con causas asociadas a “riesgo”¹⁷⁰, lo cual fue suscitado principalmente por la mayor frecuencia de inundaciones y avalanchas que a su vez tiene como origen la recurrencia atípica de lluvias en la mayor parte del territorio nacional en los últimos años.

¹⁶⁹ Dominio total nacional, a partir de las ECV 2003 y 2008.

¹⁷⁰ De un total de 453.273 hogares en asentamientos precarios en 2003 con condiciones precarias asociadas a riesgo, se pasó a 780.194 hogares en 2008.

Gráfico 71. Composición de los HAP (2003 y 2008) – Medición “Ampliada”



Fuente: DANE ECV 2003 – 2008, Cabecera Municipal, dominio total nacional, Cálculos DNP – DDUPA.

La frecuencia de observación es inferior al 10% del total de la población. El dato puede tener un error estándar relativo superior al 5%.

3.3 Las políticas que apoyan el cumplimiento de la meta

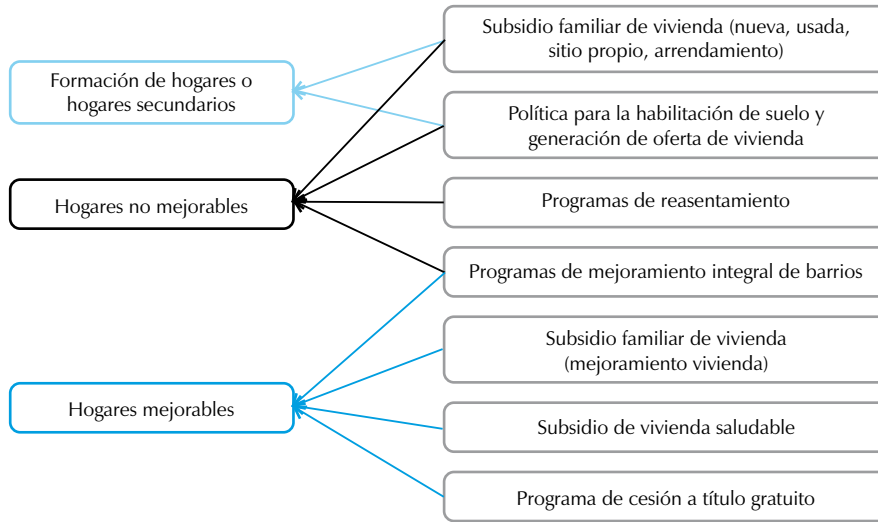
En el marco del acelerado proceso de urbanización que caracteriza a las ciudades colombianas¹⁷¹, la formación de asentamientos precarios en Colombia se distingue por la localización de población en condiciones de extrema pobreza en suelos no aptos para la urbanización, con predominio de factores de riesgo y de protección ambiental. La generación de asentamientos precarios está asociada directamente a la oferta insuficiente de vivienda de interés social – VIS y a las restricciones que afronta esta población para acceder al mercado formal de la misma. Así mismo, son factores que propician la formación de estos asentamientos la carencia de suelo habilitado para vivienda, la debilidad institucional de los municipios para formular e implementar los instrumentos de ordenamiento territorial y de gestión del suelo, para desarrollar programas de vivienda y de mejoramiento integral barrios, y por la falta de control urbano.

Sobre este escenario, las políticas de Vivienda y Desarrollo Urbano del gobierno nacional acogen diferencialmente la problemática de los HAP, promoviendo acciones tanto para evitar la conformación de nuevos asentamientos precarios como para mejorar las condiciones de los existentes. En tal sentido, la focalización de la política nacional (Cuadro 38) promueve el acceso de los HAP a una solución de vivienda digna, en cualquiera de sus modalidades (nueva, usada, sitio propio, arrendamiento y mejoramiento); como también y a través de programas integrales¹⁷², al reasentamiento de los hogares en zonas de riesgo no mitigable o al mejoramiento integral de barrios en zonas aptas para la urbanización.

¹⁷¹ La tasa de urbanización del país se incrementó de 40% en 1950, a 69% en 1993 y a 74% en 2005. Para 2019 se espera que esta tasa ascienda a cerca de 78%. Las ciudades de más de 1 millón de habitantes, que hoy son 5, serán 7 en el año 2019; mientras tanto, las mayores de 100.000 habitantes se incrementarán de 38 a 55.

¹⁷² La estrategia Ciudades Amables del Plan Nacional de Desarrollo 2006 – 2010 determinó la implementación de Macroproyectos de Interés Social Nacional (MISN) y Saneamiento para Asentamientos: Mejoramiento Integral de Barrios.

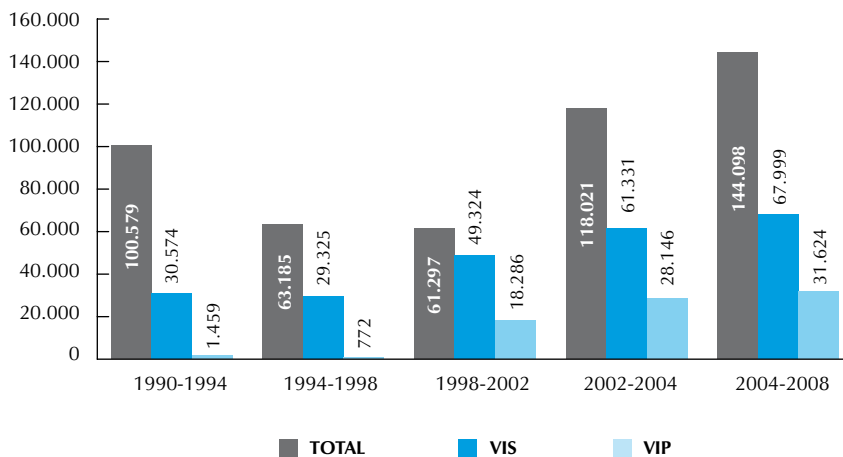
Cuadro 38. Focalización de la Política Nacional



Avances frente a restricciones en la demanda. El número de subsidios de vivienda asignados¹⁷³, se incrementó en 40% entre los períodos 1999 – 2002 y 2003 – 2006, y 107% entre este último y el periodo 2007 – 2010. Estos incrementos dan cuenta de un significativo esfuerzo fiscal realizado por el gobierno nacional con el propósito de disminuir las brechas del déficit cualitativo y cuantitativo a nivel nacional.

A pesar de las dificultades que se observaron en el 2008, el balance de la oferta anual de vivienda durante los últimos años es positivo. En efecto, durante el periodo 2007 – 2008 aumentó el promedio anual de viviendas iniciadas en todos los segmentos, destacándose la dinámica de la Vivienda de interés prioritario, a la cual pueden acceder los hogares de menores ingresos. (Gráfico 72).

Gráfico 72. Construcción de viviendas urbanas, 1992 – 2008. Promedio anual



Fuente: DANE. Cálculos DNP – DDUPA.

¹⁷³ Las modalidades de subsidios de vivienda son las siguientes: Adquisición Vivienda, Construcción Sitio Propio, Mejoramiento, Arrendamiento (población desplazada), Habilidadación Legal de Títulos, Cesión a Título Gratuito.

En cuanto al acceso a crédito, entre marzo de 2007 y marzo de 2008, se ejecutó un convenio del MAVDT con el sector financiero, que permitió la colocación de \$1,85 billones en nuevos créditos o microcréditos inmobiliarios para financiar la construcción, mejoramientos y adquisición de VIS y VIP. El 42% de las 62.762 operaciones llevadas a cabo en el marco de este convenio, correspondió a desembolsos individuales de VIS tipo 1 y 2. En julio de 2008 se firmó un nuevo convenio por \$2,2 billones, que permitirá la construcción y financiación de 116,000 VIS¹⁷⁴.

Por otra parte, a partir de la Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2007–2010 y de la expedición del Decreto 1200 de 2007, se creó en el Fondo Nacional de Ahorro el Programa de Ahorro Voluntario Contractual (AVC), para que trabajadores independientes e informales principalmente, que tradicionalmente no han tenido acceso al sistema financiero, obtengan un crédito hipotecario luego de mostrar un comportamiento de ahorro consistente con lo pactado contractualmente, durante por lo menos doce meses. En un proceso sin precedentes, se cuentan aproximadamente 393.664 afiliados al AVC, quienes han depositado cerca de 250.000 millones de pesos.

En relación con la focalización, desde 2006 se han expedido numerosas normas dirigidas a fortalecer la modalidad de subsidios de mejoramiento de vivienda¹⁷⁵, facilitando el acceso al subsidio y la operación del Banco de Materiales Nacional, y a dar prioridad en la asignación de subsidios a grupos minoritarios, a población afectada por desastres naturales y desplazamiento forzado, y a población en situación de pobreza extrema. De otra parte, la política de vivienda se ha vinculado a la Red de Protección Social para la Superación de la Extrema Pobreza (Red JUNTOS), que consiste en la intervención focalizada y coordinada de diferentes entidades y programas, con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las familias en situación de desplazamiento, a través del fortalecimiento y la construcción de capacidades para promover su propio desarrollo.

Avances frente a restricciones a la oferta. Como parte de la estrategia Ciudades Amables del Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2010, se determinó la implementación de programas integrales como los Macroproyectos de Interés Social Nacional – MISN y de Saneamiento para Asentamientos: Mejoramiento Integral de Barrios; el primero, con el propósito fundamental de garantizar la actuación integral del Estado conjuntamente con la participación del sector privado, para la habilitación de suelo y generación de oferta de Vivienda de Interés Social VIS; mientras que el segundo busca orientar acciones de reordenamiento y adecuación del espacio urbano de los asentamientos más precarios del país, permitiendo, entre otras acciones, la articulación de los procesos masivos de titulación y el mejoramiento de vivienda.

3.4 Principales retos de política

Se hace necesario impulsar la dinámica del sector de la construcción y la promoción de la VIS. Es así como, en el marco del Plan Anticíclico 2009, el Gobierno Nacional expidió los Decretos 774 de 2009, a través del cual se incrementan los montos del Subsidio Familiar de Vivienda asignados a través de las Cajas de

¹⁷⁴ En estos convenios participan con el MAVDT, entidades financieras, Asobancaria, Camacol, Fedelonjas, el Fondo Nacional de Garantías, Findeter, DANE y 5 alcaldías.

¹⁷⁵ Decreto 3702 de octubre de 2006, Decreto 378 del 12 de febrero de 2007, Decreto 990 del 30 de marzo de 2007, Resolución 959 del 31 de mayo del 2007, Resolución 960 del 31 de Mayo de 2007, Decreto 1694 del 16 de mayo de 2007, Decreto 378 del 12 de febrero de 2007, Decreto 4462 del 15 de octubre de 2006, Resolución MAVDT 959 del 31 de mayo del 2007, Resolución MAVDT 960 del 31 de mayo de 2007.

Compensación Familiar; 1142 de 2009, mediante el cual y con cargo a recursos del Fondo de Reserva de Estabilización de Cartera Hipotecaria (FRECH) se cubre la garantía que presta el Fondo Nacional de Garantías (FNG) a los créditos destinados a financiar el mejoramiento de vivienda y 1143 de 2009, el cual reglamenta la cobertura condicionada para créditos individuales de vivienda para cerca de 80.000 unidades, con una inversión de la Nación de 840.000 millones. El reto para los próximos años es apoyar el desarrollo e implementación de estas medidas

El área requerida en el país para atender el incremento de hogares y el déficit cuantitativo es de 3.565 Has aproximadamente, de las cuales cerca del 40% se demandarán en las 5 principales áreas urbanas, donde el área disponible actual se agotaría en 3 años si se atendiera el crecimiento de hogares y el déficit actual.

La nueva regulación y el programa de Macroproyectos Urbanos de Interés Social Nacional del Gobierno Nacional, para aumentar la disponibilidad de suelo y la producción de VIS en el país¹⁷⁶, son muy recientes¹⁷⁷. Por lo tanto, su adecuada implementación es el principal reto sectorial y, sobre todo, lograr que en este proceso se mejore sustancialmente la capacidad institucional de las administraciones locales para replicar las experiencias, sí como la activa vinculación del sector privado constructor y financiero.

Una preocupación es el comportamiento especulativo que se puede reflejar en crecimiento de los precios del suelo en zonas periurbanas, como ya se está observando en algunos casos, con impacto sobre los precios de las viviendas y frente a lo cual se podría establecer una regulación especial.

La implementación de los programas integrales¹⁷⁸ (Macroproyectos, Mejoramiento Integral de Barrios y Vivienda Saludable), exigirán una eficiente articulación interinstitucional entre diferentes niveles de Gobierno y sectores. Uno de los retos más importantes es la articulación con el sector de agua potable y saneamiento básico. Las empresas de acueducto y alcantarillado deberán responder a la demanda de la ampliación de las áreas de servicio, la cual debe ser financiada con las tarifas de acueducto y alcantarillado.

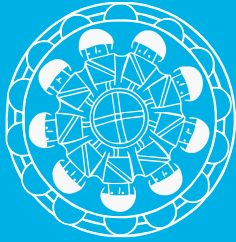
Por otra parte, se deben fortalecer las figuras de planificación regional, con mecanismos de cooperación que permitan brindar suelo servido para VIS, empoderamiento sobre proyectos regionales y asignación de recursos. Los Planes Departamentales de Agua y Saneamiento son una oportunidad en esta dirección.

Finalmente, se ha observado que las grandes ciudades no están aprovechando suficientemente el gran potencial de la renovación urbana alrededor de las intervenciones de los sistemas de transporte masivo, como mecanismos para generar suelo para VIS. Así mismo, es posible fortalecer las finanzas locales mediante la adecuada aplicación de los instrumentos de plusvalía y valorización.

¹⁷⁶ La tasa de producción de vivienda nueva por cada 1.000 habitantes, es de 2,0 en Colombia, mientras que el promedio mundial es 6,5.

¹⁷⁷ En esta línea se encuentra El Documento Conpes 3583 de 2009 “Lineamientos de Política y Consolidación de los Instrumentos para la Habilitación de Suelo y Generación de Oferta de Vivienda”, con el propósito de fortalecer y consolidar la figura de los Macroproyectos de Interés Social Nacional (MISN), establecer incentivos dirigidos a las entidades territoriales para la habilitación de suelo para VIS, fortalecer la estrategia de asistencia técnica del MAVDT para la aplicación de los instrumentos de la Ley 388 de 1997 en la habilitación de suelo para VIS, apoyar el desarrollo de operaciones urbanas de renovación y redensificación, y establecer espacios de toma de decisiones para definir mecanismos de financiación complementarios al esquema de oferta VIS.

¹⁷⁸ Los avances en este tema están centrados en las siguientes iniciativas: (i) La formulación del Documento Conpes 3604 de 2009 “Lineamientos de Política para Fortalecer las Estrategias de Mejoramiento Integral de Barrios MIB; (ii) La puesta en marcha del Programa de Mejoramiento Integral de Barrios (MIB) por parte del MAVDT con la ejecución de proyectos piloto en 17 ciudades colombianas; y, (iii) la articulación del componente de MIB en la formulación de los Planes Departamentales de Agua Potable y Saneamiento Básico.



Objetivo 8

FOMENTAR UNA SOCIEDAD MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

Indicador	Línea de base	Situación actual	Meta 2015
1. Ayuda Oficial para el Desarrollo (USD\$ millones)	510	531	n.d.
	2003 – 2006	2007 – 2008	

Fuente:

1. Acción Social. Dirección de Cooperación Internacional

1 | LA AGENDA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional, ACCIÓN SOCIAL, es la entidad responsable de manera conjunta con el Ministerio de Relaciones Exteriores, de coordinar la política de cooperación internacional en el país. En el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el ODM 8 se convierte en el espacio propicio para convocar la voluntad de los cooperantes hacia el logro de los demás objetivos y concentrar su atención en las prioridades de desarrollo nacionales.

En el marco de lo anterior, la Agenda de Cooperación Internacional del país ha estado orientada hacia las siguientes líneas de acción, a lo largo de los períodos 2003 – 2006 y 2007 – 2010:

1.1 Período 2003 – 2006

La Estrategia de Cooperación Internacional 2003 – 2006 se presentó a la comunidad internacional en la ciudad de Cartagena, en el marco de la Mesa de Coordinación y Cooperación Internacional para Colombia, que se llevó a cabo el 3 y 4 de febrero del año 2005. Esta reunión tuvo como resultado la suscripción de la Declaración de Cartagena, en la cual la comunidad internacional subrayó la importancia de los procesos y mecanismos que se dieron desde la Reunión Preparatoria de la Mesa de Coordinación celebrada en Londres en 2003; destacó el proceso de discusión para la construcción de la Estrategia de Cooperación, y se comprometió a seguir apoyándola de manera decidida y concreta.

Durante la vigencia de la Estrategia de Cooperación Internacional 2003 – 2006 hubo un incremento del 38% en los desembolsos anuales de la Ayuda Oficial al Desarrollo que recibió el país, al pasar de USD\$ 259.455.152 en el año 2002 a USD\$ 357.282.741 en el año 2006¹⁷⁹.

En este periodo se tuvo conocimiento de 735 proyectos de cooperación que fueron aprobados por las fuentes desde octubre de 2004, fecha en que terminó el proceso de consulta de la Estrategia 2003 – 2006, y marzo de 2007, fecha en que inició el proceso de consulta de la Estrategia 2007 – 2010; por un valor total de USD\$ 560.770.107. El 91% de estos recursos (USD\$ 510.119.874 del total) financiaron 550 proyectos, y simultáneamente estuvieron orientados a apoyar directamente la Estrategia de Cooperación (Cuadro 39).

Como consecuencia del desarrollo de la Estrategia de Cooperación Internacional 2003 – 2006 hubo un mayor nivel de coordinación en la demanda de cooperación por parte de las entidades del Estado, se consolidaron nuevos espacios de diálogo y de consulta tanto con la sociedad civil, como con la comunidad internacional, y se dio mayor visibilidad a la ayuda que es otorgada al país.

Mensajes Principales

Como resultado de la implementación de la Estrategia de Cooperación Internacional, se ha logrado movilizar recursos importantes. Adicionalmente, se estima que cerca del 52% de los recursos movilizados, contribuyen al logro de los ODM, lo cual equivale a unos 343 millones de dólares.

¹⁷⁹ Dirección de Cooperación Internacional. Acción Social

Cuadro 39. Distribución de los recursos por bloque temático de la Estrategia 2003 – 2006

Bloque Temático	N° de Proyectos	N° de proyectos (%)	Aporte Internacional USD\$	Aporte Internacional (%)
Bosques	14	3%	\$ 14.984.155	3%
Desplazamiento Forzoso y Asistencia Humanitaria	119	22%	\$ 148.539.471	29%
Desarrollo Productivo Alternativo	58	11%	\$ 126.207.674	25%
Fortalecimiento del Estado Social de Derecho y DDHH	177	32%	\$ 95.120.295	19%
Programas Regionales de Desarrollo y Paz	148	27%	\$ 82.886.887	16%
Reincorporación a la Ciudadanía	34	6%	\$ 42.381.392	8%
Total General	550	100%	\$ 510.119.874	100%

Fuente: Dirección de Cooperación Internacional. Acción Social

1.2 Período 2007 – 2010

La Agenda de Cooperación Internacional 2007 – 2010 del gobierno nacional fue diseñada con el objetivo principal de aumentar el volumen de la cooperación internacional que recibe el país e incrementar el impacto de esta cooperación. El propósito no es solamente aumentar la cantidad de recursos, sino lograr que la cooperación que recibida sea de la mejor calidad y contribuya de manera cada vez más efectiva y medible, a la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales.

Para el logro de este gran propósito se definieron cinco áreas estratégicas, que son: orientación temática de la cooperación internacional; mejor coordinación, alineación y armonización de la cooperación internacional en Colombia; fortalecimiento de la capacidad regional para la gestión de cooperación internacional; desarrollo de nuevas fuentes de cooperación para el país y fortalecimiento de la oferta de cooperación de Colombia.

Orientación Temática de la Cooperación Internacional. El propósito de esta línea estratégica es lograr una mejor articulación entre la agenda internacional de desarrollo y las prioridades nacionales. Para ello se elaboró la Estrategia de Cooperación Internacional 2007 – 2010, documento en el cual se consignan las prioridades nacionales en materia de cooperación internacional.

Esta estrategia es fruto de un proceso de diálogo y construcción entre el gobierno nacional, la sociedad civil y la cooperación internacional, con base en un balance de los resultados de la estrategia 2002 – 2006. La estrategia define tres áreas temáticas prioritarias para orientar la cooperación internacional en el país.

La primera, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hace énfasis en los lineamientos de política nacional que se consignan principalmente en el Documento Conpes Social 91 de 2005 y en el Documento Conpes 106 de 2006 (Red JUNTOS).

En el marco de esta área temática se espera que el apoyo de la cooperación internacional logre contribuir a la disminución de brechas, tanto a nivel regional como poblacional; es decir, que contribuya a aumentar la calidad de vida de los grupos y regiones más rezagados del país.

La segunda área temática es la lucha contra el problema mundial de las drogas y la protección del medio ambiente, que hace énfasis en proyectos de desarrollo alternativo y en la ordenación, conservación, uso y aprovechamiento sostenible y restauración de ecosistemas forestales

La tercera área temática se denomina reconciliación y gobernabilidad, e incluye líneas de acción como el fortalecimiento del Estado Social de Derecho, la promoción de los derechos humanos, la atención a las víctimas de la violencia (desplazados, víctimas de minas, menores de edad desvinculados de grupos armados ilegales), y los programas regionales de desarrollo y paz.

Coordinación, Alineación y Armonización de la Cooperación Internacional en Colombia. La segunda área estratégica de la Agenda está relacionada con la implementación en Colombia de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda oficial al desarrollo, así como de la Agenda de Accra¹⁸⁰, suscrita recientemente.

Con el fin de alcanzar este propósito, Colombia se adhirió a la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda en noviembre 2007 y jugó un rol activo en la negociación y puesta en marcha de la Agenda de Acción de Accra, suscrita en septiembre de 2008. Lo anterior, con la firme convicción que ambos instrumentos internacionales generan un marco propicio para avanzar en una mejor coordinación y alineación de la ayuda en torno a las prioridades nacionales.

Un paso fundamental en la implementación de la Declaración de París en Colombia ha sido la publicación de la Directiva Presidencial No 1 de 2008 sobre Coordinación de la Cooperación Internacional. En ella se instruye a todas las entidades nacionales a participar activamente en el Plan de Implementación de la Declaración de París en el país, bajo la coordinación de Acción Social.

Con el fin de fortalecer la alineación y armonización de la ayuda en el nivel nacional y territorial se vienen realizando encuentros periódicos entre las autoridades locales y los donantes con el fin de darles a conocer sus programas de desarrollo y prioridades de cooperación, lograr una mejor articulación entre la oferta y demanda de ella, y facilitar la coordinación de los donantes en el terreno.

¹⁸⁰ Ambos acuerdos internacionales son realizados por países donantes y receptores, y organismos internacionales, con el propósito común de reformar y armonizar los mecanismos para la gestión y ejecución de la AOD, con miras a aumentar su volumen y eficacia a nivel mundial.

En el nivel nacional, por su parte, se vienen desarrollando ejercicios de coordinación temática alrededor de las prioridades de la Estrategia Nacional de Cooperación: Objetivos de Desarrollo del Milenio, Niñez y Adolescencia, Justicia y Víctimas, Atención Humanitaria, y Población Afrocolombiana. Estos ejercicios han dado lugar a importantes programas de cooperación, una mejor alineación entre los recursos nacionales e internacionales y la focalización de los mismos, y la reducción de importantes costos de transacción.

Fortalecimiento de la Capacidad Regional para la Gestión de Cooperación Internacional. Esta área estratégica de la Agenda se desarrolla en el marco de la implementación del Sistema Nacional de Cooperación Internacional – SNCI, mecanismo de gestión y coordinación de la cooperación internacional que busca fundamentalmente, fortalecer las capacidades regionales para gestionar cooperación y lograr su coordinación y alineación según las necesidades prioritarias de cada territorio. Para este propósito se desarrollan diferentes acciones, como son:

- Acompañamiento en la elaboración de planes territoriales de cooperación y la definición de mecanismos territoriales de coordinación.
- Acompañamiento en la gestión de cooperación en torno a las prioridades establecidas.
- Difusión de información sobre convocatorias, cursos, becas y temas de actualidad en materia de cooperación.
- Capacitación a través de cursos virtuales.

Desarrollo de Nuevas Fuentes de Cooperación. La cuarta área estratégica busca consolidar alianzas con actores no oficiales y movilizar mayores recursos provenientes de fuentes tales como iglesias, multinacionales, ONG y cooperación descentralizada. Entre sus líneas de acción se encuentran:

- Identificación de nuevas fuentes de cooperación.
- Difusión y actualización del Manual de Acceso a la Cooperación No Oficial.
- Gestiones con fuentes no oficiales en el marco de la Estrategia 2007 – 2010.

Fortalecimiento de la Oferta de Cooperación de Colombia. La última área estratégica busca promover y desarrollar proyectos de cooperación horizontal, que contribuyan al desarrollo de otros países de similar o menor nivel de desarrollo, especialmente de América Latina y el Caribe. Sus líneas de acción son:

- Identificación de oferta y demanda de cooperación horizontal.
- Actualización del inventario de experiencias nacionales (oferta de CTPD).
- Desarrollo de programas bilaterales de CTPD.

Principales resultados de la Estrategia de Cooperación Internacional 2007 – 2010. Como resultado de la implementación de la Estrategia de Cooperación Internacional, se ha logrado movilizar recursos importantes. En el Cuadro 40 se presentan los montos para los años 2007, 2008 y los datos a agosto de 2009, con sus subtotales para cada área temática.

Cuadro 40. Distribución de los recursos por bloque temático de la Estrategia 2007 – 2010

Área	2007		2008		2009 (Enero – Agosto)		Total	
	No. Proyectos	USD\$	No. Proyectos	USD\$	No. Proyectos	USD\$	No. Proyectos	USD\$
Objetivos de Desarrollo del Milenio	71	\$10.498.782	96	\$36.372.597	67	\$27.324.579	234	\$74.195.958
Lucha contra el problema mundial de las drogas y protección del medio ambiente	5	\$54.306.215	5	\$101.507.793	15	\$52.410.219	25	\$208.224.227
Reconciliación y Gobernabilidad	364	\$181.471.708	392	\$146.459.334	225	\$49.981.845	981	\$377.912.887
Total	440	\$246.276.705	493	\$284.339.724	307	\$129.716.643	1240	\$660.333.072

Fuente: Dirección de Cooperación Internacional. Acción Social

Es importante resaltar que a pesar de que Colombia está clasificada a nivel internacional como país de renta media, lo cual significa que no es un país prioritario para los donantes, y que por esta razón la mayor parte de la Ayuda Oficial al Desarrollo que se canaliza hacia el país se destina temas relacionados con la violencia interna, se logró incluir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio como la primera área temática de la estrategia de cooperación internacional 2007 – 2010.

Cabe agregar que esta estrategia es fruto de un proceso de diálogo y construcción conjunta entre el gobierno nacional, la cooperación internacional y la sociedad civil. También es importante resaltar que anualmente se ha registrado un incremento en los desembolsos de AOD orientados al cumplimiento de los ODM en el país.

Adicionalmente es importante aclarar que la distribución de los recursos de AOD entre las 3 áreas temáticas se explica en gran medida por los criterios bajo los cuales fueron clasificados los proyectos bajo cada categoría.

De acuerdo con lo anterior, existe un gran número de proyectos que aunque pertenecen a las otras dos áreas temáticas, también contribuyen al logro de los ODM. Como ejemplo de ello se puede mencionar la Operación Prolongada de Socorro y Recuperación, desarrollada con la cooperación del PMA, la cual contribuye al logro de los ODM relacionados con pobreza extrema, nutrición, mortalidad infantil y mortalidad materna, pero al estar dirigido a población desplazada, ha sido clasificado en el área temática de reconciliación y gobernabilidad.

Por esa razón, se realizó un nuevo ejercicio de estimación analizando cada proyecto, y como resultado se estima que cerca del 52% de los recursos movilizados, contribuyen al logro de los ODM, lo cual equivale a unos 343 millones de dólares.

En el Cuadro 41 se observan los aportes de los distintos cooperantes como parte del total movilizado en el período. Es importante mencionar que el total no coincide con la tabla anterior, ya que acá se tienen en cuenta proyecto y recursos que no corresponden a ninguna de las 3 áreas de la estrategia. Los principales 5 cooperantes para Colombia son: Estados Unidos (59%), Unión Europea (16%), España (8%), Alemania (5%) y BID (3,6%)

Cuadro 41. Volumen de cooperación movilizada 2007 – 2009

Fuente	No. Proyectos	Cooperación USD\$	%
Estados Unidos	27	\$ 399.993.704	50,84%
Comisión de la Unión Europea	92	\$ 128.694.018	16,36%
España	180	\$ 62.583.345	7,95%
Alemania	10	\$ 39.899.393	5,07%
BID	50	\$ 28.165.961	3,58%
ACNUR	576	\$ 22.013.612	2,80%
Canadá	13	\$ 18.821.153	2,39%
Suiza	34	\$ 15.305.224	1,95%
PMA	4	\$ 13.338.577	1,70%
Japón	85	\$ 12.521.341	1,59%
UNICEF	123	\$ 10.815.952	1,37%
Corea	2	\$ 5.500.000	0,70%
Noruega	9	\$ 4.243.793	0,54%
OCHA	6	\$ 4.119.822	0,52%
Banco Mundial	4	\$ 3.029.209	0,39%
Países Bajos	2	\$ 2.860.341	0,36%
PNUD	8	\$ 2.471.089	0,31%
UNFPA	16	\$ 2.022.911	0,26%
CAF	11	\$ 1.635.100	0,21%
Bélgica	6	\$ 1.379.628	0,18%
China	4	\$ 1.378.713	0,18%
Italia	2	\$ 1.280.428	0,16%
Suecia	1	\$ 832.000	0,11%
Reino Unido	17	\$ 817.752	0,10%
OEA	8	\$ 786.540	0,10%
ONUSIDA	7	\$ 656.690	0,08%
OIM	3	\$ 566.418	0,07%
UNESCO	14	\$ 442.743	0,06%
Austria	1	\$ 204.000	0,03%
FAO	6	\$ 194.800	0,02%
España – Comunidad de Madrid	1	\$ 184.963	0,02%
Total	1.322	\$ 786.759.220	100,00%

Fuente: Dirección de Cooperación Internacional. Acción Social

Plan de Gestión de Cooperación Internacional para el Logro de los ODM.

Igualmente es importante mencionar que por ser los ODM una de las tres áreas prioritarias de la Estrategia de Cooperación Internacional del país, se está adelantando un plan de acción especial para movilizar recursos en torno a estos objetivos, con énfasis en la Estrategia JUNTOS para la superación de la pobreza extrema, por ser la principal estrategia para el logro de los ODM en el país

Los objetivos que se persiguen a través de este plan de acción son:

- Movilizar recursos de cooperación internacional y de la empresa privada que contribuyan de manera efectiva al logro de las metas definidas para JUNTOS.
- Fortalecer la capacidad nacional y territorial para la implementación de la Red.
- Promover la coordinación y sinergia entre los cooperantes para maximizar el impacto de la cooperación gestionada.
- Orientar los recursos de manera prioritaria a las regiones y poblaciones más rezagadas del país.

Para el logro de estos objetivos se han definido cuatro líneas de acción, a saber:

1. Identificación y consolidación de un portafolio de demanda de cooperación para la Red JUNTOS.
2. Socialización y negociación con potenciales cooperantes.
3. Implementación, seguimiento y evaluación de la cooperación movilizada.
4. Coordinación de cooperantes internacionales y actores nacionales que trabajan actualmente en proyectos para el logro de los ODM y el fortalecimiento de la Red JUNTOS.

Entre los principales avances obtenidos en la implementación de este plan se encuentran:

1. Identificación de la demanda de cooperación de 14 entidades integrantes de la Red JUNTOS.
2. Ejercicio piloto de identificación de demanda territorial.
 - › Construcción de un portafolio de proyectos de cooperación internacional.
 - › Identificación de la oferta de cooperación y negociaciones bilaterales.
 - › Visitas de campo con cooperantes.
 - › USD\$ 340 millones movilizados para el logro de los ODM.
 - › Ejercicio de coordinación entre proyectos de cooperación.
 - › 20 Alianzas Público–Privadas para JUNTOS.
 - › 10 Acuerdos de cooperación internacional para JUNTOS.
 - › Aprobación de 4 proyectos estratégicos (Cuadro 42) – Fondo PNUD/ España para los ODM (USD\$ 25,7 millones).

Dentro de estos resultados es importante destacar la gestión que se ha hecho para obtener apoyo por parte del Fondo constituido por el gobierno de España y el PNUD para el logro de los ODM. A través de este, se ha logrado movilizar recursos importantes en este período, pero además se ha logrado un ejercicio muy valioso de coordinación interinstitucional en torno a la formulación y ejecución de los proyectos.

Como principales acciones adelantadas y resultados alcanzados en el marco de esta gestión, se pueden destacar:

- Formulación y presentación de ocho propuestas al Fondo.
- Cuatro propuestas aprobadas y puestas en marcha por un valor de USD\$25,7 millones.
- Se ha logrado la participación de un importante número de instituciones y agencias en la formulación y ejecución.
- Se ha movilizado un apoyo estratégico en áreas prioritarias, regiones y poblaciones rezagadas.
- Se ha logrado un aprendizaje en materia de formulación participativa y coordinación interinstitucional para la gestión de proyectos de cooperación internacional.

Cuadro 42. Propuestas aprobadas por el Fondo PNUD/España para el logro de los ODM

Ventana	Objetivo	Presupuesto	Focalización	Estado
Igualdad de Género y Autonomía de la Mujer	Estrategia integral para la prevención, atención y erradicación de todas las formas de violencia de género en Colombia	USD\$ 7,2 Millones	Cartagena, Pasto, Buenaventura, Risaralda (Pueblo Rico y Mistrató)	Implementación
Medio Ambiente y Cambio Climático	Integración de ecosistemas y adaptación al cambio climático en el macizo colombiano	USD\$ 4 Millones	Macizo Colombiano	Implementación
Construcción de la Paz	Fortalecimiento de capacidades locales para la construcción de paz en Nariño	USD\$ 7 Millones	Departamento de Nariño	Implementación
Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutrición	Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Comunidades Indígenas y Afrocolombianas	USD\$ 7,5 Millones	Departamento de Chocó	Implementación

Fuente: Dirección de Cooperación Internacional. Acción Social

Finalmente, es importante mencionar las principales perspectivas de desarrollo de este plan de gestión de cooperación para el logro de los ODM. Estas son:

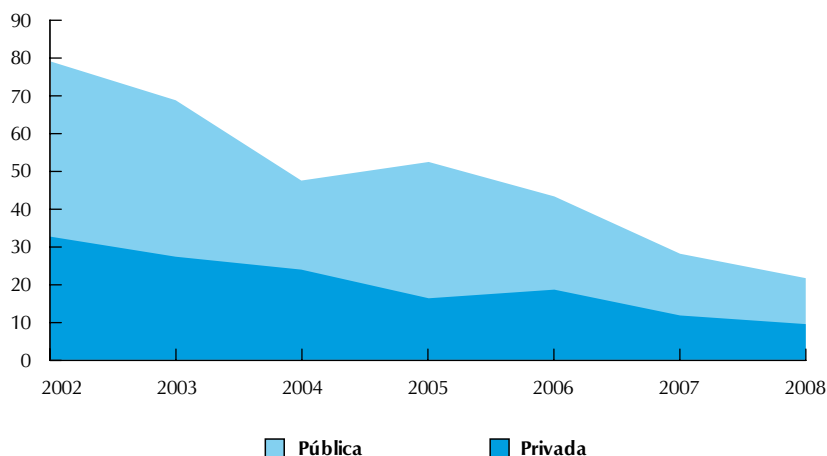
- Socialización y negociación con los potenciales cooperantes del portafolio de proyectos de la Estrategia JUNTOS.
- Identificación de la demanda territorial de cooperación internacional para la Estrategia JUNTOS.
- Ejecución de los proyectos aprobados por el Fondo PNUD/España.
- El desarrollo de espacios de coordinación y socialización.
- Mecanismos de coordinación permanentes con cooperantes y empresa privada.
- Formalización de nuevos acuerdos de cooperación.
- Seguimiento y evaluación de la cooperación movilizadora.

2 | EL SERVICIO DE LA DEUDA EXTERNA

El servicio de la deuda externa que manejen los países puede afectar de manera directa la capacidad de financiamiento de las actividades necesarias para alcanzar los ODM a 2015. Es por esto que se hace importante analizar su evolución en los últimos años, particularmente frente a la capacidad que tenga el país para cumplir con esta obligación.

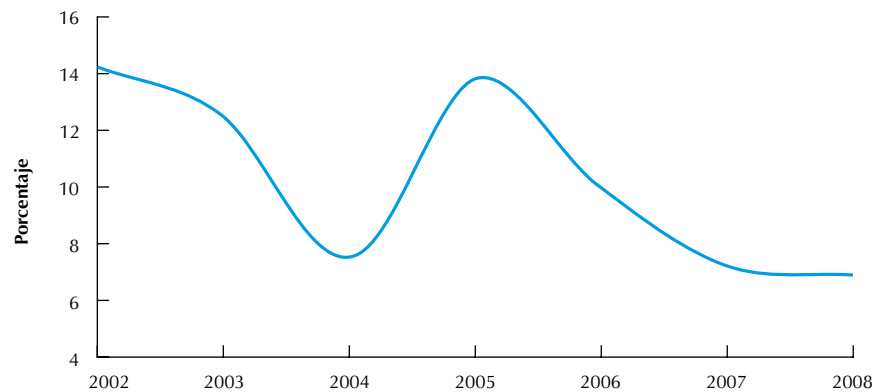
El servicio de la deuda externa como porcentaje de las exportaciones se ha reducido drásticamente en los últimos años, llegando este indicador en 2008 a niveles de 22%. Vale destacar que en los últimos años la proporción del servicio de la deuda pública sobre el total ha sido muy estable, manteniendo niveles cercanos al 57% (Gráfico 73).

Gráfico 73. Servicio de la Deuda Externa como porcentaje de las Exportaciones



El servicio de la deuda externa pública como porcentaje del gasto del Sector Público no Financiero (SPNF), indicador que puede ser entendido como la proporción del gasto público destinado al pago del servicio de la deuda, también ha mostrado una marcada reducción (a excepción del pico presentado en 2005, donde se alcanzó un valor de 13,9%), llegando esta proporción a ser de un 7% en 2008 (Gráfico 74).

Gráfico 74. Servicio de la Deuda Externa Pública como porcentaje del gasto del Sector Público no Financiero



Fuente: Banco de la República. Boletines de Deuda Externa

Mensajes Principales

El acceso a la telefonía celular se ha incrementado en los últimos años, con una alta penetración en todo el país. También se reflejan aumentos en el número de suscriptores y usuarios de Internet.

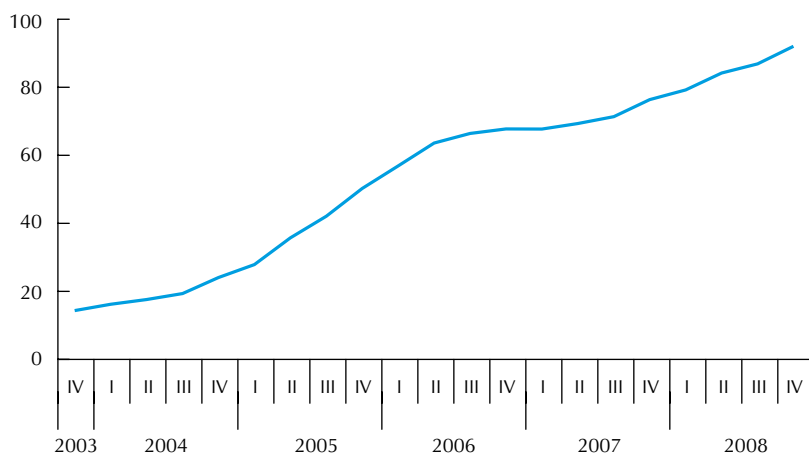
3 | ACCESO Y USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

El acceso y uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se ha desarrollado de manera importante en el país en los últimos años, mejorando la conectividad y haciendo más incluyente los beneficios del desarrollo global. Adicionalmente, los avances que se logren en la masificación de las TIC impulsarán el logro de mejores estándares de vida de la población, en áreas como la salud, educación e inserción laboral entre otras.

El acceso a la telefonía celular ha mostrado un importante avance en los últimos años, mostrando una alta penetración a lo largo del país. Para el cuarto trimestre de 2008, la tasa de penetración (porcentaje de abonados por cada 100 habitantes) se encontraba en niveles de 93,1%, comparado con un 14,8% que se presentaba en el último trimestre de 2003 (Gráfico 75).

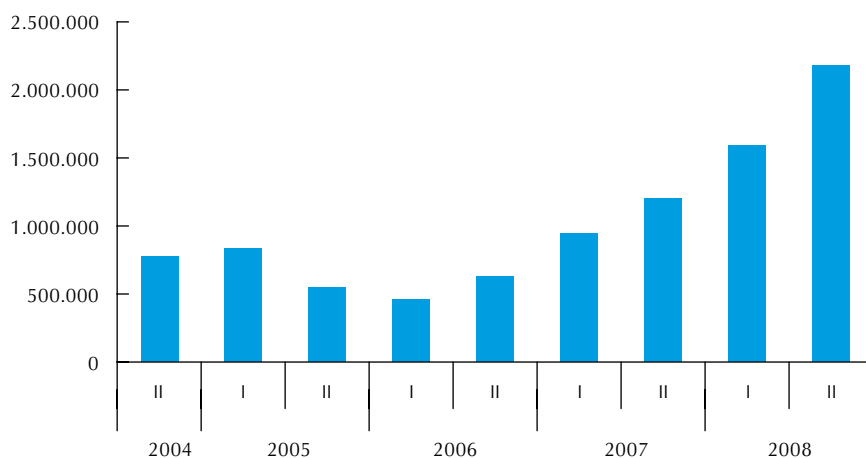
También se refleja un aumento importante del número de suscriptores a Internet. En el segundo semestre de 2008, habían 2,2 millones de suscriptores, 2,8 veces más de los que habían al finalizar el año 2004 (Gráfico 76). En cuanto a usuarios de Internet, según datos de la Comisión de Regulación de Comunicaciones, en el país hay 17,1 millones de usuarios de Internet al Diciembre de 2008.

Gráfico 75. Tasa de penetración Telefonía Celular por cada 100 habitantes



Fuente: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Gráfico 76. Suscriptores de Internet. Total Nacional



Fuente: Comisión de Regulación de Comunicaciones

En relación con el marco normativo e institucional del sector, el Gobierno Nacional ha avanzado en la consolidación de una normatividad moderna, adaptada a las circunstancias actuales. En este sentido se destacan:

- Ley 1341 de 2009, por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.
- Resolución 2058 de 2009 mediante la cual se establecieron los criterios y condiciones para determinar mercados relevantes y la existencia de posición dominante en dichos mercados.

- Ley 1369 de 2009 mediante la cual se estableció el régimen de los servicios postales en Colombia.
- Plan Nacional de TIC 2008 – 2019 a través del cual el Gobierno Nacional busca lograr que todos los colombianos hagan uso de manera eficiente y productiva de las TIC, mejorando así la inclusión social y aumentando la competitividad del país.

A pesar de lograr avances en la organización y modernización del sector, persisten algunas dificultades en su organización institucional, particularmente con la dispersión de las funciones de vigilancia y control del sector que actualmente se encuentran divididas entre el Ministerio sectorial, la Superintendencia de Industria y Comercio y la Comisión Nacional de Televisión.

ANEXO 1

LIMITACIONES Y RETOS DE CARA AL SEGUIMIENTO DE LOS ODM

En este anexo se busca dar a conocer las limitaciones y retos que, en el mediano y largo plazo deberá afrontar el Departamento de Estadística Nacional (DANE) para lograr que el país pueda disponer, de forma oportuna y con calidad, de toda la información que se requiere para medición y seguimiento de la evolución de todos y cada uno de los indicadores contemplados como metas de los ODM, en particular de cara al próximo informe de evaluación y seguimiento.

Construcción de las fichas de metadatos. En cumplimiento de las funciones como regulador de la información, el DANE ha realizado un proceso de análisis de fuentes y elaboración de metadatos para cada uno de los indicadores buscando paulatinamente tener como característica principal la unificación y complemento tanto de fuentes como en el cálculo de los indicadores. Por lo tanto se cuenta con el conjunto de fichas técnicas o metadatos (información sobre la información) de cada uno de los indicadores de seguimiento a los ODM.

El Metadato suministra, para cada indicador, información básica sobre los siguientes aspectos:

- Definición
- Unidad de medida
- Fórmula
- Descripción metodológica: Método de cálculo
- Cobertura Geográfica
- Fuente de datos
- Disponibilidad de los datos
- Periodicidad de los datos
- Periodicidad de la serie de tiempo actualmente disponible
- Entidad responsable de la producción de la información
- Bibliografía
- Observaciones

La elaboración de las fichas técnicas fue responsabilidad del DANE en colaboración con el Departamento Nacional de Planeación DNP, y con la participación de profesionales, entre otros, de los siguientes organismos:

- Ministerio de Educación Nacional
- Ministerio de la Protección Social
- Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
- IDEAM
- ICBF

Este proceso se caracterizó por el esfuerzo de intercambios y acuerdos entre las partes involucradas, a la vez que contribuyó a darle mayor solidez a los acuerdos interinstitucionales alcanzados, fomentar el trabajo coordinado entre distintas instancias gubernamentales y fortalecer de la capacidad estadística nacional.

Construcción de la línea base 1990. En el caso de Colombia, la línea base de los indicadores están referidos, en su gran mayoría, al año 1990 o en su defecto a años muy próximos (1991, 1992). Esta línea base fue establecida en el Documento Conpes Social 91 y ratificadas en el primer informe del país sobre ODM: “Hacia una Colombia equitativa e incluyente” (2005)

Una tarea complementaria y pendiente está relacionada con la elaboración de los indicadores tanto de la línea base como todos los de la década de los noventa utilizando las proyecciones basadas en los resultados del Censo General 2005. Esta actividad, para el caso de indicadores que provienen de las encuestas de hogares, requiere de un reprocesamiento de las mismas, utilizando los nuevos factores de expansión. Se espera que los indicadores derivados de estas encuestas no cambien significativamente de valor en términos relativos, aunque en términos absolutos si es posible que se presenten diferencias.¹⁸¹

En este punto, es importante tener presente y considerar en los análisis, que si los datos para construcción de un indicador particular, tanto el numerador como el denominador provienen de diversas fuentes, y es afectado por la estructura de la población, es muy probable que el indicador de la línea base difiera con el calculado e incluido como dato de referencia tanto en el Documento Conpes Social 91 como en el primer Informe País.

Aspectos relacionados con la producción de la información. Es evidente, que si bien se estaba trabajando en el cumplimiento, de producir información que diera cuenta de los avances logrados por Colombia para construcción de los indicadores, no se contaba con la articulación necesaria de las instituciones que tenían competencias similares para trabajar sobre el tema. Por eso, los mayores beneficios derivados de esta institucionalización del tema de los ODM, a través del Documento Conpes, se evidencian en tres aspectos fundamentales que en buena medida han permitido superar las dificultades que se presentaban:

- Adopción de un marco único e integrado de indicadores, con diferentes niveles de ejecución, con los cuales es posible hacer el seguimiento a los ODM y por lo tanto posicionar el tema en la agenda nacional.
- Impulsar en el país la cultura estadística asociada a la producción y uso de la información producida por el DANE y otras instituciones
- Coordinación interinstitucional para adelantar la labor que significa llegar a disponer por consenso de un documento de análisis sobre la situación del país.

Se ha trabajado en la línea de evitar la duplicación de esfuerzos para una tarea común que debe desarrollar el país, en el campo de producción de información de las estadísticas básicas que resultan indispensables para llevar a cabo los trabajos de análisis que se requieren para la construcción de las bases de apoyo que permitan al país hacer efectivos los alcances de los ODM

Información disponible como insumo para el cálculo de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Proyecciones de Población. El DANE, a partir del Censo General 2005, inicia la construcción de las proyecciones de población a nivel nacional, departamental y

¹⁸¹ Dada la experiencia adquirida al realizar la labor de comparación entre los valores de la línea base calculados con base en los resultados del Censo General 93, y los calculados teniendo como referente los resultados del Censo General 2005, para los indicadores de mercado laboral serie 2001 – 2008 que se desarrollaron en el segundo semestre de 2008, sin encontrarse diferencias en los valores relativos pero si en los absolutos

municipal. Para obtener los resultados a nivel nacional y departamental se implementó el método de los componentes demográficos, mientras que, para las proyecciones de población a nivel municipal se utilizó el método de Relación de Cohortes. Para la desagregación por área, cabecera – resto, a nivel municipal existen limitantes en la calidad de la información e insuficiencia de datos para analizar el desarrollo histórico de los componentes demográficos de migración, fecundidad y mortalidad, lo que hace que la estimación de la población a este nivel, desglosada por área y grupos de edad sea un proceso bastante complejo.

Para llevar a cabo las proyecciones municipales por área es necesario valorar las estructuras censales en diversos momentos a través del tiempo para cada ente territorial; en otras palabras, evaluar en los últimos Censos Generales de población la estructura total del municipio, luego la de cabecera y por último la del resto, teniendo en esta evaluación un componente gráfico, apoyado con la inclusión de índices tales como el de Naciones Unidas, el de masculinidad, distribución cabecera – resto, transición demográfica, entre otros. También, es necesario analizar la evolución de los porcentajes de población urbana, esperando que a través del tiempo, la tendencia no presente cambios no explicables desde el punto de vista demográfico o económico.

Es la anterior actividad la que demanda mayor tiempo, ya que es necesario en algunos municipios ajustar la estructura de población ya sea en cabecera o resto, mediante técnicas demográficas-matemáticas de suavizamiento¹⁸². Luego se lleva a cabo una interpolación entre los puntos censales; para el caso de los totales cabecera-resto se recurre a modelos no lineales¹⁸³, y para los grupos de edad, modelos lineales. Finalmente se suman las poblaciones proyectadas de cada grupo de edad y, si existe una diferencia con la población total antes calculada, se realiza la calibración correspondiente.

De otro lado, para llevar a cabo la estimación de la serie de población 1990 – 1999 como insumo para la muestra de la Encuesta de Hogares trimestral fue necesario realizar las actividades que se describen a continuación:

- Calibración de las estructuras departamentales cabecera resto para los Censos Generales de población 1985 – 1993, armonizando su consistencia con la estructura a nivel nacional.
- Ajuste y calibración de los niveles municipales cabecera resto 1985, 1993 de acuerdo con los niveles del Censo General 2005 ajustado, y la tendencia de la serie proyectada 2006 – 2020.
- Calibración y armonización de las estructuras municipales total, cabecera, y resto para los Censos Generales de población 1985 y 1993. con su respectivo departamento.
- Interpolación para cada año calendario de las estructuras cabecera y resto, de los municipios que conformar los dominios de la encuesta.
- Trimestralización de la serie 1990 – 1999
- Revisión de calidad y ajuste

Actualmente se dispone de las siguientes series, las cuales se encuentran disponibles en la página Web del DANE:

¹⁸² Método de Strong, Arriaga, Naciones Unidas que se pueden consultar en: Population Analysis with Microcomputers Vol I. Bureau of the Census. 1994.

¹⁸³ Se utilizó el Smoothing splines (Suavización por splines) ver Servy, E., García, M. y Paccapelo, V. (2002), Regresión No Paramétrica: Una Aplicación, Investigaciones Teóricas y Aplicadas, Escuela de Estadística, páginas 1 – 3.

Niveles	Archivo
Series de Población	Estimaciones nacionales y departamentales por sexo y edad anualizadas 1985 – 2005 y Proyecciones 2005 – 2020
	Indicadores Demográficos según departamento 1985 – 2020
Nacionales y Departamentales	Estimaciones de Fecundidad nacionales y departamentales 1985 – 2020
	Estimaciones de Migración nacionales y departamentales 1985 – 2020
	Indicadores Demográficos y tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 1985 – 2020
	Indicadores Demográficos y tablas abreviadas de mortalidad nacionales y departamentales 2005 – 2020
	Proyecciones de población quinquenales por sexo y grupos de edad nacionales y departamentales 1985 – 2020
	Proyecciones de población anualizadas a nivel nacional, por sexo, edad cabecera – resto para el periodo 1985 – 2020
Municipales	Proyecciones municipales en años anuales por sexo y grupos de edad para el período 2005 – 2011
	Proyecciones municipales en años anuales por sexo y edades simples de 0 a 24 años para el período 2005 – 2015 (En web solo hasta 2011)
	Proyecciones municipales en años anuales por área para el período 2005 –2009

Estadísticas Vitales (Nacimientos y Defunciones). Las estadísticas vitales en particular las referidas a los nacimientos y las defunciones son fundamentales para la construcción de varios de los indicadores incorporados en los ODM. Tanto el sector salud (para uso en sus diferentes programas), como agencias internacionales vinculadas con la salud OMS – OPS son usuarios de la información que provee el sistema. El DANE es usuario para construcción de indicadores y modelos de natalidad y mortalidad para las proyecciones de población, pero es evidente que hace falta coordinación para la producción, el uso y la explotación de las estadísticas vitales.

Antes del año 1987 el DANE manejaba las estadísticas de nacimientos recogiendo la información de las alcaldías, notarías y parroquias, que tenían la función de registrar.

A partir de 1987 la Registraduría Nacional de Estado Civil, asumió la función de registro del Servicio Nacional de Inscripción (SNI), que hasta ese momento se encontraban en el DANE. Sin embargo, no se le dio continuidad al proceso de grabación de las estadísticas de nacimientos desde el año 1988, lo que creó un vacío de información. Con el ánimo de restablecer la serie histórica de nacimientos, se suscribió y ejecutó un convenio entre el DANE y la Registraduría, mediante el cual se logró la recuperación de aproximadamente doce millones de registros civiles de nacimientos de los años 1988 a 1997, información que fue procesada. El resumen de esta información está disponible en medio magnético en el Banco de Datos.

El Ministerio de la Protección Social, conjuntamente con el DANE, ha diseñado el Sistema de Modernización Tecnológica de las Estadísticas Vitales, en el marco del Registro Único de Afiliados – RUAF del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO, del cual hace parte el módulo de nacimientos y defunciones, teniendo como principal premisa trascender del diligenciamiento de los certificados de nacido vivo y de defunción en físico, al proceso de registrarlos en medios magnéticos, buscando reducir, de manera significativa, el tiempo de obtención, análisis y producción estadística de los datos relevantes de los hechos vitales de Nacimientos y Defunciones.

El proceso de modernización está enfocado, principalmente, al aumento de la cobertura, el mejoramiento de la calidad, la oportunidad en la disponibilidad y difusión de los datos, la actualización e incorporación de tecnologías de información y comunicación apropiadas, que permitan capturar en línea la información de los certificados de nacido y de defunción, disminuyendo costos en la producción de certificados impresos y mejorando la oportunidad de la información.

Actualmente, se ha implementado el nuevo sistema de captura en once (11) instituciones de salud distribuidas en Bogotá, Cundinamarca, Cali y Medellín. Se prevé avanzar en la ampliación de la cobertura institucional, etapa que tendrá una duración aproximada de tres años, consecuente con la disponibilidad de infraestructura tecnológica y recursos.

En cuanto a defunciones, el DANE produce información desde el año 1979; para años anteriores existe información en el Banco de Datos de fuente diferente al DANE, el proceso de producción de esta información y de validación de calidad no es conocido por lo tanto el DANE no se responsabiliza de la calidad o la cobertura de los mismos.

Gran Encuesta Integrada de Hogares – GEIH. Proporciona información básica acerca del tamaño y la estructura de la fuerza de trabajo (empleo, desempleo e inactividad económica).

Con este proyecto se dispone la base de datos depurada mensual para la producción de los principales indicadores del mercado laboral y su variación en el tiempo con los siguientes niveles de desagregación geográfica: Mensual para el total de las 13 ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pasto, Pereira, Cúcuta, Ibagué, Montería, Cartagena, Villavicencio) y para el total nacional.

El tamaño de la muestra anual corresponde a 271.620 hogares, lo que la constituye en la encuesta de mayor cobertura a nivel nacional. Se obtienen indicadores mensuales de cobertura operativa urbana por encima del 95% y rural al 98%

Actualmente se publican Boletines especiales con periodicidad trimestre móvil, con corte mensual así:

- › Informalidad: 11 boletines de enero a octubre de 2008
- › Inactividad: 8 boletines de enero a octubre de 2008
- › Jefatura de Hogar: 10 boletines de enero a octubre de 2008
- › Juventud entre 14 y 26 años: 6 boletines de enero a octubre de 2008
- › Sexo: 10 boletines de enero a octubre de 2008
- › Seguridad Social: 2 boletines de enero a octubre de 2008

Se elaboraron series mensuales y trimestrales que apoyan cada uno de los boletines especiales y el Boletín de Mercado Laboral:

- › Población inactiva según tipo de inactividad para cada una de las 13 áreas (mensual).
- › Total de Hogares según información de ingresos (laborales y no laborales) en total nacional y 13 áreas (trimestre móvil).
- › Población Ocupada según sexo y grupo principal de ocupación, para total nacional, cabecera y resto (trimestral).
- › Población Ocupada según grupo principal de ocupación para total nacional, cabecera, resto y total 13 áreas (trimestral).
- › Población Cesante según posición ocupacional anterior y sexo, para total nacional, cabecera, resto y total 13 áreas (mensual).
- › Población Desocupada (Cesantes y Aspirantes) según sexo y nivel educativo para total nacional, cabecera, resto y total 13 áreas (trimestral).
- › Población Cesante según sexo y grupo principal de oficio anterior para total nacional, cabecera, resto y total 13 áreas (trimestral).
- › Población ocupada según sexo y Rango de Salario Mínimo para total nacional, cabecera, resto y total 13 áreas (trimestral).
- › Población Cesantes según sexo y nivel educativo para total nacional, cabecera, resto y total 13 áreas (trimestral).
- › Población ocupada según ingresos laborales mensuales en rangos de salario mínimo, para total nacional y total 13 áreas (trimestral).

Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Corresponde a las encuestas denominadas “multipropósito” que recogen las principales variables a nivel de viviendas, hogares y personas, permitiendo obtener características objetivas y subjetivas de los hogares para la construcción de indicadores en esta encuesta se investiga sobre acceso a servicios públicos, privados o comunales, calidad y tipología de la vivienda, afiliación a la seguridad social, educación, ocupación e ingresos de las personas del hogar y percepción de pobreza.

Es importante señalar que la información que ofrecen las encuestas de calidad de vida, es estratégica para los sistemas nacionales de información ya que aportan información con la cual es posible hacer análisis y evaluación de los programas y políticas públicas, indicadores que igualmente se convierten en insumo para el seguimiento de los Objetivos Del Milenio. (ODM)

Cobertura geográfica: Total Nacional (cabecera – resto) y por Regiones (total y cabecera – resto): Antioquia, Valle, Central, Pacífica, Atlántica, Oriental San Andres (total región) y para Bogotá D.C. y Orinoquia amazonia, solo para cabecera.

La presentación de información se realiza mediante tablas estadísticas de resultados con porcentajes, distribuciones porcentuales y tasas, para los dominios de estudio establecidos.

La información de la ECV 2008, se divulgó a través de Boletín y rueda de prensa durante el primer trimestre de 2009. Se dispone de los resultados comparativos entre la ECV 2008 con la ECV 2003 para total nacional, cabecera, resto y por regiones. También se

cuenta con un conjunto de los principales cuadros de salida de esta investigación, de la metodología, manuales de recolección entre otros documentos los cuales se pueden consultar en la página web del Dane www.dane.gov.co.

Encuesta de Ingresos y Gastos ENIG. La encuesta se realiza con el objetivo de obtener información detallada sobre el ingreso y las fuentes de donde provienen los ingresos que tienen los hogares, así como el monto del gasto y la forma como se distribuye ese gasto.

La información derivada de esta investigación es utilizada para actualizar la canasta básica de alimentos y calcular las líneas de indigencia y pobreza, de acuerdo a la metodología que se definirá como producto del trabajo de la Misión de Expertos para la revisión y análisis de las encuestas de hogares y empalme de las series de mercado laboral, pobreza y distribución del ingreso en Colombia.

Las encuestas de ingresos y gastos están programadas para realizarse cada 10 años. La ENIG 2006 – 2007 se realizó después de 12 años durante los meses de octubre de 2006 a septiembre de 2007.

Esta investigación fue diseñada con una cobertura para el Total Nacional, Cabecera, Resto, 24 ciudades éstas últimas son: Bogotá, Medellín – AM, Barranquilla – AM, Cartagena, Manizales – AM, Montería, Villavicencio, Pasto, Cúcuta – AM, Pereira – AM, Bucaramanga – AM, Ibagué, Cali – AM, Tunja, Florencia, Popayán, Valledupar, Quibdó, Neiva, Riohacha, Santa Marta, Armenia, Sincelejo y San Andrés.

La información se presenta para hogares y personas en las variables de ingresos, gastos y socio-demográficas, para los dominios Total Nacional, Cabecera, Resto y 24 ciudades. Debido a la periodicidad de las encuestas de ingresos y gastos, la publicación de la ENIG 2006 – 2007 es especial, en el 2009 se tiene previsto publicar el boletín de prensa con los principales resultados de ingresos y gastos 2006 – 2007 anexando los 32 cuadros de salida.

Construcción de series de indicadores 1990 – 2000 y 2001 – 2008 utilizando las proyecciones de población basadas en los resultados del Censo General 2005.

La construcción de las series de indicadores 1990 – 2000 está pendiente por la complejidad manifestada anteriormente, una vez estén disponibles pueden ser usados como base para el informe 2010.

Se dispone de la Encuesta de Calidad de Vida 2003 y 2008, la Encuesta de Ingresos y Gastos 2006 – 2007 y de los resultados de la Gran Encuesta integrada de Hogares 2001 – 2008; resultados expandidos con las proyecciones derivadas del Censo General 2005. Estas encuestas se constituyen en la fuente fundamental para el cálculo de indicadores tales como tasas de analfabetismo, años promedio de estudio, saneamiento básico: acueducto y alcantarillado; tecnologías de información: uso de celulares y televisión, indicadores de mercado laboral: tasa de desempleo, tasa global de participación y tasa de ocupación, subempleo objetivo, subjetivo, ocupados por rama de actividad, posición ocupacional, y las mediciones de pobreza

En cuanto a los indicadores provenientes del registro de estadísticas vitales se dispone de series 1998 – 2006 para porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales, atención institucional al parto, prevalencia en métodos de anticoncepción, tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino, tasa de mortalidad asociada al VIH/SIDA, casos de mortalidad por malaria y casos de mortalidad por dengue. Se tiene un rezago de dos años, que se espera con la implementación de los acuerdos suscritos con el Ministerio de la Protección Social ir reduciendo este periodo a lo mínimo posible.

Conclusiones y compromisos

Las limitaciones que se tienen para disponer de la información. Existen problemas para generar información en virtud de los costos que significa la implementación y continuidad de los procesos que conlleva el funcionamiento de las fuentes encargadas de su recolección. Hay que considerar que mucha de la información utilizada para seguimiento de los ODM esta dependiendo directa o indirectamente de los datos aportados por los Censos Generales de población, que sirven, entre otras cosas, de base para la elaboración de las proyecciones de población así como de las estadísticas continuas, en especial las relacionadas con la mortalidad general y las causas de muerte. Específicamente, sobre el tema de Estadísticas Vitales y su seguimiento para garantizar cobertura, oportunidad y calidad, depende del desarrollo del cronograma aprobado en el Comité de Estadísticas Vitales; adicionalmente, lograr disminuir el rezago de la entrega de los datos, está limitado por la implementación del Registro Único de Afiliados.

De otra parte, la calidad y representatividad de las encuestas requieren de un buen marco muestral. Este hecho se convierte en una limitante por lo que el DANE, continuamente, debe estar realizando labores de actualización de éste.

De otro lado se continuara realizando una labor de análisis, evaluación, diseño y rediseño de los cuestionarios tanto de las encuestas de hogares para mejorar la información estadística relevante para el seguimiento de las metas del milenio. Se requiere para ello de una mayor coordinación con las instituciones del Estado sobre las demandas y tipos de requerimientos de información socio-demográfica y de proyecciones de población, que son de carácter estratégico para los análisis y la toma de decisiones a nivel global, geográfico y sectorial según las especificaciones establecidas en la Ley; así mismo, para responder a las necesidades de los usuarios.

Los vacíos de información. Algunos objetivos específicos que requieren de una estrategia para poder disponer en el futuro de información que de cuenta de los avances logrados. Un ejemplo de esto lo constituyen algunos indicadores de género, que incluso difícilmente se tiene la línea base; adicionalmente, se debe avanzar en la conceptualización y armonización de la información que recogen diferentes instituciones. En ese sentido, una de las mayores críticas que ha recibido el indicador: “el porcentaje de mujeres unidas con experiencia de maltrato físico o violencia sexual por parte de su pareja en el último año”, se basan en que el concepto se restringe a la violencia sexual dejando por fuera los otros tipos de violencia; la propuesta de diversos expertos está en la vía de hablar de Violencia Basada en Género – VBG.

De igual manera se requiere avanzar en la medición del hambre a través de los indicadores propuestos: desnutrición global y porcentaje de población total en subnutrición, incluso este último indicador presenta problemas en cuanto a la metodología de medición y a la disponibilidad de datos recientes que den cuenta del comportamiento y tendencia de este indicador. En este campo existe la necesidad de poner a disposición del país una variada y continua gama de datos con los cuales se pueda tener una visión completa de las transformaciones del país y para la acción focalizada localmente y de forma que cobije los grupos de mayor vulnerabilidad.

Con respecto a los indicadores de los objetivos 4, 5 y 6 en la mayoría de ellos se incluirá en el informe dos estimaciones por ejemplo para el caso del porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales se utilizaran los resultados de la Encuesta de Demografía y Salud realizada por PROFAMILIA y el dato derivado de los resultados de Estadísticas Vitales.

Uno de los vacíos de información se presenta en el área de las estadísticas vitales de años anteriores a 1998 en nacimientos y antes de 1979 en defunciones, época en que estas cifras eran producidas por la Registraduría Nacional de Estado Civil y por otras fuentes. El DANE puede validar los indicadores de estos objetivos (4, 5 y 6), para el período comprendido entre 1990 – 1997 en los casos en que no se tenga como denominador o parte del indicador, cifras de nacimientos.

En línea con todo lo anterior, el DANE se compromete a que durante el primer semestre de 2010 el país cuente con los siguientes insumos de cara al próximo informe:

- › Retroproyecciones de población hasta 1991 para los dominios de las Encuestas de Hogares.
- › Basado en lo anterior, redefinir las líneas de base para los indicadores que tengan como fuente o utilicen dentro de su definición datos provenientes de estas encuestas.
- › Adicionalmente, en mesas de trabajo sectoriales para cada objetivo lideradas por la entidad y con el apoyo del DNP, socializar los resultados y discutir las implicaciones sobre la meta definida por el país en cada indicador que tendría la nueva línea de base.
- › Finalmente, apoyar a cada una de las entidades responsables de cada objetivo, en el marco de las mesas sectoriales, en la definición de nuevas metas y proyecciones a 2015 para los indicadores que así lo requieran.

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.	Colombia: variación porcentual anual del PIB 2002 – 2008 a precios constantes de 2000	23
Cuadro 2.	Tasas de ocupación y desempleo 2002 – 2008. Total nacional	24
Cuadro 3.	Distribución de la pobreza según sexo	25
Cuadro 4.	Distribución promedio de los ocupados en el hogar según grupo etáreo	26
Cuadro 5.	Peso de los alimentos en el índice de precios al consumidor	29
Cuadro 6.	IPC Alimentos diciembre de cada año	30
Cuadro 7.	Colombia: Desigualdad en la distribución de ingresos 2002 – 2008	31
Cuadro 8.	Familias en Acción como estrategia para reducir la pobreza	33
Cuadro 9.	Contribución de los subsidios de educación y salud a la reducción de la pobreza y la desigualdad. Reducción en puntos porcentuales. 2008.	35
Cuadro 10.	Contribución de los subsidios de protección a la niñez, monetarios y servicios públicos a la reducción de la pobreza y la desigualdad. 2008	36
Cuadro 11.	Desnutrición global en niños menores de 5 años	39
Cuadro 12.	Rendimiento (Ton/Ha) para principales productos	41
Cuadro 13.	Educación básica y media: tasa de cobertura bruta	50
Cuadro 14.	Cobertura bruta según género	50
Cuadro 15.	Relación de los departamentos con mayores índices de NBI respecto a sus coberturas brutas	52
Cuadro 16.	Educación media. Tasa de cobertura bruta	53
Cuadro 17.	Evolución de la matrícula en educación básica y media	55
Cuadro 18.	Colombia: crecimiento en la matrícula según nivel	56

Cuadro 19.	No asistencia de los jóvenes en educación básica y media. 2008	57
Cuadro 20.	Asistencia escolar de la población de grupos étnicos entre 5 y 16 años. 2005	59
Cuadro 21.	Resultados Pruebas Saber 2002 – 2003, 2005 – 2006	61
Cuadro 22.	Reducción de la repitencia en básica y media	67
Cuadro 23.	Población 15 a 24 años. Años promedio de educación, 2001 – 2008	70
Cuadro 24.	Estrategias para el logro del segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio	71
Cuadro 25.	Estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de 0056IF 2005 – 2008	81
Cuadro 26.	Proporción de mujeres que ocupan cargos de elección popular en el nivel territorial: gobernadoras, diputadas, alcaldesas y concejales	86
Cuadro 27.	Proporción de mujeres que ocupan cargos en las Altas Cortes de la Rama Judicial. 2007	86
Cuadro 28.	Provisión de cargos directivos con perspectiva de género. Entidades del Irden Nacional. 2008	87
Cuadro 29.	Cobertura global de TAR en personas con VIH y SIDA. Colombia 2005 a 2007	137
Cuadro 30.	Cobertura de bosque natural	149
Cuadro 31.	Áreas protegidas del SPNN	151
Cuadro 32.	Planes de manejo de áreas del SPNN	152
Cuadro 33.	Avances en regulación y estrategias para la reducción del consumo de SAO	159
Cuadro 34.	Información General del Portafolio de Proyectos MDL	160
Cuadro 35.	Procesos de Ordenación Forestal	161
Cuadro 36.	Fuentes de Medición del Indicador de Hogares en Asentamientos Precarios – HAP (por dominio y tipo de medición)	168
Cuadro 37.	Medición “Básica” Asentamientos Precarios por Origen	170
Cuadro 38.	Focalización de la Política Nacional	173
Cuadro 39.	Distribución de los recursos por bloque temático de la Estrategia 2003 – 2006	180
Cuadro 40.	Distribución de los recursos por bloque temático de la Estrategia 2007 – 2010	183
Cuadro 41.	Volumen de cooperación movilizada 2007 – 2009	184
Cuadro 42.	Propuestas aprobadas por el Fondo PNUD/España para el logro de los ODM	186

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Evolución de la pobreza extrema	19
Gráfico 2.	Avance regional hacia la superación de la pobreza extrema	20
Gráfico 3.	Evolución de la pobreza	21
Gráfico 4.	Avance regional hacia la superación de la pobreza por ingresos	22
Gráfico 5.	Colombia: Brecha de pobreza 2002 – 2008	22
Gráfico 6.	Incidencia de la pobreza según jefatura del hogar	25
Gráfico 7.	Variación en el total de personas en situación en desplazamiento según año de salida	27
Gráfico 8.	Variación IPC total y alimentos 1995 – 2007	29
Gráfico 9.	Personas con ingresos diarios inferiores a 1,25 USD\$ PPA (%)	32
Gráfico 10.	Evolución del porcentaje de población total en subnutrición	37
Gráfico 11.	Hacia la meta de desnutrición global	40
Gráfico 12.	Variación PIB total, agrícola e industria manufacturera	41
Gráfico 13.	Evolución de la cobertura en educación básica	51
Gráfico 14.	Avances por departamento hacia la meta de cobertura bruta en educación media	54
Gráfico 15.	Los avances regionales en materia de deserción	58
Gráfico 16.	Clasificación departamental: Pruebas Saber, Lenguaje grado quinto, 2005	62
Gráfico 17.	Clasificación departamental: Pruebas Saber, Lenguaje grado noveno, 2005	63
Gráfico 18.	Clasificación departamental: Pruebas Saber, Matemáticas grado quinto, 2005	64
Gráfico 19.	Clasificación departamental: Pruebas Saber, Matemáticas grado noveno, 2005	65
Gráfico 20.	Pruebas de Estado 2008, distribución por departamentos	66
Gráfico 21.	Reducción de la repitencia en básica y media en los departamentos. 2001 – 2008	68

Gráfico 22.	Tasa de analfabetismo población 15 a 24 años, 2001 – 2008	69
Gráfico 23.	Tasa global de participación según sexo. Total Nacional 2002 – 2008	82
Gráfico 24.	Tasa de desempleo según sexo. Total Nacional 2002 – 2008	83
Gráfico 25.	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos (n.v). Comparativo ENDS – EEVV DANE. Colombia 1990 – 2007	93
Gráfico 26.	Tasa de mortalidad en menores de cinco años por 1,000 n.v. Distribución anual por sexo. Colombia 1998 – 2007	94
Gráfico 27.	Diferencias tasa de mortalidad en la niñez. Valores extremos departamentales.	95
Gráfico 28.	Razón de mortalidad en menores de un año por 1.000 n.v. Comparativo ENDS – EEVV DANE. Colombia 1990 – 2007	96
Gráfico 29.	Razón de mortalidad en menores de un año por 1.000 n.v. Distribución anual por sexo. Colombia 1998 – 2007	96
Gráfico 30.	Diferencias tasa de mortalidad infantil. Valores extremos departamentales. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007.	97
Gráfico 31.	Cobertura de vacunación. Colombia 1998–2008	99
Gráfico 32.	Diferencias coberturas de vacunación de Triple Viral. Valores extremos departamentales. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2008	100
Gráfico 33.	Porcentaje de municipios con coberturas de vacunación iguales o superiores al 95%. Colombia 1998 – 2008.	101
Gráfico 34.	Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v. Colombia 1998 – 2007	109
Gráfico 35.	Razón de mortalidad materna. Valores extremos departamentales. Colombia 2000, 2003, 2005 y 2007	111
Gráfico 36.	Porcentaje de controles prenatales. Comparativo ENDS – EEVV DANE. Colombia 1998 – 2007	112
Gráfico 37.	Porcentajes de controles prenatales. Valores departamentales extremos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2005 y 2007	113
Gráfico 38.	Relación Razón de Mortalidad Materna y controles prenatales	114
Gráfico 39.	Porcentaje de atención institucional del parto. Comparativo ENDS – EEVV DANE. Colombia 1990 – 2007	115
Gráfico 40.	Porcentaje de atención institucional del parto. Valores departamentales extremos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007	116
Gráfico 41.	Porcentaje de atención del parto por personal calificado. Comparativo ENDS – EEVV DANE. Colombia 1990 – 2007	117

Gráfico 42.	Porcentajes de atención del parto por personal calificado máximos y mínimos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007	117
Gráfico 43.	Relación razón de mortalidad materna y atención del parto por personal calificado y en instituciones.	118
Gráfico 44.	Porcentaje de uso de métodos modernos de anticoncepción. Población Sexualmente Activa de 15 a 49 años. Colombia 1995, 2000, 2005	120
Gráfico 45.	Porcentaje de mujeres unidas usuarias de métodos anticonceptivos modernos, según zona de residencia y región. Colombia 1995, 2000, 2005	121
Gráfico 46.	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo, según zona de residencia y región. Colombia 1990, 1995, 2000, 2005	122
Gráfico 47.	Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres. Colombia 1998 – 2007	124
Gráfico 48.	Prevalencia de VIH/SIDA. Estudios centinela. Colombia 1988 – 2003	131
Gráfico 49.	Prevalencia proyectada de VIH. Colombia 1983 –2015	133
Gráfico 50.	Tasa de mortalidad por SIDA por 100.000 habitantes. Colombia 1998 – 2007. Distribución anual por sexo	134
Gráfico 51.	Tasa de mortalidad por SIDA por 100.000 habitantes. Valores departamentales extremos.	135
Gráfico 52.	Casos de VIH/SIDA con mecanismo probable de transmisión perinatal. Colombia 2004–2008	136
Gráfico 53.	Casos de mortalidad por malaria. Distribución por sexo. Colombia 1998–2006	138
Gráfico 54.	Diferencias casos de mortalidad por malaria. Valores máximos. Colombia 1998, 2000, 2003, 2006 y 2007	139
Gráfico 55.	Casos de mortalidad por dengue. Distribución por sexo. Colombia 1998 – 2007	140
Gráfico 56.	Diferencias casos de mortalidad por dengue. Valores máximos. Colombia 1998, 2000, 2003 y 2006	141
Gráfico 57.	Reforestación Plan Nacional de Desarrollo	150
Gráfico 58.	Consumo de CFC	153
Gráfico 59.	Emisiones de Co2 Eq (%) 1990–1994 y 2000–2004	154
Gráfico 60.	Emisiones de Co2 Eq por módulos (sectores) 1990 – 1994 y 2000 – 2004 (GEI 2004)	154
Gráfico 61.	Evolución del acceso de población a fuentes agua potable y servicios de saneamiento	163

Gráfico 62.	Evolución de Coberturas Área Urbana** (2003 – 2008)	163
Gráfico 63.	Evolución de Coberturas Área Rural** (2003 – 2008)	163
Gráfico 64.	Coberturas Totales por Región** (Fuentes Mejoradas de Agua Potable)	164
Gráfico 65.	Coberturas Totales por Región** (Servicio Adecuado de Saneamiento)	164
Gráfico 66.	Población Rural Atendida con los Servicios de Acueducto y Alcantarillado	165
Gráfico 67.	Población Urbana Atendida con los Servicios de Acueducto y Alcantarillado	165
Gráfico 68.	Hogares en Asentamientos Precarios – Medición “Básica”	170
Gráfico 69.	Composición de los Hogares 2008 Medición “Básica”. Total Hogares	171
Gráfico 70.	Composición de los Hogares 2008 Medición “Básica”. Hogares en Asentamientos Precarios Mejorables	171
Gráfico 71.	Composición de los HAP (2003 y 2008) – Medición “Ampliada”	172
Gráfico 72.	Construcción de viviendas urbanas, 1992 – 2008. Promedio anual	173
Gráfico 73.	Servicio de la Deuda Externa como porcentaje de las Exportaciones	187
Gráfico 74.	Servicio de la Deuda Externa Pública como porcentaje del gasto del Sector Público no Financiero	188
Gráfico 75.	Tasa de penetración Telefonía Celular por cada 100 habitantes	189
Gráfico 76.	Suscriptores de Internet. Total Nacional	189

