



Informe de Seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Análisis Regional

Colombia
2011



INTRODUCCION

Con la Cumbre del Milenio en el año 2000, donde 189 jefes de Estado, acordaron trabajar para lograr unos propósitos comunes en la erradicación de la pobreza y el hambre alrededor del planeta, el Estado Colombiano adoptó las *"Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015"*, a través del CONPES Social 91 de 2005, el cual fue modificado por el CONPES Social 140 de 2011, que ratifica los ejes de trabajo de la política social para los últimos años, continuando con el desafío de un desarrollo social más acelerado, internacionalmente competitivo, nacionalmente equilibrado, incluyente y en paz.

A menos de 5 años de que se cumpla el plazo fijado para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los resultados permiten reflejar el positivo avance en los indicadores establecidos para el seguimiento y monitoreo de las metas adoptadas en el CONPES Social 91 de 2005 y el CONPES Social 140 de 2011 que actualizó para algunos indicadores sus líneas de base y metas correspondientes, incluyendo nuevos indicadores adoptados por el Sistema de Naciones Unidas, es especial, los relacionados con el empleo productivo y el trabajo decente.

Según los últimos datos registrados en cada uno de los indicadores, se observa que Colombia ha logrado anticipadamente cumplir las metas de cobertura bruta en educación básica (preescolar, primaria y secundaria), las relacionadas con la atención institucional del parto, la eliminación del consumo de sustancias que agotan la capa de ozono (SAO); así como, la de consolidar las áreas protegidas del Sistema de Parques Nacionales Naturales, en lo referente al porcentaje de la superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales.

Por otra parte, se cuenta con importante grado de avance (porcentaje de logro de la meta prevista) en el cumplimiento de otros indicadores, como: prevalencia de desnutrición global (86.67%), brecha de la tasa de participación femenina (83.78%), tasa en mortalidad en menores de 5 años (83.65%), tasa de mortalidad en menores de 1 año (82.74%), prevalencia de métodos de anticoncepción en la población sexualmente activa (89.38), cobertura en saneamiento básico rural (84.79%); abonados a móviles por cada 100 habitantes (97.07%), abonados a internet por cada 100 habitantes (84.23%), que permitirán alcanzar la meta establecida para el 2015.

Sin embargo, el grado de cumplimiento en el avance de indicadores como, años de educación para la población entre 15 y 24 años (60.58%), brecha de ingresos laborales mensuales promedio (41.82%), mortalidad materna (49.31%), adolescentes que han sido madres o están en embarazo (0%), porcentaje de personas en pobreza (65.61%) y reducción de hogares urbanos en asentamientos precarios - con respecto a la meta fijada a 2020- (27.04%), probablemente no alcancen la meta prevista, pero imponen un reto al país para realizar más esfuerzos en dicho propósito.



Las anteriores cifras muestran que a nivel nacional, 9 indicadores (18%)¹ asociados al cumplimiento de los ODM han logrado de manera anticipada la meta 2015 y 26 indicadores (52%)² han alcanzado niveles superiores al 50%. Los resultados a nivel general, muestran avances significativos en casi todos los indicadores, sin embargo, quedan grandes retos de política hacia el 2015; toda vez que las brechas regionales, siguen siendo el reto fundamental para el país.

Con el fin de dar una mirada regional y realizar un análisis más cercano a la situación de los ODM en los diferentes territorios de nuestro país, el presente informe incorpora adicional al seguimiento de los indicadores a nivel nacional; la información de los indicadores con el nivel de desagregación que permite su fuente, de tal manera que se puede identificar las regiones que se encuentran más rezagadas y aunar esfuerzos tanto de los gobiernos del orden nacional como territorial, para lograr el cumplimiento de los ODM y avanzar en la convergencia regional que disminuya las brechas existentes.

¹ Referencia sobre 51 indicadores. –No incluyen Ayuda Oficial para el Desarrollo, ni los indicadores sin metas susceptibles de definir (ODM3).
² Idem.



OBJETIVO 1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

1.1 POBREZA

META UNIVERSAL: 1A. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
1A. Reducir a la mitad la población que vive en pobreza y pobreza extrema.	a. Porcentaje de personas en pobreza extrema. (Indigencia).	20,40%	12,3%	8,80%	69,83%
		1991 (1)	2010(2)		
	b. Porcentaje de personas en pobreza.	53,80%	37,2%	28,50%	65,61%
		1991 (1)	2010(2)		
	c. Porcentaje de personas con ingreso inferior a 1.25 dólar con paridad de poder adquisitivo (PPA de 2005).	11,4%	5,2%	1,50%*	33,33%
		2002 (3)	2010(3)		

Fuente:

(1) Departamento Nacional de Planeación - DNP. Misión para el Diseño de una estrategia para la reducción de la Pobreza y la Desigualdad-MERPD, con base en Encuestas de Hogares del DANE-EH-

(1) Cálculos MESEP con base en ECH 2002-2005(datos empalmados), GEIH 2008-2010-DANE

(2) Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida, con base en estimaciones de ingresos de la MESEP y ECH - 2002-2005 (datos empalmados) y GEIH 2008-2010-DANE

(*) Meta susceptible de ajuste al conciliar la serie a 1990.

Colombia adoptó una nueva metodología para la medición de la pobreza por ingresos, la cual fue desarrollada por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad MESEP³. En su primera fase (enero-septiembre de 2009), la MESEP realizó el empalme de las cifras de empleo, pobreza y desigualdad para obtener unas series comparable del periodo 2002-2008. Este empalme surgió como respuesta al cambio metodológico de las Encuestas de Hogares en el año 2006 que afectó la comparabilidad intertemporal de los indicadores.

En su segunda fase (septiembre de 2009 a agosto de 2011), la MESEP desarrolló la nueva metodología para la medición de la pobreza y actualizó las series correspondientes al periodo 2002-2010. La nueva metodología adoptó cambios tanto en la línea de pobreza como en la construcción del agregado de ingreso del hogar.

Entre los cambios que caracterizan las nuevas líneas de pobreza y pobreza extrema en Colombia se encuentran: la inclusión de hábitos de consumo más recientes, una mayor comparabilidad de las líneas de pobreza urbana y rural, la elección más exigente de la población de referencia (segmento alrededor de la mediana de gasto nacional), y la utilización de un Coeficiente de Orshansky⁴ exógeno en la zona urbana⁵ igual al promedio latinoamericano (con base en información de la CEPAL).

Es importante dejar en claro, que las cifras correspondientes a la línea base y las que hacen referencia a la situación actual no son comparables por tratarse de metodologías diferentes. Los datos del año 1991 corresponden a estimaciones efectuadas por el Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Desarrollo Social, con base

³ MESEP: Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP), fue creada por el Gobierno Nacional a finales del año 2008. La MESEP desarrolló su labor con un equipo técnico DANE-DNP y un Comité de Expertos.

⁴ El Coeficiente de Orshansky es el parámetro que resulta de dividir el gasto total entre el gasto en alimentos. Al multiplicar este parámetro por el valor de la línea de pobreza extrema se obtiene el costo de la línea de pobreza total.

⁵ El valor del Coeficiente de Orshansky exógeno en la zona urbana es de 2.4. El valor del Coeficiente de Orshansky rural es de 1.74. Este valor se obtuvo al dividir el valor del Coeficiente de Orshansky exógeno urbano (2.4) por el valor de la relación urbano/rural de los Coeficientes de Orshansky endógenos estimados en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG 06/07).



en la metodología desarrollada por la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad – MERPD. Los datos del año 2010 corresponden a la metodología recientemente oficializada por la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad –MESEP Fase 2.

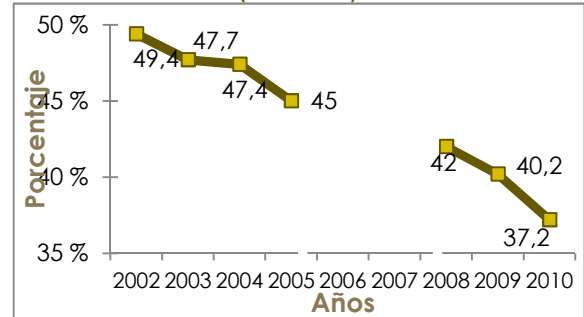
Incidencia de la Pobreza monetaria:

Los nuevos resultados indican una disminución continua de la pobreza monetaria a nivel nacional. En el periodo 2002-2010, la pobreza se redujo 12.2 p.p al pasar de 49.4% a 37.2%. En el último año, la disminución fue de 3 puntos porcentuales (de 40.2% a 37.2%)

En conjunto las 13 áreas metropolitanas registran la menor incidencia de la pobreza. En estas ciudades es donde la reducción ha sido más pronunciada. En el agregado, la pobreza de las 13 principales áreas del país se redujo 12.7 puntos porcentuales en el período de análisis (pasó de 35.9% en 2002 a 23.2% en 2010).

En el último año sin embargo, la reducción fue menor a la registrada en el total nacional (2.4 puntos porcentuales al pasar de 25.6% en 2009 a 23.2% en 2010).

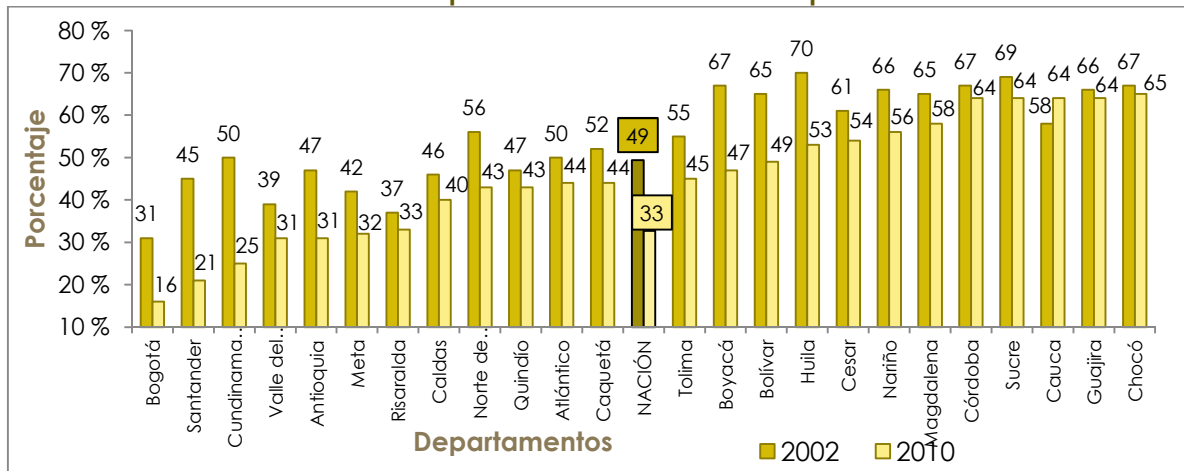
Incidencia de la pobreza monetaria nivel nacional (%) (2002-2010)



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

En la zona resto la reducción en puntos porcentuales ha sido menor si se compara frente a la evolución total del país. Entre 2002 y 2010 la pobreza rural se redujo 10.6 puntos porcentuales (de 60.9% a 50.3%) No obstante, en el último año la reducción fue importante, 4 puntos porcentuales (de 54.3% en 2009 a 50.3% en 2010).

Incidencia de la pobreza monetaria a nivel departamental



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

Nota: Algunas cifras departamentales y a nivel de las 13 principales ciudades pueden presentar cambios considerables entre las dos etapas de las Encuestas de Hogares; ECH y la GEIH. Aunque las cifras de la ECH 2002 a 2005 fueron empalmadas por la MESEP para hacerlas comparables con las de la GEIH 2008 a 2010, a medida que aumenta el nivel de desagregación para realizar los cálculos (departamentos o cada una de las 13 principales ciudades) la precisión del empalme disminuye.

Actualmente, los cinco departamentos que registran las menores incidencias de la pobreza por ingresos son Bogotá, Santander, Cundinamarca, Valle del Cauca, Antioquia y Meta. En 2010 los porcentajes correspondientes fueron: 16 %, 21 %, 25 %, 31 %, 31 y 32 %, respectivamente.



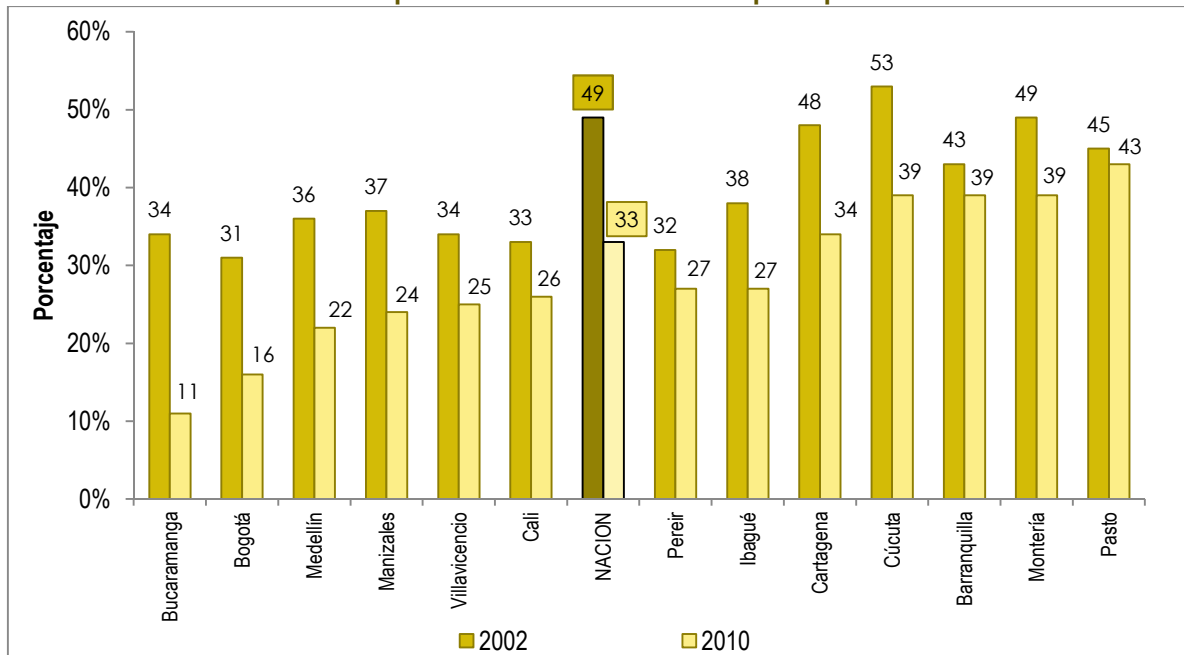
Por su parte, la mayor incidencia de la pobreza se concentra en el Pacífico (Chocó y Cauca) y en la Costa Atlántica (Guajira, Sucre, Córdoba y Magdalena). En 2010 los porcentajes de población pobre en estos departamentos fueron cercanas a 65%: (Chocó 65%; La Guajira, Cauca, Sucre y Córdoba 64%).

Entre 2002 y 2010 las mayores reducciones de la pobreza (en puntos porcentuales) se registraron en departamentos ubicados en el centro del país: Cundinamarca (-25 p.p.), Santander (-23 p.p.), Boyacá (-21 p.p.), Huila (-17 p.p.) y Bogotá (-16 p.p.). Reducciones equivalentes a la de Bogotá se observan en los departamentos de Bolívar y Antioquia (-16 p.p.).

Los departamentos en los cuales la incidencia de la pobreza se mantuvo prácticamente sin variación entre 2002 y 2010 fueron: La Guajira, Chocó, Córdoba y Quindío.

Cauca fue el único departamento en el cual no disminuyó la pobreza entre 2002 y 2010, por el contrario la incidencia de la pobreza aumentó de 58% a 64% en el período de análisis.

Incidencia de la pobreza monetaria en las 13 principales ciudades



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

Nota: Algunas cifras departamentales y a nivel de las 13 principales ciudades pueden presentar cambios considerables entre las dos etapas de las Encuestas de Hogares; ECH y la GEIH. Aunque las cifras de la ECH 2002 a 2005 fueron empalmadas por la MESEP para hacerlas comparables con las de la GEIH 2008 a 2010, a medida que aumenta el nivel de desagregación para realizar los cálculos (departamentos o cada una de las 13 principales ciudades) la precisión del empalme disminuye.

Entre las 13 principales ciudades las menores incidencias en 2010 se observan en Bucaramanga (11%), Bogotá (16%) y Medellín (22%). En el mismo año, los mayores porcentajes de pobreza en este conjunto de ciudades se registran en Pasto (43%), Montería (39%) y Barranquilla (39%). Se debe anotar que la relación entre la ciudad con mayor incidencia (Pasto) y la de menor incidencia (Bucaramanga) es de 4 a 1 (43% vs. 11%).

En cuanto a la evolución en los últimos 8 años, Bucaramanga se destaca como la ciudad más dinámica en la reducción de la pobreza. Esta ciudad disminuyó su incidencia a la tercera parte al pasar de 34% en 2002 a 11% en 2010. Bogotá también registra una dinámica favorable. En el mismo período su incidencia disminuyó a la mitad (de 31% en 2002 a 16% en 2010).



Aunque la pobreza en cada una de las 13 principales ciudades disminuyó, al final del período algunas registran porcentajes similares a los de 2002. Este es el caso de Pasto, que en 2002 tenía una incidencia de 45% y en 2010 de 43%; Barranquilla, cuyos porcentajes fueron respectivamente 43% y 39%; y Pereira, que pasó de 32% a 27%.

Incidencia de la Pobreza Extrema

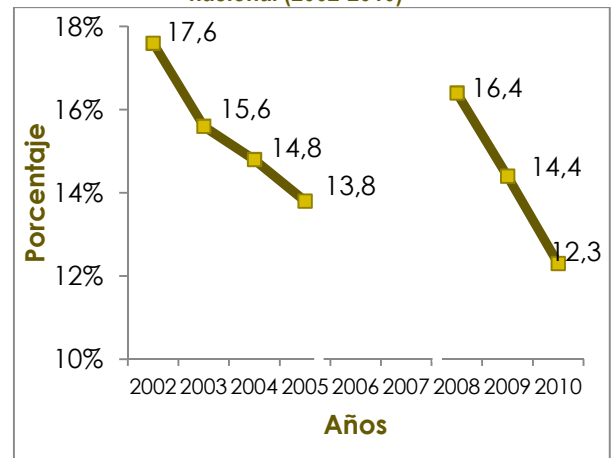
monetaria: Registró una disminución de 5.3 puntos porcentuales entre 2002 y 2010 (de 17.6% a 12.3%). La tendencia en el último año fue favorable, el porcentaje de pobres extremos se redujo 2.1 puntos porcentuales (de 14.4% en 2009 a 12.3% en 2010).

En la zona urbana⁶ la reducción en el período señalado fue de 4.2 puntos porcentuales (de 12.3% en 2002 a 8.1% en 2010). En los últimos dos años la incidencia ha sido de un dígito (9.8% en 2009 y 8.1% en 2010).

En las 13 principales⁷ ciudades la incidencia de la pobreza ha llegado a niveles inferiores al 5%, al pasar de 7.4 % en 2002 a 4.6% en 2010 (una reducción de 2.8 puntos porcentuales).

La mayor reducción en puntos porcentuales se observa en la zona rural⁸ (7.3 puntos porcentuales) al pasar de 32.8% a 25.5% entre 2002 y 2010. Solamente en el último año la reducción fue de 3.5 puntos porcentuales (de 29% a 25.5%).

Incidencia de la pobreza extrema monetaria a nivel nacional (2002-2010)



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008-2010)

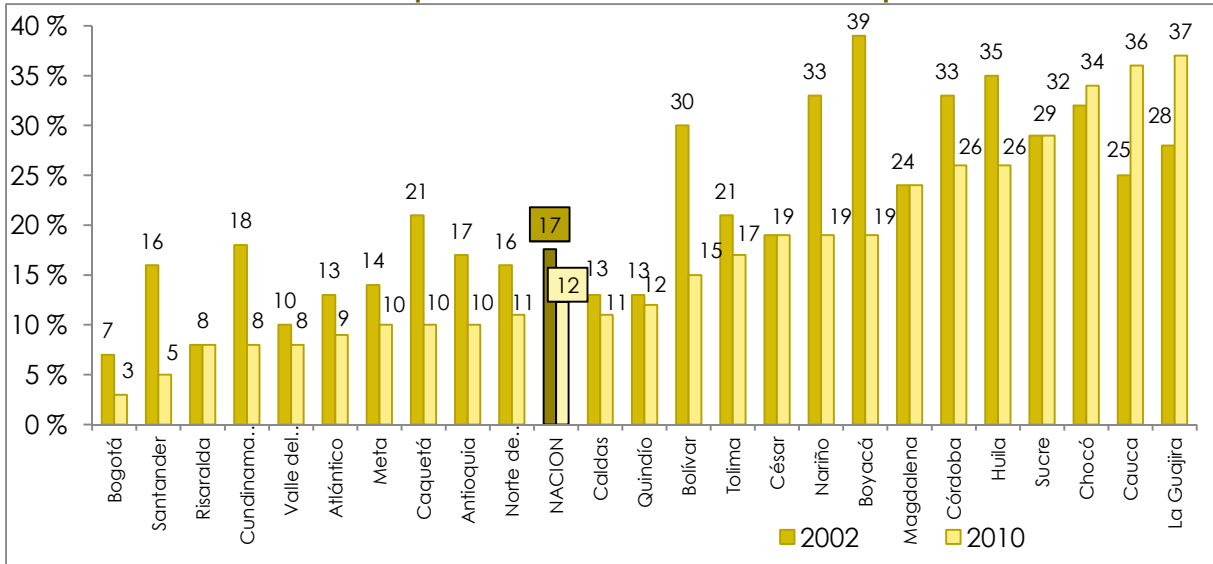
⁶ Cuando se habla de zona urbana, se refiere al dominio geográfico denominado Cabecera

⁷ Idem ⁶

⁸ Cuando se habla de zona rural, se refiere al dominio geográfico Resto.



Incidencia de la pobreza extrema monetaria a nivel departamental



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

Nota: Algunas cifras departamentales y a nivel de las 13 principales ciudades pueden presentar cambios considerables entre las dos etapas de las Encuestas de Hogares: ECH y la GEIH. Aunque las cifras de la ECH 2002 a 2005 fueron empalmadas por la MESEP para hacerlas comparables con las de la GEIH 2008 a 2010, a medida que aumenta el nivel de desagregación para realizar los cálculos (departamentos o cada una de las 13 principales ciudades) la precisión de los datos disminuye.

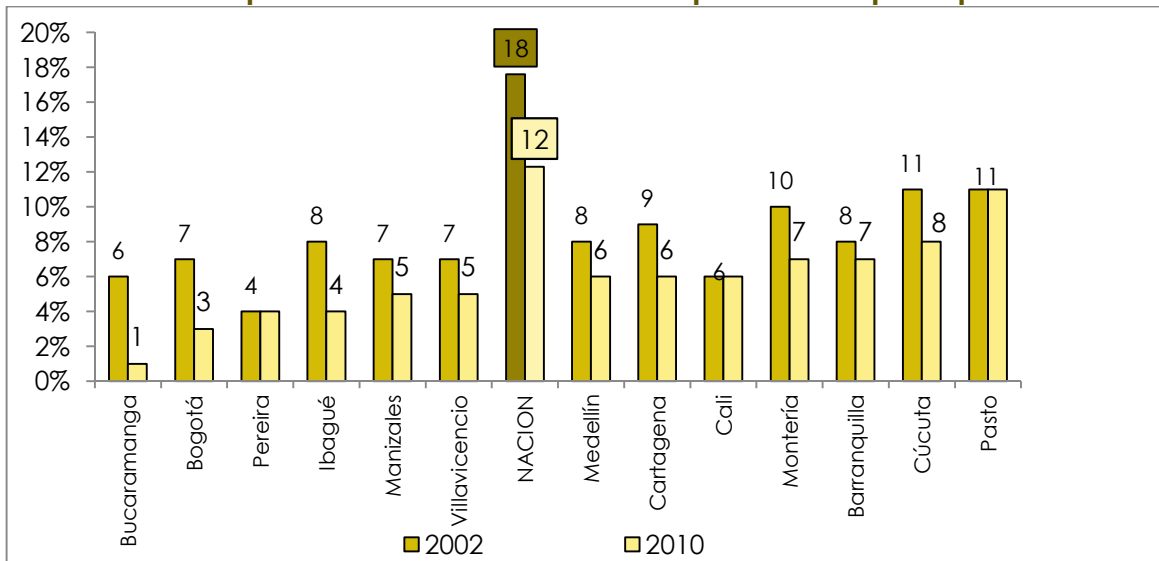
En 2010 los departamentos con menor porcentaje de pobres extremos fueron Atlántico (9%), Bogotá (3%), Santander (5%), Risaralda (8%), Cundinamarca (8%) y Valle del Cauca (8%). Actualmente en estos departamentos la incidencia de la pobreza extrema es de un dígito.

Las diferencias frente a los departamentos con mayor porcentaje de pobres extremos son considerables. En el mismo año La Guajira, Cauca y Chocó registran incidencias superiores al 30%. Adicionalmente, en estos departamentos el porcentaje de pobres extremos aumentó en los últimos 8 años. La Guajira pasó de 28% a 37% entre 2002 y 2010, Cauca de 25% a 36% y Chocó de 32% a 34%. En dicho período Sucre mantuvo su incidencia en 29%.

Entre los departamentos en los cuales la incidencia de la pobreza extrema se ha reducido a menos de la mitad (comparando el porcentaje que tenían en 2002 frente al de 2010) se encuentran: Boyacá (de 39% a 19%), Bolívar (de 30% a 15%), Caquetá (21% a 10%), Cundinamarca (de 18% a 8%), Santander (de 16% a 5%) y Bogotá (de 7% a 3%).



Incidencia de la pobreza extrema monetaria para las 13 principales ciudades⁹



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010). Nota: Algunas cifras departamentales y a nivel de las 13 principales ciudades pueden presentar cambios considerables entre las dos etapas de las Encuestas de Hogares: ECH y la GEIH. Aunque las cifras de la ECH 2002 a 2005 fueron empalmadas por la MESEP para hacerlas comparables con las de la GEIH 2008 a 2010, a medida que aumenta el nivel de desagregación para realizar los cálculos (departamentos o cada una de las 13 principales ciudades) la precisión del empalme disminuye.

A excepción de Pasto, en 2010 las ciudades que conforman el grupo de las 13 principales¹⁰ tuvieron incidencias de la pobreza extrema inferiores al 10%. Dentro de estas, Bucaramanga (1%), Bogotá (3%), Pereira (4%), Ibagué (4%) y Manizales (5%) son las que concentran el menor porcentaje de pobres extremos.

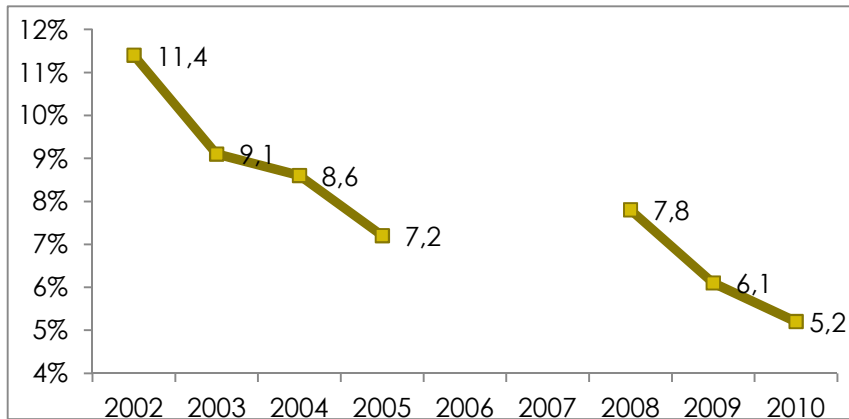
Pasto (11%), Cúcuta (8%), Barranquilla (7%) y Montería (7%) son las ciudades con más altos porcentajes de pobreza extrema (datos 2010).

Las ciudades en las que más disminuyó la pobreza extrema entre 2002 y 2010 fueron Bucaramanga (de 6% a 1%), Bogotá (de 7% a 3%) e Ibagué (de 8% a 4%). Estas ciudades redujeron la pobreza extrema a menos de la mitad del porcentaje registrado al inicio del período. En 2010 Pasto, Cali y Pereira registran la misma incidencia que en 2002.

⁹ Idem 6
¹⁰ Idem 6



Porcentaje de personas con ingreso inferior a 1.25 dólares PPA

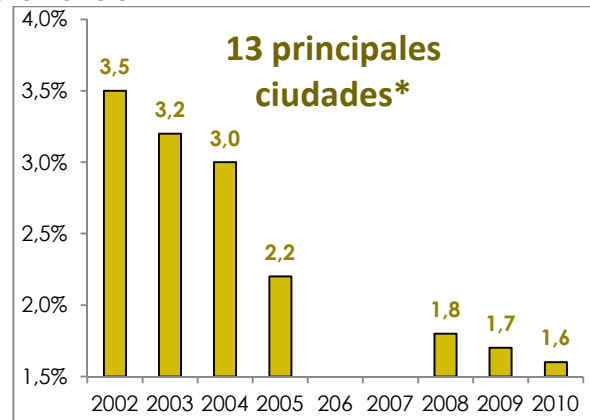
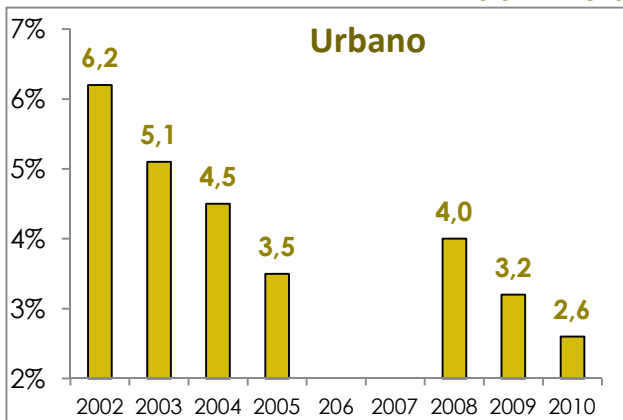


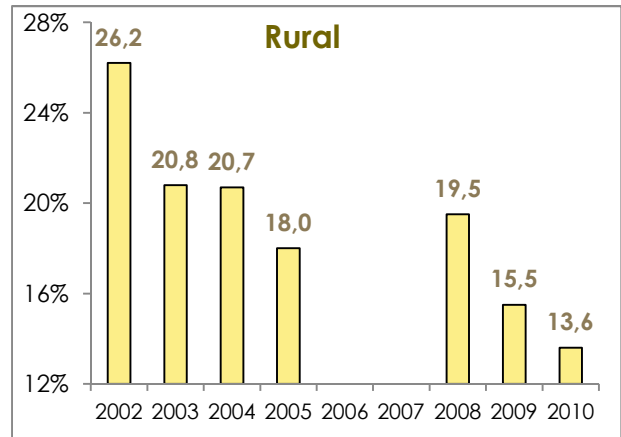
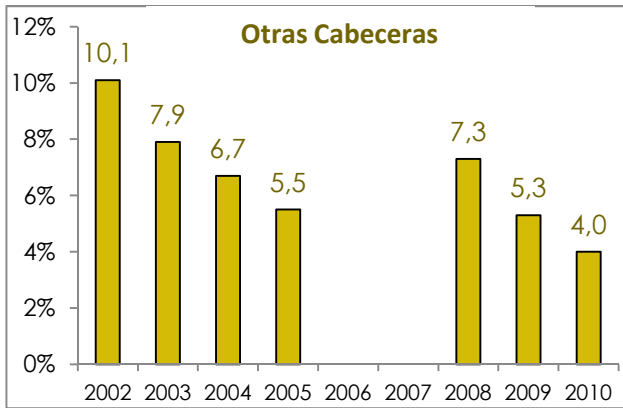
Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida, con base en estimaciones de ingresos de la MESEP y Encuestas de Hogares del DANE: ECH 2002-2005 (datos empalmados por MESEP) y GEIH (2008-2010).

La evolución de la pobreza tomando como referente el umbral del Banco Mundial (1.25 dólares PPA per cápita por día), también indica una reducción durante el período 2002-2010. El porcentaje de personas con ingreso diario inferior a 1.25 dólares PPA se ha reducido a la mitad. En 2002 la incidencia medida por este indicador fue de 11.4%; en 2010 fue de 5.2% (una disminución de de 6.2 puntos porcentuales).

Se observa un comportamiento similar al de las estimaciones basadas en las líneas nacionales de pobreza extrema. Entre 2005 y 2008 se registra un leve retroceso. En 2005 el 7.2% de la población del país contaba con ingreso diarios interior a 1.25 dólares PPA. En 2008 este porcentaje aumentó a 7.8%.

Porcentaje de personas con ingreso diario inferior a 1.25 dólares PPA por dominio de análisis





Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida, con base en estimaciones de ingresos de la MESEP y Encuestas de Hogares del DANE: ECH 2002-2005 (datos empalmados por MESEP) y GEIH (2008-2010).

Entre 2002 y 2005, la proporción de personas con ingreso diario inferior a 1.25 dólares PPA disminuyó en cada uno de los dominios de análisis. Entre 2005 y 2008 se registró un cambio en la tendencia; excepto en las 13 principales ciudades, el porcentaje de pobreza aumentó en los diferentes dominios. En los tres últimos años los resultados han sido favorables en todos los dominios, principalmente en las otras cabeceras y la zona rural.

Porcentaje de personas con ingreso diario inferior a 1.25 dólares PPA para las 13 principales ciudades

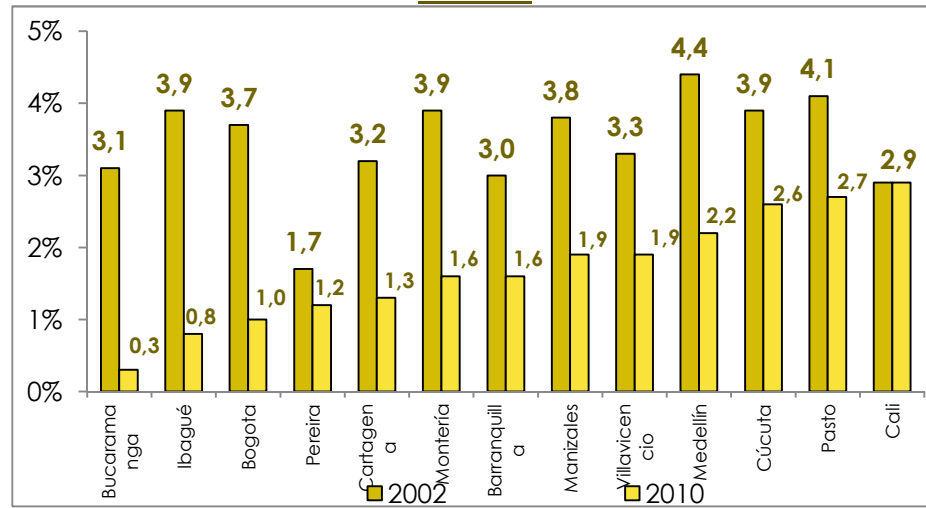
En 2002 casi todas las 13 principales ciudades tenía una incidencia de la pobreza (ingreso inferior a 1.25 dólares PPA por día) entre 3% y 4%. En 2010 la mayoría presentó incidencias inferiores a las que tenían en 2002, excepto Cali, que ambos años registra un porcentaje de pobreza de 2.9%.

Las reducciones más significativas en los últimos 8 años se presentaron en Ibagué (de 3.9% a 0.8%), Bucaramanga (de 3.1% a 0.3%) y Bogotá (de 3.7% a 1.0%). Estas tres ciudades igualmente son las que tienen el menor porcentaje de pobreza en 2010.

Cali, además de no registrar variación de la pobreza entre 2002 y 2010, es la ciudad que en el último año presenta el mayor porcentaje de personas con un ingreso diario inferior a 1.25 dólares PPA (2.9% en el año 2010). Le siguen Pasto y Cúcuta (2.7% y 2.6%, respectivamente – datos 2010-).



Porcentaje de personas con ingreso diario inferior a 1.25 dólares PPA para las 13 principales ciudades



Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social, Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida, con base en estimaciones de ingresos de la MESEP y Encuestas de Hogares del DANE: ECH 2002-2005 (datos empalmados por MESEP) y GEIH (2008-2010).

Nota: Algunas cifras departamentales y a nivel de las 13 principales ciudades pueden presentar cambios considerables entre las dos etapas de las Encuestas de Hogares; ECH y la GEIH. Aunque las cifras de la ECH 2002 a 2005 fueron empalmadas por la MESEP para hacerlas comparables con las de la GEIH 2008 a 2010, a medida que aumenta el nivel de desagregación para realizar los cálculos (departamentos o cada una de las 13 principales ciudades) la precisión del empalme disminuye.

Nota: Algunas cifras departamentales y a nivel de las 13 principales ciudades pueden presentar cambios considerables entre las dos etapas de las Encuestas de Hogares; ECH y la GEIH. Aunque las cifras de la ECH 2002 a 2005 fueron empalmadas por la MESEP para hacerlas comparables con las de la GEIH 2008 a 2010, a medida que aumenta el nivel de desagregación para realizar los cálculos (departamentos o cada una de las 13 principales ciudades) la precisión del empalme disminuye.

Distribución de ingresos: El Coeficiente de Gini

El Coeficiente de Gini a nivel nacional se ha mantenido alrededor de 0.56. En el último año se registra un leve incremento de la desigualdad, de 0.557 a 0.560.

En la zona urbana el comportamiento es similar. El Coeficiente de Gini revela una trayectoria alrededor de 0.54, con un ligero aumento entre 2009 y 2010 (de 0.534 a 0.537). En las 13 áreas principales el coeficiente pasó de 0.548 a 0.528 en los últimos 8 años.

En la zona rural se presenta la mayor reducción del Gini (5.4 puntos) entre 2002 y 2010 (al pasar de 0.524 a 0.470).

Coeficiente de Gini Nacional (2002-2010)

Año	Nacional
2002	0.573
2003	0.554
2004	0.558
2005	0.557
2008	0.566
2009	0.557
2010	0.560

Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

Coeficiente de Gini a nivel departamental

Las diferencias departamentales en materia de desigualdad son considerables. En 2010 La Guajira supera a Caquetá y Cundinamarca en 16 puntos del Coeficiente de Gini (0.62 vs. 0.46). Cauca (0.57), Huila (0.57) y Chocó (0.58) registran valores superiores al total nacional (0.56). Los departamentos que en el último año tienen la menor desigualdad del ingreso son Caquetá (0.45), Cundinamarca (0.46) y Risaralda (0.48).



Entre 2008 y 2010 la desigualdad aumentó en los departamentos de Tolima (de 0.52 a 0.55), Córdoba (0.53 a 0.55) y La Guajira (de 0.59 a 0.62). Por su parte los que registraron una mayor disminución en puntos del Gini en el mismo período fueron Chocó (de 0.63 a 0.58), Boyacá (de 0.58 a 0.54), Caquetá (de 0.48 a 0.45) y Bolívar (0.54 a 0.51).

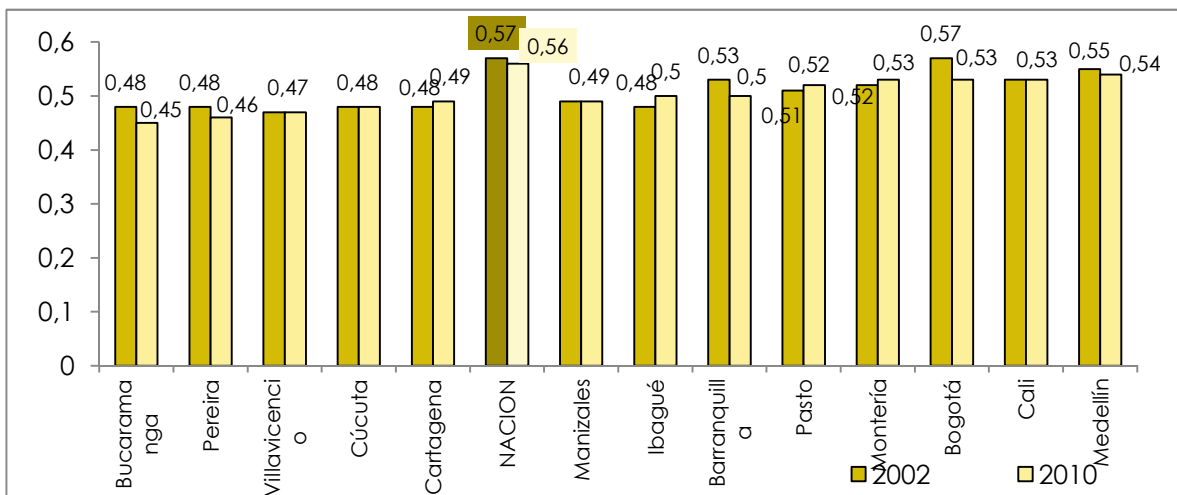
Se destaca de estas últimas cifras el comportamiento del Gini en Caquetá y la Guajira. Mientras que el primero es el de menor desigualdad, y al tiempo uno de los que más registra disminución en el Gini, el segundo registra la más alta concentración del ingreso y uno de los mayores aumentos entre 2008 y 2010.

Coefficiente de Gini en las 13 principales ciudades

Casi 10 puntos del Coeficiente de Gini diferencian a Medellín (0.54) de Bucaramanga (0.45), las ciudades con mayor y menor desigualdad del ingreso respectivamente (datos correspondientes a 2010). Dentro de las ciudades con menor desigualdad en 2010 también se encuentran Pereira (0.46), Villavicencio (0.47) y Cúcuta (0.48). Además de Medellín, Cali (0.53), Bogotá (0.53), Montería (0.53) y Pasto (0.52) fueron las más desiguales en el mismo año.

Bogotá es la ciudad que registra la mayor disminución en puntos del Coeficiente de Gini entre 2002 y 2010. En este período el indicador pasó de 0.57 y 0.53. A pesar de ello, como ya se mencionó, sigue siendo una de las ciudades con mayor Coeficiente de Gini.

Coefficiente de Gini para 13 principales ciudades (2002 y 2010)



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

Nota: Algunas cifras departamentales y a nivel de las 13 principales ciudades pueden presentar cambios considerables entre las dos etapas de las Encuestas de Hogares; ECH y la GEIH. Aunque las cifras de la ECH 2002 a 2005 fueron empalmadas por la MESEP para hacerlas comparables con las de la GEIH 2008 a 2010, a medida que aumenta el nivel de desagregación para realizar los cálculos (departamentos o cada una de las 13 principales ciudades) la precisión del empalme disminuye.

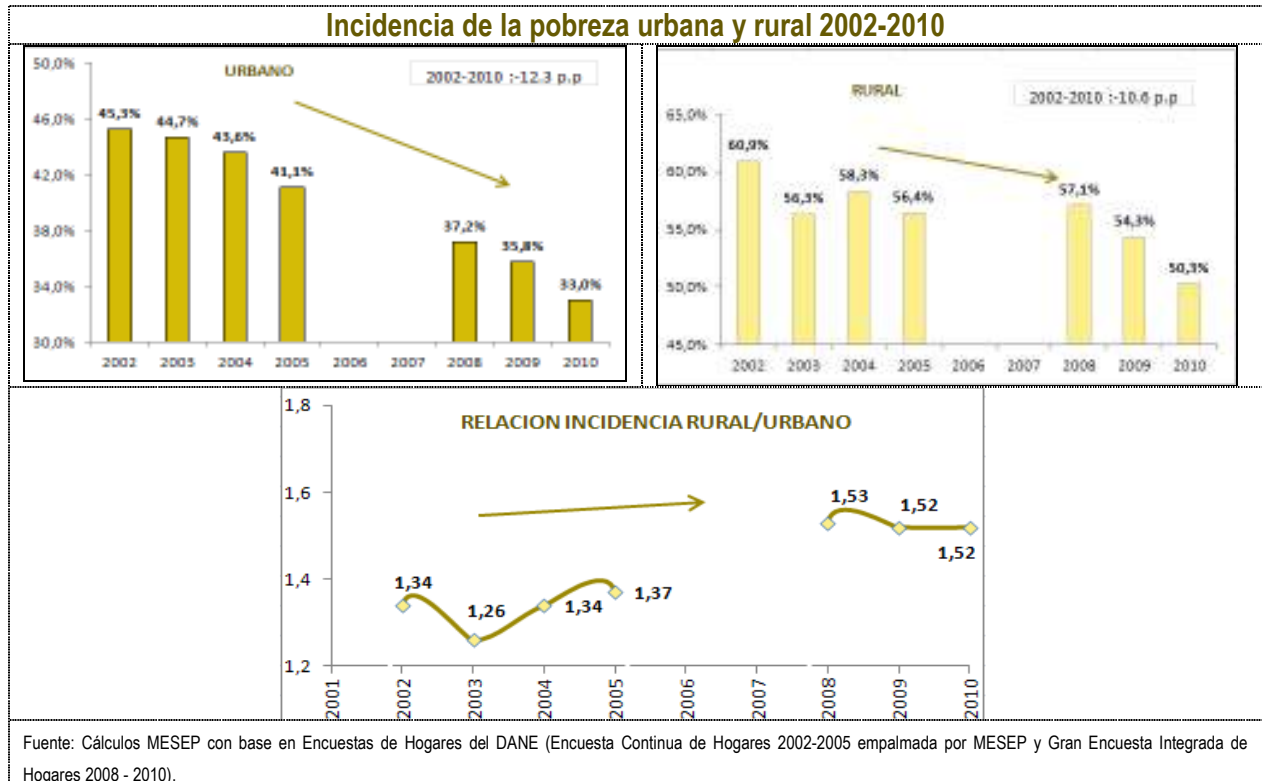
Bucaramanga es un caso exitoso no solo en términos de reducción de la pobreza y la pobreza extrema. También se destaca en cuanto a la disminución de la desigualdad de ingresos. Adicionalmente, como se indicó anteriormente, es la ciudad con menor desigualdad del ingreso. En los últimos 8 años el Coeficiente de Gini pasó de 0.48 a 0.45.



Brechas regionales Cabecera- Resto (Urbano –rurales)

Los resultados en materia de pobreza y pobreza extrema en los últimos 8 años han sido favorables. En los diferentes dominios de análisis se registran disminuciones en ambos indicadores. No obstante, las brechas entre las zonas urbanas y rurales persisten y se han ampliado durante el período de análisis. Adicionalmente, al interior de las zonas urbanas también se observa un proceso de divergencia entre las 13 principales ciudades (incluye áreas metropolitanas) y las demás cabeceras urbanas del país. A continuación se describen estas trayectorias para el período 2002-2010.

Pobreza: diferencial urbano-rural



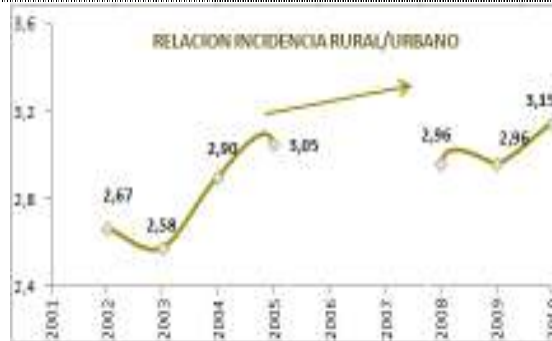
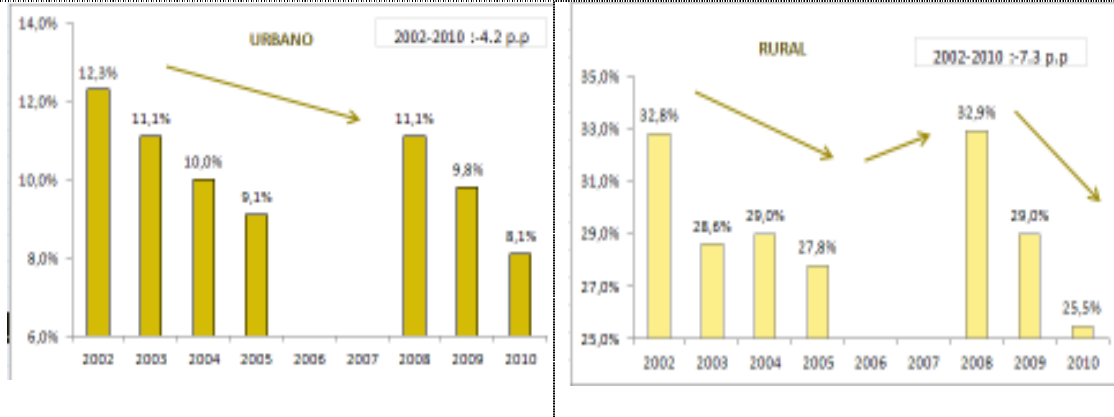
Mientras que la pobreza urbana se redujo 12.3 puntos porcentuales, la rural disminuyó 10.6 puntos porcentuales. La relación (cociente) entre la incidencia de la pobreza rural y la urbana se ha incrementado durante el período de análisis. En 2002 la pobreza rural era 1.32 veces la correspondiente a la zona urbana (60.9% vs 45.3%). En 2010 esta relación aumentó a 1.52 (50.3% vs 33%).

Pobreza extrema: diferencial urbano-rural

Aunque en puntos porcentuales la reducción de la pobreza extrema entre 2002 y 2010 ha sido mayor en la zona rural que en la urbana (7.3 puntos porcentuales vs 4.2 puntos porcentuales), la relación entre ambas zonas se ha ampliado y es mucho más marcada que en el caso de la pobreza total.



Incidencia de la pobreza extrema urbana y rural 2002-2010



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

En 2002 la incidencia de la pobreza extrema rural era 2.67 veces la de la zona urbana (32.8% vs. 12.3%). En 2010 esta relación llegó a 3.15 (25.5% vs 8.1%).

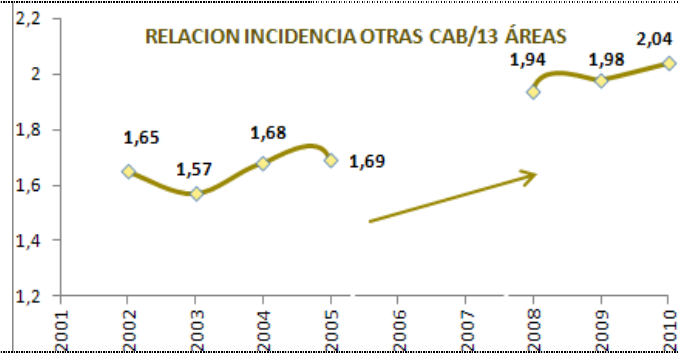
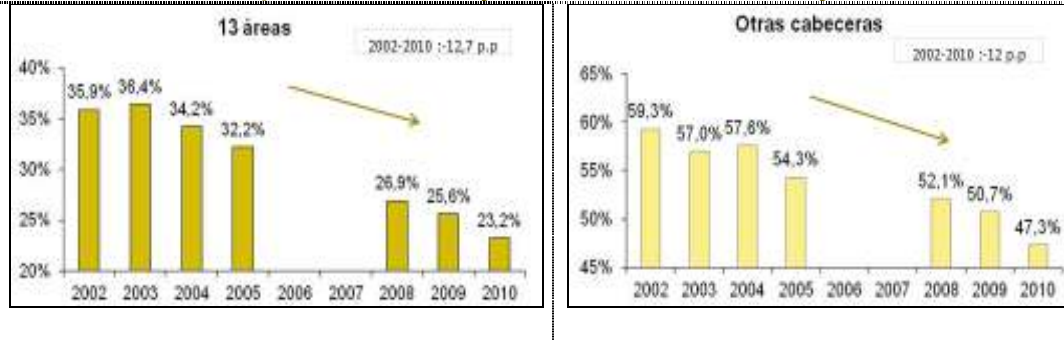
Pobreza: diferencial 13 áreas y otras cabeceras urbanas

Las marcadas diferencias en términos de incidencia de la pobreza no son exclusivas de los dominios rural y urbano. Al interior de este último se observa una divergencia entre las cifras de las 13 áreas y las de las demás cabeceras urbanas del país.

Si bien en puntos porcentuales la reducción de la pobreza en las 13 áreas y las demás cabeceras fue similar (12 puntos porcentuales entre 2002 y 2010), las diferencias entre la incidencia en uno y otro dominio han aumentado cada año. En 2002 el cociente entre el porcentaje de población pobre en las otras cabeceras urbanas y el de las 13 áreas fue de 1.65 (59.3% vs 35.9%). En 2010 la brecha aumentó, la incidencia de las otras cabeceras fue 2.04 veces la de las 13 principales ciudades del país (47.3% vs 23.2%).



Incidencia de la pobreza 13 áreas y otras cabeceras urbanas y rural 2002-2010



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

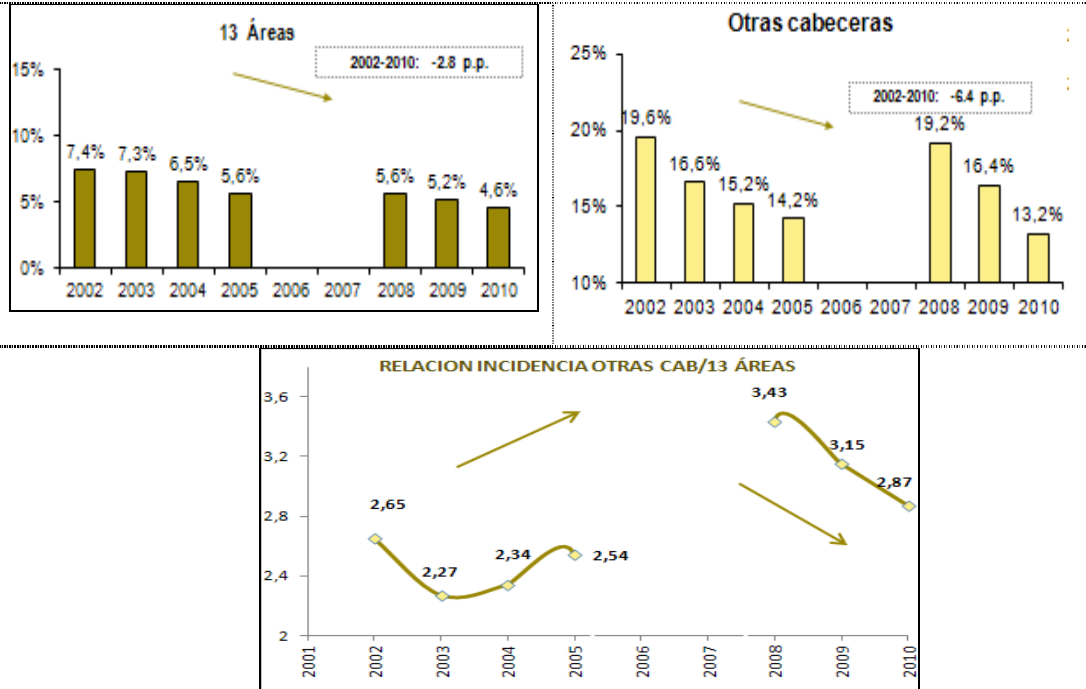
Pobreza extrema: diferencial 13 áreas y otras cabeceras urbanas

Las diferencias más marcadas se observan entre estos dos dominios y para el indicador de pobreza extrema. Aunque en puntos porcentuales la reducción de la pobreza extrema fue mayor en las otras cabeceras (6.4 puntos porcentuales en las otras cabeceras vs 2.8 puntos porcentuales en las 13 áreas), entre 2002 y 2008 el diferencial entre los dos dominios ha aumentado considerablemente.

En 2002 la pobreza extrema de las otras cabeceras era equivalente a 2.65 veces la de las 13 áreas. En 2008 la brecha se amplió a 3.43. A partir de dicho año se registra una disminución, en 2010 la incidencia de las otras cabeceras fue 2.87 veces la de las 13 áreas (13.2% vs 4.6%).



Incidencia de la pobreza extrema 13 áreas y otras cabeceras urbanas y rural 2002-2010



Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Encuesta Continua de Hogares 2002-2005 empalmada por MESEP y Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - 2010).

Incidencia de la pobreza monetaria por departamentos 2010

Colombia se caracteriza por tener menores incidencias de la pobreza y pobreza extrema en el centro del país. Hacia la periferia las incidencias aumentan. La costa atlántica y pacífica se caracterizan por sus elevados porcentajes de pobreza.

El mapa a continuación permite visualizar la distribución espacial de la pobreza. Para llevar a cabo el análisis se clasificaron los departamentos en 4 grupos tomando como referencia la incidencia de la pobreza a nivel nacional en 2010 (37.2%)

Incidencia de la pobreza por departamentos. 2010



- Grupo 1 – Incidencia baja: Departamentos con incidencias entre 0 y 0.5 veces la incidencia nacional (de 0% a 18.2%)
- Grupo 2 – Incidencia media: Departamentos con incidencias entre 0.5 y 1.0 veces la incidencia nacional (de 18.3% a 37.2%)
- Grupo 3 – Incidencia alta: Departamentos con incidencias entre 1.0 y 1.5 veces la incidencia nacional (de 37.3% a 55.8%)
- Grupo 4 – Incidencia muy alta: Departamentos con incidencias mayores a 1.5 veces la incidencia nacional (de 55.9% en adelante)

Fuente: DNP – SPSCV a partir de cifras de la Misión para el Empleo de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad MESEP Fase II, GEIH 2010 – DANE.



Bogotá es el único que registra una incidencia inferior a la mitad del nivel nacional (Grupo 1). Un segundo grupo de departamentos cercanos a Bogotá registran incidencias con un nivel medio (Grupo 2): Cundinamarca, Meta y Santander; y hacia el occidente Valle del Cauca y Antioquia. Un poco más alejados de Bogotá (se observan unos departamentos con incidencia altas (Grupo 3) entre los cuales están: Atlántico, Bolívar y Cesar en la zona atlántica; Norte de Santander y Boyacá en la zona nor-oriental; Quindío, Caldas y Tolima en la zona occidental; y Huila y Caquetá hacia el sur. Las incidencias más altas se ubican sobre los departamentos de la costa atlántica (La Guajira, Magdalena, Sucre y Córdoba) y pacífica (Chocó, Cauca y Nariño).

Incidencia de la pobreza extrema monetaria por departamentos 2010

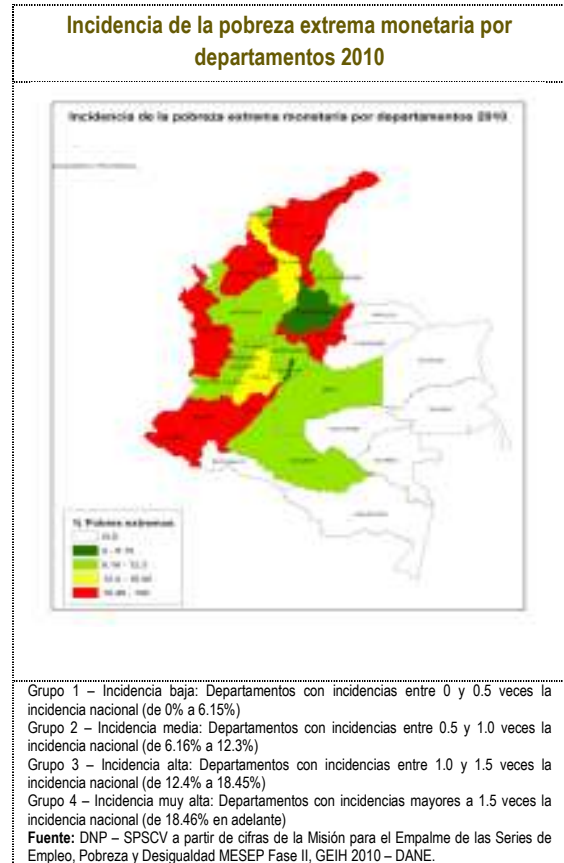
En el caso de la pobreza extrema se generaron igualmente 4 grupos utilizando como referencia la incidencia nacional en 2010 (12.3%).

Los resultados son similares a los descritos para la pobreza total. Las menores incidencias de la pobreza extrema (Grupo 1) se ubican en el centro de país (Bogotá) y un poco al norte de este (Santander).

Alrededor de Bogotá la incidencia de la pobreza extrema aumenta hacia un nivel medio (Grupo 2), este es el caso de los departamentos de Cundinamarca, Meta, Caquetá, el eje cafetero (Risaralda, Quindío y Caldas), Antioquia y Valle del Cauca.

Tolima y Bolívar son los únicos departamentos pertenecientes al grupo de incidencias altas (Grupo 3).

Excepto Boyacá y Huila, los departamentos que pertenecen al grupo de muy altas incidencias (Grupo 4) se ubican sobre las costas del país: Nariño, Cauca y Chocó en la pacífica; y La Guajira, Magdalena, Cesar, Sucre y Córdoba en la zona atlántica.





Estrategias para la reducción de la pobreza

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010-2014 plantea dos canales para la reducción de la pobreza¹¹. Estos canales son: i) canal indirecto y ii) canal directo.

Canal Indirecto

La ruta indirecta está definida por aquellas políticas dirigidas a acelerar el crecimiento económico. Su principal objetivo es incrementar el ingreso de los hogares mediante la generación de empleo y el aumento de la productividad. Los principales instrumentos para impulsar este canal son el crecimiento del PIB potencial y el desempeño de las 5 locomotoras (minería, vivienda, infraestructura, agricultura e innovación) definidas en el PND 2010 y 2014. Como estrategias complementarias, se destacan las políticas para el desarrollo regional y el desarrollo urbano.

De acuerdo con la Bases del PND 2010-2014 se espera que en 2014 Colombia alcance una tasa de crecimiento de 6.2%, un crecimiento de la productividad total de los factores de 1,6% y una tasa de inversión de 30%. “Para lograrlo se requiere avanzar en tres ejes fundamentales: (1) la innovación; (2) la política de competitividad y de mejoramiento de la productividad; y (3) la dinamización de sectores “locomotora” que a través de su impacto directo e indirecto lideren el crecimiento y la generación de empleo”¹².

Efectos del PIB potencial y las Locomotoras del Crecimiento sobre la reducción de la pobreza, la pobreza y la desigualdad de ingresos

Indicador	Impacto del PIB Potencial 2009-2014	Locomotoras 2009-2014	Efecto según modelo DNP	Efecto Total ¹³
Pobreza (LP)	-5,4 p.p	-1,4 p.p	-6.8 p.p.	-8.2 p.p.
Pob Extrema (LI)	-3,4 p.p	-0,9 p.p	-4.3 p.p.	-4.9 p.p.
Gini	-1,5	-0,1	-1,6 puntos	- 2 puntos

Fuente: Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Estudios Económicos y Subdirección de Promoción Social y Calidad de Vida

Canal Directo

El canal directo tiene por objetivo garantizar condiciones mínimas mediante la provisión de bienes y servicios básicos (educación, vivienda, salud, nutrición, transferencias para financiar consumo privado, etc.). Estas políticas están soportadas en el Sistema de Protección Social (SPS), dentro del cual el Sistema de Promoción Social (SPRS) es uno de los pilares fundamentales¹⁴.

Estrategias generales del canal directo

Diseño e implementación de procesos de focalización eficientes

Se contempla la implementación de un sistema de seguimiento para promover la focalización progresiva en un conjunto de programas prioritarios del SPRS. La focalización progresiva se entiende como la priorización en la identificación y selección de beneficiarios, de tal forma que la asignación tiene como punto de partida la población

¹¹ Bhagwati, Jagdish. 1988. *Poverty and Public Policy*. World Development, Vol 16. no. 5, pp 539-555, Gran Bretaña.

¹² Departamento Nacional de Planeación. 2011. *Bases para el Plana Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para Todos"*. Pág. 50.

¹³ *En pobreza, pobreza extrema y Gini se esperan efectos adicionales no capturados por el modelo, razón por la cual se toman como metas las descritas en el última columna de esta tabla (-8.2, -4.9 y -2)

¹⁴ El SPS está formado por cinco componentes: Sistema de Seguridad Social Integral, Sistema de Promoción Social (dentro del cual se destacan el Programa Familias en Acción y la estrategia “Red para la Superación de la Pobreza Extrema –UNIDOS”), Sistema de Formación de Capital Humano, Manejo de Riesgos Covariantes y Acceso a Activos. El SPS tiene por población objetivo el 100% de la población.



más pobre dentro de los potenciales beneficiarios y avanza hacia aquellos con menor grado de privación entre estos.

Se considera la implementación de instrumentos de focalización geográfica para que los programas sociales incorporen el criterio espacial, geográfico y territorial en sus procesos de focalización.

Implementar la estrategia “Promoción Social y Siguiendo Paso” en los programas sociales

Con esta estrategia se busca rediseñar un conjunto de programas sociales de tal forma que las familias beneficiarias avancen de la asistencia a la promoción social. Para ello se requiere: i) definir condiciones de entrada acorde con los objetivos de cada programa, ii) establecer acuerdo de corresponsabilidad entre el programa y sus beneficiarios y iii) implementar condiciones de salida explícitas¹⁵.

Consolidar la Red para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS y potenciarla como estrategia de manejo social del riesgo

Para llevar a cabo el fortalecimiento de Red se plantea: i) integrar y complementar la oferta de servicios y programas sociales alrededor de las familias de la Red UNIDOS, ii) establecer un nuevo mecanismo de priorización y asignación del gasto de inversión para la Estrategia, iii) canalizar recursos de inversión social privada y cooperación internacional para el apoyo a nuevos emprendimientos por parte de la población de la Red, iv) fomentar al empleo para la población joven de la Red, v) realizar acompañamiento en la búsqueda de empleo para población adulta con desempleo de largo plazo o inactiva, vi) generar oportunidades laborales mediante la construcción de infraestructura y vivienda y vii) formular planes de desarrollo locales (entidades territoriales) que incluyan estrategias para la superación de la pobreza extrema acordes con las de la Red.

UNIDOS

Unidos es la estrategia nacional para la superación de la pobreza extrema. La Red asocia a 20 entidades del Estado con el propósito de proveer servicios básicos a la población más pobre del país. Su principal objetivo es promover acciones coordinadas (entre entidades y niveles del gobierno) para reducir significativamente la desigualdad de y la pobreza extrema. Los retos de la estrategia son:

- ✚ Garantizar la oferta pública necesaria y pertinente.
- ✚ Comprometer y movilizar actores sociales y privados para complementar la oferta requerida.
- ✚ Redefinir las relaciones con los entes territoriales y contribuir a la superación de trampas de desarrollo local.
- ✚ Promover la innovación social.
- ✚ Identificar criterios de promoción y siguiente paso para las familias que alcancen los logros prioritarios

A 2014 se tiene proyectado promover a 350.000 familias de la Red.

¹⁵ “En cuanto a la definición de condiciones de salida, se han identificado al menos 3 modalidades: condiciones de salida definidas por reclasificación de la población potencial beneficiaria en función del cambio de instrumento de focalización (entrada del Sisbén III); de forma permanente en función del cumplimiento de los objetivos de cada programa; y aquellas que serán definidas en función de un mecanismo de transición en el marco de la estrategia de generación de ingresos”. Departamento Nacional de Planeación. 2011. Bases para el Plana Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para Todos”. Pág. 331.



Estrategias sectoriales del canal directo

Las estrategias del canal directo, dado que están soportadas en SPRS, tienen un carácter transversal. A continuación se mencionan brevemente las estrategias particulares contempladas en el PND 2010-2014 para cada uno de las temáticas relacionadas con el canal directo.

Formación de Capital Humano

- Disminución de las brechas existentes en los resultados de calidad educativa en todos los niveles
- Generar las oportunidades de acceso y permanencia para cerrar las brechas regionales en todos los ciclos de formación
- Educar con pertinencia para la innovación y productividad
- Fortalecer el modelo de gestión en los diferentes niveles del sistema educativo
- Fortalecimiento a las Secretarías de Educación para la prevención y gestión del riesgo

Niñez y Primera Infancia

- Atención Integral a Primera Infancia
- Protección de la Niñez
- Prevención y Erradicación del Trabajo Infantil
- Diseño Institucional, Seguimiento y Evaluación

Acceso y Calidad en Salud

- Bienestar y una vida saludable basada en promoción de la salud y la prevención de la enfermedad
- Atención oportuna y de calidad a los usuarios
- Consolidar el aseguramiento
- Regulación de servicios excluidos del Plan de Beneficios
- Fortalecer institucionalmente el SGSSS
- Fortalecer el Sistema de inspección, vigilancia y control
- Rendición de cuentas

Vivienda Urbana y Rural

- Rediseño de programas para articular subsidios con oferta de vivienda
- Procesos más eficientes de generación de suelo para vivienda urbana
- Priorizar los hogares en condiciones de vulnerabilidad
- Mejoramiento integral de barrios
- Formalización de la propiedad rural
- Impulso a política de agua y saneamiento en el sector rural

Empleo y Generación de Ingresos

- Alternativas de capacitación
- Políticas Activas de Empleo
- Apoyo para emprendimiento con asociatividad
- Gestión del empleo (colocación laboral y seguimiento).



1.2 EMPLEO PLENO Y PRODUCTIVO

META UNIVERSAL: 1B. Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2.0015	% DE AVANCE
1B. Aumentar el empleo formal, incluyendo mujeres y jóvenes.	a. Tasa de desempleo a nivel nacional.	16,70%	11,8%	8,50%	60,98%
		2002 (1)	2010(1)		
	2. Proporción de la población ocupada que vive con ingresos inferiores a 1.25 dólares PPA.	13,7%*	11,2%	6%	32,47%
		2002 (2)	2010(1)		
	3. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 2 dólares PPA.	18,6%*	13,9%	8,5%	46,53%
		2002 (2)	2010(1)		
	4. Tasa de informalidad. Trece Áreas	54,50%	51,60%	45%	30,53%
		2001 (3)	2010(1)		

Fuente: (1) Cálculos Subdirección de Empleo y Seguridad Social, DNP. Serie empalmada con metodología ECH (2002-2005), GEIH (2006-2010) NUMA (2010)-DANE.

(2) Cálculos Subdirección de Empleo y Seguridad Social, DNP con base ECH 2002-2005, GEIH 2008-2010-DANE.

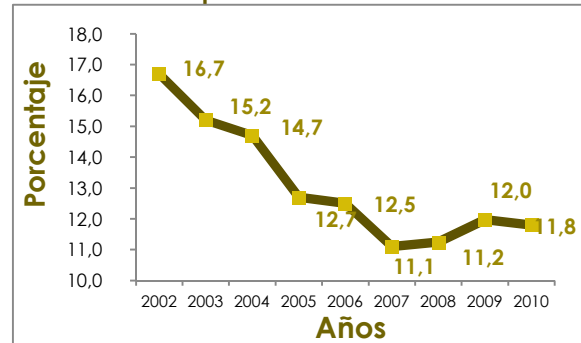
(3) Cálculos DNP teniendo en cuenta tamaño de empresa hasta 5 trabajadores. ECH 2001-2006, GEIH 2007-2010.

(*En el año 2011, el Banco Mundial envió la serie oficial del dólar PPA para Colombia, para el periodo 1980-2009. Esta metodología utiliza el tipo de cambio ajustado según la paridad del poder adquisitivo, o sea el tipo de cambio que habría que aplicar al convertir la moneda de un país a la de otro para poder comparar la misma cantidad de bienes y servicios. En este caso, los datos corresponden al dato del dólar PPA y el DNP no hace ningún cálculo para obtenerlo. El único cálculo adicional que se hace es proyectar el dato para 2010 a partir del IPC. Así mismo en el marco de la nueva metodología del tratamiento de las variables de ingresos de las encuestas, las series para estos indicadores se calcularán con la base de ingresos que no está ajustada a las Cuentas Nacionales, 2002-2010.

Tasa de desempleo a nivel Nacional:

En el año 2010 la TD a nivel nacional alcanzó 11,8%, mostrando una leve recuperación luego de la desaceleración económica del año 2009, tras la cual el indicador escaló a 12%. En comparación con el año 2002 -año de línea de base- la TD logró reducirse 4,9 puntos porcentuales; sin embargo, aún se encuentra 3,3 puntos porcentuales por encima de la meta planteada para 2015 de 8,5%.

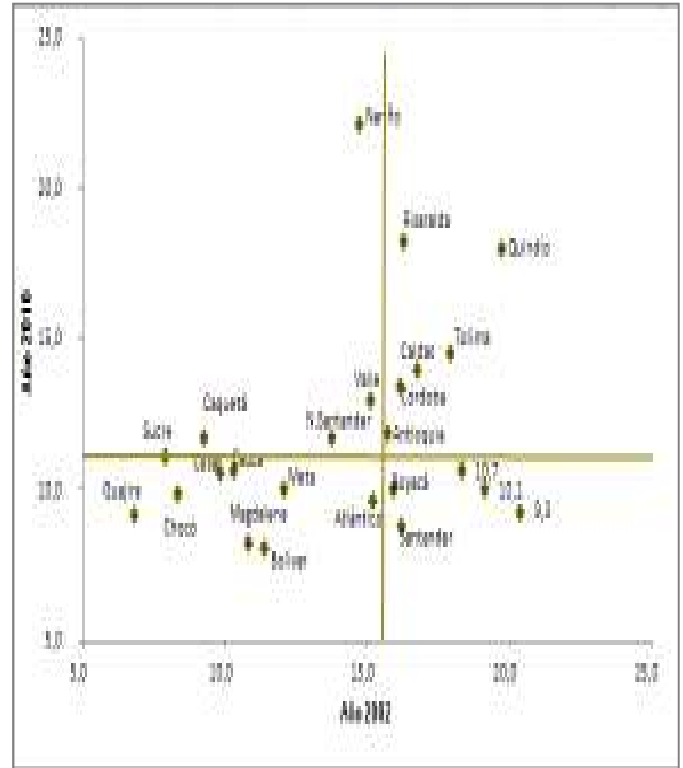
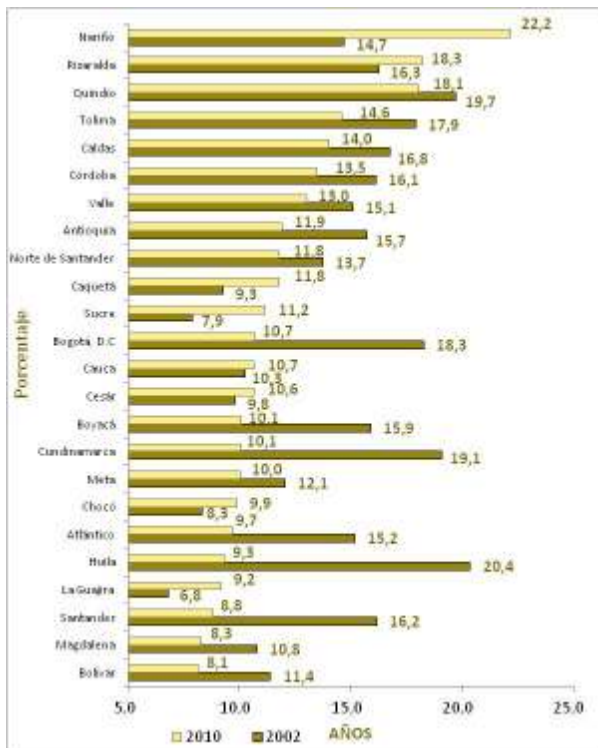
Tasa de desempleo a nivel Nacional 2002-2010



Fuente: Cálculos SESS del DNP. Serie empalmada con metodología ECH (2002-2005), GEIH (2006-2010) NUMA (2010) DANE.



Tasa de desempleo a nivel departamental. 2002-2010



Fuente: Cálculos SESS del DNP. Con base ECH 2002-2005, GEIH 2008-2010 DANE

Fuente: Cálculos SESS del DNP. Con base ECH 2002-2005, GEIH 2008-2010 DANE

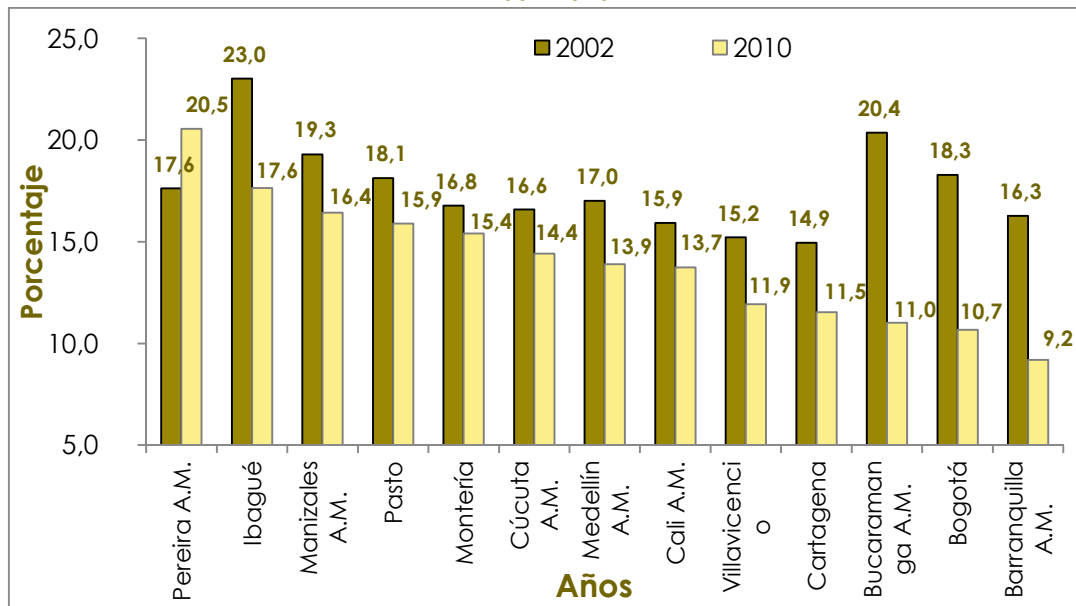
En general, desde 2002 la incidencia del desempleo en las regiones también ha disminuido; sin embargo, persisten diferencias muy pronunciadas.

A nivel de departamentos, los que presentaron en 2010 las tasas de desempleo más distantes del objetivo nacional fueron Nariño, Risaralda y Quindío, seguidos de Tolima, Caldas, Córdoba y Valle del Cauca. En el departamento de Nariño para el 2010 se registró un aumento significativo en la tasa de desempleo (22,2%), resultado de una muy baja tasa de ocupación (de hecho, la más baja de toda la década, 52,9%) que no ha sido suficiente para compensar las elevadas tasas de participación (68,0%). Por su parte, el alto desempleo en los territorios de la zona cafetera también es un motivo de preocupación principalmente porque la demanda laboral no ha mostrado ser lo suficientemente dinámica para recoger el aumento en la participación.

Finalmente, para determinar si las brechas regionales se han cerrado durante el período, se compara la distancia de la TD de cada región con el promedio nacional en 2002 y 2010. La conclusión es que al menos 10 departamentos no han mejorado su situación relativa. En particular, Antioquia, Córdoba, Caldas, Tolima, Quindío y Risaralda registraron una TD superior a la nacional en los dos años, mientras Caquetá, Norte de Santander, Valle del Cauca y Nariño pasaron de tener una tasa inferior al promedio a una superior en 2010. Estos territorios han sostenido un rezago persistente en comparación con aquellos que han logrado avances más contundentes, como Bogotá, Santander, Cundinamarca, Boyacá, Bolívar, Magdalena, Atlántico, Meta y Huila.



Tasa de desempleo 13 ciudades y Áreas metropolitanas 2002-2010



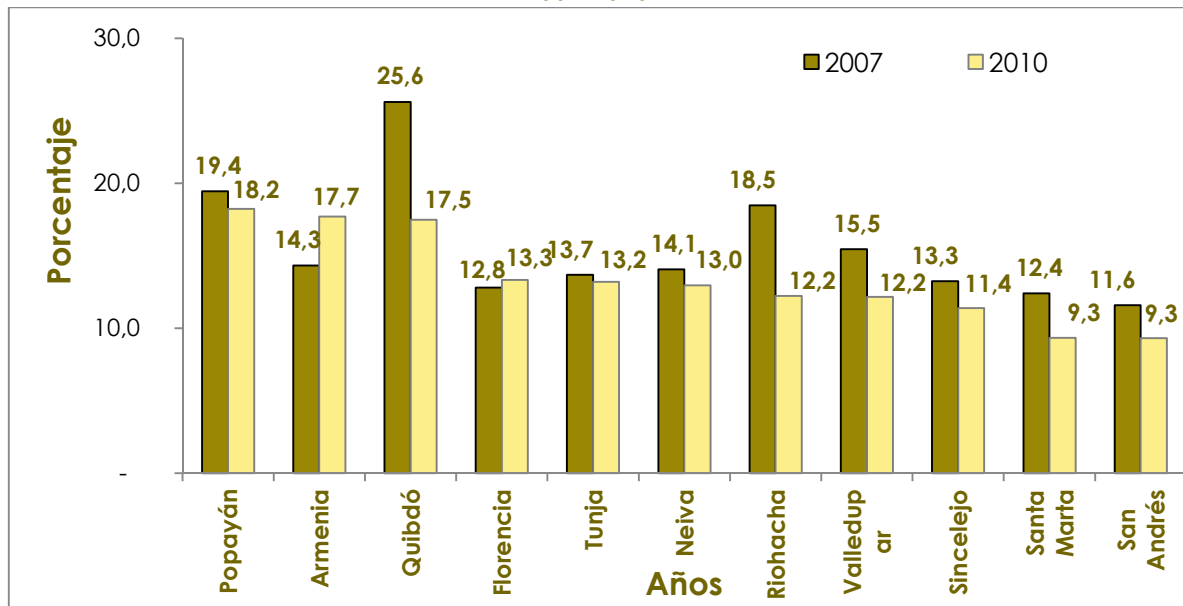
Fuente: Cálculos SESS del DNP. Con base ECH 2002-2005, GEIH 2008-2010 DANE

Con relación a las ciudades, en 2010 las menores tasas de desempleo se registraron en Barranquilla, San Andrés y Santa Marta, seguidas de Bogotá y Bucaramanga. Estas ciudades y sus respectivos departamentos se encuentran relativamente cerca de la meta nacional, e incluso 2 departamentos - Bolívar y Magdalena- ya la han superado. Otros territorios también avanzan hacia el cumplimiento de la meta como es el caso de La Guajira, Huila, Chocó, Meta, Cundinamarca, Boyacá y Cesar.

Otras regiones, por el contrario, se caracterizan por mantener altos niveles de desempleo, distanciándose de la meta nacional. Este grupo incluye los territorios del Eje Cafetero y algunos de la Zona Andina del centro y suroccidente del país. Se destacan Pereira, Popayán y Armenia como las 3 ciudades con las tasas de desempleo más altas, fenómeno que se origina principalmente por el fuerte incremento de las tasas de participación y un insuficiente crecimiento de la ocupación. Otras ciudades con altos y persistentes índices de desempleo son Ibagué, Quibdó, Manizales, Pasto y Montería. Este conjunto de ciudades no solo se encuentra lejos de la meta sino que se ubica relativamente en peor posición con respecto a las ciudades cuyas tasas de desempleo han venido descendiendo.



Tasa de desempleo de 11 ciudades¹⁶ 2007-2010



Fuente: Cálculos SESS del DNP. Con base en GEIH 2007-2010 DANE

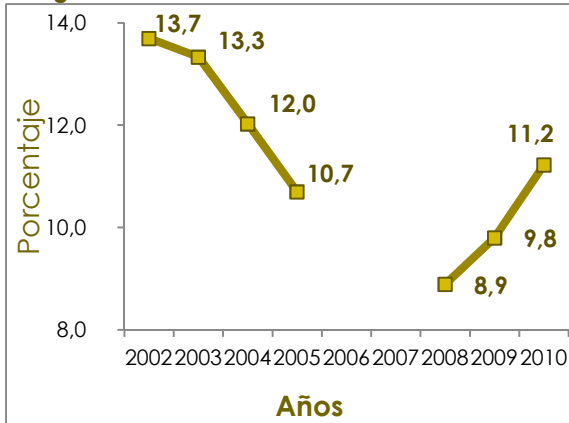
Proporción de la población ocupada con ingresos diarios inferiores a 1.25 y 2 dólares PPA: La evidencia para Colombia muestra que entre 2002 y 2010 la proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1,25 y 2 dólares PPA logró reducirse de 13,7% a 11,2% y de 18,6% a 13,9% respectivamente. Así, el cumplimiento frente a las metas para 2015, presentan un avance en el logro del 32,47% y 46,53%, respectivamente.

Si bien el porcentaje de trabajadores pobres fue menor en 2010 frente a 2002, en los últimos 3 años la tendencia ha sido creciente a nivel nacional y en la mayoría de regiones. En el caso del total nacional el indicador de 1,25 dólares PPA se ubicó 2,3 puntos porcentuales por encima de la cifra de 2008, y un comportamiento similar se observó para el indicador de 2 dólares PPA. Estos resultados contrastan con los observados para los índices de pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema, los cuales descendieron entre 2008 y 2010 en 4,8 y 4,1 puntos porcentuales respectivamente. En tal sentido, es importante aclarar que los indicadores que miden la incidencia de los bajos ingresos laborales entre la población trabajadora, recogen la dinámica del mercado laboral y del ciclo económico, y por lo tanto, su análisis se dirige a responder preguntas acerca de la calidad del empleo de los nuevos ocupados.

¹⁶ Las once ciudades diferentes a las 13 áreas metropolitanas se presentan desde el año 2007 ya que no existe información para estas ciudades para los años 2002 a 2006.

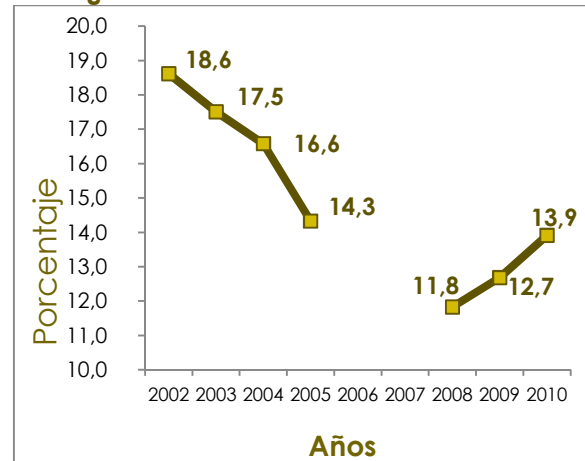


Proporción de la población ocupada con ingresos diarios inferiores a 1.25 dólares



Fuente: Cálculos SESS-DNP con base ECH 2002-2005, GEIH 2008-2010 DANE

Proporción de la población ocupada con ingresos diarios inferiores a 2 dólares



Fuente: Cálculos SESS-DNP con base ECH 2002-2005, GEIH 2008-2010 DANE

Conforme a la tendencia nacional, la mayoría de departamentos y áreas metropolitanas se ubicaron en 2010 en una mejor posición respecto al año 2002. Avances muy significativos se han dado en Boyacá, Chocó, Cauca y Nariño donde el porcentaje de ocupados con ingresos laborales diarios inferiores a 2 dólares disminuyó en 23,9, 20,8, 19 y 9,8 puntos porcentuales respectivamente. Sin embargo, en algunos departamentos se registró un incremento significativo, siendo La Guajira el caso más notable (el indicador de 2 dólares PPA aumentó 13,6 puntos porcentuales, mientras el de 1,25 dólares ganó 11,9 puntos porcentuales). La proporción de ocupados con ingresos bajos también se elevó en el Valle del Cauca y Atlántico, aunque en menor magnitud; y entre las 13 áreas metropolitanas se observó una desmejora significativa en Cali.

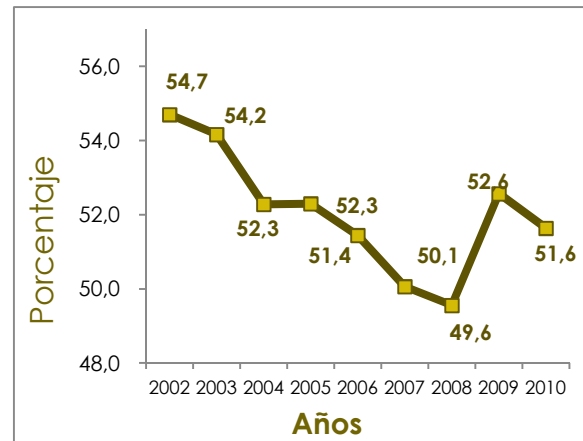
Pese a los progresos, el actual funcionamiento del mercado laboral todavía no permite eliminar las desigualdades regionales estructurales en términos de los ingresos laborales. Las diferencias son evidentes al comparar entre las regiones con la mayor y menor proporción de ocupados con ingresos laborales muy bajos. Según el indicador de 2 dólares, en 2010 el porcentaje de trabajadores pobres varió entre 29,7% para Córdoba y 8,5% para Caquetá en el caso de los departamentos, y entre 15,7% para Rihacha y 4,9% para Cartagena en el caso de las 24 ciudades.

Con respecto a la distancia frente a las metas planteadas, se observa que mientras la meta ya es alcanzada o superada por ciudades como Cartagena, Bogotá, Tunja, Pereira y Manizales, otras se encuentran en camino de cumplirlas incluyendo a Sincelejo, Bucaramanga y Medellín, y los departamentos de Caquetá, Caldas, Bolívar, Atlántico y Risaralda. Por el contrario, la población ocupada con bajos ingresos laborales continúa teniendo una incidencia relativamente más alta en otras regiones, siendo Córdoba, La Guajira y Tolima las que presentan los mayores niveles en ambos indicadores. En estos tres departamentos la mayoría de ocupados pobres se desempeña en empleos por cuenta propia y en empresas particulares; mientras por rama de actividad se concentran en Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca y en las actividades de comercio, restaurantes y hoteles. Otros departamentos de la Zona Andina central (como Cundinamarca y Boyacá) y del suroccidente del país (Huila, Cauca, Valle del Cauca) también presentan altas proporciones de trabajadores con ingresos bajos. Por ciudades, los



indicadores más altos se registran en Riohacha, Quibdó, Montería, Valledupar, Cúcuta, Cali, Neiva, Ibagué, Villavicencio y Pasto.

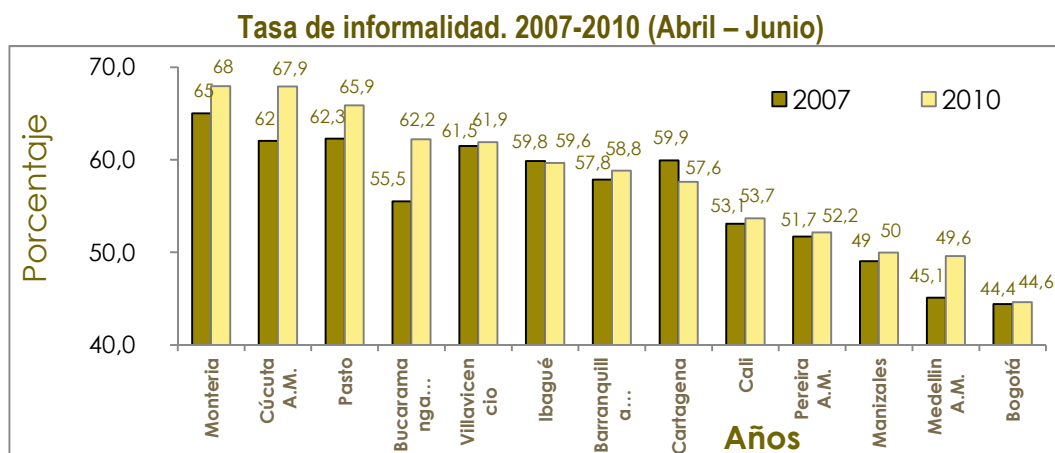
Tasa de Informalidad. Trece Áreas: En los últimos años, la tasa de informalidad se ha mantenido en niveles altos y persistentes, sin mostrar aún progresos contundentes. El indicador para las trece grandes áreas urbanas apenas se redujo ligeramente entre 2007-2008, luego repuntó en 2009 hasta 52,6% y finalmente en 2010 se ubicó en 51,6%, solo un punto porcentual por debajo del dato de 2009. La tasa de informalidad actual se encuentra 6,6 puntos porcentuales arriba de la meta de 45%, lo que implica un avance en el cumplimiento de la meta, de tan solo el 30.53%, evidenciando que falta mucho por lograr al respecto.



Fuente: Cálculos DNP teniendo en cuenta tamaño de empresa hasta 5 trabajadores. ECH 2001-2006, GEIH 2007-2010. (Abril -Junio).

Tasa de Informalidad. Trece Áreas 2002-2010

La incidencia de la informalidad también presenta brechas regionales significativas. Al examinar la información desagregada para las 13 áreas, se encuentra que solo en Bogotá la tasa de informalidad ha oscilado muy cerca de la meta, de hecho, superándola en 2010 al ubicarse en 44,6%. Otras ciudades donde el indicador se ha mantenido en niveles relativamente bajos son Medellín con 49,6% y Manizales con 50%. Por su parte, las mayores tasas de informalidad se presentan en Montería, Cúcuta y Pasto. En estas tres ciudades las ramas de actividad con mayor proporción de informales son el comercio, hoteles y restaurantes y transporte, mientras que según posición ocupacional la informalidad se concentra en los trabajadores por cuenta propia. La elevada informalidad en estas ciudades no solo parece ser estructural, sino que ha tendido a aumentar notablemente. También preocupa la situación de Bucaramanga y Villavicencio que registran la cuarta y quinta tasa de informalidad más alta.



Fuente: Cálculos SESS-DNP con base ECH 2002-2005, GEIH 2008-2010 DANE



Estrategias para la Generación de Empleo-Cerrar Brechas.

En el nuevo Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, el Gobierno Nacional tiene dentro de sus prioridades la generación de nuevos empleos formales que permitan disminuir las desigualdades salariales entre los sectores formal e informal de la economía, beneficiar a los segmentos de población más vulnerable y propiciar un desarrollo regional equilibrado. Para esto se encuentra desarrollando una serie de acciones que se pueden sintetizar en los siguientes ejes: 1) fomentar una cultura de la innovación; 2) impulsar una política de competitividad y de mejoramiento de la productividad y 3) dinamizar los sectores “locomotora” para que lideren el crecimiento y la generación de empleo.

Como lo afirma el Plan Nacional de Desarrollo, un país competitivo debe contar con regiones y empresas productivas y pujantes que generen riqueza y empleo de calidad. Ahora bien, uno de los principales factores que impiden o retrasan la consolidación de un esquema de desarrollo regional y empresarial equilibrado es el fenómeno de la informalidad. Por ello, el Gobierno nacional está impulsando el desarrollo de una política de mejoramiento de la calidad de la educación y desarrollo de competencias y una política de formalización laboral y empresarial que tienen una perspectiva nacional y territorial.

Actualmente, el Ministerio de la Protección Social, en coordinación con el Departamento Nacional de Planeación, DANE, SENA, Ministerio de Educación Nacional y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD, se encuentra fortaleciendo la Red de Observatorios Regionales del Mercado de Trabajo, como una forma de contribuir al mejor conocimiento del comportamiento y transformaciones de los mercados de trabajo regionales. En departamentos como Nariño, Cauca, Quindío, Córdoba, Tolima, entre otros, se crearán y fortalecerán los Observatorios del Mercado de trabajo, lo cual les permitirá tener un mejor conocimiento de sus problemáticas particulares del mercado laboral y de esta manera podrán formular políticas y programas de empleo y generación de ingresos adecuados a sus necesidades.

En relación con la política de formalización empresarial y laboral, el Gobierno nacional busca mejorar la calidad del empleo en cuanto a ingresos, jornada laboral, estabilidad, negociación laboral y vinculación a la seguridad social. Por ello, está desarrollando una serie de acciones orientadas a 1) propiciar cambios normativos necesarios para la modernización del mercado de trabajo; 2) implementar un sistema de protección al cesante; 3) implementar el Sistema Nacional de Gestión de Empleo (SINALGE); 4) fortalecer el sistema de inspección, control y vigilancia del trabajo; 5) promover la formalización empresarial a través de la Ley 1429 de 2010 y 6) promover el diálogo social para el fomento de la productividad y la formalización laboral.

Una herramienta para aumentar la productividad y facilitar la formalización laboral y empresarial, está relacionada con el diseño y puesta en marcha de políticas activas del mercado de trabajo y de programas de asistencia técnica territorial que apoyarán a las regiones y ciudades con mayores dificultades para mejorar sus indicadores laborales. En este sentido, el Gobierno nacional diseñará y pondrá en marcha programas de enganche laboral en diversos departamentos y municipios del país, orientados a beneficiar a los segmentos más vulnerables de su población y fortalecer sus capacidades de planeación y gestión. Así, podrán identificar las vocaciones productivas de sus territorios e implementar una oferta coordinada e integrada de servicios público-privados, que permitan mejorar las condiciones de acceso al empleo, el autoempleo y la generación de ingresos de la población más pobre.



1.3 HAMBRE

META UNIVERSAL: 1C. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
1C. Acceso a una alimentación adecuada y suficiente.	1. Prevalencia de desnutrición global o bajo peso para la edad en menores de 5 años.	8,60%	3,40%	2,60%	86,67%
		1990 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
	2. Prevalencia de desnutrición crónica o retraso en talla en menores de 5 años.	26,10%	13,20%	8%	71,27%
		1990 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
	3. Porcentaje de población total en subnutrición.	17%	13%	7,50%	42,11%
		1990 ⁽²⁾	2004-2006 ⁽²⁾		
	4. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer.	7,68%	9,08%	< 10%	100%
		1998 ⁽³⁾	2009 ⁽³⁾		

Fuente: (1) Instituto Colombiano de Bienestar familiar- ICBF. Se toma como referencia para el cálculo de la línea de base año 1990 del informe de la OMS - Malnutrition in Infants and Young Children in Latin America and the Caribbean: Achieving the Millennium Development Goals, con base en la Encuesta Nacional Sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud, y los avances, a partir de las bases de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 1995, 2000, 2005 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional - ENSIN 2005 2010.

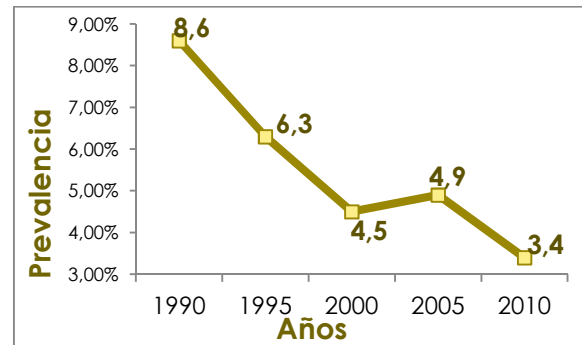
(2) Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación -FAO. FAOESTAT.

(3) DANE, Estadísticas Vitales (sin ajuste).

Desnutrición Global o Bajo peso para la edad en menores de 5 años: En Colombia la desnutrición global durante el 2010 afectó al 3,4% de los niños menores de 5 años, que muestra un cumplimiento de la meta del 86,87%.

El bajo peso para la edad o desnutrición global se define cuando un valor antropométrico se ubica por debajo de -2 desviaciones estándar con respecto a la mediana de referencia, en este caso específico con el patrón de referencia de la organización mundial de la Salud - OMS 2006.

Prevalencia de Desnutrición Global en menores de 5 años



Fuente: Cálculos ICBF, con base en el informe de la OMS - Malnutrition in Infants and Young Children in Latin America and the Caribbean: Achieving the Millennium Development Goals, la Encuesta Nacional Sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud, y los avances, a partir de las bases de datos de la - Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 1995, 2000, 2005 -2010 y la - Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia - ENSIN 2005 2010

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2010, la distribución de las desviaciones estándar en el indicador peso/edad en niños menores de cinco años comparada con la distribución de la población de referencia (OMS

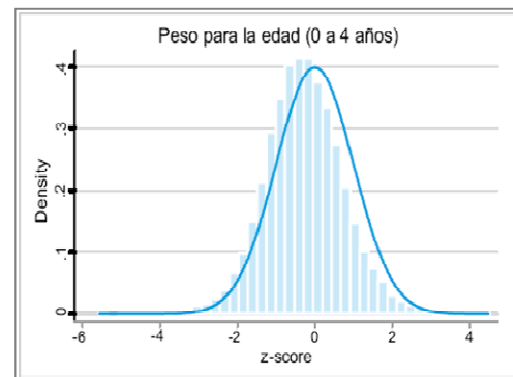
2006), mostró un desplazamiento leve de la curva hacia la izquierda, lo cual implica que un porcentaje de niños mayor al esperado presentó bajo peso para su edad.

A nivel nacional el 3,4% de los niños menores de 5 años presentó bajo peso para la edad y 0,6% desnutrición global severa (<-3 desviaciones



estandar). De acuerdo con la clasificación propuesta por la OMS para propósitos de vigilancia mundial, esta prevalencia se considera baja cuando se tienen valores por debajo del 10%; además presentó una reducción superior al 50% en las dos últimas décadas, pasando de 8,6% en el año 1990 a 3,4% en el año 2010.

Distribución de desviaciones estándar del indicador. Peso para la Edad en niños y niñas menores de cinco años



Fuente: ENSIN 2010

Si la tendencia de la reducción del último quinquenio se mantiene, se lograría alcanzar la meta ODM para este indicador, esto es: llegar en el año 2015 a 2,6%. Sin embargo es importante interpretar con precaución esta prevalencia y analizar a fondo las desagregaciones socio demográficas con las cuales varía la magnitud del problema.

Prevalencia de desnutrición global en niños de 0 a 4 años Según características socio demográficas

CARACTERÍSTICAS	DESNUTRICIÓN GLOBAL			
	%	< -2 DE		CV**
		IC		
Total	3.4	3.1	3.8	5.9
Sexo				
Femenino	3.3	2.9	3.9	9.1
Masculino	3.5	3.1	4.0	5.7
Etnia				
Negro/Mulato/Afrocolombiano-descendiente	3.9	2.9	5.1	15.4
Indígena	7.5	5.7	9.8	13.3
Otro	3.1	2.8	3.5	6.5
Nivel del SISBEN				
1	4.7	4.2	5.3	6.4
2	*2.2	1.4	3.4	22.7
3	*1.6	1.0	2.5	25.0
4 ó más	2.2	1.7	2.8	13.6
Peso al nacer				
< 2,5 kg	8.8	6.6	11.5	13.6
2,5 kg y más	2.1	1.8	2.5	9.5
No se pesó o no sabe	5.2	4.5	6.1	7.7
Talla al nacer				
< 47 cm	8.4	6.3	11.3	15.5
47 cm y más	1.9	1.6	2.3	10.0
No se midió o no sabe	4.8	4.1	5.5	7.1



CARACTERISTICAS	DESNUTRICIÓN GLOBAL			
	%	< -2 DE IC		CV**
Nivel de escolaridad de la madre				
Sin educación	12.2	8.7	16.9	17.2
Primaria	5.0	4.2	5.8	8.0
Secundaria	2.9	2.5	3.4	6.9
Superior	*1,8	1.1	2.7	22.2
Área				
Urbana	2.9	2.5	3.4	6.9
Rural	4.7	4.0	5.4	8.5

Fuente: ENSIN 2010

(*) Coeficiente de variación igual o mayor a 20% y menor a 30%, la precisión es "Regular" y por lo tanto debe ser utilizada con precaución

** Coeficiente de variación, es una medida normalizada o estandarizada de dispersión (desviación estándar) con la cual se busca expresar, en términos de porcentaje, la cantidad de variabilidad presente en una estimación y que sirve para comparar la precisión entre distintas estimaciones.

Como se observa en la tabla, por lugar de residencia, el área rural casi duplicó el área urbana en el porcentaje de desnutrición global en niños y niñas menores de cinco años (4,7% frente a 2,9%). La Región Atlántica presentó la mayor desnutrición global (4,9%) junto con Amazonia y Orinoquia (3,6%).

La estimación de bajo peso para la edad en niños menores de 5 años por departamento, presentó en 28 casos un coeficiente de variación mayor al 20% y por tanto no se presentan. Los departamentos que se vieron más afectados fueron La Guajira (11,2%, casi cuatro veces la prevalencia nacional), Magdalena (6.8%), Chocó (6.3%) y Amazonas (5.8%).

Tal como se mencionó anteriormente, para análisis del comportamiento de este indicador no se cuenta con datos que permitan obtener estimaciones de una precisión aceptable (coeficiente de variación menor a 20%). Para la mayoría de los departamentos, los datos disponibles están a nivel de Región, tomando como referencia la meta de 2.6%, es claro que ninguna de las Regiones la ha alcanzado aún; pero cabe destacar los casos de la Región Central y Oriental que están a menos de 0.5 puntos porcentuales de lograr la meta prevista; y de otro lado, la Región Atlántica es la que se encuentra más distante de la meta planteada.

Prevalencia de desnutrición y exceso de peso en niños de 0 a 4 años por región

	1995				2000				2005				2010						
	IC* (95%)	CV* (%)	IC* (95%)		CV* (%)	IC* (95%)		CV* (%)	IC* (95%)		CV* (%)	IC* (95%)		CV* (%)					
			LI* (%)	LS* (%)		LI* (%)	LS* (%)		LI* (%)	LS* (%)		LI* (%)	LS* (%)						
Nacional	6.3	7.1	5.4	7.2	7.1	8.3	3.8	5.3	8.3	4.9	5.0	4.4	5.4	5.0	3.4	3.1	3.8	5.3	
Región																			
Atlántica	7.2	12.1	5.5	8.9	12.1	15.3	5.1	6.6	15.3	7.0	6.6	6.1	8.0	6.6	4.9	4.2	5.8	8.2	
Oriental	6.7	18.3	4.3	9.1	18.3	22.4	4.2	6.0	22.4	3.2	15.3	2.2	4.2	15.3	2.9	2.2	3.7	12.8	
Central	4.9	15.1	3.5	6.4	15.1	16.4	4.9	6.4	16.4	4.4	10.7	3.5	5.4	10.7	2.8	2.2	3.5	12.5	
Pacífica	7.3	15.5	5.1	9.5	15.5	17.9	4.3	5.8	17.9	5.0	12.4	3.8	6.2	12.4	3.2	2.5	4.1	12.8	
Bogotá	4.8	23.1	2.6	7.0	23.1	22.5	3.6	5.2	22.5	4.0	21.3	2.3	5.7	21.3	2.9	2.0	4.3	20.0	
Amazonia y Orinoquia(*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.0	17.0	2.7	5.3	17.0	3.6	2.8	4.6	12.5	

Fuente: ENSIN 2010 (*) Los datos presentados no son comparables, dado que la información del 2005 solamente incluye cabeceras, mientras que la información de 2010 incluye cabeceras y centros poblados.

*IC: Intervalo de confianza. LS: Límite Superior. LI: Límite inferior. CV: Coeficiente de Variación



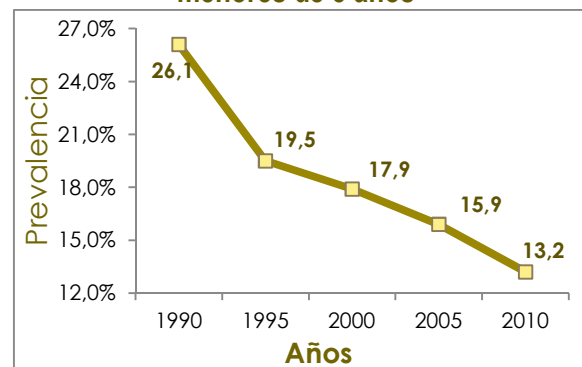
Para el caso de las regiones Oriental y Pacífica, se logró, entre los años 1995 y 2010, una disminución del 58.2% y 55.5% respectivamente, y como se mencionó anteriormente la región oriental es una de las que está más cerca de cumplir la meta de ODM; mientras que la Pacífica esta a 0.6 puntos porcentuales, que la ubica en un punto medio de alcanzarla. Por otro lado, las regiones Central y Atlántica el porcentaje de evolución ha sido del 36.4% y del 30%, respectivamente, desde el 2005 hasta el 2010; ubicándose la primera a 0.2 puntos porcentuales de la meta, en contraste con la Atlántica quien está a 2.3 puntos porcentuales y por tanto la de mayor rezago con respecto a esta. La región Amazonía y Orinoquía está a 1.3 puntos porcentuales de la meta; en el caso de Bogotá teniendo en cuenta los coeficientes de variación (C.V.) de las estimaciones no es posible hacer ninguna inferencia al respecto.

Desnutrición Crónica o retraso en talla en menores de edad: La desnutrición crónica durante el 2010 afectó al 13.2% de los niños menores de 5 años, que muestra un cumplimiento de la meta del 71,27%.

El retraso en el crecimiento refleja el fracaso en expresar todo el potencial de crecimiento lineal como resultado de condiciones sanitarias, de salud y nutricionales no óptimas; en este sentido, cuando se utilice el término de desnutrición crónica es importante tener presente que se refiere a un puntaje z a más de 2 desviaciones estándar por debajo de la mediana del patrón de referencia OMS.

La distribución de las desviaciones estándar en el indicador talla/edad en niños menores de cinco años, comparada con la distribución de la población de referencia (OMS 2006), mostró un desplazamiento de la curva hacia la izquierda, lo cual indica que un porcentaje mayor al esperado de niños en Colombia presentó retraso en talla. Según los patrones de crecimiento de la OMS, el 13,2% de los niños colombianos menores de 5 años presentó retraso en talla (< -2 DE) y de ellos el 3% se encontró en el rango < -3 DE. En la resolución de adopción de los nuevos patrones, se incluyó el rango de -1 a -2 DE como riesgo de talla baja para la edad, en el cual se esperaba encontrar aproximadamente al 13,4% de la población (en una distribución normal); sin embargo, en el país se presentó que el 30,2%

Prevalencia de Desnutrición Crónica en menores de 5 años



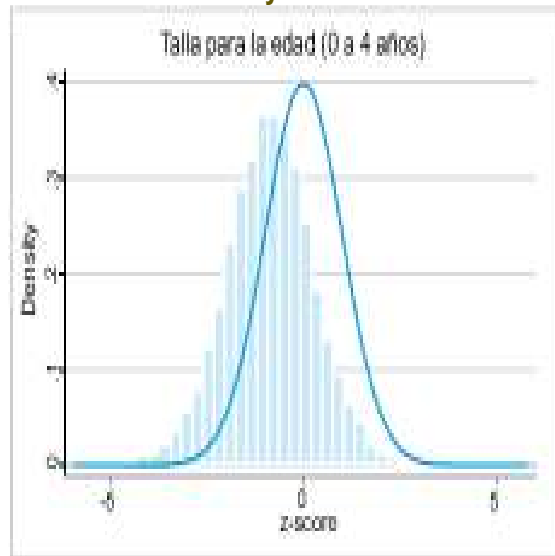
Fuente: Cálculos ICBF, con base en el informe de la OMS - Malnutrition in Infants and Young Children in Latin America and the Caribbean: Achieving the Millennium Development Goals, la Encuesta Nacional Sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud, y los avances, a partir de las bases de datos de la - Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 1995, 2000, 2005 -2010 y la- Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia - ENSIN 2005 2010

de la población menor de cinco años se encuentra en este rango.

En general, a nivel nacional, el retraso en talla de los niños menores de cinco años se redujo a la mitad en un periodo de 20 años (26,1% en 1990 a 13,2% en el 2010); sin embargo, si la tendencia de los últimos cuatro quinquenios se mantiene, es posible que no se alcance la meta propuesta al año 2015, para este indicador.



Distribución de desviaciones estándar del indicador- Talla para la Edad en niños y niñas menores de cinco años



Fuente: ENSIN 2010

Prevalencia de retraso en talla en niños de 0 a 4 años Según características socio demográficas

CARACTERÍSTICAS	RETRASO EN TALLA			
	%	IC	< -2 DE	CV
Total	13.2	12.5	13.9	3.0
Sexo				
Femenino	12.1	11.2	13.1	4.1
Masculino	14.2	13.2	15.2	3.5
Etnia				
Negro/Mulato/Afrocolombiano- descendiente	10.6	8.9	12.5	8.5
Indígena	29.5	25.3	34.1	7.5
Otro	12.6	11.8	13.4	3.2
Nivel del SISBEN				
1	16.8	15.7	18.0	3.6
2	10.5	8.8	12.5	8.6
3	8.3	6.7	10.2	7.2
4 ó más	9.1	8.0	10.4	4.4
Peso al nacer				
< 2,5 kg	27.0	23.1	31.2	7.8
2,5 kg y más	9.8	9.1	10.6	4.1
No se pesó o no sabe	17.8	16.4	19.4	4.5
Talla al nacer				
< 47 cm	24.0	20.2	28.3	8.8
47 cm y más	9.0	8.3	9.9	4.4
No se midió o no sabe	17.2	15.9	18.5	4.1
Nivel de escolaridad de la madre				
Sin educación	31.3	24.9	38.5	11.2



	CARACTERISTICAS		RETRASO EN TALLA	
	%	IC	< -2 DE	CV
Primaria	18.5	17.0	20.0	4.3
Secundaria	11.7	10.8	12.7	4.3
Superior	7.8	6.4	9.5	10.3
Área				
Urbana	11.6	10.8	12.5	3.4
Rural	17.0	15.5	18.5	4.7

Fuente: ENSIN 2010

De acuerdo a la información de la anterior tabla, el retraso en talla tiene mayor prevalencia en los niños que en las niñas. La prevalencia de retraso en talla fue mayor en los niños que tuvieron bajo peso al nacer (27,0%) y longitud al nacer menor a 47 cm (24,0%). Se observa que en los niños indígenas que hacían parte de la muestra, el porcentaje de desnutrición crónica y crónica severa fue más alto que en la población afrodescendiente (29,5% y 9,4% frente a 10,6% y 1,8%, respectivamente) y significativamente mayor a la población clasificada en la categoría de otros (12,6% y 2,4%). La prevalencia de retraso en talla de la población indígena incluida en la muestra se considera alta y, por lo tanto, requiere seguimiento y una atención especial a la hora de implementar políticas con enfoque diferencial.

Por lugar de residencia, el retraso en talla fue de mayor prevalencia en el área rural que en el área urbana (17,0% frente a 11,6%, respectivamente); así como en las regiones de Bogotá D.C. (16,4%), Atlántica (15,4%) y Amazonia y Orinoquia (13,8%). Los departamentos más afectados son los de Vaupés, Amazonas, La Guajira (con más del doble de la prevalencia); así como Guainía, Cauca, Magdalena, Nariño, Boyacá y Córdoba. Los niños menores de cinco años con menos afectación por el retraso en talla fue Valle del Cauca (6,0%)¹⁷

Prevalencia de retraso en talla en niños de 0 a 4 años Por Departamento 2005-2010

Departamento	2005				2010			
	(%)	IC* (95%)		CV* (%)	(%)	IC* (95%)		CV* (%)
		LI* (%)	LS* (%)			LI* (%)	LS* (%)	
Nacional	15.9	15.0	16.8	2.9	13.2	12.5	13.9	2.9
Departamento								
Antioquia	15.7	12.8	18.6	9.4	10.2	8.0	12.8	11.8
Atlántico	13.0	10.1	15.9	11.4	15.5	12.1	19.5	12.1
Bogotá	16.9	13.7	20.1	9.8	16.4	14.1	18.9	7.6
Bolívar	17.6	14.1	21.2	10.3	10.8	8.1	14.3	14.5
Boyacá	30.9	24.2	37.7	11.1	16.7	12.5	22.0	14.4
Caldas	12.7	7.5	17.9	20.9	13.5	9.9	18.1	15.2
Caquetá	14.1	9.8	18.3	15.3	11.7	8.3	16.2	17.1
Cauca	20.1	16.0	24.1	10.4	23.0	17.1	30.1	14.4

¹⁷ Ibid.



Departamento	2005			2010				
	(%)	IC* (95%)	CV*	(%)	IC* (95%)	CV*		
Cesar	16.1	12.3	20.0	12.3	11.7	8.7	15.5	14.6
Córdoba	22.3	17.8	26.7	10.2	16.4	12.6	21.0	13.0
Cundinamarca	12.1	8.6	15.6	14.8	13.1	10.2	16.7	12.6
Chocó	13.4	9.0	17.8	16.8	15.7	12.9	18.9	9.7
Huila	15.9	11.5	20.2	14.0	11.7	8.6	15.9	15.7
La Guajira	28.6	22.4	34.9	11.2	27.9	22.3	34.3	10.9
Magdalena	20.7	15.8	25.6	12.1	18.0	14.9	21.5	9.3
Meta	10.8	7.0	14.5	17.8	7.7	5.6	10.4	16.0
Nariño	26.6	21.6	31.5	9.5	16.9	13.6	20.8	10.9
Norte de Santander	12.3	7.4	17.1	20.2	9.8	7.6	12.5	12.8
Quindío	9.6	6.4	12.8	17.0	9.6	7.2	12.7	14.4
Risaralda	9.8	5.4	14.1	22.8	10.4	7.8	13.8	14.7
Santander	10.7	5.7	15.7	23.7	8.6	6.3	11.8	16.1
Sucre	16.4	12.6	20.1	11.7	14.3	10.5	19.1	15.4
Tolima	13.7	8.1	19.3	20.7	10.7	7.8	14.5	15.8
Valle	10.2	7.8	12.6	12.1	6.0	4.5	7.9	14.3
Arauca	13.5	9.3	17.7	15.9	13.0	9.6	17.3	15.0
Casanare	7.6	1.7	13.5	39.8	10.1	7.4	13.6	15.7
Putumayo	10.9	6.0	15.9	23.1	9.8	7.1	13.3	16.2
San Andrés y Providencia	5.1	1.2	9.0	38.9	3.8	2.2	6.4	26.8
Amazonas	16.1	10.3	21.8	18.3	28.6	23.9	33.7	8.8
Guainía	10.2	5.4	15.0	23.9	23.4	17.5	30.6	14.3
Guaviare	8.0	3.9	12.1	26.1	12.4	8.6	17.8	18.7
Vaupés	16.1	11.2	20.9	15.4	34.6	29.9	39.7	7.2
Vichada	12.1	7.0	17.1	21.4	15.9	12.2	20.3	12.9

Fuente: ENSIN 2005 – 2010

*IC: Intervalo de confianza. LS: Límite Superior. Li: Límite inferior. CV: Coeficiente de Variación

Clasificación propuesta de las amplitudes mundiales de la prevalencia de la talla baja para la edad en niños menores de 5 años

Prevalencia de niños (%) por debajo de – 2 desviaciones estándar. Retraso en crecimiento	GRUPO DE PREVALENCIA
Menor a 20	Baja
Entre 20 y 29.9	Mediana
Entre 30 y 39.9	Alta
Mayor o igual a 40	Muy alta

Fuente: Comité de Expertos en antropometría OMS. 1997

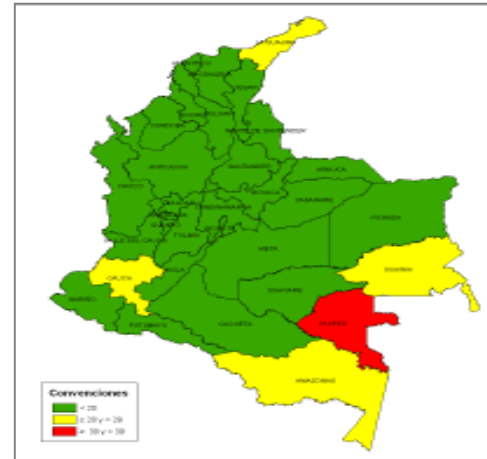
Esta clasificación es valiosa para resumir los datos de la prevalencia provenientes de diversas fuentes y pueden usarse para la orientación de programas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta clasificación no se basó en correlaciones con resultados funcionales y simplemente refleja una conveniente agrupación estadística de los grados de prevalencia de distintos países.

De acuerdo a esta clasificación se encuentra que el departamento de Vaupés se ubica en el grupo de prevalencia alta, los departamentos de



La Guajira, Amazonas, Guainía y Cauca en el grupo de prevalencia mediana, y los 26 (Sin San Andrés, para el que no se cuenta con una estimación de aceptable precisión) departamentos restantes se ubican en el grupo de prevalencia baja. Se resaltan los departamentos Meta y Valle, que ya alcanzaron la meta nacional propuesta en el Conpes Social 140 de 2011.

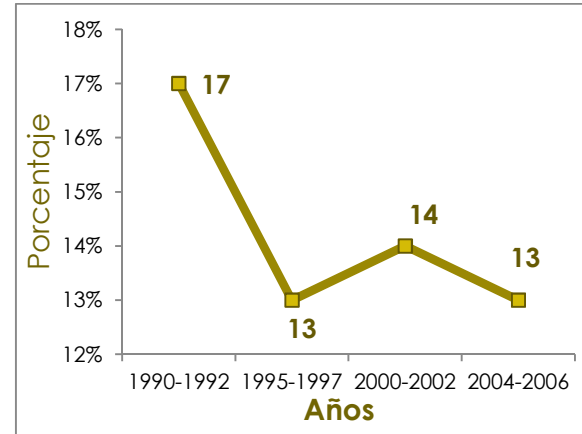
Desnutrición Crónica. Colombia 2010



Fuente: ENSIN 2010

Población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria: La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), es la entidad que suministra la información de la línea base y seguimiento, realizando las estimaciones con datos relativos a trienios. Este indicador en el trienio 2004-2006, registra que el 13% de las personas se encuentran por debajo del consumo de energía mínima alimentaria, viéndose un cumplimiento en la meta del 42.11%. Actualmente se está desarrollando la propuesta de una cooperación técnica que le brinde al país la capacidad de realizar el cálculo de este indicador.

Población Total en Subnutrición



Fuente: FAO

Porcentaje de niños con bajo peso al nacer: Este es un nuevo indicador al que Colombia le hace seguimiento, toda vez que permite reflejar las acciones que desarrolla el gobierno en términos de seguridad alimentaria y nutricional, además de las propias del sector salud.. Según la organización Mundial de la Salud OMS, el bajo peso al nacer –BPN- se define como todo niño o niña que nace con un peso menor a 2500 gramos independiente de la semana gestacional u otra característica.¹⁸ Los neonatos con BPN y especialmente con peso inferior a 1500 gramos (muy bajo peso al nacer), determinan el 60% de la mortalidad neonatal y cerca del 4% de la mortalidad infantil.¹⁹ Es el factor más importante asociado con las más de cinco millones de defunciones neonatales que ocurren cada año en el mundo. Se considera que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños y niñas con antecedentes de BPN respecto a los que nacen a término y peso normal. Se calcula que más de la mitad

¹⁸Report of a WHO Expert Committee. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; TRS 854; 1995.

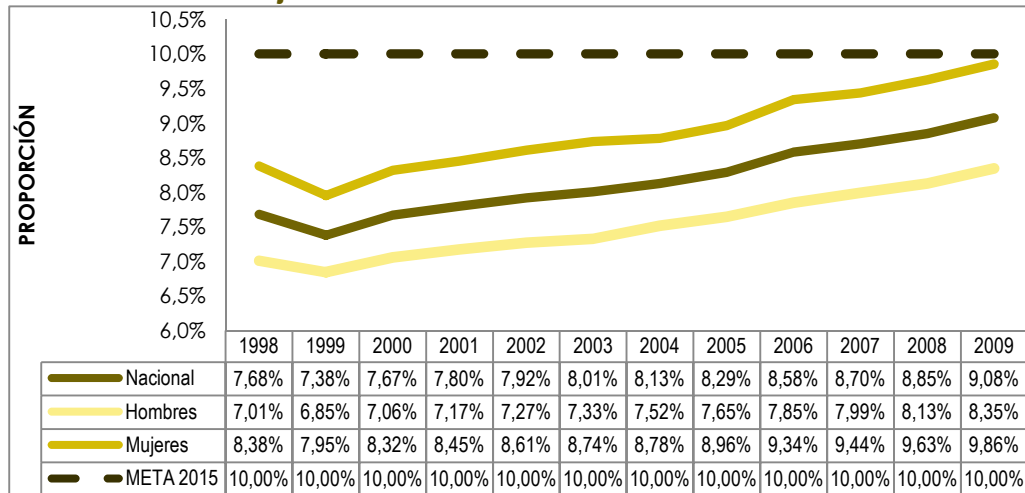
¹⁹Prado L, Ramírez MA, Suárez G. Revista Cubana de Medicina Gen Integr. 1996; 12 (3):242-47.



de los costos hospitalarios directos están relacionados con los cuidados de los recién nacidos con bajo peso.²⁰

El comportamiento del bajo peso al nacer para el país en los años 1998 a 2009, muestra que el bajo peso al nacer ha aumentado año a año, la proporción ha pasado de 7,7% en el año 1998 a 9,08% en el 2009 con un crecimiento continuo, sin que se modifique la tendencia. Se observa una diferencia importante al compararlo según el sexo de los recién nacidos, el cual evidencia que una mayor proporción de niñas presenta bajo peso al nacer, situación que podría estar dada por la ganancia de peso esperada según la semana de gestación, donde se ha determinado que los niños tienen una ganancia mayor que las niñas,^{21,22} sin embargo es necesario revisar a fondo este comportamiento, que también se observa cuando se analizan los datos a nivel departamental (Ver anexo 1).

Bajo Peso al Nacer en Colombia 1998 – 2009



Fuente. Elaboración INS 2011. A partir de la serie 1998-2009 EEVV - DANE

20Pérez Escamilla R, Pollit E. Causas y consecuencias del retraso del crecimiento intrauterino en América Latina. Bol Of Sanit Panam 1992;112(6):473-92

21 Nora E. Montoya-Restrepo y Juan C. Correa-Morales. Curvas de Peso al Nacer. Rev. salud pública. 9 (1):1-10, 2007. Colombia.

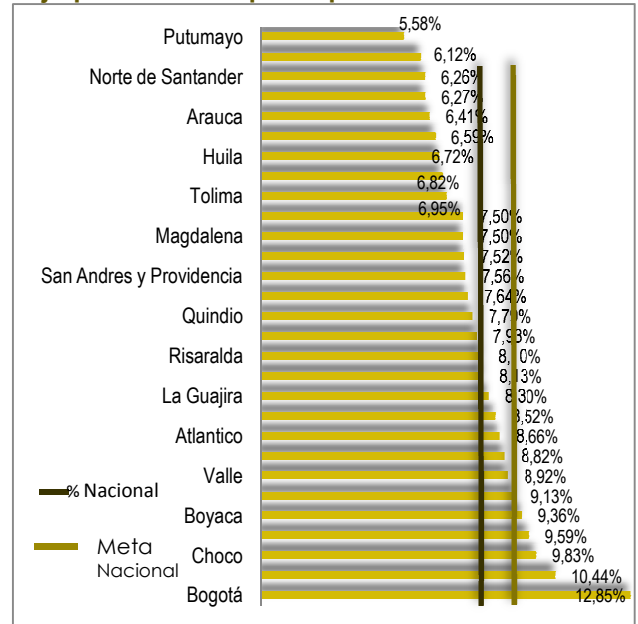
22 Urquia ML, Alazraqui M, Spinelli HG, Frank JW. Referencias poblacionales argentinas de peso al nacer según multiplicidad del parto, sexo y edad gestacional. Rev Panam Salud Pública. 2011;29(2):108-19.



Bajo peso al nacer a nivel departamental

A nivel departamental y de distritos, Cundinamarca y Bogotá presentan la proporción de bajo peso al nacer más alta del país, la cual se estimó por encima del 10% y 12% respectivamente, para el año 2009, lo cual puede estar relacionado con mejor calidad en el registro del certificado de nacido vivo, así como con el aumento de mujeres desplazadas en el Distrito Capital. Otros departamentos que están por encima de la proporción nacional son Chocó, Antioquia, Boyacá, y Nariño, donde las proporciones se encuentran por encima del 9%.

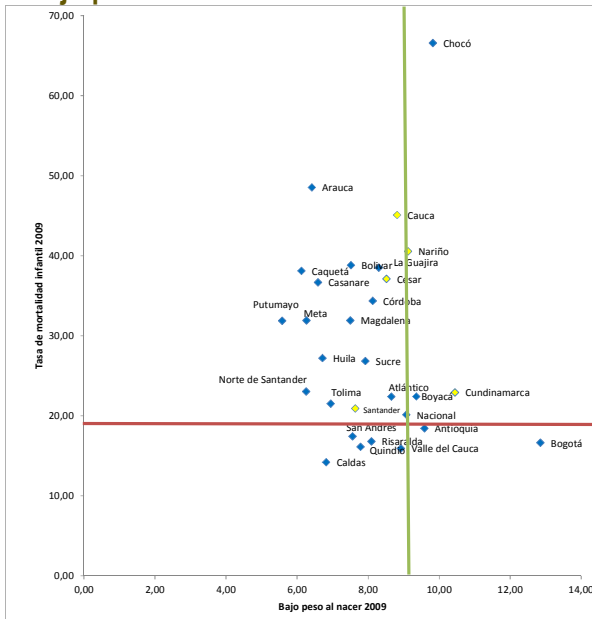
Bajo peso al nacer por departamentos. 2009



Fuente. Elaboración INS 2011. A partir de la serie 1998-2009 EEVV - DANE



Relación entre la tasa de mortalidad infantil y el bajo peso al nacer



Fuente: Elaboración PNUD a partir de la información del DANE. 2011

En esta gráfica, en el primer cuadrante se ubican aquellos territorios con valores altos en los dos indicadores (tasa de mortalidad infantil y bajo peso al nacer), destacándose el departamento del Chocó como el de mayor tasa de mortalidad infantil y con el valor del indicador de bajo peso al nacer por encima del valor reportado para el total nacional.

Los departamentos que registran los mayores valores de bajo peso al nacer en 2009 (aunque bajo valores en la tasa de mortalidad infantil) son Bogotá, Valle y Antioquia mientras que los departamentos de Boyacá, Cauca, Nariño y Cundinamarca registran altos valores tanto en mortalidad infantil como en bajo peso al nacer.

Ahora bien, basados en el protocolo de vigilancia en salud pública del bajo peso al nacer elaborado por el Instituto Nacional de Salud, y para presentar la evolución que tiene cada departamento en el tiempo, se estimaron los percentiles a partir de la serie de bajo peso a nivel nacional para el periodo 1998 a 2009, por tratarse de medidas de posición sobre los cuales se aplicó una semaforización con el fin de visualizar mejor la tendencia de la proporción del bajo peso al nacer y así priorizar las áreas geográficas que requieren intervenciones para el logro de las metas establecidas en el Objetivo de desarrollo del milenio 1.

Una vez identificados los percentiles a partir de la serie 1998 – 2009 para el país, se clasificó de la siguiente manera la proporción del bajo peso al nacer:

PERC 25	PERC 50	PERC 75
7,77%	8,07%	8,61%

Proceso de cálculo del bajo peso al nacer

CLASIFIC.	CRITERIO (PERCENTIL)	CONDUCTA A SEGUIR
Verde	< 25	Se requiere hacer monitoreo
Amarillo	≥25 y <50	Es necesario formular acciones de prevención
Naranja	≥ 50 y < 75	Es necesario implementar estrategias de reducción a través de intervención a los factores de riesgo y determinantes

Fuente: INS. Protocolo de bajo peso al nacer. 2011

CLASIFIC.	CRITERIO (PERCENTIL)	CONDUCTA A SEGUIR
Rojo	≥ 75	Adicional a las medidas anteriores, se requiere la instauración de un programa de atención a la gestante y al bajo peso al nacer garantizado por las EPS e IPS, y evaluado de manera periódica por las entidades territoriales en salud.



Comportamiento del bajo peso al nacer a nivel Nacional

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nacional	7,68%	7,38%	7,67%	7,80%	7,92%	8,01%	8,13%	8,29%	8,58%	8,70%	8,85%	9,08%
Percentil	< 25			≥25 y < 50			≥ 50 y < 75			≥ 75		

Fuente. Elaboración INS 2011. A partir de la serie 1998-2009 EEVV - DANE

Se observa que la tendencia a nivel nacional aumenta año a año, y en los últimos 7 años incrementa en cerca de un 1%, situación que advierte desde ya que la proporción podría estar por encima o muy cerca al 10% en el 2015, considerado como la meta para el país, en el Conpes Social de seguimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Comportamiento del Bajo Peso al Nacer. Departamental 1998 -2009 (Porcentaje)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Bogotá	11,30	10,54	10,90	11,15	11,43	11,92	11,89	12,01	12,23	12,43	12,41	12,85
Cundinamarca	7,34	7,79	8,23	7,9%	8,24	9,31	9,40	10,01	10,16	10,01	10,19	10,44
Chocó	10,23	7,85	9,25	10,44	9,15	10,20	8,09	9,11	9,57	9,22	9,19	9,83
Antioquia	7,99	7,95	8,11	8,36	8,65	8,55	8,81	9,09	9,33	9,12	9,45	9,59
Boyacá	7,56	7,34	7,66	7,60	8,35	7,94	8,49	8,57	8,62	8,84	9,25	9,36
Nariño	6,86	6,76	7,23	7,03	7,81	7,65	7,85	8,29	8,15	8,74	8,92	9,13
Valle del C.	6,99	6,79	7,48	7,64	7,82	7,50	7,95	8,34	9,04	8,59	8,83	8,92
Cauca	6,50	6,08	6,72	7,43	7,48	7,10	7,56	8,01	8,15	8,31	7,95	8,82
Atlántico	6,81	6,81	7,03	7,17	7,05	7,17	7,55	7,35	8,23	8,35	8,36	8,66
Cesar	5,23	5,48	5,51	5,85	5,83	6,26	6,07	6,89	7,04	7,67	8,50	8,52
La Guajira	7,49	7,17	7,26	7,92	7,38	7,67	6,85	7,79	7,47	8,85	9,36	8,30
Córdoba	7,16	6,76	7,82	8,33	7,70	7,71	8,00	8,40	7,50	7,80	7,70	8,13
Risaralda	6,19	6,29	6,74	6,90	6,86	6,99	6,68	6,82	6,91	7,70	7,27	8,10
Sucre	7,28	7,16	7,22	7,61	7,59	8,12	7,65	7,54	7,59	7,58	7,13	7,93
Quindío	6,39	6,47	6,94	6,90	6,35	7,14	6,50	7,20	7,30	7,36	7,68	7,79%
Santander	6,25	6,06	6,58	6,46	6,31	6,62	6,80	6,77	7,02	7,27	8,14	7,64
San And Prov.	6,62	7,25	6,15	6,80	7,92	9,11	9,55	8,71	7,38	7,32	9,42	7,56
Bolívar	7,01	7,38	7,02	7,29	7,53	7,77	6,79	7,39	7,26	7,84	7,57	7,52
Magdalena	6,25	6,03	6,34	6,03	5,97	5,83	6,30	5,91	6,97	6,43	7,32	7,50
G. Amazonía	7,38	6,71	7,42	6,95	6,17	6,37	7,34	7,21	6,98	7,70	6,80	7,50
Tolima	5,90	5,98	5,70	5,52	5,98	5,80	6,05	5,48	6,00	6,04	6,52	6,95
Caldas	6,17	6,24	6,02	5,70	6,14	6,20	6,46	6,52	6,89	6,56	6,65	6,82
Huila	4,77	4,91	5,43	5,46	5,06	4,98	5,25	4,96	6,29	6,38	6,19	6,72
Casanare	5,28	4,66	5,38	4,96	5,53	4,24	4,86	4,61	4,61	5,60	5,69	6,59
Arauca	5,60	5,73	5,82	5,21	5,66	5,64	5,33	4,98	5,97	6,51	6,12	6,41
Meta	4,22	5,07	4,43	4,56	4,93	5,02	5,33	5,49	5,68	5,70	5,77	6,27
Nte. de Sant	5,77	5,26	5,45	5,59	5,41	5,78	5,86	5,23	5,59	5,93	6,25	6,26
Caquetá	4,72	4,24	5,01	5,07	5,51	4,94	6,04	5,06	5,97	5,17	5,79	6,12
Putumayo	5,52	4,80	5,28	4,78	5,06	5,11	5,69	5,08	5,00	5,56	5,59	5,58

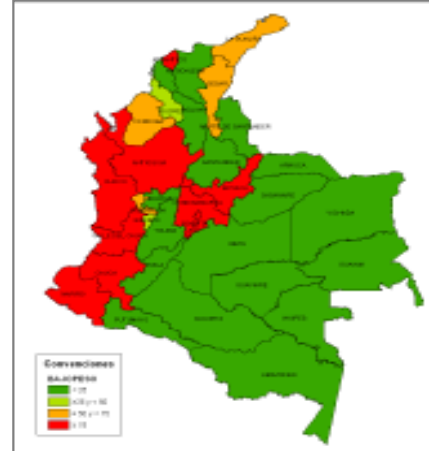
Fuente. Elaboración INS 2011. A partir de la serie 1998-2009 EEVV - DANE



Bogotá, Cundinamarca y Chocó mantienen un comportamiento bastante crítico de la presencia de bajo peso al nacer desde el inicio de la serie 1998, los cuales deben ser priorizados para las intervenciones respectivas en términos de política de salud materno infantil. Es de resaltar que más de la mitad de los departamentos están por debajo del percentil 50 de la serie nacional, es decir del 8,07%, situación que es favorable en términos del cumplimiento de la meta propuesta para este indicador en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio.

A su vez, como se observa en el mapa, todos los departamentos de la región pacífica presentan los mayores porcentajes del bajo peso al nacer, así como el departamento de Cundinamarca, Antioquia, Atlántico y Boyacá, lo cuales requieren de intervenciones inmediatas que contribuyan en la mitigación y control de este evento, el cual se define como de interés en salud pública por el Ministerio de Salud y Protección Social, y el Instituto nacional de Salud.

Bajo Peso al Nacer. Colombia 2009



Fuente: EEVV- DANE 2009

Estrategias encaminadas al logro de las metas

Sin negar la importancia de identificar las prevalencias de las principales problemáticas nutricionales, es clave tener en cuenta también la densidad poblacional de cada región, dado que a pesar de presentar prevalencias menores, por lo general en las grandes ciudades están concentrados el mayor número de niños y niñas. Esto lleva a plantear que, para atender la problemática de la desnutrición en el país, se debe adelantar una estrategia que logre un mayor impacto global, donde la focalización es un aspecto fundamental para el logro de las metas, y contemple lo siguiente:

- Promover, proteger y apoyar en todos los ámbitos la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con alimentación complementaria adecuada hasta los primeros dos años de vida y más.
- Garantizar el desarrollo de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia.
- Impulsar el desarrollo del programa canguro para la atención del recién nacidos de bajo peso al nacer en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con los criterios de calidad requeridos.
- Mejorar el acceso y calidad en la prestación de los servicios de prevención y control de los riesgos y atención de las enfermedades que afectan a los niños y niñas, así como a sus madres durante el control prenatal y la atención del parto.

Primera Infancia

Uno de los principales propósitos del Gobierno Nacional es desarrollar un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial dirigidas a promover y garantizar el desarrollo integral infantil temprano de las niñas y niños menores de 6 años, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos articule y promueva planes, programas, proyectos y acciones a favor de



la atención integral que debe asegurarse para cada niña y niño, de acuerdo a su edad, contexto y condición²³, en el marco de la Estrategia De cero a Siempre²⁴. La estrategia en forma particular planea garantizar en los Centros de Desarrollo Infantil un aporte nutricional del 70% de las recomendaciones diarias de energía y nutrientes.

Esta Estrategia es liderada por la Presidencia de la República, que con el fin de lograr una gestión eficiente y efectiva creó la Comisión Intersectorial de Primera Infancia. La Comisión está encargada de la coordinación, orientación y seguimiento de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia que tiene como grandes retos pasar de la atención de cerca de 500.000 niños y niñas en 2010 a 1.200.000 en el año 2014.

Ahora bien, con el fin de implementar la Estrategia De Cero a Siempre se tendrán en cuenta los siguientes criterios: (1) para cualificar los Hogares Comunitarios de Bienestar –entre otras modalidades no integrales–, y para atender a los niños que no reciben ningún tipo de atención, se dará prioridad al entorno institucional; (2) en aquellos lugares donde no sea posible cualificar Hogares Comunitarios haciendo el tránsito al entorno institucional, se fortalecerá la atención en el entorno comunitario; y (3) para zonas rurales dispersas se tendrá como modelo de atención el entorno familiar. Estos entornos de atención se tomarán como modelo inicial y se irán cualificando progresivamente

Así mismo, en el marco de la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN), se deberá promover la garantía de los nutrientes necesarios mediante el fortalecimiento de las políticas de disponibilidad de alimentos, el acceso a los mismos y el mejoramiento de los hábitos de consumo de las familias. De esta manera, se continuará la suplementación con micronutrientes y fortificación de alimentos de consumo masivo como estrategia para reducir la desnutrición global, la desnutrición crónica, la anemia nutricional en la primera infancia y en las mujeres en periodo de gestación y en edad fértil. Adicionalmente, se revisarán las condicionalidades del Programa Familias en Acción, para su articulación con De Cero a Siempre.

Grupos Étnicos Con Enfoque Diferencial

En coordinación con las Autoridades de Pueblos Indígenas, participantes en las Mesas Nacionales de concertación para las Políticas Públicas y Acciones de Atención Integral Diferencial a Grupos Étnicos, se está desarrollando a nivel nacional proyectos de atención diferencial Étnica en Soberanía, Autosuficiencia y Seguridad Alimentaria y nutricional en 28 regionales del País.

Por otra parte, de acuerdo a lo establecido en el Plan de desarrollo 2010-2014, y en el marco de la estrategia de Cero a Siempre, se debe garantizar el acceso a servicios integrales desde el sector salud y articular de manera efectiva la oferta de servicios, para lo cual será preciso trascender a la medición de esquemas completos de vacunación, así como revisar la escala del desarrollo que actualmente maneja el Sistema de Salud basada en la medición antropométrica.

Así mismo, se diseñará un mecanismo de búsqueda activa de tal manera que la captación por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se hará desde la gestación, incluida la madre, con acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, como control de Crecimiento y Desarrollo, control prenatal de calidad, atención

²³ Presidencia de la República. De Cero a Siempre: Atención Integral a la Primera Infancia En: www.deceroasiempre.gov.co

²⁴ Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, lanzada por el Presidente de la República y la Primera Dama el 21 de Febrero de 2011



institucional de partos, vacunación, lactancia materna salud bucal y visual, detección temprana de discapacidades y otras alteraciones del desarrollo, entre otras acciones.

El plan de gobierno establece como un objetivo sectorial “Promover el bienestar y una vida saludable mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mitigación de riesgos y vigilancia en salud pública”, para el cual establece como estrategia “Promover hábitos y estilos de vida saludable y la adherencia a programas de detección temprana, atención integral y gestión del riesgo (Promoción y Prevención en Salud Pública y Salud Ocupacional), definiendo para el 2014 contar con el modelo de vigilancia del estado nutricional de la población Colombiana.

En este sentido, para el año 2011 el Instituto Nacional de Salud, desarrolla la segunda fase del piloto del protocolo de vigilancia en salud pública del bajo peso al nacer, que permita evaluar su pertinencia, identificar posibles dificultades durante el proceso de vigilancia y utilización de los instrumentos para la misma, así como de perfeccionar los roles, notificación y seguimiento de los casos, en pro de su implementación en el año 2012. Esta piloto se desarrolla en 10 entidades territoriales del país (9 departamentos y 1 distrito).

Adicional a lo anterior desde la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional CONPES 113 de 2008, en la estrategia 5. Promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable, se establece la articulación de la seguridad alimentaria y nutricional como componente del Sistema de Protección Social, y con las acciones prioritarias en salud pública que buscan mejorar la situación nutricional de la población, especialmente de los grupos más vulnerables, como los niños y niñas (primera infancia, infancia y adolescencia), mujeres gestantes, madres en lactancia, adultos mayores, desplazados y grupos étnicos, acciones que tienen relevancia en la prevención del bajo peso al nacer.

Estrategia Nacional de Micronutrientes

Los efectos de las deficiencias de micronutrientes se evidencian especialmente en los niños y niñas y se relacionan con: retraso en el crecimiento, retraso en el desarrollo cognitivo, baja capacidad de aprendizaje, letargo, raquitismo, infecciones recurrentes, malformaciones, deficiencias visual, entre otras.

Entre las acciones planteadas en la estrategia Nacional de Micronutrientes se destacan: la Suplementación en forma directa a los individuos, la Fortificación de alimentos, la promoción de una Alimentación variada suficiente y adecuada mediante estrategias de información, Educación y Comunicación alimentaria y Nutricional, la técnica de pinzamiento oportuno del cordón umbilical. Estas sumadas a otras acciones preventivas como la práctica de lactancia materna, la desparasitación y la vacunación, permiten alcanzar mejores y mayores resultados en la población afectada. Estas acciones están dirigidas a grupos de población de mayor vulnerabilidad como son los niños y niñas y las mujeres gestantes, buscando disminuir las prevalencias de deficiencias de micronutrientes en estos grupos de población, que solo se alcanzarán con el trabajo articulado entre los diferentes sectores.



Bancos de leche humana:

En el marco del Convenio bilateral Brasil – Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó los lineamientos para la implementación de los Bancos de leche Humana en el país; el pilotaje se desarrollará en tres IPS: Hospital General de Medellín, Federico Lleras Acosta de la ciudad de Ibagué y Occidente de Kennedy del Distrito Capital. Esta estrategia tiene como objetivo la Promoción, Protección y Apoyo a la lactancia materna a través de la garantía del suministro de leche humana para los niños y niñas hospitalizados en las Unidades de Cuidados Intensivo Neonatal y se constituye en un pilar fundamental para la disminución de las tasas de mortalidad perinatal e infantil, la desnutrición infantil y aumentar la prevalencia de lactancia materna exclusiva.

Plan Canguro:

El programa Madre Canguro, está dirigido a los recién nacidos prematuros de menos de 37 semanas de gestación (independiente del peso) o recién nacidos con pesos menores a 2500 g (bajo peso, independiente de la edad gestacional) y hace parte del fortalecimiento de las actividades del cuidado neonatal y de las intervenciones de salud realizadas en el recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer.

El Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2009 diseñó los lineamientos técnicos para la implementación del Programa Madre Canguro, los* cuales están en proceso de divulgación en las entidades territoriales de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social presenta en el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 – 2020, las acciones que deben realizarse en el país y sus regiones a fin de lograr una eficaz, protección promoción y ayuda de la lactancia materna, sustentado en contenidos técnicos y de gestión que deben estructurarse de forma armónica y fundamentándose en avances nacionales como en el caso de programas canguro para la protección de los niños y niñas con Bajo peso al Nacer.



OBJETIVO 2. LOGRAR LA EDUCACION PRIMARIA UNIVERSAL

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Garantizar el acceso universal a la educación básica, con calidad en el servicio.	1. Tasa de cobertura bruta ²⁵ en edu. Básica (transición, básica primaria, básica secundaria).	83,89%	109,14%	100%	100%
		1993(1)	2010(2)		
	2. Tasa de cobertura bruta en educación media.	42,93%	78,61%	93%	71,26%
		1993(1)	2010(2)		
	3. Tasa de analfabetismo (personas entre 15 y 24 años).	3,41%	1,90%	1%	62,66%
		1992(3)	2010(4)		
	4. Años promedio de estudio (población entre 15 y 24 años).	7,18 años	9,27 años	10,63 años	60,58%
		1992(3)	2010(4)		
	5. Tasa de repetición.	6,10%	2,20%	2,30%	100%
		1992(1)	2009(2)		

Fuente:

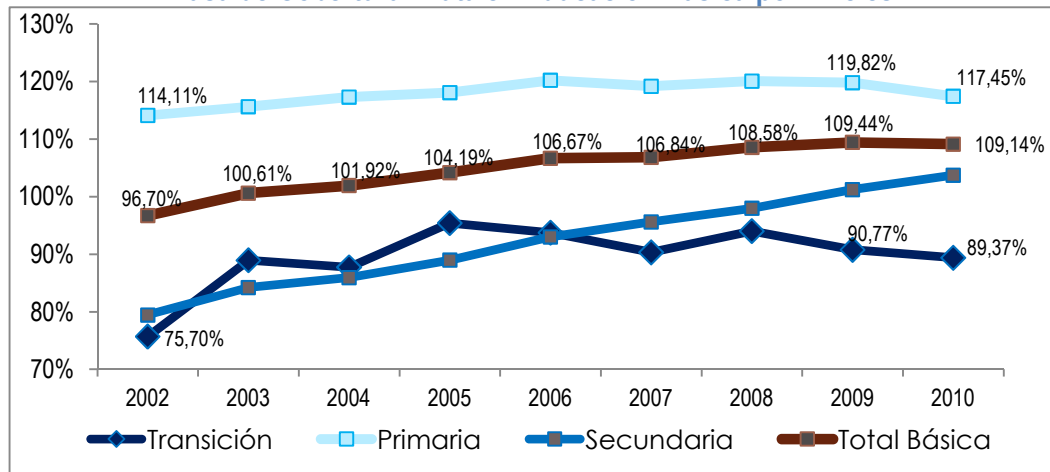
- (1) Cálculos MEN, Utilizando la investigación de educación formal del DANE-Formulario C-600.
- (2) Cálculos MEN, Sistema de Información Nacional de Educación Básica y Media (SINEB).
- (3) DANE, EH (1992-2000). Con ajuste marco poblacional Censo 2005.
- (4) DANE Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH: 2010).

Tasa de cobertura bruta para educación básica: Este es uno de los indicadores que a nivel país se cumplió de manera anticipada; no obstante, a nivel departamental aún se conservan rezagos importantes. De acuerdo con los sistemas de información y cálculos del Ministerio de Educación Nacional, nuestro país alcanzó una tasa de cobertura bruta en básica por encima del 100% desde el año 2003, este indicador ha continuado creciendo, ubicándose en 109.1% para el año 2010. En el mediano plazo se espera que esta tasa continúe creciendo debido a las estrategias de educación para adultos, modelos educativos flexibles que permiten a los jóvenes con rezago escolar cursar los niveles de primaria y secundaria, entre otras.

²⁵ Para medir el acceso universal a la educación básica el indicador de tasa de cobertura bruta relaciona el total de la matrícula desde transición hasta noveno grado de secundaria, con el total de la población entre 5 y 14 años. Debido a la persistencia de fenómenos como la entrada tardía al sistema, el reintegro de población desertora, la repetición, entre otros, la totalidad de la matrícula en estos grados puede exceder la población objetivo, por esta razón se presentan tasas de cobertura por encima del 100%.



Tasa de Cobertura Bruta en Educación Básica por niveles



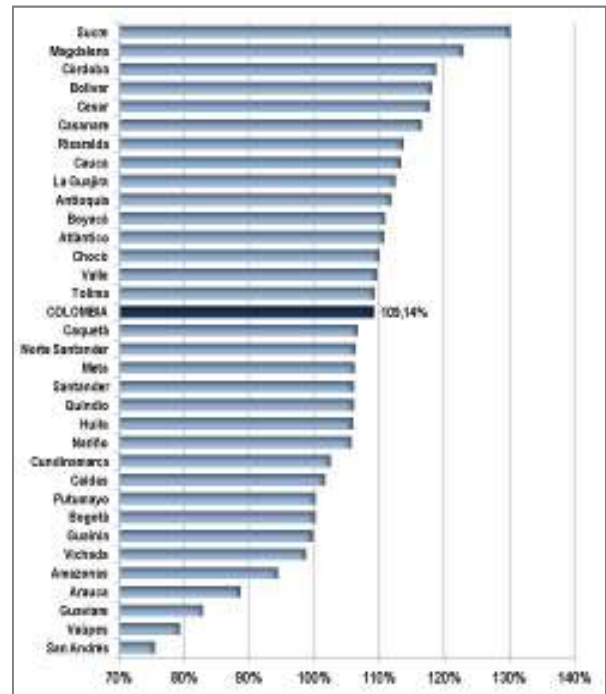
Fuente: C-600 (1992-2001) Matriculación certificada por las Secretarías de Educación (2002), SINEB (2003-2010)

Al revisar este indicador de cobertura bruta en educación básica por sexo se tiene una diferencia a favor de las mujeres, esta diferencia en los últimos diez años ha sido en promedio 2.42 puntos porcentuales, es decir, en relación con la población de referencia, más mujeres acceden a educación básica que los hombres.

Cobertura Bruta en Básica a nivel Departamental

Para el 2010, a nivel departamental persisten siete departamentos que aún no alcanzan cobertura universal en educación básica, el rezago más importante se presenta en San Andrés y Providencia donde sólo se alcanza el 75.5% de cobertura bruta, le siguen en rezago, los departamentos de Vaupés, Guaviare, Arauca, Amazonas, Vichada y Guainía. De los siete departamentos sin cobertura universal en educación básica, cuatro de ellos presentan en 2010 una cobertura menor a la que presentaban en 2005, Arauca, San Andrés, Vichada y Guaviare, los tres restantes si bien no alcanzan aun la universalidad han presentado avances importantes en relación con la situación que presentaban en 2005, el avance más significativos se dio en Guainía que aumentó su cobertura en cerca de 16 puntos porcentuales en los últimos cinco años, seguido de Amazonas y Vaupés.

Cobertura Bruta en Básica. 2010

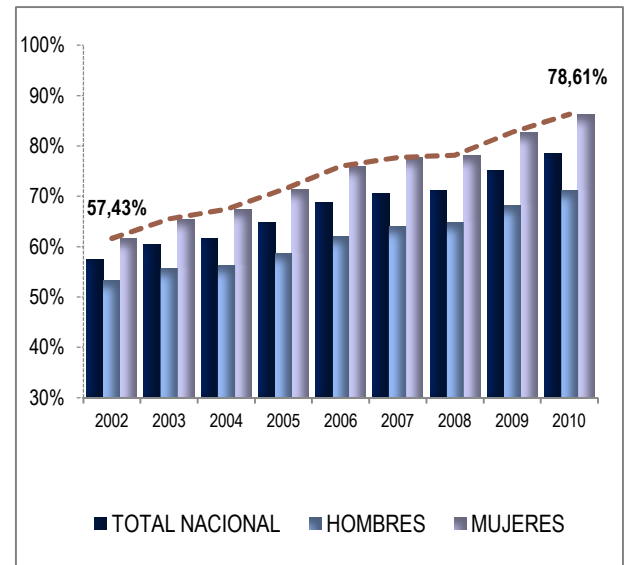


Fuente: MEN -SINEB



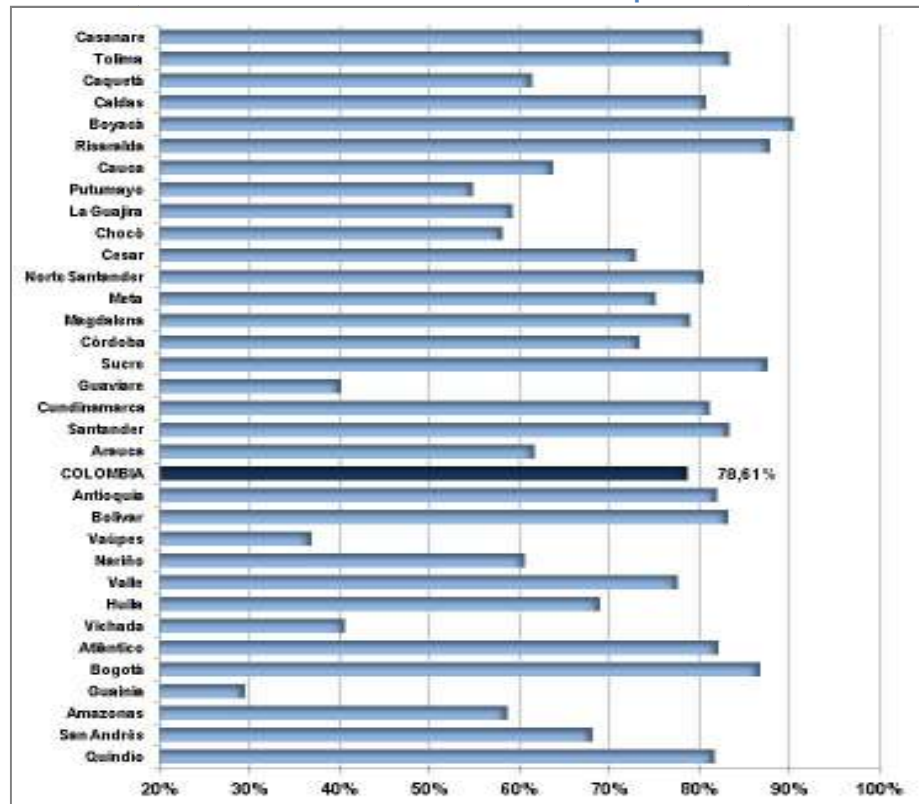
✚ **Tasa de cobertura bruta para educación media:** Desde inicios del 2000, la cobertura bruta en media ha tenido un crecimiento sostenido, ésta ha pasado de 52.16% a 78.61% creciendo en más de 26 puntos porcentuales. Las diferencias por sexo, al igual que en la educación básica favorecen a las mujeres, en el último año la cobertura de estas fue 15 puntos porcentuales más alta. Esto refleja una permanencia mayor de las mujeres en el sistema educativo y una salida temprana de los hombres al mercado laboral o a la inactividad. A nivel nacional aun nos encontramos a 14.4 puntos porcentuales de cumplir la meta, esto implica que en los años restantes que faltan a 2015 debemos crecer a razón de 3.6 puntos porcentuales por año.

Cobertura Bruta en Media. Por sexo 2002-2010



Fuente: C-600 (1992 - 2001) Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002) SINEB (2003 -2009)

Cobertura Bruta en Básica a nivel Departamental . 2010



Fuente: MEN -SINEB

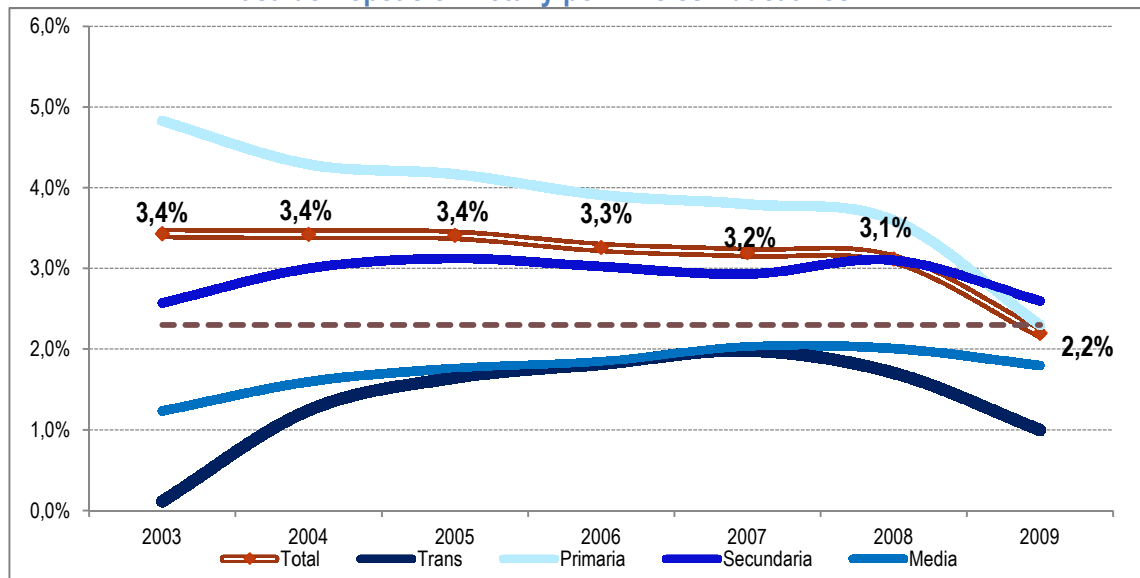


Ningún departamento ha alcanzado la meta que se propuso el país a 2015, un grupo de cuatro departamentos alcanzaron a 2010 una cobertura bruta en media por encima del 85%, el departamento con mejor logro fue Boyacá, seguido de Risaralda, Sucre y Bogotá. Los departamentos más rezagados son Guainía, Vaupés, Guaviare y Vichada, para el primero de ellos la cobertura no alcanza siquiera el 30%.

A diferencia de lo observado en cobertura bruta de educación básica, la cobertura bruta en educación media presenta avances en todos los departamentos entre 2005 y 2010, salvo Quindío. Los departamentos con los mayores avances fueron: Casanare, Tolima, Caquetá, Caldas, Boyacá y Risaralda con aumentos superiores a 20 puntos porcentuales entre 2005 y 2010

✚ **Disminuir la repetición en educación básica y media:** La tasa de repetición se selecciona como el indicador que da cuenta de la eficiencia del sector educativo. A medida que se logre disminuir la repitencia de cursos se liberan recursos para aumentar la cobertura y la calidad del servicio. En 1996 esta tasa alcanzaba el 5.1%, es decir, un poco más de cinco de cada 100 estudiantes de transición a media se encontraban cursando el mismo grado del año inmediatamente anterior. A 2009 esta tasa ha logrado reducirse al 2.2%, alcanzando, para el total nacional, la meta establecida a 2015, que es de 2.3%.

Tasa de Repetición Total y por Niveles Educativos



En los años analizados (2003 a 2009) se observa que el nivel educativo de básica primaria presentaba tradicionalmente las mayores tasas de repetición, sin embargo venia presentando una disminución sostenida que se aceleró entre 2008 y 2009 donde logra bajar 1.3 puntos porcentuales. Esta caída en la repetición del nivel educativo que tradicionalmente presentaba la tasa más alta en este indicador llevo a una disminución cercana a un punto porcentual en la tasa de repetición total, es decir, la tasa de transición a media.

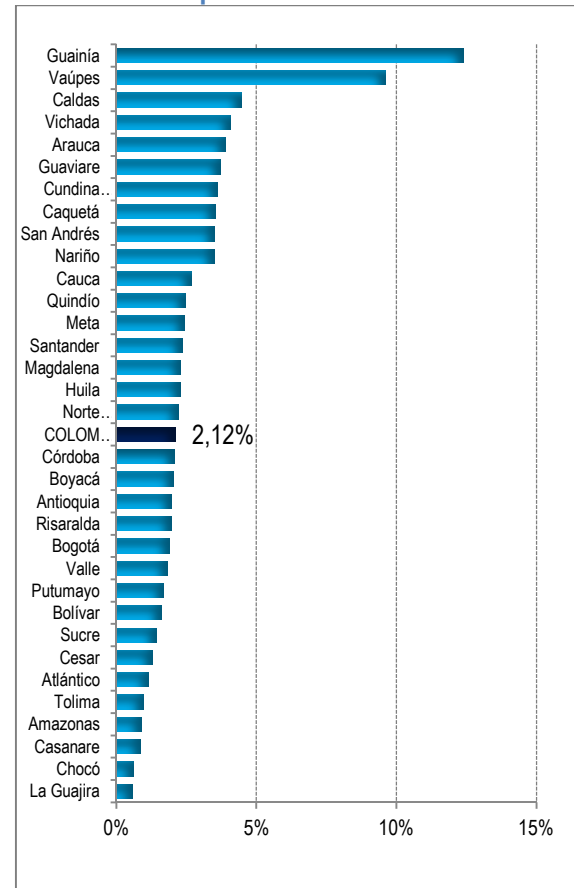


Tasa de Repetición a Nivel Departamental

A nivel departamental se observan grandes diferencias en este logro, mientras tenemos 20 departamentos que ya han cumplido la meta establecida a nivel nacional 3 departamentos presentan niveles preocupantes, Guainía, Vaupés y Caldas, el primero de ellos presenta una tasa de repetición que supera el 12%.

Entre 2005 y 2009 todos los departamentos lograron reducir su tasa de repetición total salvo Meta, Quindío, Arauca, Cundinamarca y Caldas, sin embargo este retroceso entre los dos años apenas fue de 1.56 puntos porcentuales para el peor de los casos (Caldas). Los departamentos más exitosos en disminuir sus tasas de repetición fueron: Guainía, La Guajira, Choco, Vichada y Amazonas. Guainía ha sido uno de los departamentos con más éxito en la disminución de la repetición, sin embargo las elevadas tasas que presentaba a 2005 lo mantienen a 2009 como el departamento con peor desempeño de acuerdo con ese indicador.

Tasa de Repetición en Básica y Media. Por Departamentos. 2009



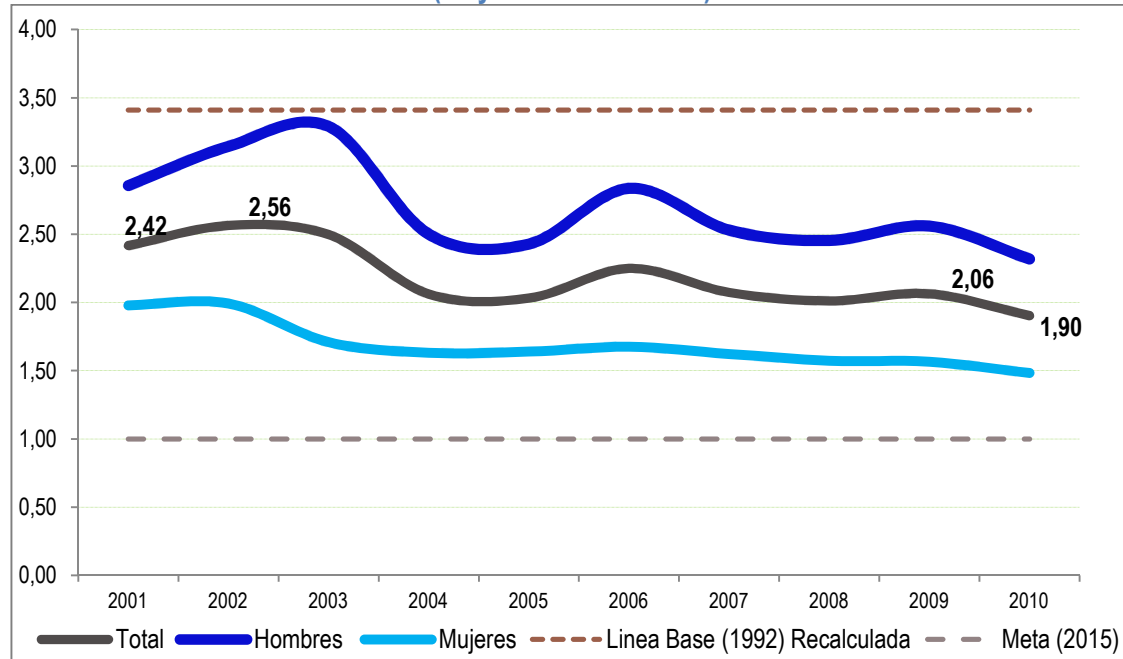
Fuente: MEN-SINEB

Tasa de analfabetismo para personas entre 15 y 24 años: El indicador de tasa de analfabetismo se calcula a partir de la Gran Encuesta Integrada de Hogares, por ser un fenómeno de poca incidencia su margen de error puede resultar muy grande si se realizan muchas desagregaciones, por este motivo sólo se realiza el monitoreo y seguimiento al indicador nacional desagregado por hombres y mujeres. Para la focalización de los programas de alfabetización se utilizan otras fuentes de información tales como los registros de usuarios de la estrategia de reducción de la pobreza extrema, los resultados de las tasas de analfabetismo del Censo de Población de 2005, entre otros.

A 2010, la tasa de analfabetismo de la población entre 15 y 24 años fue del 1.9%. Desde 2001 esta tasa ha caído en 0.54 puntos porcentuales, la meta que se estableció para Colombia pretende llegar al 1% en este indicador para 2015, para lograrlo se tendrá que reducir esta tasa en 0.18 puntos porcentuales cada año hasta 2015. Las diferencias por género en este indicador favorecen a las mujeres quienes a 2010 tenían una proporción de analfabetas 0.83 punto porcentual menor que la de los hombres.



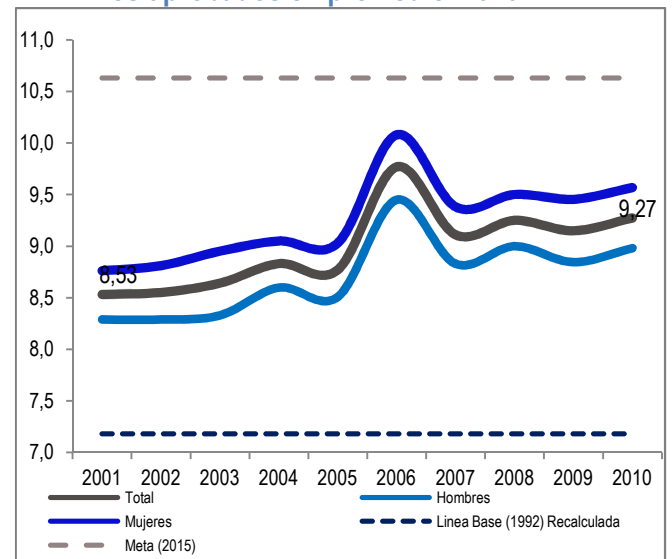
Tasa de Analfabetismo (15 y 24 años de edad). Por sexo 2001-2010



Fuente: DANE, ECH (2001 A 2006) GEIH (2007-2010)

Años de educación para la población entre 15 y 24 años: A 2010, la población colombiana entre 15 y 24 años, ha acumulado, en promedio, 9.27 años de educación, es decir, han superado la educación básica. Entre 2001 y 2010 este indicador ha aumentado 0.74 años, creciendo a un promedio de 0.08 años aprobados cada año. Si este indicador continua creciendo al ritmo de la última década nos tomaría más de 16 años llegar a los 10.63 años aprobados que es la meta propuesta para 2015. Al analizar las diferencias por sexo, al igual que en el indicador de analfabetismo, se observa una ventaja a favor de las mujeres de más de 0.5 años aprobados, los hombres tienen a 2010 el número de años aprobados que tenían las mujeres en 2003.

Años aprobados en promedio. 2010



Fuente: DANE, ECH (2001 A 2006) GEIH (2007-2010).

Brechas Departamentales

De acuerdo con ese análisis, tenemos 10 (30.3%) departamentos con un nivel de cumplimiento satisfactorio en los 3 indicadores considerados, 12 (36.4%) necesitan reforzar por lo menos uno de sus indicadores y los 11 restantes (33.3%) tienen un mal desempeño en por lo menos uno de los indicadores. Vaupés es el departamento con los peores resultados exhibiendo mal desempeño en los tres indicadores



considerados, Vichada, Guaviare y Guainía le siguen con dos indicadores con mal desempeño y uno con desempeño aceptable y San Andrés y Arauca con un indicador en mal desempeño y dos con desempeño aceptable.

Situación Departamental Indicadores ODM 2 (%)

ODM Colombia, Objetivo 2			
Departamento	TCB Básica 2010	TCB Media 2010	Repetición 2009
Antioquia	111,84%	81,94%	1,98%
Atlántico	110,78%	82,10%	1,15%
Bogotá	100,16%	86,78%	1,89%
Bolívar	118,19%	83,22%	1,60%
Boyacá	110,89%	90,46%	2,02%
Norte Santander	106,37%	80,41%	2,21%
Risaralda	113,74%	87,77%	1,97%
Sucre	130,14%	87,57%	1,44%
Tolima	109,25%	83,25%	0,99%
Casanare	116,52%	80,25%	0,86%
Cesar	117,71%	72,84%	1,31%
Córdoba	118,78%	73,25%	2,10%
Cundinamarca	102,53%	81,15%	3,63%
Huila	105,93%	68,87%	2,29%
Magdalena	122,91%	78,97%	2,30%
Quindío	106,07%	81,71%	2,47%
Santander	106,15%	83,34%	2,38%
Valle	109,70%	77,52%	1,83%
COLOMBIA	109,14%	78,61%	2,12%
Caquetá	106,71%	61,35%	3,54%
Cauca	113,37%	63,72%	2,69%
Meta	106,26%	75,08%	2,44%
Nariño	105,68%	60,55%	3,50%
Caldas	101,65%	80,67%	4,48%
Chocó	110,08%	58,03%	0,61%
La Guajira	112,54%	59,23%	0,56%
Putumayo	100,24%	54,86%	1,68%
Amazonas	94,39%	58,65%	0,89%
Arauca	88,68%	61,68%	3,90%
San Andrés	75,50%	68,09%	3,51%
Guainía	99,84%	29,46%	12,40%
Guaviare	82,89%	40,10%	3,73%
Vichada	98,78%	40,55%	4,09%
Vaúpes	79,34%	36,80%	9,62%



OBJETIVO 3. PROMOVER LA IGUALDAD DE GENERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015
Lograr la igualdad de género y la autonomía de la mujer.	1. Porcentaje de mujeres que han sido forzadas físicamente por el esposo, compañero u otra persona a tener relaciones o actos sexuales.	15-17 años: 6,6% 18-26 años: 10,6% 27-49 años: 15,0% Total 15-49: 12,7%	13-17 años: 2,5% 18-26 años: 8,1% 27-49 años: 14,2% Total 13-49: 10,59%	1. Diseño, desarrollo e implementación del Observatorio Nacional de Violencias. 2. Línea de base definida que dé cuenta de la información para seguimiento y monitoreo de las violencias de género intrafamiliar y sexual
		2000⁽¹⁾	2010⁽¹⁾	
	2. Porcentaje de mujeres que han experimentado alguna violencia física por una persona diferente al esposo o compañero.	15-17 años: 22,4%* 18-26 años: 21,2% 27-49 años: 18,6% Total 15-49: 19,8%	13-17 años: 11,58% 18-26 años: 14,36% 27-49 años: 13,59% Total 13-49: 13,45%	
		2000⁽¹⁾	2010⁽¹⁾	
	3. Porcentaje de mujeres alguna vez unidas según rango de edad que han experimentado alguna violencia física por parte del esposo o compañero**	15-17 años: 40,3%* 18-26 años: 39,1% 27-49 años: 40,2% Total 15-49: 40,0%	13-17 años: 32,1% 18-26 años: 36,1% 27-49 años: 36,8% Total 13-49: 36,6%	
		2000⁽¹⁾	2010⁽¹⁾	
	4. Tasa por 100.000 habitantes de mujeres valoradas por violencia de pareja.	6-12 años: 0,13 13-17 años: 79,52 18-26 años: 509,03 27-45**** : 533,21 60 años y más: 8,52	6 – 12 años: 0,17 13 – 17 años: 84,09 18 – 26 años: 538,39 27-45**** : 568,61 60 años y más: 11,20	
	2008⁽²⁾	2010⁽²⁾		
	5. Tasa por 100.000 habitantes de Informes Periciales sexológicos en mujeres.	0-5 años : 105,3 6-12 años: 194,9 13-17 años : 220,4 18-26 años: 48,9 27-45****: 16,1 60 años y más: 1,5	0 – 5 años: 113,11 6 – 12 años: 211,30 13 – 17 años: 237,58 18 – 26 años: 47,06 27 – 45****: 16,62 60 años y más: 1,90	
	2008⁽²⁾	2010⁽²⁾		
	6. Proporción de escaños ocupados por mujeres en el Congreso Nacional.	Cámara: 8,60% Senado: 7,20%	Cámara: 12,65% Senado: 16,7%	Acciones afirmativas para el aumento de la proporción de las mujeres candidatas
	1991-1994⁽³⁾	2010-2014⁽³⁾		
	7. Proporción de mujeres candidatas sobre el total de personas candidatas.	17,10%	19,80%	
	2003⁽³⁾	2010⁽³⁾		



META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Lograr la igualdad de género y la autonomía de la mujer	8. Proporción de mujeres en los niveles 1 y 2 de las ramas ejecutiva y judicial, a nivel nacional y territorial.	35%	39%	>30%***	100%
		2006 ⁽⁴⁾	2009 ⁽⁴⁾		
	9. Brecha en la tasa de participación femenina.	34,80 p.p	22,4 p.p	20 p.p	83,78%
		1996 ⁽⁵⁾	2010 ⁽⁵⁾		
10. Brecha en la tasa de desempleo.	6,80 p.p	6,6 p.p	3 p.p	5,26%	
	1996 ⁽⁵⁾	2010 ⁽⁵⁾			
	11. Brecha de ingresos laborales mensuales promedio.	23,50%	21,2%	18%	41,82%
		1996 ⁽⁵⁾	2010 ⁽⁵⁾		

Fuente: (1): Ministerio de la Protección Social - MPS. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS.

* La ENDS 2000 presenta resultados a partir de los 15 años de edad. En 2005 y 2010, presenta resultados a partir de los 13 años de edad

** No incluye las mujeres forzadas físicamente a tener relaciones o actos sexuales por parte del esposo o compañero.

(2): Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses – INMLCF - Registros Administrativos. Tasa por cada 100.000 habitantes

(3): Registraduría Nacional del Estado Civil.

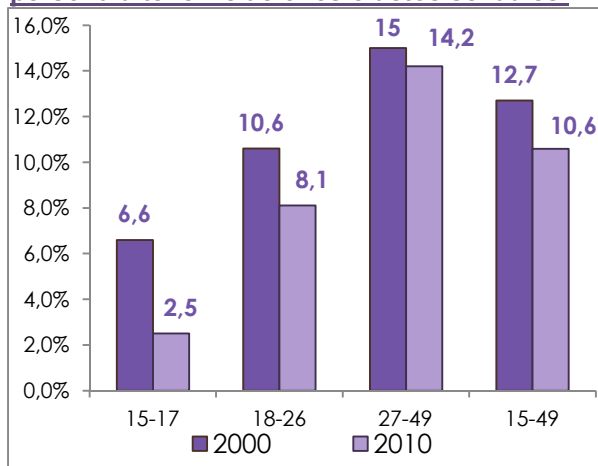
(4) Departamento Administrativo de la Función Pública.

*** Ley 581 de 2000, por medio de la cual se dispone que el 30% de los altos cargos públicos deben ser ejercidos por las mujeres.

****Dado la no disponibilidad de proyecciones poblacionales por edades simples, a partir de los 27 años, la tasa de este grupo se calcula con la población estimada hasta los 60 años.

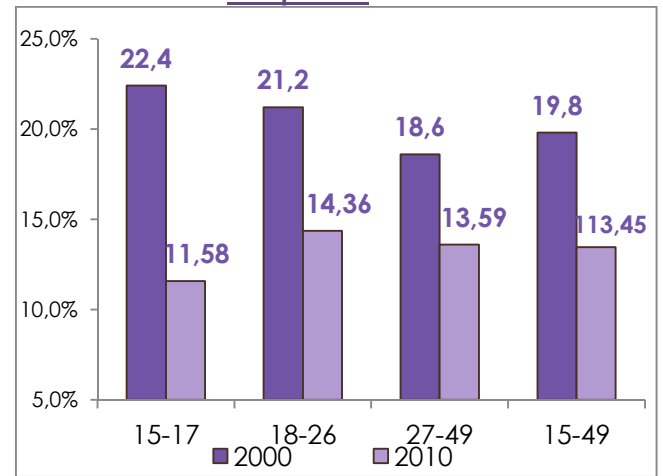
(5) DANE. Encuesta Nacional de Hogares- ENH y GEIH

Porcentaje de mujeres que han sido forzadas físicamente por el esposo, compañero u otra persona a tener relaciones o actos sexuales:



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2000-2010

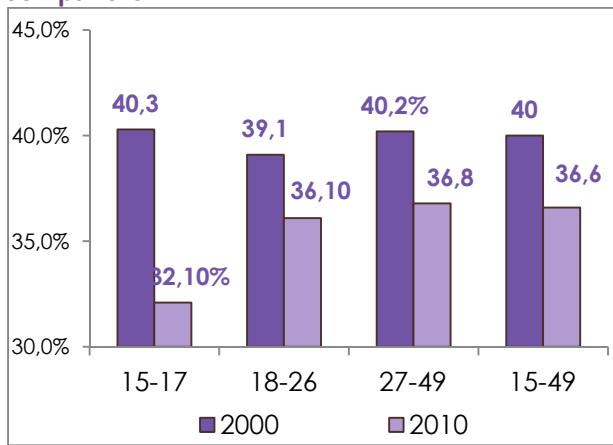
Porcentaje de mujeres que han experimentado alguna violencia física por una persona diferente al esposo o compañero



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2000-2010



Porcentaje de mujeres alguna vez unidas según rango de edad que han experimentado alguna violencia física por parte del esposo o compañero



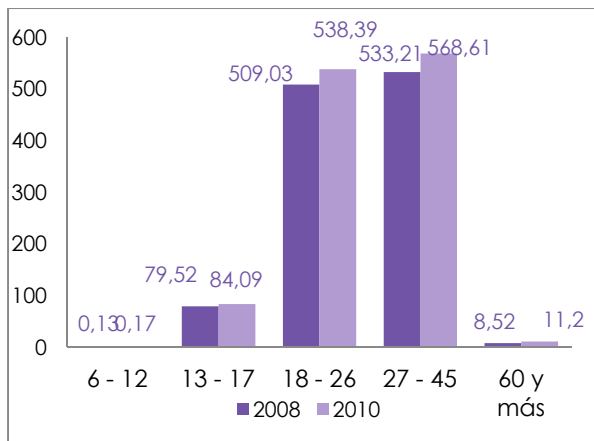
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2000-2010

Los indicadores seleccionados para hacer seguimiento a la situación de violencia contra las mujeres en Colombia, tienen como fuente la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) y los registros administrativos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la

Violencia del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). Las cifras provenientes de las ENDS, aproximan a un análisis de victimización; las cuales relativas a violencia física y violencia sexual tanto por parte de la pareja como de personas diferentes a ella, reportan una disminución porcentual entre el año 2005 y el año 2010. Sin embargo, los porcentajes reflejan que las mujeres siguen siendo, en altas proporciones, víctimas de violencias física y sexual por parte de su pareja o personas diferentes a ellas. Este es un tipo de violencia al que están sometidas las mujeres, solo por el hecho de ser mujer.

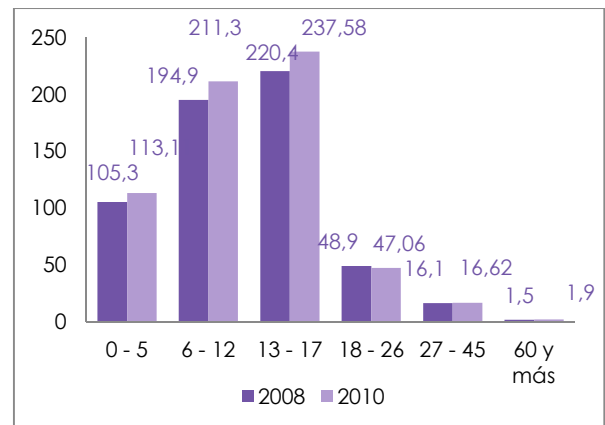
Así por ejemplo, las mujeres entre 27 y 49 años han sido forzadas físicamente por el esposo, compañero u otra persona a tener relaciones o actos sexuales en un 14,2%. Por su parte, un 36,8% de las mujeres alguna vez unidas, en ese mismo rango de edad, han experimentado alguna violencia física por parte del esposo o compañero.

Tasa por 100.000 habitantes de mujeres valoradas por violencia de pareja.



Fuente: INMLCF

Tasa por 100.000 habitantes de Informes Periciales sexológicos en mujeres.



Fuente: INMLCF

Pasando ahora a la violencia registrada en la institucionalidad, de acuerdo a los datos de las mujeres valoradas en el contexto de la violencia de pareja, por el Instituto Nacional de Medicina Legal, se encuentra que en el grupo etéreo comprendido entre los 27 y 45 años la tasa se aproxima a 569 casos por 100.000 habitantes. Entre tanto, la tasa de Informes periciales sexológicos en mujeres entre 13 y 17 años es de 238 casos por 100.000 habitantes. Cabe resaltar que las tasas de mujeres valoradas por estos



dos tipos de violencia ha mostrado una clara tendencia al aumento a lo largo del presente siglo para todas las edades. En este sentido se registra un incremento global del 8% de las valoraciones por violencia física de pareja contra la mujer y del 6% en los exámenes médico legales por violencia sexual.

El aumento en las valoraciones médico legales puede estar relacionado con el mayor empoderamiento de las mujeres para denunciar casos de violencia y continuar dentro de la ruta de tención, esto porque muchas de las mujeres que denuncian abandonan el proceso antes de asistir a la experticia médico legal. De alguna manera, el aumento de casos conocidos por la entidad, es un indicador indirecto del aumento en el acceso a la justicia y la confianza en las instituciones por parte de las mujeres víctimas de violencia.

Las metas en relación con la prevención de violencias son: la definición de una línea base que de cuenta de la información para el seguimiento y monitoreo de las violencias de género intrafamiliar y sexual y el diseño, desarrollo e implementación del Observatorio Nacional de Violencias. Tales metas, tienen como objetivo contar con información amplia y suficiente sobre la situación de violencias contra las mujeres en Colombia, y se convierten en una necesidad, ante los problemas de subregistro de los casos y la limitación que ofrecen los registros administrativos para profundizar en el fenómeno. Contar con datos oportunos y de calidad permitirán la formulación de recomendaciones e implementar acciones efectivas para garantizar el cumplimiento cabal de la Ley 1257 de 2008 por una vida libre de violencias así como de otros instrumentos internacionales como la Convención de Belem Do Para para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las mujeres en el ámbito interamericano.

El análisis del fenómeno en los contextos regionales, muestra como el mayor número de casos de violencia de pareja contra la mujer, se registran en Bogotá y los departamentos cuyas capitales son las principales ciudades del país, no obstante, llama la atención los porcentajes de variación registrados entre el año 2008 y 2010 donde departamentos como Guaviare, Vichada, Putumayo, Cesar, Casanare, Cundinamarca y Amazonas, registran el mayor incremento en los casos, donde el crecimiento de víctimas valoradas entre el año 2008 comparado con el 2010 supera el 50%.

En el mismo sentido llama la atención los departamentos que disminuyeron en cuanto al número de casos, los cuales son: Huila, San Andrés y providencia; Chocó, Caldas, Quindío, Arauca, Bogotá, Nariño, Caquetá, donde el decremento oscila entre el 1 y el 50%

Mujeres valoradas por violencia de pareja, variación en el número de casos atendidos entre 2008 y 2010.

DEPARTAMENTOS	2008	2010	% VARIACIÓN
Amazonas	104	160	54
Antioquia	4.587	4.656	2
Arauca	345	302	-12
Atlántico	1.659	1.857	12
Bogotá D.C.	13.673	12.019	-12
Bolívar	1.225	1.335	9
Boyacá	1.449	2.118	46
Caldas	719	674	-6
Caquetá	280	139	-50



DEPARTAMENTOS	2008	2010	% VARIACIÓN
Casanare	428	735	72
Cauca	891	1.102	24
Cesar	646	1.124	74
Choco	224	212	-5
Córdoba	594	629	6
Cundinamarca	2.677	4.419	65
Guainía	0	0	0
Guaviare	36	78	117
Huila	1.214	1.199	-1
La Guajira	342	413	21
Magdalena	976	1.090	12
Meta	1.000	1.305	31
Nariño	1.071	862	-20
Norte de Santander	1.404	1.592	13
Putumayo	98	192	96
Quindío	508	456	-10
Risaralda	802	884	10
San Andrés y providencia	203	195	-4
Santander	2.070	2.459	19
Sin información	3	1	-67
Sucre	585	608	4
Tolima	958	1.214	27
Valle del cauca	3.800	4.146	9
Vaupés	0	1	
Vichada	22	47	114
Total	46.601	50.233	8

Fuente: INMLCF

De la misma manera, la presentación de los casos de Violencia sexual que son valorados por el sistema forense, reproduce la presentación ya señalada en violencia de pareja; y los departamentos con incremento comparado 2008 – 2010 superior al 50% son Putumayo, Casanare, Guaviare y Arauca.

Mujeres valoradas por violencia sexual, variación en el número de casos atendidos entre 2008 y 2010.

DEPARTAMENTOS	2008	2010	% VARIACIÓN
Amazonas	92	76	-17
Antioquia	1.978	2.253	14
Arauca	108	166	54
Atlántico	540	614	14
Bogotá D.C	3.606	3.180	-12
Bolívar	505	560	11



DEPARTAMENTOS	2008	2010	% VARIACIÓN
Boyacá	369	470	27
Caldas	391	370	-5
Caquetá	148	92	-38
Casanare	145	230	59
Cauca	255	269	5
Cesar	338	391	16
Choco	147	136	-7
Córdoba	360	285	-21
Cundinamarca	933	1.301	39
Guaviare	27	42	56
Huila	446	358	-20
La guajira	130	185	42
Magdalena	329	342	4
Meta	373	528	42
Nariño	412	347	-16
Norte de Santander	396	441	11
Putumayo	66	130	97
Quindío	324	302	-7
Risaralda	403	450	12
San Andrés y providencia	51	39	-24
Santander	882	921	4
Sin información	4	44	1000
Sucre	266	296	11
Tolima	461	473	3
Valle del Cauca	1.308	1.492	14
Vaupés	1		-100
Vichada	26	27	4
Total	15.820	16.810	6

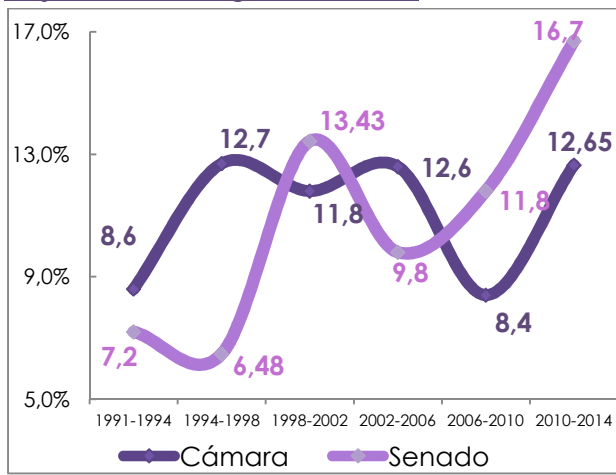
Fuente: INMLCF

Departamentos con decrementos comparativos 2008-2010 son: Caldas, Choco, Quindío, Bogotá D.C, Nariño, Amazonas, Huila, Córdoba, San Andrés y providencia, Caquetá, donde la disminución se encuentra entre el 5 y 38%.

Los descensos importantes registrados en algunos departamentos frente a los casos de violencia de pareja y sexual valorados por Medicina Legal, requieren una mirada cuidadosa frente a su explicación, la cual puede ser posible por el impacto de las intervenciones dirigidas a prevenir, sancionar o erradicar estos fenómenos; o en segundo lugar a la pérdida de la credibilidad en las Instituciones, lo cual ejerce un efecto perverso y desestimula el uso de los mecanismos de acceso a la justicia, cuyo proceso es iniciado con la denuncia.



Proporción de escaños ocupados por mujeres en el Congreso Nacional

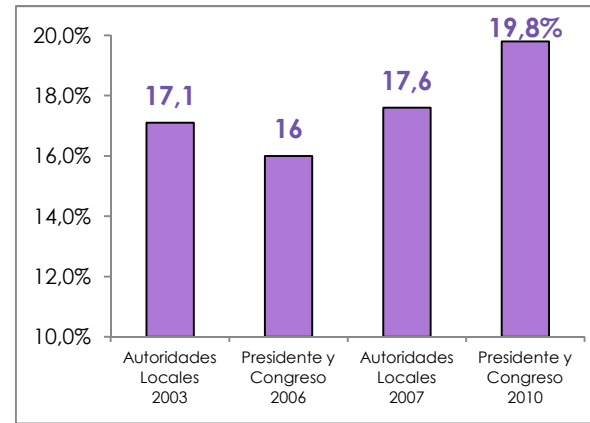


Fuente: Registraduría Nacional del Estado Civil

La participación femenina en el Congreso de la República se ha mantenido considerablemente baja en los últimos 4 períodos, aun cuando el último período presentó un aumento importante. En efecto, para las elecciones 2010 – 2014, el porcentaje de mujeres en el Senado aumentó 5 puntos porcentuales con respecto a las elecciones pasadas, con una composición femenina de 16.7%; la participación en la

Cámara de Representantes, registró un aumento de cuatro puntos porcentuales, ubicándose en el 12.65%. En total, el porcentaje de participación de las mujeres en el Congreso ascendió en las últimas elecciones de Congreso, al 14%.

Proporción de mujeres candidatas sobre el total de personas candidatas:



Fuente: Registraduría Nacional del Estado Civil

Al analizar la participación política de las mujeres, es importante y necesario observar un indicador que dé cuenta de la proporción de mujeres candidatas sobre el total de las personas candidatas por los partidos políticos, en el entendido que "(...) las causas de la baja participación de las mujeres son múltiples y obedecen a factores personales, sociales, políticos, económicos, así como a las reglas de juego del sistema electoral y el funcionamiento interno de los propios partidos políticos"²⁶. En ese sentido, la baja participación de las mujeres en cargos de elección popular se fundamenta en buena parte en la menguada proporción de las mujeres candidatas, como se reseña en el siguiente indicador.

Los datos muestran que las mujeres candidatas en las elecciones para autoridades locales y para Congreso a partir del año 2003 no superan el 20% del total de personas candidatas, siendo el 2010 el año que más mujeres candidatas ha tenido para elecciones de Presidente y Congreso con un 19.8%.

²⁶CEPAL. Nota técnica género y gobernabilidad. En:

http://www.pnud.org.co/img_upload/196a010e5069f0db02ea92181c5b8aec/nota%20genero%20y%20gobernabilidad.pdf . Pág. 3.



Proporción de mujeres en los niveles 1 y 2 de las ramas ejecutiva y judicial, a nivel nacional y territorial: El país ha dado cumplimiento a la Ley de cuotas y actualmente (2009), el 39% de los cargos en estos niveles, son ocupados por mujeres, logrando el 100% de logro en la meta, que se encuentra en una participación del 30%.

Sin embargo, al analizar los datos por entidad territorial para el año 2010, se observa que de las 29 Gobernaciones que reportaron información, ocho de ellas (Caldas, San Andrés, Santander, Atlántico, Vaupés, Putumayo, Vichada y Chocó), registran porcentajes inferiores al 30%. No reportaron información las gobernaciones de Cauca, Amazonas y Guainía. También sobresale el hecho de que en el comparativo de años 2006-2010, la Gobernación del Vaupés presenta un incumplimiento continuado de la Ley.

Con respecto a las capitales de departamento, el DAFP reporta que en el año 2010, de las 29 Alcaldías Capital de Departamento que reportaron información, Santiago de Cali, Guaviare, Manizales, Puerto Carreño y San José de Cúcuta presentan porcentajes inferiores al 30%. No reportaron las alcaldías de Inírida, Santa Marta y Mitú. Igualmente se observa que la Alcaldía de Manizales no ha dado cumplimiento a la Ley en los últimos cinco años.

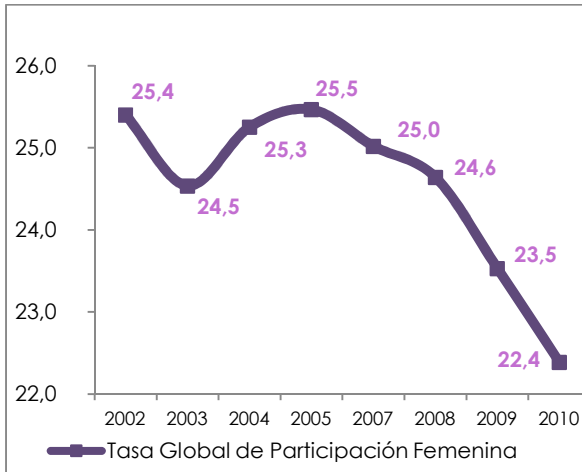
La meta para Colombia en materia de participación política de las mujeres es la implementación de acciones afirmativas para aumentar la proporción de mujeres candidatas. Entre otras acciones emprendidas por la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer en el cometido de generar mecanismos para el cumplimiento de las metas, es el seguimiento al Pacto para la inclusión efectiva de las mujeres en la política, el cual fue firmado por representantes de 16 partidos políticos en el año 2005. El Pacto planteó estrategias políticas, económicas, comunicativas, alianzas estratégicas y estrategias educativas y de capacitación para superar los diversos obstáculos que impiden lograr la inclusión de las mujeres en la política.

A través del seguimiento al Pacto se pretende activar de forma continua un instrumento importante que aborde el trabajo conjunto entre Gobierno y Partidos Políticos para alcanzar una democracia paritaria, en donde la equidad de género, tal y como lo establece la Constitución, sea uno de los ejes fundamentales del desarrollo social y democrático.

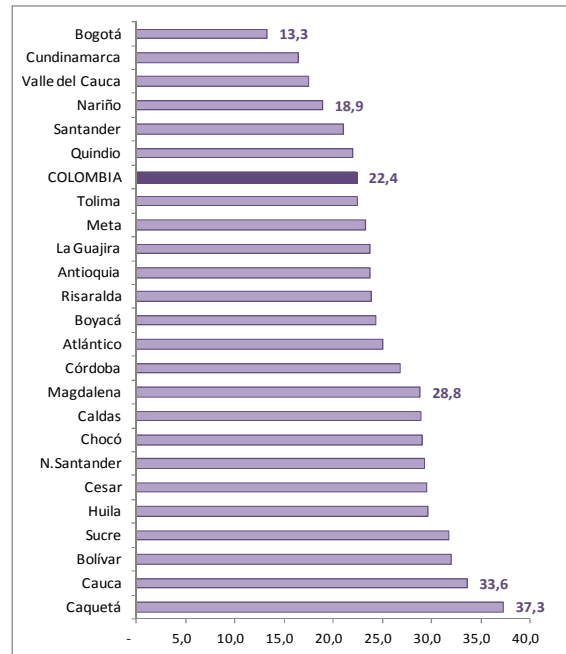
Igualmente, la Alta Consejería para la Equidad de la Mujer firmó un convenio con el Departamento Administrativo de la Función Pública, en el cual se establecen mecanismos para promover el reporte y el cumplimiento por parte de las entidades territoriales de la Ley de Cuotas (581 de 2000).



Brecha en la tasa de participación femenina TGPfem: A 2010 la brecha se ubica en 22.40 puntos, alcanzando un cumplimiento del 83.78% de la meta, que se encuentra en 20 puntos.



Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS

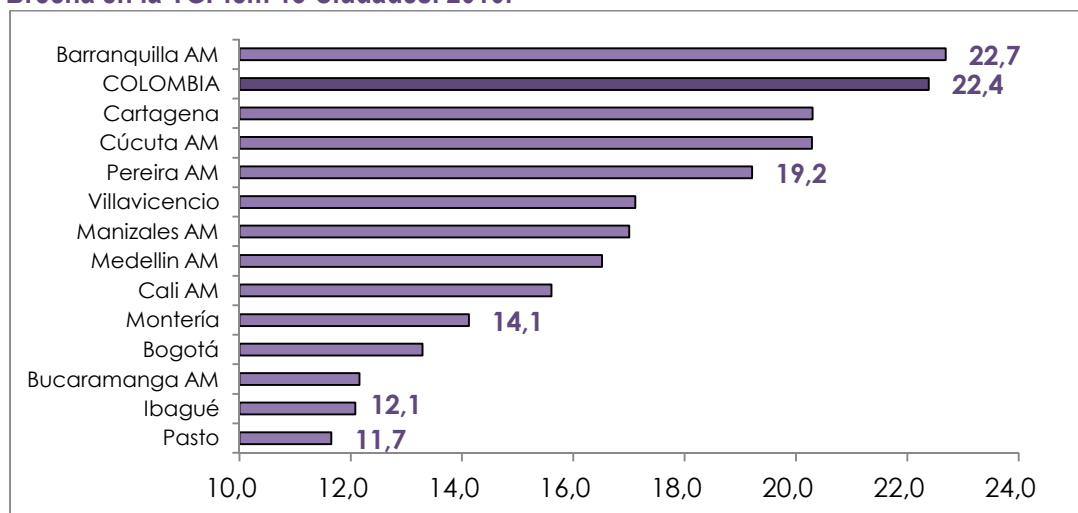


Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS

Brecha en la TGPfem por Departamento. 2010.

La brecha en la tasa de participación femenina por departamentos para el año 2010, es más alta en los departamentos del Caquetá (37,3) y Cauca (33,6). La mayoría de departamentos (18) se encuentran por debajo del promedio nacional, mientras que Bogotá, Cundinamarca y Valle del Cauca son las tres entidades departamentales con una brecha menor, significativamente por encima del promedio nacional y cumplen con la meta a 2015, es decir, brechas inferiores a 20 puntos.

Brecha en la TGPfem 13 Ciudades. 2010.



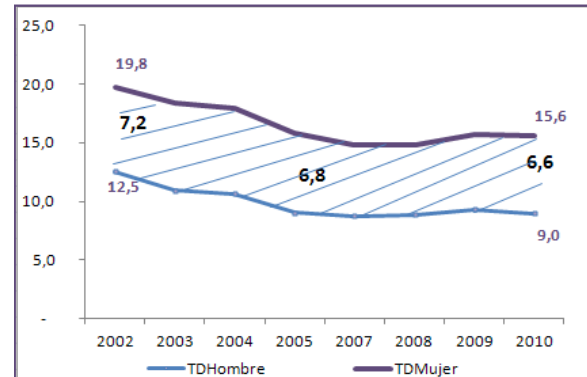
Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS



Por su parte, en 12 de las 13 ciudades, la brecha es menor que la brecha nacional. Se destacan los casos de Pasto e Ibagué, en los cuales la Brecha es significativamente menor que el promedio nacional, con el 11,7 y el 12,1 respectivamente. Tales cifras denotan un cumplimiento de la meta nacional. En contraste, Barranquilla es la única ciudad que se encuentra por encima del promedio nacional con una tasa del 22,7.

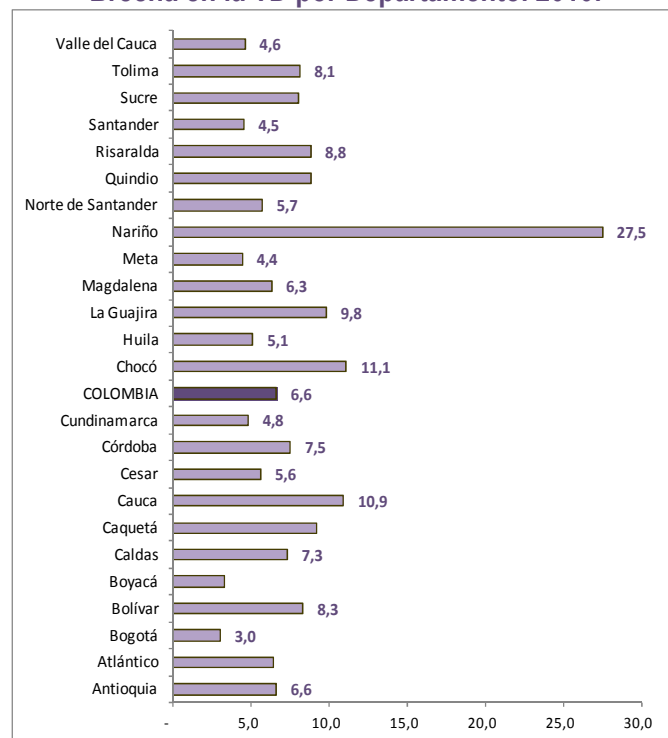
Brecha en la tasa de desempleo: Este indicador se encuentra en 6.60 puntos porcentuales, mostrando un distanciamiento en el logro de la meta, indicando un rezago al encontrarse con tan sólo en un avance del 5.26%, toda vez que la meta se encuentra fijada en 3 puntos y con respecto a la línea de base (1996: 6.8), tan sólo se ha bajado 0.2 puntos en 14 años.

Brecha TD. 2002-2010



Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS

Brecha en la TD por Departamento. 2010.



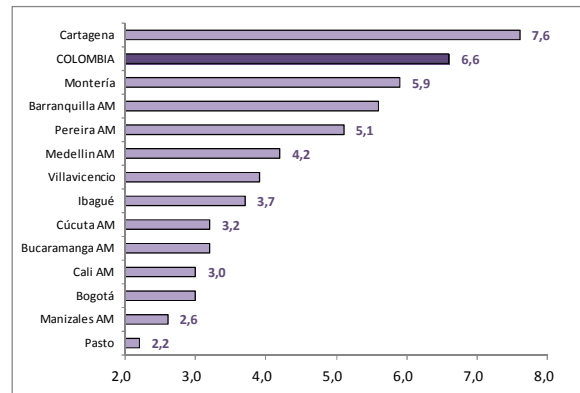
Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS

Los departamentos que revelan la brecha más amplia de desempleo por encima del promedio Nacional son Nariño con el 27,5, Chocó con 11.1 y Cauca con 10.9. En el caso de Nariño la brecha de desempleo entre hombres y mujeres es extraordinariamente alta en comparación con el promedio nacional. Adicionalmente, Bogotá, Meta y Santander son los departamentos con las menores brechas, con 3,0, 4,4 y 4,5 respectivamente, cifras que evidencian un cumplimiento de la meta.



Brecha en la TD 13 Ciudades. 2010.

La brecha de desempleo en 12 de las 13 ciudades analizadas es menor que la brecha en el ámbito nacional, destacándose una brecha bastante reducida existente en Pasto con 2,2, Manizales con 2,6 y Cali con 3,0. Cartagena es la única ciudad que presenta una brecha mayor al promedio nacional con 7,6.



Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS

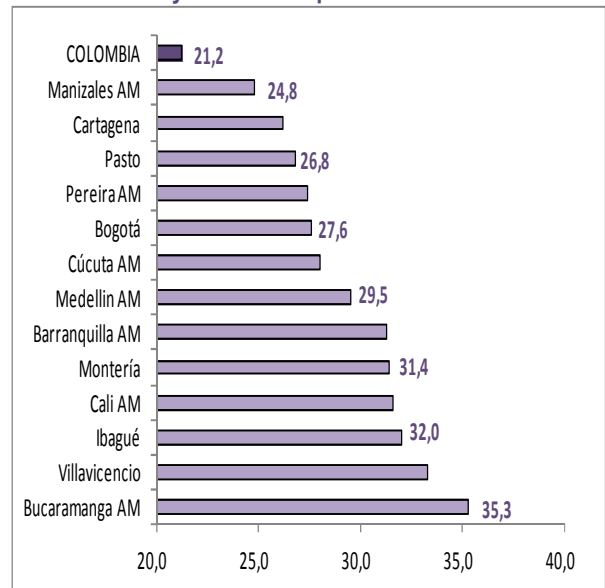
Brecha de ingresos laborales mensuales promedio: Entre 1996 y 2010, se ha presentado una reducción del 2.3 p.p, a 2010 esta brecha se encuentra en el 21.2%, observándose un avance en el cumplimiento de la meta, del 41.82%, la cual se estableció en 18%.

Brecha de Ingresos laborales mensuales promedio. 2002-2010



Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS

Brecha de Ingresos laborales mensuales promedio. Trece ciudades y Áreas Metropolitanas 2002-2010



Fuente: DANE. Cálculos: DNP -DDS-SESS



OBJETIVO 4. REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	%DE AVANCE
Reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil y en la niñez.	1. Tasa mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos).	51,46	24,29	18,98	83,65%
		1990 ⁽¹⁾	2009 ⁽¹⁾		
	2. Tasa de mortalidad en menores de 1 año (por 1.000 nacidos vivos).	36,67	20,13	16,68	82,74%
		1990 ⁽¹⁾	2009 ⁽¹⁾		
	3. Cobertura de vacunación con DPT en menores de 1 año.	87%	87,9%	95%	11,25%
		1990 ⁽²⁾	2010 ⁽²⁾		
	4. Cobertura de vacunación con Triple Viral en menores de 1 año.	82%	88,5%	95%	50%
		1990 ⁽²⁾	2010 ⁽²⁾		

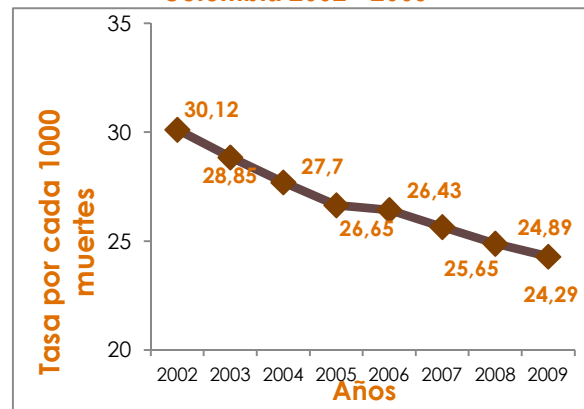
Fuente:
 (1) DANE – Estadísticas Vitales ajustadas con conciliación censal hasta el año 2005, años 2006 a 2008.
 (2) Ministerio de Salud y Protección Social - Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

➤ Reducir la mortalidad en menores de 5 años:

Para el año 2009, la tasa de mortalidad en la niñez se situó en 24,29 con las estadísticas vitales - EEVV ajustadas, lo cual representa una reducción del 43% con respecto al año 1990, año en el que se reportaba un valor de 51.46 muertes de menores de cinco años por cada 1.000 Nacidos Vivos.

Este indicador presenta un avance en el cumplimiento de la meta del 83,65%.

Tasa mortalidad en menores de 5 años. Colombia 2002 - 2009



Fuente: Estadísticas Vitales Ajustadas –EEVV DANE



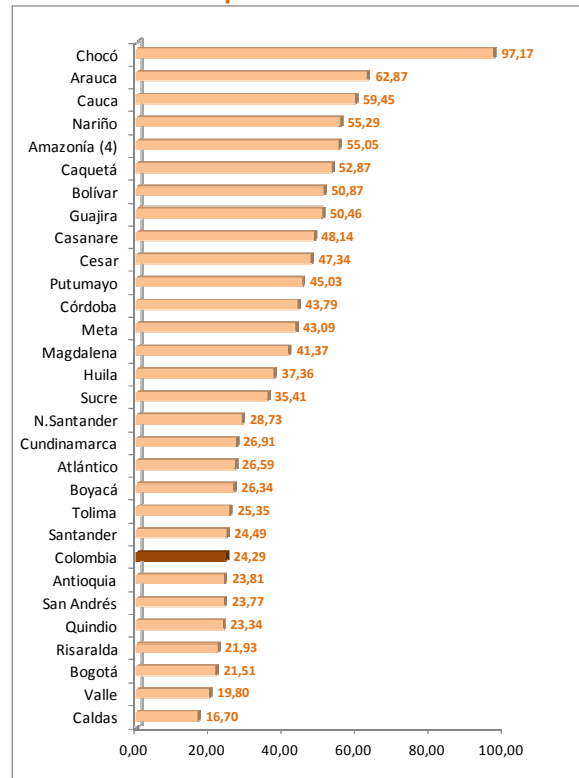
Mortalidad en menores de 5 años a nivel departamental.

Si bien se observa una reducción continua a nivel nacional, preocupa que a nivel regional existan diferencias marcadas. El 73% de los departamentos se encuentran por encima del promedio nacional.

La tasa de mortalidad en la niñez por departamentos para el año 2009, presenta a Chocó con 97.17, Arauca con 62.87 y Cauca con 59.45, como los departamentos con las mayores tasas de mortalidad. Por otra parte, se destacan 7 departamentos los cuales se encuentran por debajo del promedio nacional, siendo los departamentos con menores tasas de mortalidad Risalada con 21.93, Bogotá con 21.51, Valle con 19.80 y Caldas con 16.70.

Cabe señalar que las distancia entre el departamento con la mayor tasa de mortalidad en la niñez y la media nacional se ha reducido. En 1990 Chocó con la mayor tasa de mortalidad 172,2 estaba cerca de 120 puntos por encima de la media nacional (51.46); para el 2009 Chocó sigue siendo el departamento con la mayor tasa 97.16, pero presenta una menor distancia respecto del promedio Nacional (24.29). La distancia en 2009 es de cerca de 73 puntos. Se debe resaltar que Chocó en el período analizado ha reducido cerca de 75 puntos la mortalidad en menores de cinco años mientras que el promedio nacional lo ha hecho en cerca de 27 puntos.

Tasa mortalidad en menores de 5 años. Por Departamentos 2009

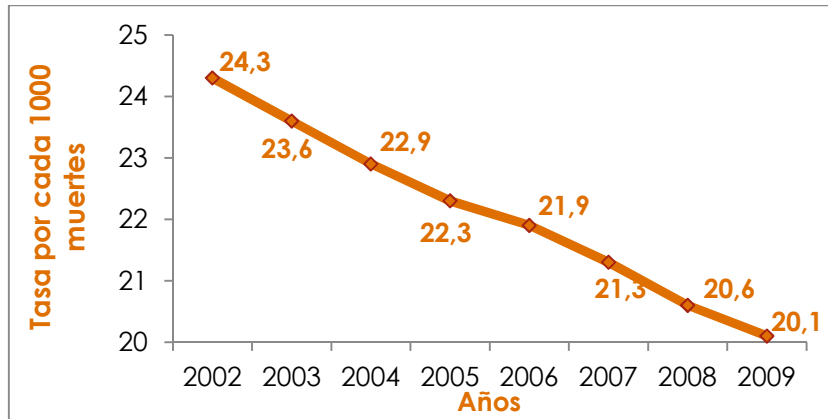


Fuente: Estadísticas Vitales –EEVV DANE

✚ **Reducir la mortalidad en menores de 1 año:** Al igual que con la tasa de mortalidad en menores de cinco años, se presenta una tendencia decreciente pasando de 36.7 en 1990 a 20.1 en 2009 para una reducción del 45% en muertes de menores de un año por cada 1000 Nacidos Vivos. Actualmente alcanza un nivel de cumplimiento del 82.74%, lo que hace muy probable el logro de manera anticipada en este indicador.



Tasa mortalidad en menores de 1 año. Colombia 1990 - 2009



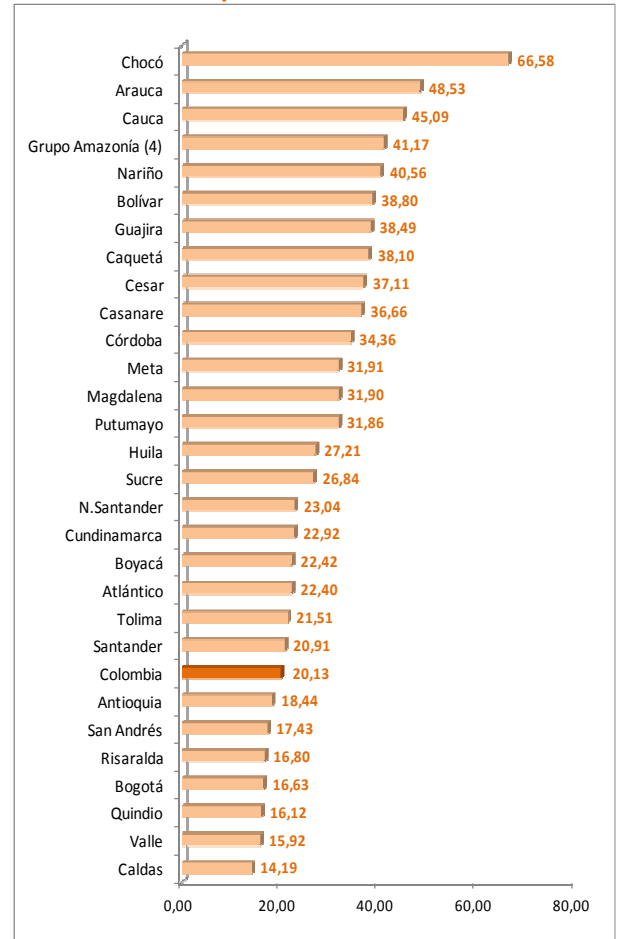
Fuente: Estadísticas Vitales Ajustadas –EEVV DANE

Mortalidad en menores de 1 año a nivel departamental.

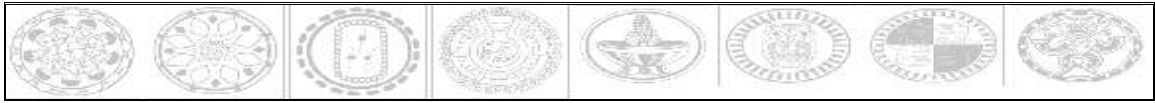
En este indicador se observan igualmente marcadas diferencias regionales, 22 departamentos se encuentran por encima del promedio nacional, Choco con una tasa de 66.58, Arauca con 48.53, Cauca con 45.09 y grupo amazonia con 41.17, son los departamentos con las mayores tasas de mortalidad en menores de 1 año. Por otra parte se destacan 7 departamentos los cuales se encuentran por debajo de la media nacional, siendo Bogotá con 16.63, Quindío con 16.12, valle con 15.92 y caldas con 14.19, los que presentan las menores tasas de mortalidad.

Cabe señalar que la distancia entre el departamento con la mayor tasa de mortalidad infantil y la media nacional se ha reducido. En 1990, Choco con la mayor tasa de mortalidad 93.85 estaba cerca de 57 puntos por encima de la media nacional (36.7); para el 2009, Choco sigue siendo el departamento con la mayor tasa con 66.58, pero presenta una menor distancia respecto del promedio Nacional (20.1). La distancia en 2009 es de cerca de 46 puntos. Se debe resaltar que Choco en el período analizado ha reducido cerca de 27 puntos la mortalidad en menores de un año mientras que el promedio nacional solo lo ha hecho en cerca de 16 puntos.

Tasa mortalidad en menores de 1 año. Por departamentos 2009.

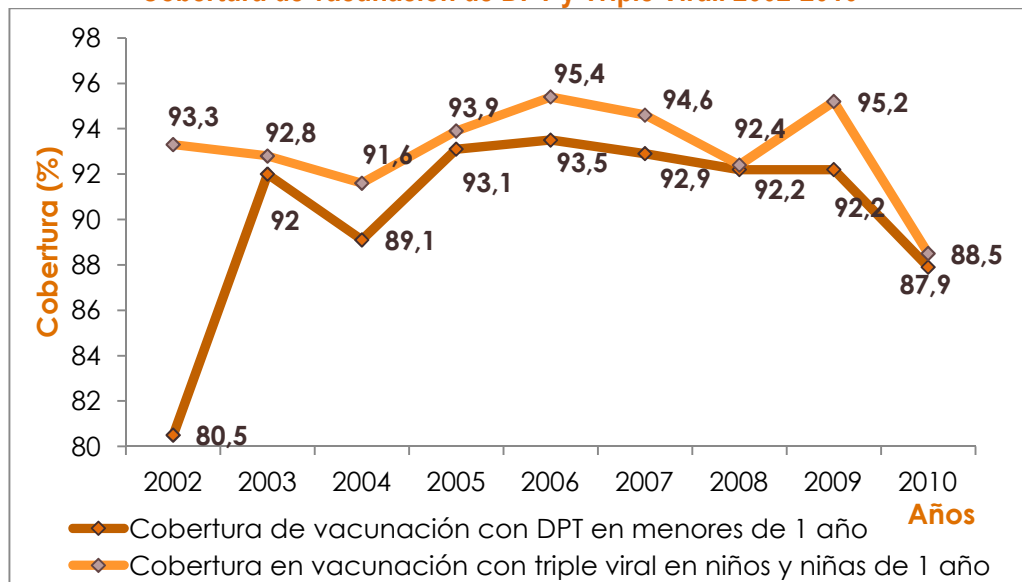


Fuente: Estadísticas Vitales –EEVV DANE



✚ **Cobertura de vacunación de DPT y Triple Viral** : Estos indicadores pese a ver reflejado importantes logros e incluso haber reportado coberturas cercanas a las metas fijadas, para el año 2010 muestran caídas en sus coberturas, presentando rezago en el logro, con un avance del 11.25% y 50% respectivamente, debido en gran medida a la realización de 2 jornadas especiales, la primera se dio en el marco de la intervención contra la pandemia causada por el Virus de influenza AH1N1 y en la que se vacunaron a cerca de 1.983.000 personas; la segunda fue realizada durante el segundo semestre del 2010 e incluyó la vacunación adicional de 6.406.221 niños de 2 a 8 años contra el Sarampión y la Rubéola como una medida tendiente a garantizar la eliminación de estos 2 eventos en la región de las Américas.

Cobertura de vacunación de DPT y Triple Viral. 2002-2010

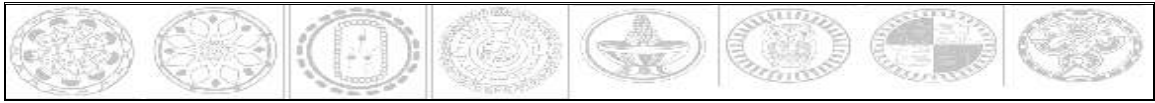


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Coberturas en vacunación a nivel departamental

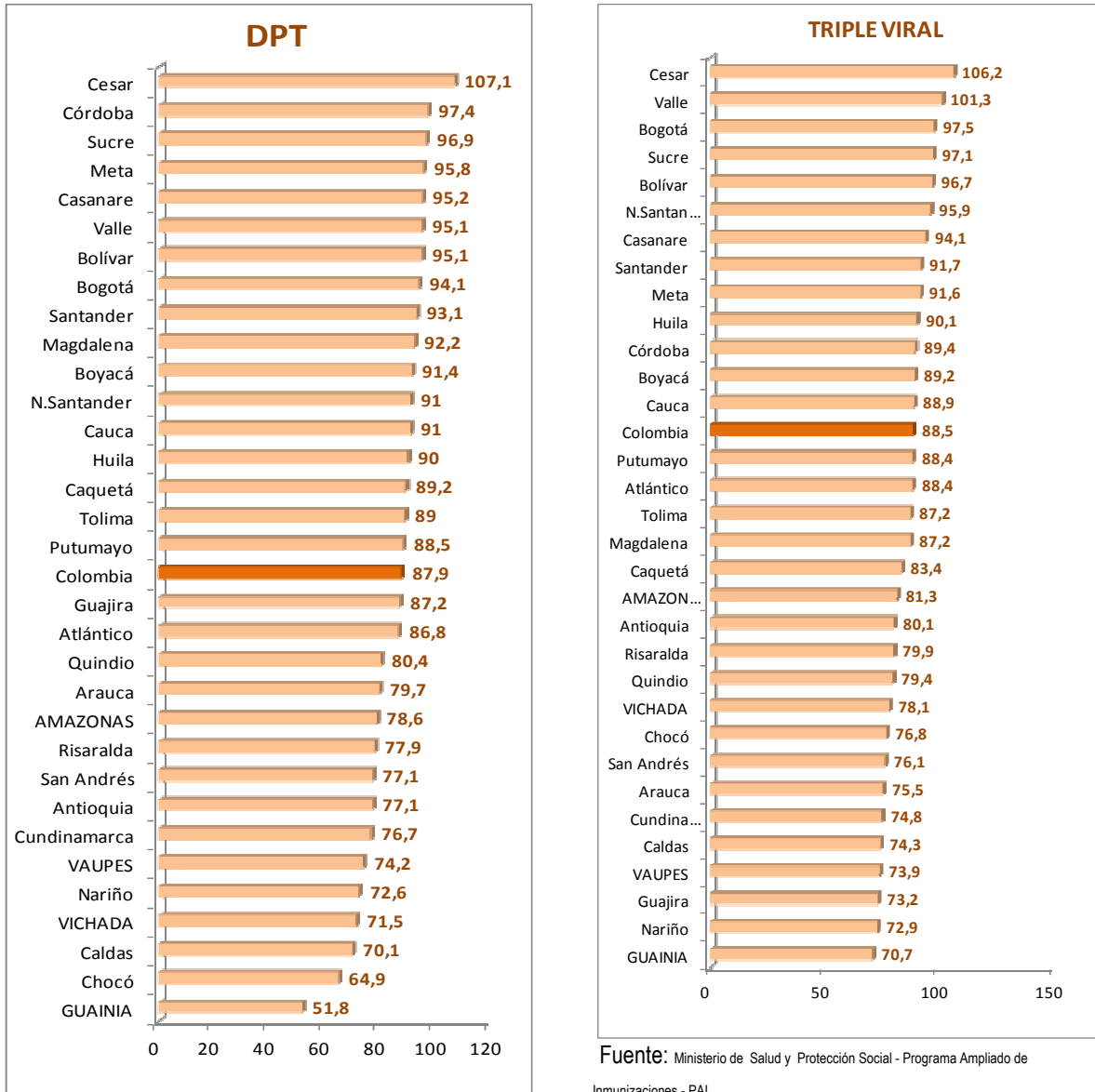
Los departamentos y distritos que alcanzaron coberturas superiores al 95% con DPT3 fueron: Cesar, Córdoba, Sucre, Meta, Magdalena, Casanare, Valle, Cartagena y Barranquilla. El 75% de los departamentos tienen coberturas con DPT3 inferiores al 95% y los Departamentos de Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cauca, Huila, La Guajira, Norte de Santander, Putumayo, Quindío, Santander y los distritos de Bogotá y Santa Marta obtuvieron coberturas consideradas de bajo riesgo (80% – 94%), como se observa en el gráfico 6. Se destaca que en el 2010 se presentó una disminución de 4,3% en vacunación con DPT, lo que representa 37.402 niños que no fueron vacunados respecto al 2009.

Los resultados de la cobertura de vacunación con triple viral en población de un año indican que el 22% de las entidades territoriales (Cartagena, Cesar, Valle, Barranquilla, Bogotá, Sucre, Norte de Santander y Magdalena) alcanzaron coberturas útiles; los departamentos de Casanare, Meta,



Córdoba, Huila, Santander, Boyacá, Cauca, Tolima, Caquetá, Amazonas, Bolívar y Antioquia obtuvieron coberturas de bajo riesgo (80% – 94%), gráfico 6. La disminución respecto a 2009 fue de 6,7%, lo que representa 57.629 niños vacunados menos en el 2010 comparado con el 2009.

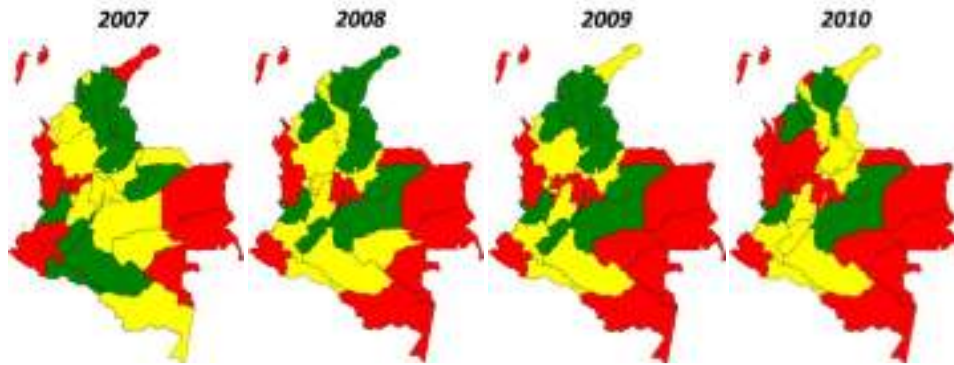
Coberturas de Vacunación por Departamento y Distrito Colombia 2010



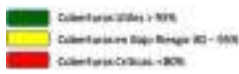
Al revisar el comportamiento de los últimos cuatro años en vacunación con DPT se observa que la región en la cual el cumplimiento de la cobertura de vacunación presenta mayores dificultades es la de la Amazonía y Orinoquia, en la que los factores relacionados con la dispersión de la población, barreras geográficas y dificultades de orden público son los principales retos que influyen en los resultados.



Coberturas de vacunación con DPT. 2007 – 2010

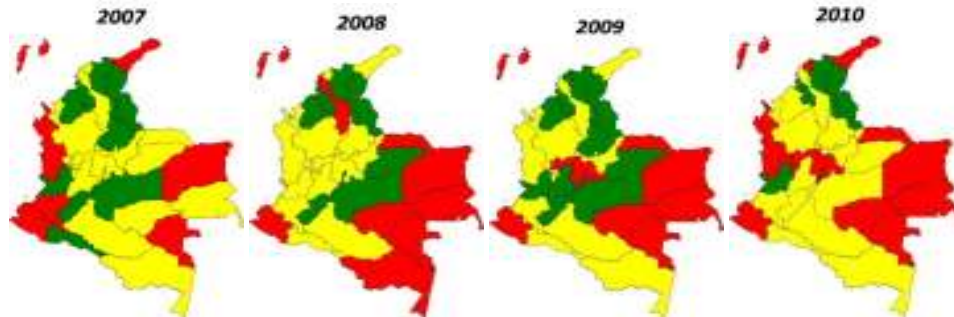


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

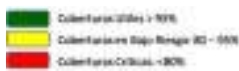


También se observa en la grafica la situación de Departamentos como San Andrés, Nariño, Antioquia y los ubicados en el eje cafetero, en los cuales se ha evidenciado por diferentes metodologías, que a pesar de los esfuerzos realizados y del buen desempeño del programa, no se llevó a cabo el cumplimiento propuesto, lo cual puede estar asociado a que la estimación del denominador puede estar incidiendo; y en otros casos, los supuestos e insumos utilizados para la proyección de los denominadores poblacionales pueden afectando los indicadores respectivos, lo cual se encuentra relacionado con la cobertura y calidad de las fuentes de información disponibles.

Coberturas de vacunación con Triple Viral. 2007 – 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.



El comportamiento con Triple Viral es similar, manteniéndose la problemática en la región de la Amazonía y Orinoquia. También se observa la disminución en el número de Departamentos que cumplieron con coberturas en el año 2010 respecto al 2009.

Coberturas en vacunación a nivel municipal

Del total de municipios (1.122) que reportan coberturas al nivel nacional, para el año 2010, 305 municipios (27%) tuvieron coberturas superiores al 95% para DPT y cerca de la mitad de ellos se encuentran con coberturas de vacunación (Inferiores al 80%).



Municipios según rango de Coberturas con DPT. Colombia 2010

	N° Municipios	Porcentaje	Población Menor de 1 año	Porcentaje
Coberturas superiores al 95%	305	28%	314151	37%
Coberturas entre 80%-95%	240	21%	299839	35%
Coberturas menores 80%	577	51%	243426	28%
TOTAL	1122	100%	857416	100%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Al revisar la cantidad de niños y niñas que residen en los municipios según la cobertura alcanzada con DPT se encuentra que a pesar de la gran cantidad de municipios con bajas coberturas, en estos solamente reside el 28% de la población, en tanto que el 37% que vive en municipios con niveles óptimos de coberturas.

La situación con triple viral es similar, teniendo un alto número de municipios con coberturas inferiores al 80% (587), pero la mitad de los niños del país residen en municipios con rangos de coberturas útiles

Municipios según rango de Coberturas con Triple Viral. Colombia 2010

	N° Municipios	Porcentaje	Población Menor de 1 año	Porcentaje
Coberturas superiores al 95%	261	23%	424.268	50%
Coberturas entre 80%-95%	274	24%	162.861	19%
Coberturas menores 80%	587	53%	268.425	31%
TOTAL	1.122	100%	855.554	100%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.

Estrategias, programas y planes sectoriales encaminados en el logro de los indicadores

El principal reto de política está dado por la disminución de las desigualdades regionales en aquellos departamentos que presentan rezago para alcanzar la meta. Si bien los resultados deben valorarse favorablemente, no pueden entenderse como logros suficientes. Entre las estrategias se encuentran:

Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia: De Cero a Siempre.

La Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, **De Cero a Siempre** es un conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil de los niños de primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que desde la perspectiva de derechos y con un enfoque

diferencial, articula y promueve el desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones para la atención integral que debe asegurarse a cada niño, de acuerdo con su edad, contexto y condición.

La primera infancia comprende el periodo de vida que va desde la gestación hasta antes de los 6 años de edad. En este sentido, la Estrategia está dirigida en un horizonte de largo plazo a los 5.132.000 niños de 0 a 5 años del



país. La meta del cuatrienio, consignada en el Plan Nacional de Desarrollo 2010 – 2014: “Prosperidad para Todos” es atender de forma integral y con calidad a 1.200.000 niños en todo el territorio nacional, focalizando en la población que se encuentra en mayor condición de vulneración y de pobreza.

Esta Estrategia tiene cinco objetivos generales: 1) garantizar el cumplimiento de los derechos de los niños en la primera infancia; 2) definir una política pública de largo plazo que oriente al país en materia de sostenibilidad técnica y financiera, universalización de la atención y fortalecimiento de los territorios; 3) garantizar la pertinencia y calidad en la atención integral, articulando acciones desde antes de la concepción hasta la transición hacia la educación formal; 4) sensibilizar y movilizar a toda la sociedad colombiana con el propósito de transformar las concepciones y formas de relación con los niños más pequeños; y 5) hacer visible y fortalecer la familia como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano.

Esquemas completos de vacunación y universalización de vacunas

El gobierno nacional busca mediante la estrategia de medición de esquemas completos de vacunación, fortalecer el seguimiento de los planes operativos para el desarrollo del programa ampliado de inmunizaciones - PAI a cargo de los aseguradores y entidades territoriales y disminuir las brechas regionales.

Adicionalmente se plantea retos como lograr la universalización de la vacuna de neumococo, tarea en la cual ya se han logrado avances en este primer año de gobierno, logrando incluir en el presupuesto 2011 los recursos para la adquisición de dos (2) dosis de neumococo para todos los niños del país.

Por otra parte desde el Ministerio de Salud y protección social se han adelantado acciones para mejorar los indicadores relacionados con vacunación, dentro de los cuales se encuentran:

Estabilización de la oferta y garantía de la calidad de los biológicos, en este punto se busca garantizar la disponibilidad permanente y oportuna de todos los biológicos en todo el territorio nacional, con las mejores condiciones, que garanticen al usuario final obtener una vacunación que cumpla con todos los requerimientos y garantice su protección.

Asistencia técnica y fortalecimiento institucional mediante el seguimiento continuo y sistemático de las instituciones relacionadas con el PAI del nivel nacional y el fortalecimiento desde el nivel nacional a la operación del PAI en las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud (EPS); así mismo permite la orientación de actividades, evaluación y seguimiento de los indicadores definidos para el programa.

Diseño e implementación de un sistema de información específico para vacunación, con el cual se podrá realizar seguimiento individual y que permitirá realizar la evaluación de esquemas completos. Esta herramienta estará disponible antes de 2014.

Elaboración y difusión permanente de las campañas de comunicación diseñadas con el objetivo de fomentar la demanda de la vacunación por parte de la población Colombiana y con la cual se busca mejorar el indicador de cobertura, así como el logro del reconocimiento del Programa como una herramienta que permite tener niños saludables.



OBJETIVO 5. MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna.	1. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos).	100	72,88	45	49,31%
		1998 ⁽¹⁾	2009 ⁽¹⁾		
	2. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales.	66%	83,81%	90%	74,21%
		1990 ⁽²⁾	2009 ⁽¹⁾		
	3. Porcentaje de atención institucional del parto.	76,30%	98,40%	95%*	100%
		1990 ⁽²⁾	2009 ⁽¹⁾		
	4. Porcentaje de atención institucional del parto por personal calificado.	80,60%	98,44%	95%*	100%
		1990 ⁽²⁾	2009 ⁽¹⁾		

Fuente:

(1) DANE – Estadísticas Vitales - EEVV sin ajuste.

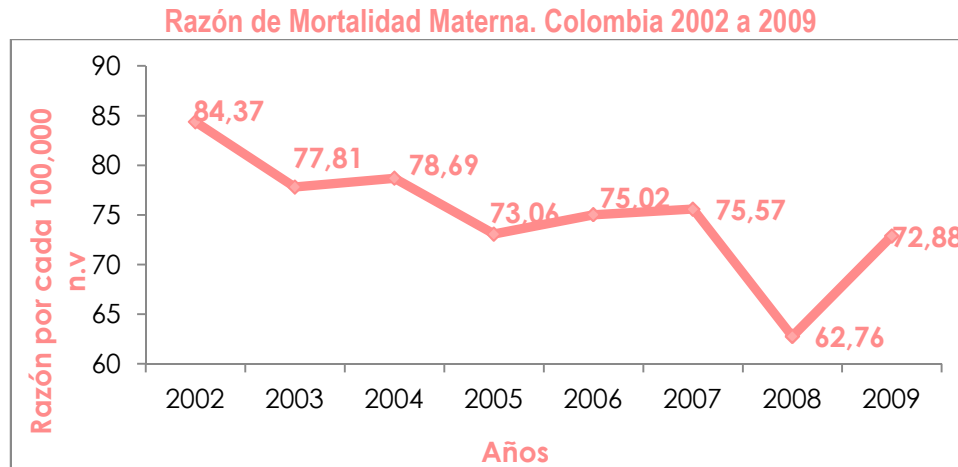
(2) PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS. Encuesta quinquenal. (Seguimiento con Estadísticas Vitales).

(*) La meta se debe interpretar no como una reducción a lograr para el año 2015 sino como la misma se logró anticipadamente

✚ **Razón de Mortalidad materna:** La fuente de información para este indicador corresponde a los datos de mortalidad provenientes de las Estadísticas Vitales del DANE. Entre los años 2003-2009, el indicador ha oscilado entre 59.1 y 72.88 muertes maternas por 100.000 n.v. La meta es de 45 muertes, lo que significa que se presenta una brecha de 28 puntos para el año 2009, es decir, un cumplimiento de la meta del 49.31%.

Colombia, logró una reducción del 38% entre los años 1998 a 2009, superior en muchos casos a los porcentajes de reducción observados en Latinoamérica y el Caribe²⁷. Es evidente que la situación del país presenta rezagos frente a otros países de la región como Canadá, Brasil, Chile, México, Venezuela, Costa Rica, Panamá y Cuba.

²⁷ Fuente: OMS – UNICEF – UNFPA – Banco Mundial. Tendencias de la Mortalidad Materna. 1990 á 2008



Fuente: DANE –Estadísticas Vitales - EEVV sin ajuste.

Durante el 2009, a nivel mundial se incremento la mortalidad materna por causa del virus de la Influenza tipo H1N1²⁸. En el caso de Colombia si bien este evento no explica el incremento observado, se lograron identificar entre los 536 casos de muerte materna, 26 casos vinculados al diagnóstico de H1N1. De igual manera se observa que las causas relacionadas con neumonías en general, se vienen incrementando en el país durante los últimos años²⁹.

Se reconoce que su ocurrencia es multifactorial, en ella están presentes aspectos relacionados con determinantes biológicos, del comportamiento, del ambiente y del acceso a bienes y servicios, lo ambiental y por la oferta de servicios de salud.

Análisis regional de la RMM

En este contexto la mayor carga de mortalidad en relación con el número de nacimientos ocurre en la Región Amazónica, posiblemente a una alta omisión en el registro de nacidos vivos lo cual hace que con una sola muerte materna, se alcancen cifras cercanas a la media nacional. Lo contrario, en territorios como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca que ostentan razones más bajas durante los años de la serie, presentan más de 30 muertes maternas cada año (62 para Bogotá en el año 2009).

La Costa Pacífica, es la zona que mayor razón de Mortalidad Materna se presenta (exceptuando el municipio de Cali). En el caso de Nariño, si bien dicha entidad redujo casi a la mitad sus muertes maternas, a partir de 2005 se incrementa la RMM llegando en el año 2009 a valores por encima de la cifra nacional. En el caso del Cauca la serie anual se ubica por encima de la cifra nacional, no obstante que con respecto al año 2000 se redujo en un 50 % el número de sus muertes maternas.

El archipiélago de San Andrés presenta muertes en promedio cada dos años y en número importante, lo cual lo ubica con alta RMM, para los años de ocurrencia. Sucre y Atlántico son departamentos con cifras intermedias, que no modifican en gran manera el comportamiento, pero el departamento del atlántico es el que mayor número de muertes registra cada año, tanto para la región como para el país.

²⁸ Fescina, Ricardo. La Mortalidad Materna en el Mundo. Presentación en el Encuentro de iniciativas por la maternidad segura auspiciada por OPS. Julio 6 de 2011.

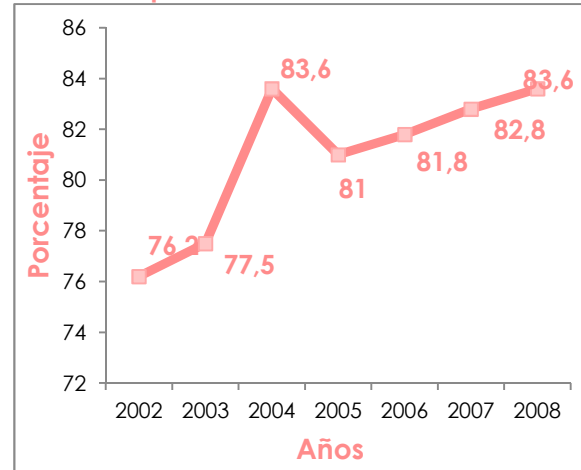
²⁹ INS. COVE Muertes Maternas por casusa respiratoria, 28 de julio de 2011; vía Elluminate.



Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales: A 2009, este indicador presenta un logro en la meta del 74.21%, que pese a los esfuerzos que el país ha realizado en materia de acceso a los servicios de salud, para garantizar la realización de los controles prenatales; se debe prestar especial atención a las diferencias departamentales.

La ampliación de cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha favorecido el acceso a los servicios de control prenatal, observando un incremento sostenido de este indicador, que según el registro de Estadísticas Vitales del Dane, creció en un 18.82 puntos porcentuales entre los años 1998 a 2009.

Porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. 2002-2009



Fuente: DANE –Estadísticas Vitales - EEVV sin ajuste

Análisis regional del porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales.

Para el 2009, trece departamentos están por encima del promedio nacional y son San Andrés, Huila, Quindío, Caldas, Santander, Valle, Risaralda, Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Bolívar y Cesar. En el año de 1998, solo siete departamentos estaban por encima de la cifra nacional, que en ese momento se estimaba en 65 %.

El departamento de Santander si bien en 1998 registra un porcentaje de 57, 7 %, inferior a la cifra nacional, a partir de 1999 se supera el promedio nacional alcanzando un 88.9% en el año 2009.

Como se observa en la grafica, los departamentos de Norte de Santander, Arauca, Casanare, Cesar, Tolima, Nariño, Córdoba, Magdalena, Meta, Sucre y Cauca se mantienen con cifras por debajo a la media nacional, pero con porcentajes superiores al 70 % en los últimos 5 años. Estos departamentos tendrán que doblar esfuerzos para llegar a 2015 con la cobertura esperada de 90%. Departamentos como Chocó, Putumayo, Caquetá, Grupo Amazonía, y La Guajira se han mantenido con las coberturas más bajas de la serie. Esta situación se deriva del precario estado de la red de servicios obstétricos en estos departamentos, su condición geográfica y en algunos por el conflicto.

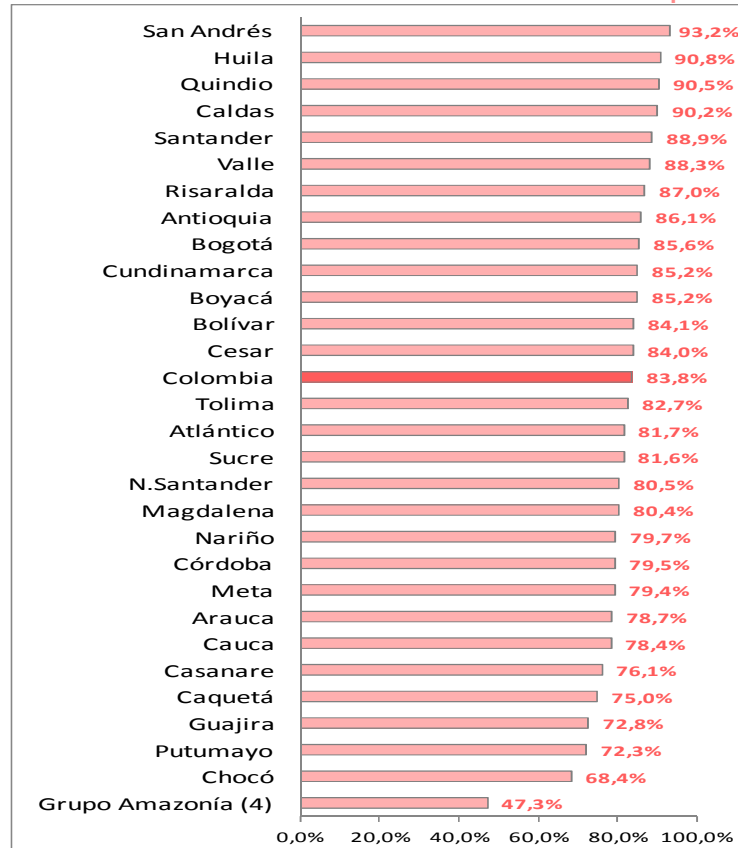
Al comparar los resultados fuente DANE, con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010, Encuesta quinquenal, se observan cifras similares. ENDS 2010 reporta que un 89 % de las embarazadas (91% urbano y 81 % rural) tuvo 4 o más visitas de control prenatal, 6 % entre 2 y 3 visitas y el 1 % una sola visita. El 3 % de las mujeres no tuvo ninguna visita, 6 % en la zona rural y el 2 % en la urbana. De igual manera documenta la Encuesta, que la mediana de meses de embarazo a la primera visita fue de 2.7 meses. El 77 % fue a la primera visita prenatal cuando tenía menos de 4 meses de embarazo y 15 % cuando tenía entre 4 y 5 meses.

Otros resultados de la ENDS 2010, sobre las respuestas de las mujeres que tuvieron control prenatal a las que se les preguntó si les habían informado sobre las posibles complicaciones del embarazo describen que cuatro de cada cinco (81 %) recibieron tal información versus 64 % en el 2005, las subregiones en donde las mujeres han recibido más información, son: Medellín (91 %), Valle sin Cali ni Litoral (90 %), Bogotá (87 %) y Caldas-Risaralda-Quindío (87 %); además de Bogotá, los departamentos donde más han dado esta información son Antioquia, los de



la zona cafetera, Huila, Valle y Nariño. Donde menos les han informado son Caquetá, Chocó, Arauca, Vichada, Guaviare y Vaupés.

Porcentaje de Nacidos Vivos con Cuatro o más Controles Prenatales. Departamental año 2009

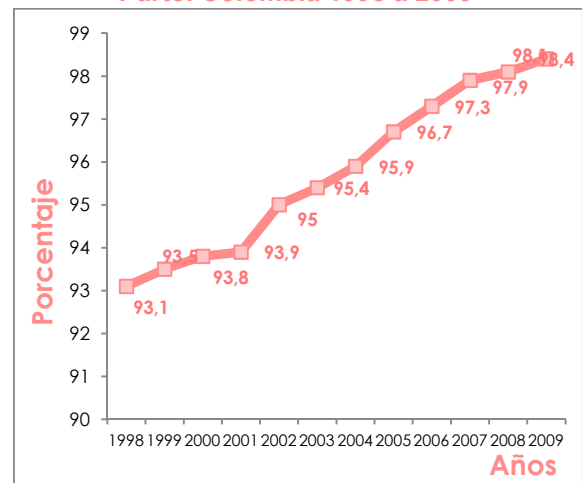


ente: DANE –Estadísticas Vitales - EEVW sin ajuste.

Atención Institucional del parto: El Porcentaje de Atención Institucional del Parto en Colombia creció de 93.1 % en 1998 a 98.4 % en 2009, un 5% aproximadamente.

A nivel regional, catorce tienen porcentajes superiores al nacional destacándose San Andres 100%, Bogotá y Atlántico con 99.7%, los departamentos con menores coberturas de parto institucional son: Putumayo 92.3%, Arauca 88.9% y el Grupo Amazonía 82.8%. No obstante lo anterior, a partir del año 2006 todos los departamentos tienen porcentajes superiores al 80%.

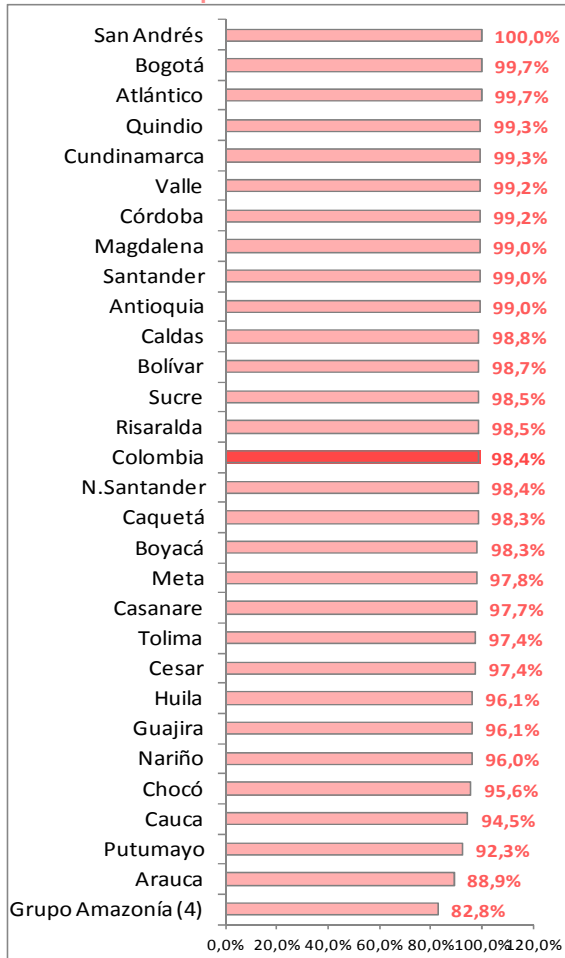
Porcentaje de Atención Institucional del Parto. Colombia 1998 a 2009



Fuente: DANE –Estadísticas Vitales - EEVW sin ajuste.



Porcentaje de Atención Institucional del parto. Departamental 2009



Lo anterior es concordante con los resultados de la ENDS 2010, la cual documenta que desde 1990 se han producido cambios significativos en la ocurrencia de los nacimientos en establecimiento de salud, que pasó de 76 % en 1990 a 88 % en el 2000, a 92 % en el 2005 y llegando a un 95 % en 2010 en tanto que la proporción de los nacimientos ocurridos en el hogar bajó de 22 % en 1990, a 4 % en el 2010.

Las mujeres que tuvieron sus hijos en casa aumentan con la edad y con el número de hijos, y su ocurrencia se limita a las zonas rurales, de Amazonas (31 %), Vaupés (28 %), Chocó (25 %), Guainía (24 %), Vichada (23 %) y Cauca (22 %).

En 1990, la cuarta parte de nacimientos ocurrían en el domicilio; en el 2010 esta cifra fue de 12 % para el total de la Orinoquía-Amazonía. La situación es similar en el caso de los nacimientos del Litoral Pacífico en donde aproximadamente una cuarta parte tienen origen en hogares de tipo urbano.

Atención Institucional del parto por personal calificado: Este es uno de los indicadores que se han cumplido de manera anticipada.

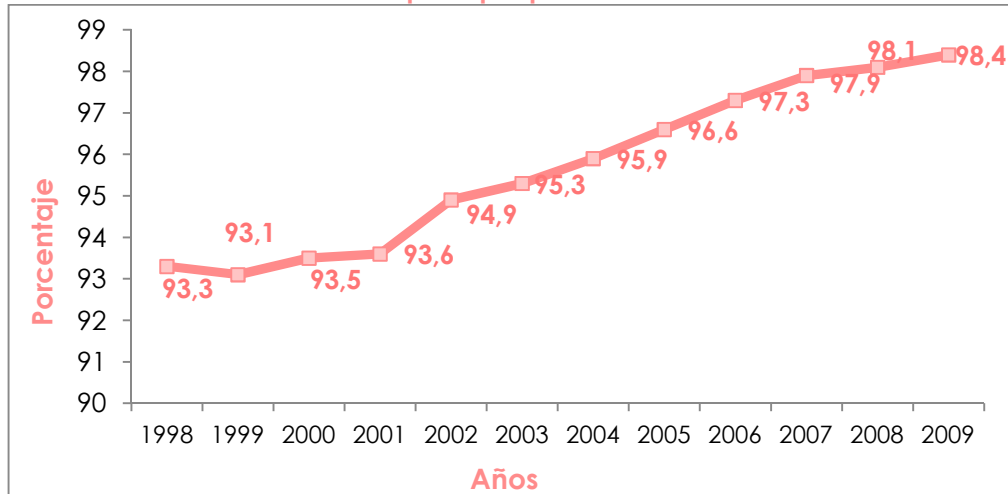
En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010, se observa que la proporción de mujeres atendidas por personal de salud (médico y enfermera) durante el parto es de 95 %, cifra ligeramente superior a la observada en el 2005 (91 %). El 93 % de partos fueron atendidos por médico y apenas un 2 % por enfermera. Otro 2 % fue atendido por parientes u otras personas y un 3 % por partera. No tuvo ninguna atención al momento del parto menos del 1% de las mujeres.

Los cambios en la atención del parto por personal médico y enfermera han sido notables. Los médicos pasaron de atender el 71 % en 1990 al 73 % en 1995, luego a 83 % en el 2000 y a 88 % en el 2005; alcanzando un 93 % en el año 2010. La atención por enfermera bajó de 10 a 2 % en el mismo período.

La atención por cuenta de partera bajó de 13 % en 1990 a 3 % en el 2010, y la atención del parto con intervención de un pariente u otra persona se redujo a un 2 % en el 2010. Cuando el parto ocurre en la casa, casi siempre la atención está a cargo de parteras, pero también los parientes pueden apoyar a la madre en estos nacimientos.



Atención Institucional del parto por personal calificado



Fuente: DANE –Estadísticas Vitales - EEV sin ajuste

Análisis regional de la Atención Institucional del parto por personal calificado.

En 1990, la proporción de partos atendidos por personal calificado era del 80,6 % y a 2009 el grupo de departamentos de la Amazonía refiere porcentaje por debajo de la media nacional. No obstante lo anterior, revisados los últimos 5 años, el departamento más rezagado es Arauca y le siguen en su orden Putumayo, Caquetá, Chocó y Cauca.

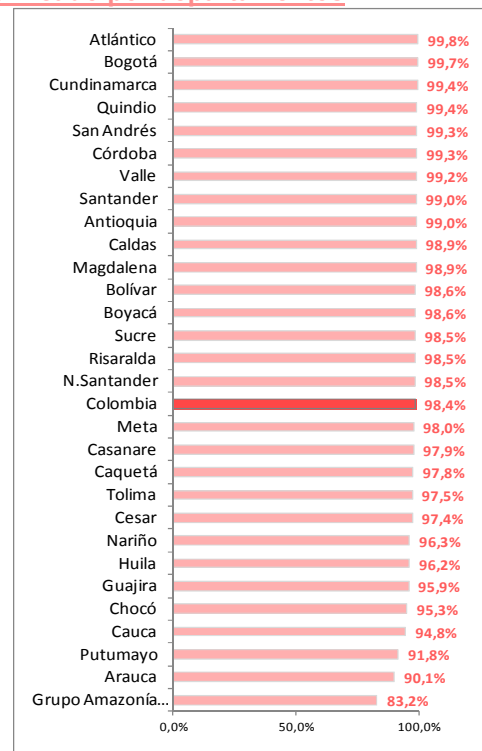
Los demás departamentos presentan en los últimos 5 años cifras superiores a 90 %. Lo anterior no implica que al interior de todos los departamentos se encuentren cifras homogéneas pues la población rural o en mayor condición de marginalidad, como son mujeres en condición de desplazamiento, indígenas, adolescentes, con menor educación y mayor pobreza, pueden tener menores tasas de atención del parto con personal calificado.

Como se observa en la siguiente gráfica, quince departamentos tienen porcentajes superiores al nacional destacándose atlántico 99.8 %, y Bogotá 99.7%, los departamentos con menores porcentajes son Arauca con 90.1% y el Grupo Amazonía 83.2%.

Los departamentos con mayor porcentaje de atención por parteras o comadronas son en Chocó

(19 %), Cauca (15 %), Amazonas (13 %) y Putumayo (12 %).

Atención Institucional del parto por personal calificado por departamentos



Fuente: DANE –Estadísticas Vitales - EEV sin ajuste



META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Aumentar la promoción de la salud sexual y reproductiva	1. Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la población adolescente (15 a 19 años) sexualmente activa.	38,30%	63,1%	65%	92,88%
		1995 ⁽²⁾	2010 ^{(2)*}		
	2. Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa.	59%	73,3%	75%	89,38%
		1995 ⁽²⁾	2010 ^{(2)*}		
3. Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo.	12,80%	19,5%	<15%	0%	
	1990 ⁽²⁾	2010 ^{(2)*}			
4. Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres).	11,40	8	6,80	73,91%	
	1998 ⁽³⁾	2009 ⁽³⁾			

Fuente:

(2) PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS. Encuesta quinquenal. (Seguimiento con Estadísticas Vitales).

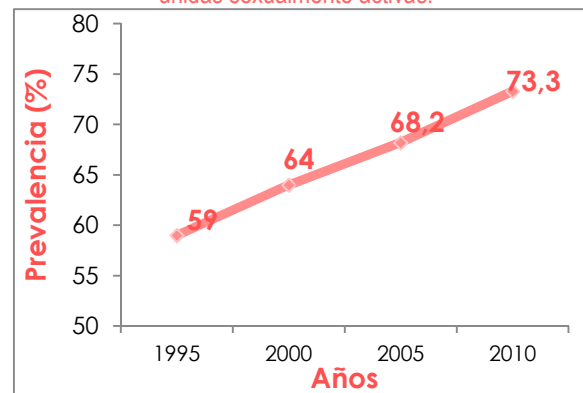
(3) Cálculos Instituto Nacional de Cancerología, a partir de las Estadísticas Vitales del DANE.

(*) El último dato oficial corresponde al 2005. Los datos de 2010 aún se encuentran en validación.

Prevalencia del uso de métodos de anticoncepción –población sexualmente activa:

La fuente de información es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, que realiza Profamilia cada 5 años. Colombia se encuentra cerca de alcanzar la meta. A 2010 el cumplimiento del logro está en el 89,38%. Siguiendo la tendencia mostrada y la evolución en el tiempo, es probable que efectivamente se cumpla de manera anticipada la meta propuesta. Es importante resaltar que el área rural sigue ubicándose por debajo del promedio nacional.

Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres actualmente unidas y no unidas sexualmente activas.



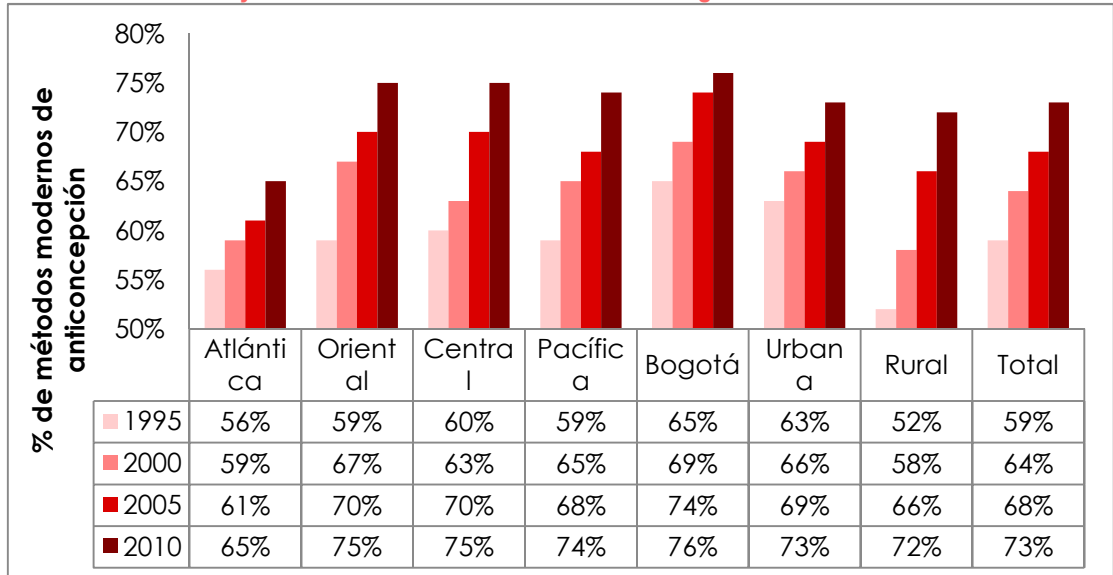
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS

Por otra parte, en las mujeres unidas, se cierra la brecha de uso de métodos modernos de anticoncepción entre la zona urbana y rural; (79,0 vs 79,2%), lo anterior en razón a los esfuerzos realizados por los sectores públicos y privados. En cuanto a las regiones, se observan avances significativos, especialmente en la región pacífica (incremento del 6%), seguido de la región Central (5,5%) y Oriental (5,4%). El menor incremento se observa en la ciudad de Bogotá con 1,5%. La región Caribe, si bien tiene un incremento total de 4,8%, persiste con una prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción menor al 70% y es en la región donde la esterilización



femenina tiene la mayor prevalencia de uso con 39%; implica que este método definitivo es el de mayor participación sobre los demás métodos reversibles en la región.

Prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en las mujeres actualmente Unidas y no unidas sexualmente activas. Por regiones 1995 – 2010



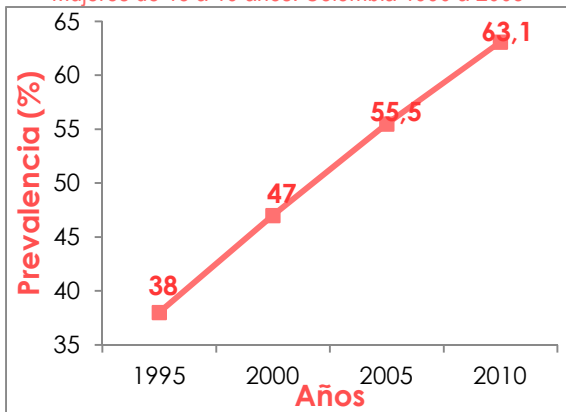
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS

Prevalencia del uso de métodos de anticoncepción –población 15-19 años: La fuente de información es la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, que realiza Profamilia cada 5 años. Para 2010 se ha cumplido el 92.88% de la meta y con los avances que se vienen dando en acceso a servicios de salud en el país, se espera poder cumplir esta meta de manera anticipada.

El uso de métodos de planificación familiar es otro de los determinantes próximos de la fecundidad adolescente. En Colombia, el conocimiento de métodos de planificación familiar, sigue siendo casi universal, con un 99,8%. Por su parte, el 88% de las mujeres entre 15 y 19 años, inició el uso de métodos anticonceptivos sin tener hijos e hijas. Se observa diferencia de uso de métodos entre las adolescentes unidas y las no unidas sexualmente activas; es así como entre las adolescentes en unión, aumenta el uso de cualquier método anticonceptivo de 57% en 2005 a 60,5% en el 2010, mientras que entre las no unidas pero sexualmente activas, sigue siendo de 79%, lo cual representa una cifra inferior a la de los demás grupos de edad.



Prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos Modernos en Mujeres Unidas y Sexualmente Activas No Unidas y en Mujeres de 15 a 19 años. Colombia 1990 a 2005



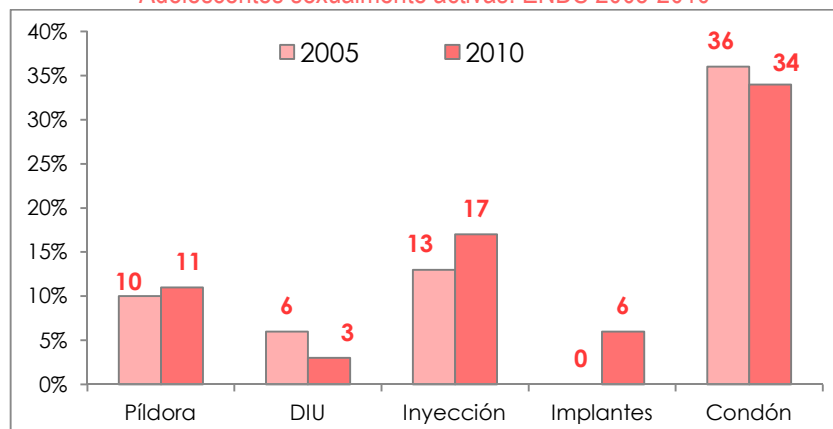
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS

Para 2010, se observa un aumento en la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en la población sexualmente activa de 15 a 19 años de 56% en el 2005 a 63% en el 2010, muy cerca de la meta esperada para el año 2015 de 65%.

Por su parte, se observa una leve disminución del porcentaje de adolescentes unidas que no usa actualmente métodos anticonceptivos de 43% en el 2005 al 40% y se mantiene el porcentaje de no uso de métodos anticonceptivos en el 21% entre las no unidas, sexualmente activas, que están expuestas al riesgo de embarazo.

La preferencia de uso de métodos en adolescentes unidas y no unidas sexualmente activas, varía; es así como mientras que en las unidas la píldora disminuye de 14% a 10%, en las no unidas sexualmente activas aumenta de 10 a 11%; por su parte el Dispositivo Intrauterino DIU disminuye en ambos grupos, de 13% a 4% en las unidas y de 6% al 3% en las no unidas sexualmente activas; por su parte aumenta el uso de la inyección de 9.8% a 23,5% en las adolescentes unidas y del 12.6% a 16.7% en las no unidas sexualmente activas. El implante subdérmico tiene un incremento notable de 0.1% a 8% en adolescentes unidas y de 0.1% a 6% en no unidas sexualmente activas, lo que coincide con la inclusión de este método en el Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado.

Uso actual de métodos anticonceptivos. Adolescentes sexualmente activas. ENDS 2005-2010



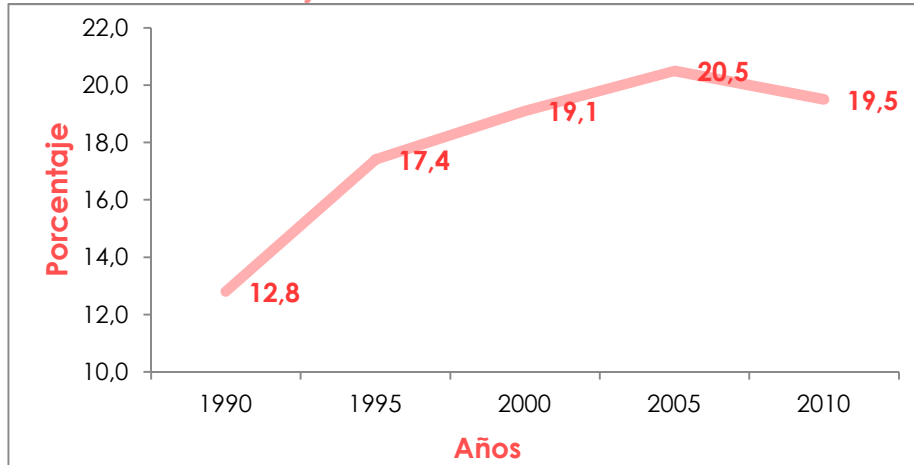
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS

Porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo: 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 escuela. En Colombia mientras la tasa de natalidad general ha ido disminuyendo, la tasa de embarazo en adolescentes se ha incrementado en forma paulatina.



El indicador presenta una tendencia creciente de 13% en 1990 a 20.5% en 2005, en el año 2010 se rompe la tendencia, con una disminución de un punto porcentual, quedando el indicador en 19.5% de adolescentes que son madres o están embarazadas de su primer hija/o, muy por encima de la meta fijada a nivel nacional de mantenerlo por debajo del 15%. Ante ésta situación, es posible que no se alcance la meta establecida.

Porcentaje de embarazo adolescente 1990-2010



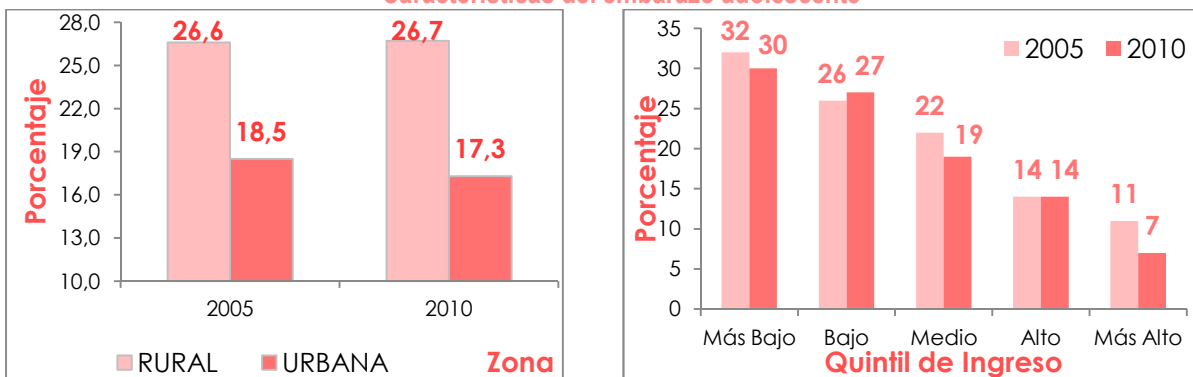
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 1990-2010

Entre los determinantes, que explican el aumento de la fecundidad de adolescentes se encuentran la falta de un proyecto de vida realizable, el enfoque biológico de los programas de salud sexual y reproductiva, la edad de inicio de la actividad sexual, la edad de la primera unión, la intervención de los factores que subyacen a la realidad del niño y niña (familias en conflicto, no funcionales, influencia de pares, entre otros) y la falta de una acción articulada entre los diferentes actores.

Para 2010, la proporción de adolescentes gestantes o madres, es mayor que la proporción de unidas (19.5 vs 11,1%) en todas las edades lo cual implica una maternidad anterior al establecimiento de la relación estable y explica el fenómeno de mujer jefe de hogar, en este grupo de edad.

La ENDS 2010 revela que son las mujeres jóvenes quienes tienen mayores dificultades para controlar su fecundidad, para ejercer sus derechos y recibir información oportuna sobre salud sexual y reproductiva, y sexualidad responsable, de igual forma, el nivel educativo, el índice de riqueza y el lugar de residencia, inciden sobre el embarazo adolescente. Mientras en la zona urbana disminuye de 18.5% a 17,3% de 2005 al 2010, en la zona rural la cifra permanece estable, en el periodo analizado, en cerca de 27%.

Características del embarazo adolescente



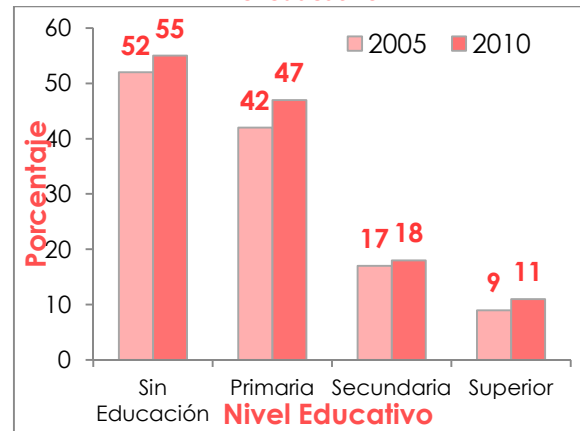
Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2005-2010



Existe una relación inversa entre fecundidad adolescente y el nivel de riqueza; para 2010, la proporción de adolescentes madres o embarazadas, demostró ser casi 3 veces mayor entre las adolescentes del quintil más bajo (29.5%) que entre aquellas de quintil más alto (7.4%).

De igual forma para este mismo año, la proporción de adolescentes y de madres sin educación es casi 6 veces mayor a la observada entre las adolescentes con algún año de educación superior. El embarazo adolescente aumenta del 9% a 11% entre las mujeres con educación superior y la proporción aumenta del 52% al 55% entre las mujeres sin educación.

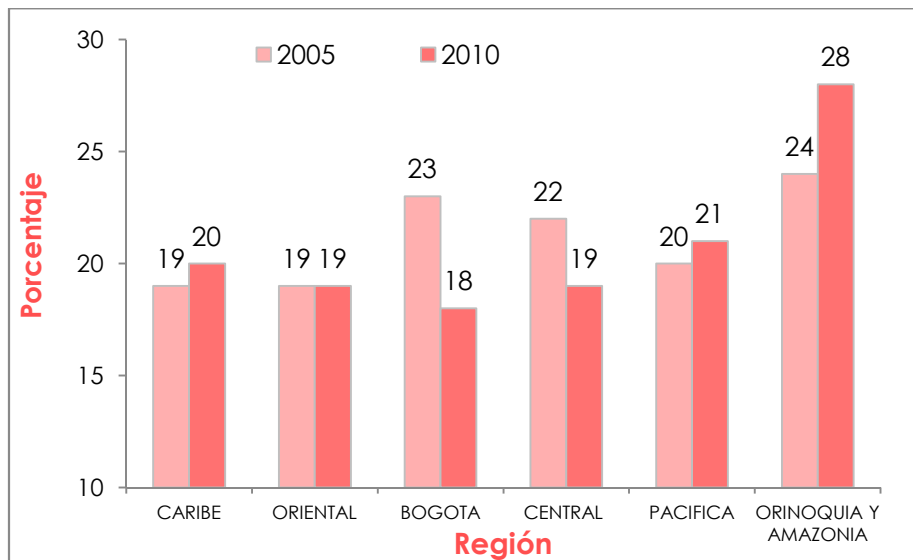
Características del Embarazo Adolescente por nivel educativo.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2005-2010

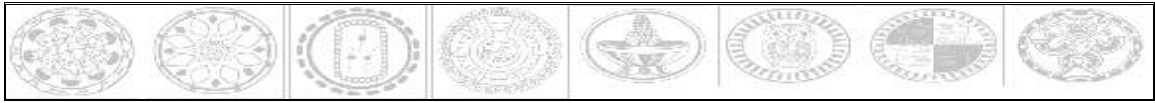
Análisis regional del Embarazo Adolescente

Por regiones se observa un aumento predominantemente en la región Orinoquía y Amazonía (4.4%) a expensas principalmente de los departamentos de Amazonas (25.5 a 35.4%), Putumayo (19.8% a 32%) y Vichada (20.1% a 31,3%); en la región Caribe, a expensas principalmente de la Guajira (15.4% a 25.8%) y Atlántico (13.1 a 17,2%).



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2005-2010

Las otras regiones, disminuyen la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas o madres, especialmente Bogotá (22.6 – 17.5) y la región central (21.5-19.2%), a expensas de Caquetá. Otros departamentos que reducen de forma amplia este indicador son Meta (30.1 a 23.1%), Guaviare (29.9 a 23.3%) y Cauca (28.8 a 23.7%)



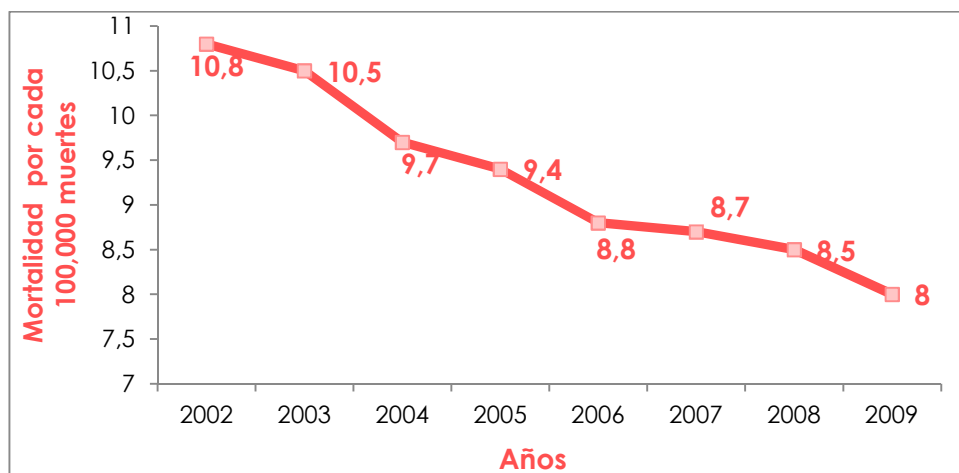
Es importante destacar que en ciudades como, Cali, Medellín y Bogotá, tuvieron una reducción de más de 5 puntos porcentuales en la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas. Estas ciudades son entre otras, las que desde el año 2007 implementan estrategias de promoción de derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente y joven, identificación y fortalecimiento de grupos redes y organizaciones juveniles y el programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.

El embarazo no planeado en Colombia en general en mujeres en edad fértil, aumenta de 58% en el 2005 al 64% en el 2010 y en adolescentes es de 66%. Es decir, el embarazo actual lo querían más tarde, o no lo querían.

En el caso de embarazos en menores de 15 años, se observa que existen diversos factores que inciden en su ocurrencia, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas. Asimismo, como causales directas revisten particular importancia el abuso sexual, las relaciones sexuales forzadas y la explotación sexual.

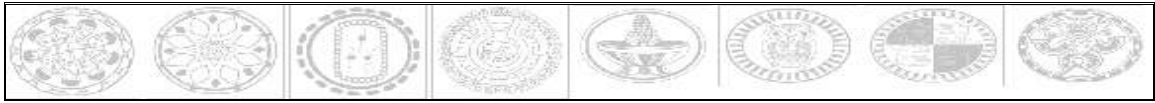
De acuerdo con estadísticas del DANE para el 2009, las entidades territoriales que tuvieron mayor número de nacimientos en adolescentes menores de 15 años fueron Antioquia (1.081), Valle (626), Bogotá (574), Córdoba (374) y Bolívar (330). En términos poblacionales las entidades territoriales que tuvieron un mayor aporte de nacimientos en menores de 15 años fueron los departamentos de Guaviare (2,92%), Guainía (2,44%), Vaupés (2,27%) Vichada (2,24%) y Caquetá (2,03%)

Mortalidad por cáncer de cuello uterino: Para el 2009, la tasa se encuentra en 8 muertes por cada 100.000 mujeres, lo que indica un cumplimiento de la meta de 73.91%, haciendo probable el logro de la meta antes del 2015. A pesar de esta tendencia, hay algunas áreas geográficas del país con riesgos incrementados, particularmente las zonas aledañas a los ríos navegables, las áreas de frontera, el golfo de Urabá y la Serranía del Baudó³⁰, lo que requiere en los respectivos departamentos intervenciones precisas y efectivas para lograr su reducción



Fuente: DANE, Cálculo INC

³⁰ INC, MPS, IGAC. Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia, 2010



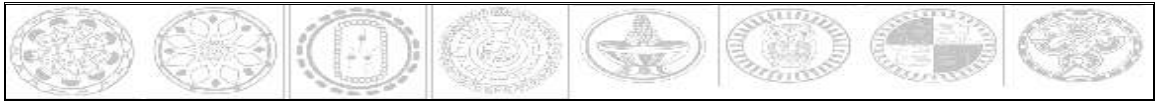
Dentro de las recomendaciones para disminuir el riesgo de cáncer de cuello uterino y para su detección temprana, está el desarrollo de programas organizados de tamización. La prueba que en este momento está definida en el país es la citología cervico-uterina, la cual es de obligatorio cumplimiento ofrecerla a las mujeres entre 25 años y 69 años y a las menores que tienen vida sexual activa, según la Norma Técnica de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino (Resolución 412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social). A partir de la información de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2005, se pudo identificar que el 76% de las mujeres entre 25 a 69 años se han realizado la citología en los últimos tres años³¹, para la ENDS 2010, el 99% de las mujeres entre 18 y 69 años conoce qué es la citología cervico-uterina y entre ellas, el 90% se la ha realizado. Los departamentos que presentan los porcentajes más bajos de mujeres que se realizan la citología son Amazonas (78%), Vaupés (71%) y Guainía (70%).

Estrategias desarrolladas con respecto a la mortalidad materna:

ESTRATEGIAS	ACCION	LOGRO
<p>1. La estrategia fundamental es incrementar progresivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud, promoviendo la focalización de los subsidios a las mujeres gestantes y a las mujeres en edad fértil, tanto en zonas rurales como urbanas. Al igual que en la mortalidad infantil, en la medida en que se garantice la protección financiera a través del seguro de salud, resultan esenciales estrategias adicionales para garantizar el acceso y la calidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorización de la gestante en el aseguramiento. • Diseño y validación de “Modelo de Seguridad Clínica del paciente para la Atención Obstétrica de Emergencia”, en el marco del SOGC. • Asistencia técnica durante los 4 años al 100% de las entidades territoriales del orden departamental. (al menos 1 vez) • Acciones de IEC en todos los niveles territoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las Coberturas de acceso al SGSSS es de 88 % según la ENDS 2010. Datos Administrativos hablan de más de 90,2 % ³² • Modelo de Seguridad Clínica del paciente para la Atención Obstétrica de Emergencia en implementación. • 100% de las entidades territoriales del orden departamental, (al menos 1 vez)
<p>2. Garantizar el acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio a la población afiliada a la seguridad social en salud y de la población pobre no asegurada, con los estándares de calidad establecidos en las normas vigentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guías basadas en evidencia para la detección de alteraciones en el embarazo, atención del parto y de complicaciones hemorrágicas e hipertensivas durante el embarazo, parto o puerperio. • Guía para el Manejo de las Emergencias Obstétricas. • Diseño y validación del modelo de Vigilancia e la Morbilidad Materna Extrema • Reunión con expertos, para la validación de los diagramas de flujo para 	<ul style="list-style-type: none"> • Guías y Modelos difundidos en todo el país. • Diseño y validación de los Diagramas de Flujo para el manejo de la emergencia obstétrica, socializado en todo el país y acompañado de la entrega de los kits para el manejo de la emergencia obstétrica en IPS de la mediana y baja complejidad de todo el país. • Desarrollo de curso virtual de la metodología de vigilancia de la morbilidad. Próximamente

³¹ Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia, 2005. Rev Salud Pública 2007; 9(3):327-341.

³² República de Colombia. Anexos Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 Prosperidad para Todos.



ESTRATEGIAS	ACCION	LOGRO
	<p>el manejo de la emergencia obstétrica basados en evidencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño e implementación del Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita. • Desarrollos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en lineamientos de Buenas prácticas • Capacitación en Prácticas Clave, que Salvan Vidas, (convenio OPS/USAID/MPS/Nacer-SSR U de Ant.), mediante Talleres de Simulación para el manejo de: Sépsis, Hipertensión inducida por el embarazo y Hemorragias : Metodología de Código Rojo 	<p>disponible en web como herramienta educativa tipo e-learnig.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementación del Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita. • Desarrollo de curso virtual del paquete instruccional para la atención segura del binomio madre hijo: 14 semanas, dirigidos a 91 personas de las 36 entidades territoriales, 15 EPS y 13 Universidades, con el objeto de formar multiplicadores en la difusión de la herramienta de gestión, desarrollada desde la Dirección General de Calidad de Servicios del MPS en el marco del SOGC. • Talleres de Simulación realizados, para el manejo de: Sépsis, Hipertensión inducida por el embarazo y Hemorragias : Metodología de Código Rojo
<p>3. Desarrollar la vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de cabalidad de las estadísticas vitales • Vigilancia de la Mortalidad materna en plataforma web • Desarrollo e implementación del modelo de Vigilancia de la Morbilidad materna Extrema • Asistencia técnica en vigilancia de la MM por el INS 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de VMME diseñado; difundido en todo el país, se concertó y validó con expertos en Protocolo de VMME con el INS, el cual se encuentra en Pilotaje en 7 DTS en 2011.

Estrategias desarrolladas, para el favorecimiento de la salud Sexual y reproductiva.

• Inclusión de una amplia gama de métodos modernos de anticoncepción en el Plan Obligatorio de Salud: Colombia sigue siendo líder en América Latina en Acceso y uso de MAC Modernos, a pesar de los resultados en embarazo adolescente..

• Implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes: A la fecha con, 747 servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes funcionando en 33 Direcciones Territoriales del país (91,7%) y 568 municipios cobertura de 50,7% del territorio nacional.



- Conformación de la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, (decreto 2968 de 2010).
- Diseño y validación del “Curso virtual para el desarrollo de competencias para el ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos” para su incorporación y uso en la plataforma de Colombia Aprende del Ministerio de Educación Nacional.
- Identificación y fortalecimiento de redes, grupos y organizaciones juveniles en promoción de derechos sexuales y reproductivos y prevención del embarazo no planificado en adolescente.
- Estrategia de comunicación por el “Derecho a una Sexualidad con Sentido”. Con la estrategia se llegó a una audiencia estimada de 8’352.973 personas en televisión y 7’958.300 personas en radio según los estudios de EGM y ECAR.
- Diseño y validación de “Modelo de Seguridad Clínica del paciente para la Atención Obstétrica de Emergencia”, en el marco del SOGC.
- Desarrollo de curso virtual de la metodología de vigilancia de la morbilidad. Próximamente disponible en web como herramienta educativa tipo e-learnig
- Desarrollo de curso virtual en el paquete instruccional para la atención segura del binomio madre hijo: Curso virtual de 14 semanas dirigidos a las 36 entidades territoriales, algunas EPS y Universidades, con el objeto de formar multiplicadores en la difusión de la herramienta de gestión, desarrollada desde la Dirección General de Calidad de Servicios del MPS en el marco del SOGC.
- Construcción basada en evidencia y difusión de Diagramas de Flujo, para la atención de la emergencia obstétrica y entrega de 364 Kits y 270 Dopplers, para su operatividad en 14 Departamentos en 2010 y en el resto (300 nuevos kits y 500 dopplers, se realizará en 2011).
- Desarrollo de masa crítica en el proceso de vigilancia, fundamentada en equipos multidisciplinarios, en donde el ginecólogo obstetra es líder.
- Procesos de Articulación de las estrategias IAMI, AIEPI en algunas entidades territoriales.
- En convenio con OPS se desarrolla un piloto para la vigilancia de la mortalidad materna en sistema web.
- Capacitación en Prácticas Clave, que Salvan Vidas, (convenio OPS/USAID/MPS/Nacer-SSR U de Ant.), mediante Talleres de Simulación para el manejo de: Sépsis, Hipertensión inducida por el embarazo y Hemorragias : Metodología de Código Rojo.
- Implementación del Plan Nacional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita.
- Estrategia de movilización social para disminuir el estigma y la discriminación en VIH/SIDA, “Personas Distintas, Derechos Iguales”.



Reto en Salud Sexual y Reproductiva para reducción de embarazo en la adolescencia:

- Implementar los lineamientos previstos en el documento Conpes Social 147 de 2012. El documento, plantea desarrollar una estrategia que trascienda el enfoque biológico y de riesgo, al enfoque de derechos y desarrollo humano y proyectos de vida en la población de 6 a 19 años.

Estrategias desarrolladas con respecto al Cáncer de cuello Uterino

- Incorporar al programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino, las nuevas tecnologías para tamización de cáncer de cuello uterino, basadas en estudios de evidencia científica a nivel nacional y mundial.
- Actualizar la Guía de Atención Integral del cáncer de cuello uterino, promulgada mediante Resolución 412 de 2000.
- Estudiar la incorporación en el Plan Obligatorio de Salud, del régimen contributivo y subsidiado las nuevas tecnologías en salud, que permitan controlar el riesgo, detectar y tratar oportunamente el Cáncer de Cuello Uterino.
- Fortalecer grupos de investigación, para la gestión del conocimiento en las enfermedades no transmisibles y el cáncer en general priorizando el cáncer de cuello uterino.
- Organizar la prestación de servicios oncológicos e implementar el modelo de las Unidades Funcionales y la Red Nacional de Cáncer, de acuerdo con lo definido en la Ley 1384 de 2010.
- Desarrollar e implementar procesos de vigilancia y control de Salud Pública en todo el territorio nacional, en especial en las zonas con riesgos incrementados.



OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, LA MALARIA Y EL DENGUE

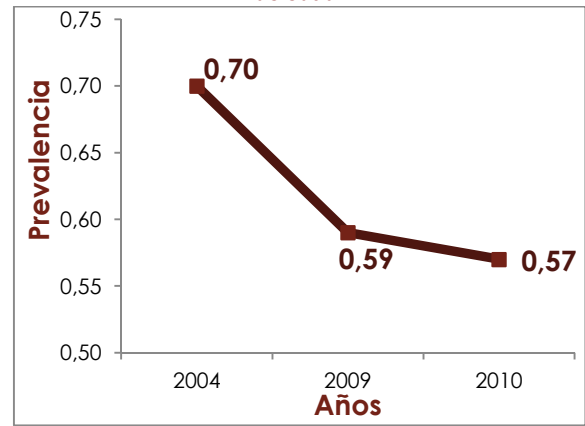
META UNIVERSAL: 6A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Mantener por debajo de los límites definidos internacionalmente la prevalencia concentrada de VIH/SIDA.	1. Prevalencia de VIH en población de 15 a 49 años de edad.	0,70%	0,57%	< 1%	100%
		2004 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
	2. Tasa de mortalidad asociada a VIH/SIDA.	Línea base por determinar en el periodo 2005-2010	5,21	N.D.	N.D.
			2009 ⁽²⁾		
	3. Porcentaje transmisión materno -infantil del VIH.	5,80%	5,10%	< 2%	
		2008 ⁽³⁾	2010 ⁽³⁾		18,42%

Prevalencia de VIH/SIDA en población de

15 a 49 años de edad: Teniendo en cuenta los valores del séptimo estudio centinela, se hizo necesario modificar la forma de calcular los datos de prevalencia, lo cual conduce al cambio de la meta que queda para el 2015 en 1%, considerando que este nivel de prevalencia corresponde al límite definido internacionalmente a partir del cual se considera que la epidemia cambia su clasificación de epidemia concentrada a generalizada en un país. De acuerdo con las estimaciones, a 2010 la prevalencia se encuentra en 0.57%, dentro del rango inferior al 1%, lo que evidencia el cumplimiento de la meta.

Prevalencia de VIH/SIDA en población de 15 a 49 años de edad



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social . Observatorio Nacional de Gestión en VIH

En el estudio de seroprevalencia y comportamiento realizado en el año 2010 en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se pudieron observar prevalencias de 5,6% en Pereira, 9,1% en Medellín, 10% en Cartagena, 10,9% en Cúcuta, 13,6% en Barranquilla, 15% en Bogotá y la más alta fue en Cali con el 24,1%.



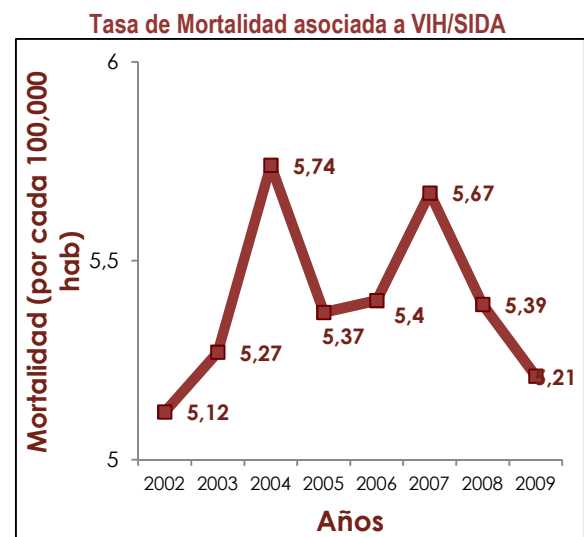
En el mismo año 2010, se realizó el estudio de seroprevalencia y comportamiento en usuarios de drogas inyectadas en las ciudades de Medellín y Pereira con unas prevalencias de 3,8% y 1,9% respectivamente. De manera complementaria el país viene trabajando con ONUSIDA las estimaciones y proyecciones nacionales de la epidemia, de tal forma que la prevalencia estimada para Colombia en el año 2010 fue de 0,57%.

La epidemia de VIH/SIDA en Colombia se mantiene concentrada en poblaciones de mayor vulnerabilidad, en particular en hombres que se relacionan sexualmente con hombres (HSH), y en mujeres trabajadoras sexuales (MTS).

La epidemia advierte mayor participación de hombres (67%) que de mujeres (33%) y está afectando a la población entre los 20 a 44 años, sin menospreciar los grupos de 15 a 19 y los de 60 y más donde se observa un incremento en el número de infectados. En todo caso, es preciso tener en cuenta diferentes escenarios que permita realizar acciones específicas para disminuir la prevalencia en los grupos de mayor vulnerabilidad.

Tasa de Mortalidad asociada a VIH/SIDA:

Actualmente no se ha cumplido la primera parte de la meta (definición de una línea base. No obstante, es posible analizar el comportamiento de la mortalidad por SIDA, en el periodo 1998-2008, correspondiente a la información de Estadísticas Vitales del DANE. Este indicador presenta un aumento pasado de 3.63 muertes en 1998 a 5.21 muertes en el 2009. Si la tendencia observada se mantiene, aún con los esfuerzos 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.

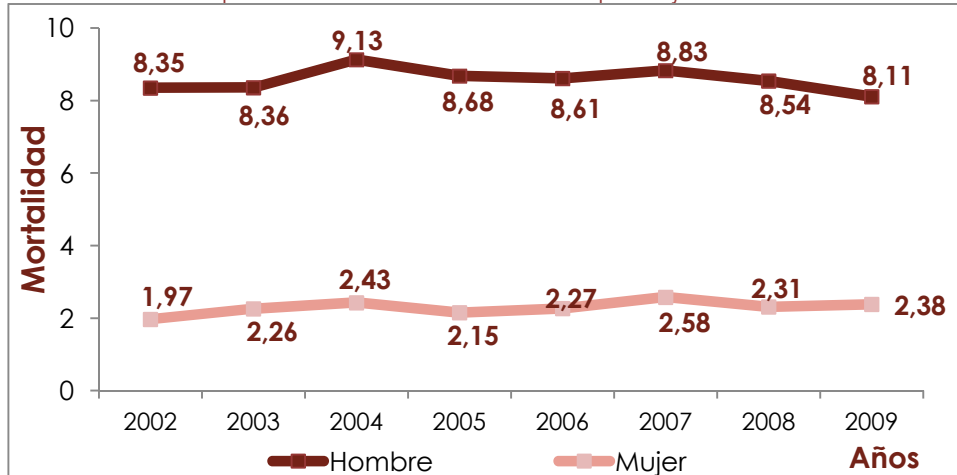


Fuente: EEVV –DANE

La mortalidad en los hombres es mayor que en las mujeres (8,1 y 2,4 por 100.000 habitantes). Desde el contexto estadístico tendría relación con la proporción de población de hombres (que padecen la enfermedad) casi tres veces mayor que la de mujeres (que padecen al enfermedad) en el país, pero probablemente esta situación también se pueda estar presentando debido a que las mujeres consultan con mayor frecuencia que los hombres y esto hace que el diagnóstico sea más oportuno y por ende el inicio al tratamiento. Otra razón podría corresponder a que hay mayor número de hombres afectados desde años anteriores y que por diferentes razones consultan tardíamente cuando hay un deterioro inmunológico importante, lo que a su vez aumenta el riesgo de morir. El tercer argumento podría corresponder a las dificultades en el acceso y la continuidad en el suministro efectivo del TAR. La razón de mortalidad hombre: mujer para el año 2009 fue de 3,41.



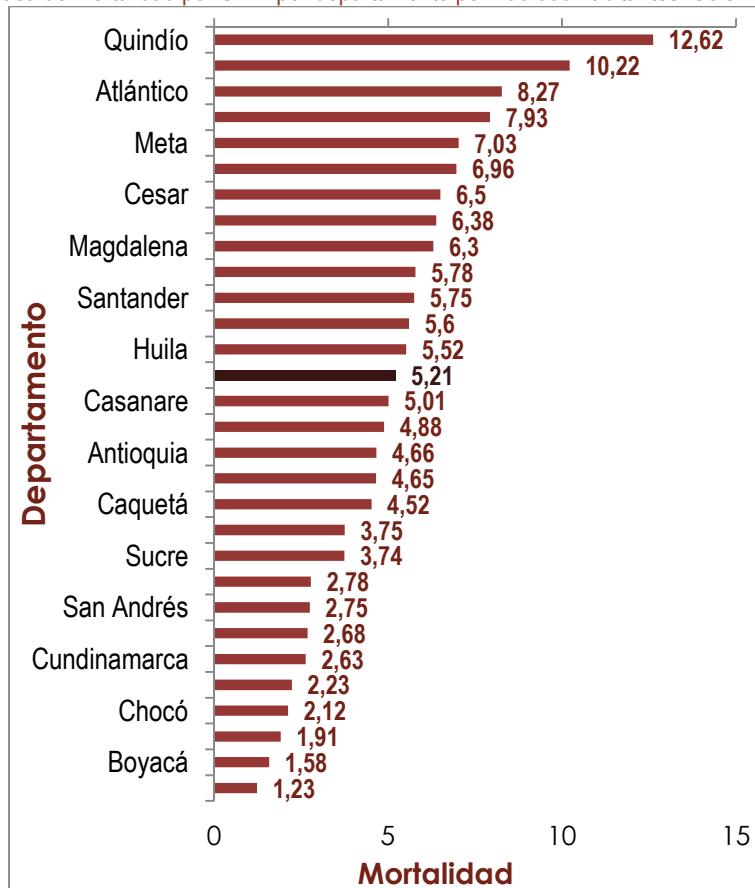
Tasa de mortalidad por SIDA x100.000 habitantes Distribución por año y sexo. Colombia 2002 – 2009



Fuente: EEVV -DANE

Los departamentos que presentaron mayor tasa de mortalidad por SIDA fueron Risaralda (10,22), Atlántico (8,27) y Valle (7,93) por 100.000 habitantes y en todos los departamentos predomina el sexo masculino respecto al femenino.

Tasa de Mortalidad por SIDA por departamento por 100.000 habitantes. Colombia 2009.



Fuente: EEVV- DANE. Procesado Observatorio Nacional de la gestión en VIH- MS Y PS



Porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH (TMI): Se realizó el cambio del indicador de medición de la transmisión madre-hijo del VIH, por el de porcentaje de casos de transmisión materno-infantil del VIH, siendo el Observatorio Nacional de Gestión en VIH del Ministerio de Salud y Protección Social, la fuente información para este indicador. El reporte de este indicador para cada periodo a informar se realizará dos años después, tiempo en el cual se espera haber finalizado y consolidado los resultados del seguimiento de cada niño o niña nacida en el periodo a reportar. Igualmente, hay que tener en cuenta que los datos más rezagados también provienen de las localidades más apartadas, donde hay mayor debilidad institucional: aspecto que puede incidir en el incremento de la cifra, una vez se hayan consolidado todos los datos. La línea de base corresponde a la información del año 2008 que estuvo en 5.8% y para el 2010 se encuentra en 5.1%, con avance de cumplimiento del 18.42%, frente a la meta a 2015.

Comportamiento de la transmisión materno infantil del VIH en menores de 2 años. Colombia 2008 – 2010



Fuente: Observatorio Nacional de la gestión en VIH- MS Y PS. *Los datos 2009 y 2010 son preliminares

De acuerdo con los datos que han ingresado al sistema de información de la estrategia en el año 2009 se tiene un reporte de 511 niños y niñas que han nacido vivos; de estos aun no se cuenta con la información del estado virológico de 161 niños lo cual corresponde al 31%; de igual manera, se desconoce el resultado del parto de 73 (11%) gestantes que ingresaron en este mismo año a la estrategia. Teniendo en cuenta los datos existentes el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH preliminar del año 2009 es del 4.5%.

Análisis Departamental del Porcentaje TMI:

Para el 2009, los departamentos de La Guajira y Cesar presentaron el mayor porcentaje de TMI del VIH (20%), seguida de Chocó con el 18.2%, Caldas y Córdoba con el 16.7%. Dentro de los factores pre disponibles están la captación tardía de las gestantes y por ende un diagnóstico tardío de infección por VIH que aumenta la probabilidad de infección en el recién nacido. Los departamentos de Antioquia, Valle, Barranquilla y Cartagena presentan porcentajes inferiores al nacional.

Con referencia al tipo de aseguramiento el subsidiado presenta mayor número de casos (43.4%), seguido del no afiliado (34,7%), el 17.3% para el régimen contributivo, y el régimen de excepción es el que aporta el menor número de casos (4,3%).



Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en menores de 2 años por entidad territorial y sexo. Colombia 2009

Dirección Territorial	Hombre < 2 años	Mujer < 2 años	% de Transmisión
Cesar	1	0	20,00%
La Guajira	1	0	20,00%
Chocó	0	2	18,20%
Caldas	1	1	16,70%
Córdoba	1	2	16,70%
Risaralda	1	0	12,50%
Santa Marta	0	2	8,70%
Nariño	1	0	7,10%
Huila	0	1	6,70%
Meta	0	1	6,70%
Sucre	1	0	6,30%
Tolima	0	1	5,60%
Santander	1	0	4,80%
Cartagena	0	1	3,80%
Barranquilla	1	0	2,50%
Valle	2	0	2,20%
Antioquia	0	1	1,80%
Total	11	12	
Porcentaje de transmisión materno infantil país 2009			4.5%

Fecha de Corte: 1 septiembre de 2011

Fuente: Observatorio estrategia materno infantil del VIH – MS Y PS – 2009.

En el año 2010 se tiene un reporte de 509 niños y niñas que han nacido vivos; de estos aún no se cuenta con la información del estado virológico de 248 niños y niñas lo cual corresponde al 48%; de igual manera se desconoce el resultado del parto de 226 (33%) gestantes que ingresaron en este mismo año a la estrategia. Teniendo en cuenta los datos existentes a la fecha el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH preliminar del año 2010 es del 5.1%.

Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en menores de 2 años por entidad territorial y sexo. Colombia 2010

Dirección Territorial	Hombre <2 años	Mujer < 2 años	% de Transmisión
Caquetá	0	1	9.1%
Norte de Santander	1	0	8.3%
Bogotá	0	2	7.7%
Cesar	0	2	7.7%
Nariño	1	0	4.5%
Córdoba	1	0	3.8%
Barranquilla	0	1	3.6%



Dirección Territorial	Hombre <2 años	Mujer < 2 años	% de Transmisión
Magdalena	2	0	16.7%
Meta	0	2	14.3%
Casanare	0	1	11.1%
Antioquia	0	1	1.5%
Valle	1	0	1.3%
Chocó	0	2	40%
Risaralda	2	1	30%
Bolívar	2		25%
Santa Marta	1	2	20%
Total	11	15	
Porcentaje de transmisión materno infantil país 2010			5.1%

Fecha de Corte: 1 septiembre de 2011

Fuente: Observatorio estrategia materno infantil del VIH – MS Y PS – 2010. Preliminar

Es importante tener en cuenta que el reporte de este indicador finaliza el 31 de diciembre del 2012, tiempo en el cual se espera haber finalizado y consolidado los resultados del seguimiento de cada niño o niña nacidos en el periodo a reportar.

Chocó, Risaralda y Bolívar presentan el mayor porcentaje de TMI del VIH (40%, 30% y 25% respectivamente), seguida de Santa Marta con el 20%, Magdalena (16.7%) y Meta con el 14.3%.

En cuanto al tipo de aseguramiento, el comportamiento respecto al año 2009 sigue siendo el mismo, donde el régimen subsidiado es el que mayor aporta a la infección por TMI (46%), seguido del no afiliado (34,6%) y el contributivo con el 19,2%.

META UNIVERSAL: 6B: Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Aumentar en 50% la cobertura de terapia antirretroviral.	1. Cobertura de tratamiento anti-retroviral	52,30%	80%	88,50%	
		2003 ⁽³⁾	2010 ⁽³⁾		76,52%

Cobertura de terapia antirretroviral: A pesar que no ha pasado mucho tiempo desde que se definió la línea base de este indicador, para el 2010 se presenta un cumplimiento de la meta a 2015 del 76.52%, este resultado obedece entre otras cosas, a la inclusión de los medicamentos antirretrovirales dentro del Plan Obligatorio de Salud subsidiado y contributivo y al esfuerzo para incrementar la cobertura de aseguramiento.



Fuente: Observatorio Nacional de la gestión en VIH- MS Y PS.

A corte de 31 de diciembre de 2010 se reportaron 17.820 casos de VIH, 13.104 casos de SIDA y 21.791 personas en TAR, alcanzando una cobertura de tratamiento del 80%. El denominador de este indicador se construye asumiendo que el 80% de los casos de VIH reportados requieren tratamiento y se suman a todos los casos de SIDA.

El peso poblacional para el país correspondiente al reporte de este indicador fue del 61% teniendo en cuenta únicamente las DTS y EPS que reportaron en el segundo semestre de 2010. El régimen contributivo es el que tiene mayor cobertura de TAR (88%) y el régimen subsidiado tiene una baja cobertura de oferta del TAR (62%) y 70% para la población no asegurada. Se tiene expectativa por la posible variación en la cobertura de TAR por los reportes no conocidos del 39%, valor importante que podría en el futuro generar datos diferentes. Tanto el reporte de casos de VIH, de SIDA y de TAR es mayor en hombres que en mujeres

Estimación de cobertura de tratamiento antirretroviral. Distribución por tipo de aseguramiento.
Colombia corte a 31 diciembre de 2010.

TIPO DE ASEGURAMIENTO	ESTÁ RECIBIENDO TAR	REQUIERE TAR	COBERTURA TAR
No asegurado	1237	1777	70%
Contributivo	16021	18295	88%
Subsidiado	4533	7287	62%
TOTAL PAÍS	21791	27360	80%

Fuente: Observatorio nacional de la gestión en VIH- MS Y PS corte segundo semestre 2010.
El número estimado de quienes necesitan TAR se calcula sumando el 80% de las personas clasificadas con estado VIH al total de personas clasificadas como sida

Del total de casos de VIH reportados al Observatorio nacional de la gestión del Ministerio de Salud y Protección Social, el 69% corresponden a hombres y el 31% a mujeres, similar comportamiento presentan los casos reportados de SIDA (78% hombres y 22% mujeres) y el 75% de hombres y el 24% de mujeres reciben TAR.



Casos reportados de VIH, SIDA y personas en tratamiento antirretroviral. Distribución por tipo de aseguramiento y sexo. Colombia corte a 31 dic. 2010.

TIPO DE REGIMEN EN SALUD	VIH			SIDA			TAR		
	H	M	Sin dato	H	M	Sin dato	H	M	Sin dato
Población no asegurada	796	511	11	566	137	20	870	339	28
Régimen Contributivo	8388	2225	0	8067	1738	0	12805	3216	0
Régimen Subsidiado	3061	2828	0	1613	963	0	2756	1777	0
TOTAL	12245	5564	11	10246	2838	20	16431	5332	28

Fuente: Observatorio nacional de la gestión en VIH- MS Y PS corte 31 de diciembre de 2010.

META UNIVERSAL: 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Reducir los casos de malaria y dengue.	1. Mortalidad por malaria.	227 casos	28 casos	34 casos	103,11%
		1998 ⁽⁴⁾	2009 ⁽⁴⁾		
	2. Mortalidad por dengue.	234 casos	92 Casos	47casos	75,94%
		1998 ⁽⁴⁾	2009 ⁽⁴⁾		
	3. Letalidad por dengue.	4,64%	1,29%	<2%	100%
		1998 ⁽⁵⁾	2009 ⁽⁵⁾		

Fuente:

(1) Ministerio de salud y Protección Social - Estudios Centinelas. Instituto Nacional de Salud –INS.

(2) DANE, Estadísticas Vitales – EEVV- sin ajuste.

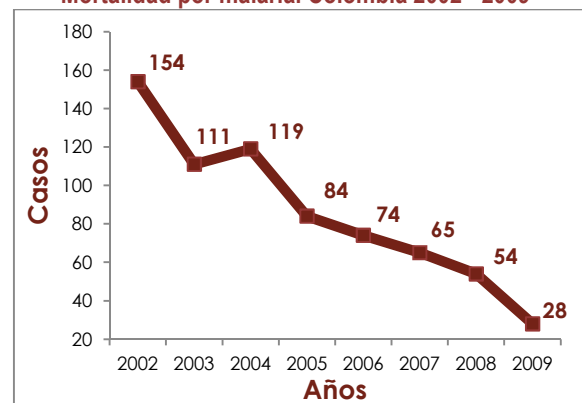
(3) Ministerio de Salud y Protección Social - MPS. Observatorio Nacional de Gestión en VIH.

(4) DANE, Estadísticas Vitales - EEVV -sin ajuste. Ministerio de Salud y Protección Social - MPS. Instituto Nacional de Salud –INS. Sivigila. Registros del Sistema de Vigilancia de Salud Pública.

(5) Ministerio de salud y Protección Social - MPS y DANE

Mortalidad por malaria: Este indicador a 2009, muestra un cumplimiento de manera anticipada, que si bien resulta importante la reducción de muertes, aún deben observarse las diferencias regionales.

Mortalidad por malaria. Colombia 2002 - 2009

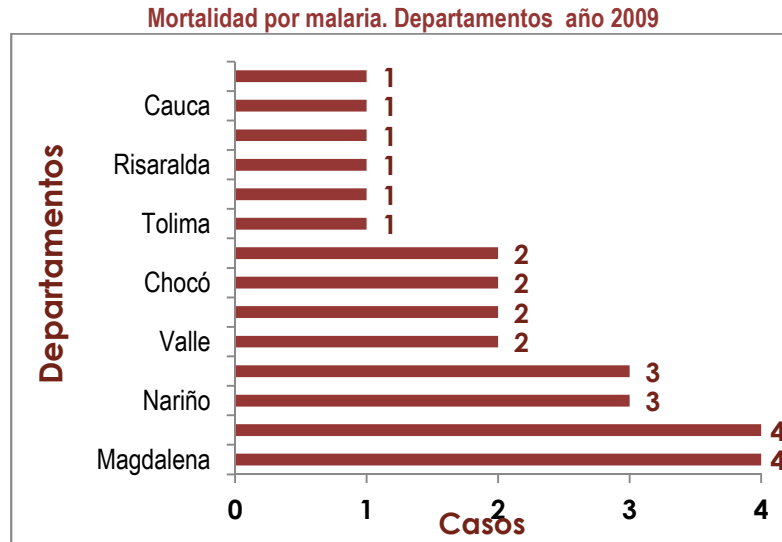


Fuente: DANE, Estadísticas Vitales – EEVV- sin ajuste.



Análisis departamental de la mortalidad por malaria

Para el año 2009, Magdalena y Antioquia con 4 casos respectivamente, son los departamentos con mayores casos de muertes ocasionados por malaria³³.



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales – EEVV- sin ajuste

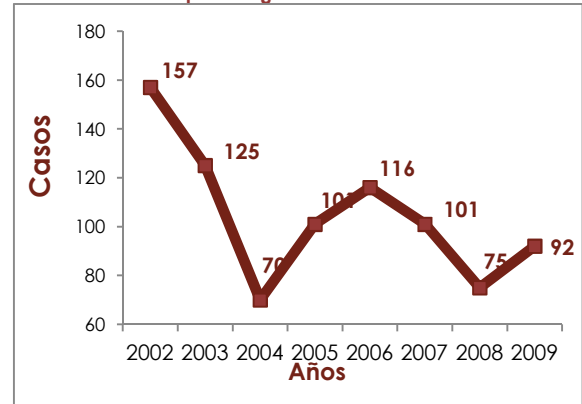
Para el año 1998, Chocó con 99 y Valle con 40 eran los departamentos con los mayores casos de mortalidad por malaria. Estos dos departamentos con 139 casos representaron el 61,2% del total de casos para Colombia en el 1998 (227); al realizar la comparación con respecto a la distancia con la media nacional se observa una marcada reducción para el 2009.

³³ Dado que muchos departamentos no presentan muertes por malaria, solo se exponen los valores máximos.



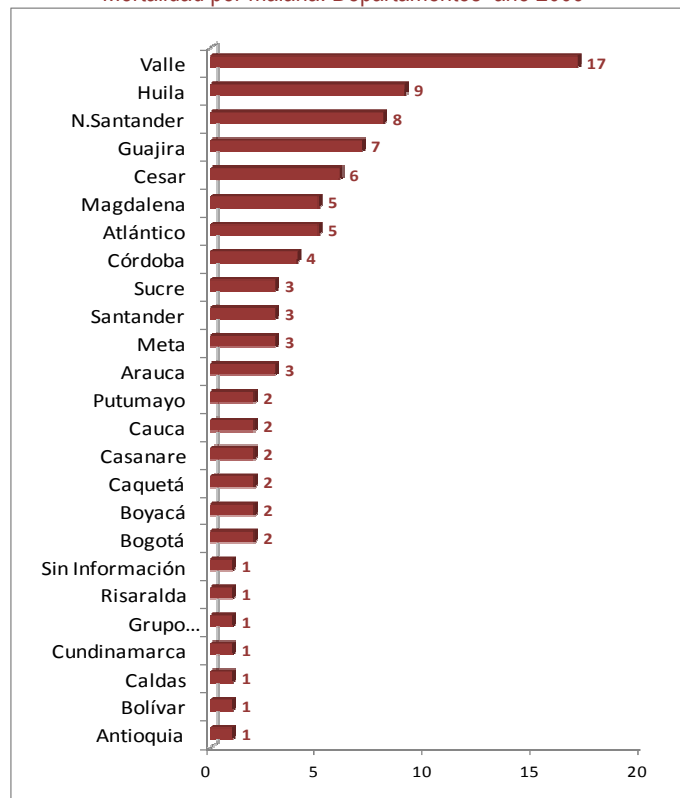
+ **Mortalidad por dengue:** Este indicador muestra una tendencia continua a la disminución de casos, pasando de 234 en 1998 a 92 en 2009, lo que significa una reducción del 61%. Al analizar por sexo, la distribución de casos de mortalidad resulta mayor entre los hombres para casi todos los años observados. A 2009, este indicador ha cumplido un 75.94% de la meta. De seguir con el buen comportamiento registrado en la reducción de casos de mortalidad por dengue, se podría alcanzar el logro de la meta.

Mortalidad por Dengue. Colombia 1998 – 2009



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales – EEVV- sin ajuste

Mortalidad por malaria. Departamentos año 2009³⁴



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales – EEVV- sin ajuste

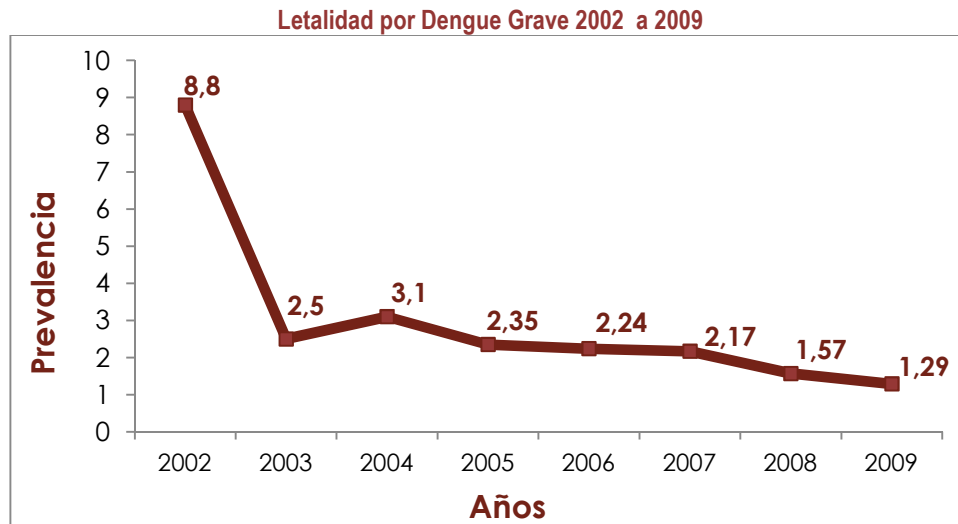
Si bien la reducción de muertes resulta importante, aún deben observarse las diferencias departamentales, como se observa en la grafica 10, para el año 2009, Valle con 17, Huila con 9 y Norte de Santander con 8 casos son los departamentos con mayores muertes a causa de dengue. Es

³⁴ Dado que muchos departamentos no presentan casos de muerte por dengue, no se presentan los valores mínimos.



importante destacar que varios departamentos no presentan casos de malaria por esta razón no son incluidos en la gráfica.

Letalidad por dengue: El dengue en Colombia representa un problema prioritario en salud pública debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de diferentes serotipos, la reintroducción del serotipo tres, la infestación por *Aeegypti* de más de 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción de *Aedes albopictus* y la urbanización de la población.



Fuente: DANE, cálculos Instituto Nacional de Salud -INS

Estrategias, programas y planes sectoriales

La política de prestación de servicios ha avanzado, pero aún existen retos en el acceso a los servicios y en la calidad de la atención. Si bien las barreras de acceso a los servicios se concentran en la falta de dinero, su importancia relativa y como causa de inequidad en el sistema, ha disminuido de manera importante; en tanto que la percepción de mala calidad como razón para no usar los servicios de salud ha aumentado como consecuencia de la exigibilidad que el aseguramiento confiere al derecho a la salud (DNP y otros, 2007)³⁵

Colombia ha hecho esfuerzos importantes para contener la epidemia de VIH. Por mencionar algunas, en el contexto de la promoción de la salud sexual y reproductiva se cuenta con la Comisión Intersectorial para la promoción y Garantía de los derechos sexuales y reproductivos. (Decreto 2968 de 2010), se lanzó la campaña “Por una sexualidad con sentido” y desarrollos de la Política de SSR (Servicios amigables, planificación familiar, salud materna, VBG, IVE).

Se diseñó una Guía para la prevención en VIH/SIDA para cada uno de los grupos de población vulnerable. Con tres ejes comunes: aspectos conceptuales, conceptos básicos VIH/SIDA, estigma y discriminación; se logró la aprobación del Proyecto VIH en 9ª. Ronda de Financiamiento del Fondo

³⁵ Así, en el 2000, el 70% de las personas del quintil uno por riqueza que no asistió a los servicios de salud lo hizo debido a la falta de dinero; en 2005, dicho porcentaje descendió al 58%. Por otra parte, para 2000, el 8% de personas del quintil uno por riqueza no asistieron a los servicios de salud por percepción de mala calidad y en 2005 dicho porcentaje se incrementó al 15%.



Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria y se vienen desarrollando una serie de capacitaciones de la sociedad civil para implementación de las guías y gestión institucional; compra y distribución de 3 millones de preservativos y de modelos de pene y de pelvis femenina.

Con el fin de detectar tempranamente la infección por VIH, se ha logrado movilización social para aumentar la demanda de asesoría y pruebas voluntarias con enfoque de vulnerabilidad; producción de Vídeos como VIH y condón, Vídeo 15 años de campañas y reproducción vídeo Translatina.

Respecto al acceso a la asesoría y las pruebas voluntarias se capacitaron a 60 IPS en cada uno de los departamentos priorizados para la oferta de Asesoría y Prueba Voluntaria – APV, se diseñó material de soporte para APV (Manual y Rotafolio), socialización de la Estrategia con 1.300 profesionales de la salud a través de asistencias técnicas directas (2009-1010-2011.), capacitación exclusiva en APV a 466 profesionales de la salud a través de 9 talleres regionales.

Para detener la progresión de VIH a SIDA y la aparición de resistencia al tratamiento antirretroviral se han logrado avances en la resolución de la Cuenta de Alto Costo para VIH y el curso Esther de capacitación virtual.

Finalmente todo el impulso que se ha dado para la implementación de la vigilancia de segunda generación del VIH, con el desarrollo de estudios de seroprevalencia y comportamiento de mujeres trabajadoras sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables, estudio centinela en gestantes y finalmente los estudios de coinfección TB-VIH y el anidado de sífilis gestacional. Estudios Cualitativo de vulnerabilidad en Mujeres, habitantes de calle (Barranquilla y Bucaramanga) y Consumidores de Drogas de alto Riesgo (CODAR) (Medellín y Armenia).

El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la estrategia para la eliminación de la transmisión perinatal del VIH promueve el reconocimiento y la conciencia entre las mujeres colombianas en edad reproductiva de la importancia de conocer su estado serológico para la infección por VIH y ofrece pruebas diagnósticas para VIH en forma gratuita y oportuna como parte de la atención prenatal de todas las mujeres gestantes no afiliadas al SGSSS. Con la estrategia se promueve la atención integral en salud a las mujeres gestantes con infección por VIH, incluyendo el tratamiento antirretroviral y el apoyo psicosocial a las mujeres gestantes diagnosticadas y a sus núcleos familiares. De la misma manera, promueve el compromiso y participación de las entidades administradoras de planes de beneficios para implementar políticas específicas dirigidas a mantener en el nivel mínimo el riesgo de la transmisión materno infantil del VIH en Colombia.

Las gestantes y sus hijas e hijos expuestos al VIH reciben los siguientes servicios a través de la estrategia:

- Control prenatal.
- Asesoría preprueba y postprueba.
- Prueba de tamizaje para VIH.
- Prueba confirmatoria Western Blot.
- Tratamiento profiláctico antirretroviral anteparto
- Tratamiento profiláctico antirretroviral intraparto
- Pruebas de seguimiento virológico e inmunológico.
- Servicios para el neonato en el programa de crecimiento y desarrollo.



- Profilaxis antirretroviral por 42 días para el recién nacido expuesto al VIH
- Fórmula láctea desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses de vida.

Con el seguimiento y evaluación de los casos también se pretende mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos de VIH constituyéndose en la fuente de datos para el monitoreo y evaluación de la transmisión materno infantil para el VIH.



OBJETIVO 7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

META UNIVERSAL: 7A. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACION ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Reforestar 23.000 hectáreas de bosques anualmente.	1. Superficie reforestada	23.000 Ha/año	28.300 Ha/año	23.000 Ha/año	100%
		2003 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
Eliminar el 10 % de la línea base Hidroclorofluorocarbonos-HCFC.	2. Consumo de Sustancias que agotan la capa de ozono	2.178,77 ton. CFC	CFC: 0 ton. HCFC: promedio de consumos de los años 2009 y 2010	CFC = 0 ton. Eliminar el 10% de la línea base de HCFC	CFC= 0 Cumplimiento del 100%
		1995 ⁽²⁾	2010 ⁽²⁾		

Fuente:

(1).Ecosistemas Continentales, Costeros y Marinos de Colombia - IDEAM, IGAC, SINCHI, IIAP, IAVH e INVEMAR. 2007.

(2).Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible – MADS - Grupo Unidad Técnica de Ozono.

(*) La meta de 22.500 Ha/año reforestada se calcula a partir de la meta establecida para el cuatrienio en el PND 2010-2014, que es de 90.000 Has reforestadas (70.000 has restauradas y 20.000 Has para protección.

Superficie Reforestada: La meta para este indicador es mantener la línea de base en 23.000 hectáreas reforestadas y/o restauradas por año.

Según los reportes del Sistema de Seguimiento a las Metas del Gobierno (SISMEG³⁶), durante el periodo 2002-2010 se reforestaron 28.337.8 hectáreas año. Para el periodo 2002-2006³⁷ se reportaron 121.848 hectáreas reforestadas y/o restauradas, que corresponden a 30.462 hectáreas año y para el periodo 2006-2010³⁸ se reportó el establecimiento de 104.854,82 hectáreas³⁹, de las cuales 79.088,8 hectáreas corresponden a Reforestación de tipo Protector y las restantes 25.845,9 hectáreas fueron establecidas en diferentes modelos de Restauración⁴⁰. La meta en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014⁴¹ es de 280.000 hectáreas restauradas o rehabilitadas con fines de protección, incluyendo corredores biológicos de conectividad.

El Gobierno está desarrollando estrategias de política y proyectos que permitirán cerrar brechas regionales, con el objeto de cumplir la meta en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014⁴². Algunas de las iniciativas son:

36 <http://www.sigob.gov.co/pnd/inst.aspx>

37 Corresponde al periodo Presidencial, incluyendo el segundo semestre del primer año y el primer semestre del último año.

38 Ídem.

39 El dato incluye los resultados del segundo semestre de 2010, 14.700 Has. adicionales al dato presentado en el Conpes Social 140 de 2011.

40 Es necesario identificar la fuente de los datos

41 Corresponde al periodo Presidencial, incluyendo el segundo semestre del primer año y el primer semestre del último año.

42 Ídem.



- Convenios de conservación, restauración y manejo sostenible de ecosistemas forestales en la franja protectora del río Magdalena, sus principales tributarios y humedales, en los que se plantea el establecimiento de 2.197 hectáreas en Reforestación Protectora y diferentes modelos de restauración.
- Mejoramiento del paisaje forestal mediante el establecimiento de herramientas de manejo del paisaje (HMP) para la conformación del corredor biológico páramo Barbillas- microcuencas Los Huevos, Chuzolongo y Pascariguaico en nuevas áreas de los municipios de Almaguer, Sucre y la Vega, núcleo del macizo colombiano, departamento del Cauca, a través del establecimiento de 450 hectáreas en Reforestación Protectora.
- Programa de fortalecimiento de la gestión forestal para la conservación, restauración ecológica y competitividad en Colombia, a través de los siguientes proyectos:
 - 9500 hectáreas en procesos de rehabilitación y recuperación, orientados a aumentar las coberturas forestales en iniciativas de conectividad que tengan impacto regional (1500 ha en rehabilitación y 8000 ha en recuperación).
 - 9100 hectáreas en proceso de restauración en áreas de alta importancia hídrica, con prioridad en bosques alto andinos y en ecosistemas de subpáramos (1900 ha en rehabilitación y 7200 ha en recuperación).
 - 1400 ha en proceso de rehabilitación o restauración ecológica al interior de Reservas Forestales Protectoras y Protectoras – Productoras
- Proyecto - Restauración, recuperación y rehabilitación de 60.000 hectáreas de ecosistemas en las macrocuencas Magdalena - Cauca y Caribe, con recursos del Fondo de Adaptación.

- **Proporción de la superficie cubierta por bosque natural:**

La superficie total ocupada por los bosques en Colombia es de 69.555.974 hectáreas equivalentes al 60,92% de la superficie continental del país. La superficie ocupada por bosques se encuentra conformada por coberturas de: i) Bosque natural, con un área de 61.246.659 hectáreas equivalentes al 88,05% de la superficie total de bosques y al 53,64% de la superficie continental del país, ii) Bosque plantado con un área de 161.161 hectáreas equivalentes al 0,23% de la superficie total de bosques y al 0,14% de la superficie continental del país, iii) Vegetación secundaria con un área de 8.148.154 hectáreas equivalentes al 11,71% de la superficie total de bosques y al 7,14% de la superficie continental del país.

Aunque durante las últimas décadas en Colombia se han realizado diferentes aproximaciones para la estimación de la superficie de bosques, cada una de ellas ha empleado diferentes metodologías, lo que no las hace comparables entre sí y en consecuencia no permite contar con una serie histórica representativa del indicador; no obstante, a partir de la elaboración del Mapa de Ecosistemas Continentales, Costeros y Marinos de Colombia (IDEAM *et al.*, 2007), se cuenta con un referente metodológico homologado para el país, ya que es producto del consenso de los cinco Institutos de



Investigación Ambiental y el IGAC, y en consecuencia debe ser asumido como la línea base para el país en materia de análisis sobre la cobertura de bosques⁴³.

Por otra parte, teniendo en cuenta que la construcción de este indicador se realiza mediante la elaboración del mapa de coberturas vegetales, el cual se obtiene a partir de la interpretación de imágenes de satélite, que en algunos casos no están disponibles por nubosidad, costos u otros factores, se considera que la actualización de este indicador se debe realizar cada cinco años.

Teniendo en cuenta el contenido de la lista oficial de indicadores de los ODM vigente, se acordó reportar tres indicadores: Proporción de la superficie continental cubierta por bosque natural (Conpes 91 de 2005,) Proporción de la superficie continental cubierta por bosque (bosque natural, bosque plantado y vegetación secundaria), y Proporción de la superficie cubierta por bosque que corresponde a bosque natural.

✚ **Consumo de Sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO):** Colombia ha reducido de forma sostenida el consumo de SAO. La eliminación de las sustancias más agresivas al ozono, específicamente los CFC y los halones se cumplió de acuerdo a los compromisos adquiridos por el país. Ahora el país está enfocado en preparar la estrategia de eliminación de los hidroclorofluorocarbonos (HCFC), sustancias que se utilizaron para eliminar los CFC. Para el País la línea base a partir de la cual se medirá la eliminación de los HCFC es el promedio de consumo de los años 2009 y 2010 (línea base 2.791,72 toneladas). La meta del país para el año 2015 es eliminar el 10% de la línea base de consumo de los HCFC (reducción de 279,17 toneladas).

Por lo tanto el Indicador se ajusta para integrar el reporte de todas las sustancias que agotan la capa de ozono y se medirá con base en la eliminación de los HCFC. Actualmente los principales HCFC que se consumen en Colombia son el HCFC-22 y el HCFC-141b, usados en refrigeración y en espumas de poliuretano, y usos menores de HCFC-123, HCFC-124 y HCFC-142b.

- **Emisiones de Gases de Efecto Invernadero (CO₂, CH₄, N₂O). Total, Per cápita y por dólar PPA del PIB:**

El Manual de indicadores para el monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio prevé el cálculo de las emisiones de CO₂ exclusivamente, no obstante Colombia estima y reporta adicionalmente las emisiones de metano y óxido de nitrógeno, todos agregados bajo la denominación de emisiones de gases efecto invernadero (GEI), con el propósito de abarcar un enfoque más amplio. En este contexto, los indicadores ODM son: Emisiones de Gases de Efecto Invernadero (CO₂, CH₄, N₂O), Total, Per cápita y por dólar PPA del PIB.

Estos indicadores no fueron incluidos en el Conpes Social 91 de 2005, no obstante en el III Informe ODM 2008 Colombia presenta la estimación de las emisiones de los tres principales gases efecto invernadero, por cada uno de los módulos, expresadas tanto en unidades de masa de cada uno de los gases, como en unidades de CO₂ equivalente. Posteriormente en el Conpes Social 140 de 2011 fueron adoptados como

⁴³ 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.



indicadores complementarios⁴⁴; es decir, que al momento de formular el Conpes aún no se contaba con metas establecidas para los años 2014 y 2015, en razón a que la definición de estas metas requiere de ejercicios de modelación que den soporte a la toma de decisiones, los cuales aún no están consolidados; pero se considera de importancia estratégica monitorear estos indicadores, de modo que el País pueda dar cumplimiento a los compromisos asumidos en el marco de la Cumbre del Milenio, por lo tanto es indispensable que formen parte de los informes de seguimiento a los Objetivos del Milenio que se elaboren a futuro. Las metodologías usadas para el cálculo del inventario de emisiones de GEI (CO₂, CH₄ y N₂O), fueron las propuestas por el Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático. La información se encuentra disponible para los años 1990, 1994, 2000 y 2004, en los cuales se ha realizado el inventario de GEI.

Colombia reporta las emisiones de GEI para los 3 gases más importantes (dióxido de carbono CO₂, metano CH₄, óxido nitroso N₂O), expresadas en las subunidades originales (no equivalente) y en Gigagramos de CO₂ equivalente, para comparar y agregar las emisiones de los diferentes gases. Con relación al peso o representatividad del aporte de cada uno de los gases de efecto invernadero (GEI), alrededor del 90% de las emisiones colombianas, en unidades de CO₂ equivalentes, se componen de dióxido de carbono (50%), metano (30%) y óxido nitroso (19%), quedando el 1% para el resto de gases que causan el efecto invernadero y que no están dentro del Protocolo de Montreal⁴⁵

META UNIVERSAL: 7B. Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACION ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Consolidar las áreas protegidas del SPNN, incrementando la proporción de áreas protegidas del SPNN- en 1.000.000 has, y formular los planes de manejo para la totalidad de las áreas.	1. Proporción de la superficie total protegida por el Sistema de Parques Nacionales Naturales – SPNN.	4,48%	6,09%	6,57%	77,03%
		1999 ⁽¹⁾	2011 ⁽¹⁾		
	2. Proporción de áreas protegidas que cuentan con planes de manejo socialmente acordados.	17,39%	92,86%	100%	91,36%
		1999 ⁽²⁾	2011 ⁽²⁾		

Fuente:

(1) Base de datos, inventario de áreas protegidas del Sistema Nacional de Áreas Protegidas - SINAP.

(2) Unidad Administrativa Especial del SPNN.

Proporción de superficie total protegida: Respecto a las áreas protegidas a través del SPNN, con el Conpes Social 140 de 2011 se ajustó el indicador para incluir además de las áreas continentales, las marinas e insulares que son declaradas bajo este esquema de protección y se ajustó la meta a 2015. El indicador ajustado es Proporción de la superficie total protegida por el Sistema de Parques Nacionales

44 Cada uno de estos indicadores cuenta con metadato formulado, dando cumplimiento a los requisitos establecidos por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Los contenidos de cada metadato fueron elaborados y avalados por la Entidad que tiene la competencia legal para producir la información ambiental respectiva.

45 Inventario Nacional de Fuentes y Sumideros de Gases de Efecto Invernadero 2000-2004. IDEAM, 2009. Pág. 32

<http://www.cambioclimatico.gov.co/contribucion1.html>



Naturales. Se calcularán adicionalmente dos indicadores complementarios: Proporción de la superficie continental protegida por el SPNN y Proporción de la superficie marina e insular protegida por el SPNN.

El último dato reportado en Julio de 2011 del indicador “Proporción de la superficie total protegida por el Sistema de Parques Nacionales Naturales” corresponde un a porcentaje de 6.09%, de las cuales 11.4 millones de hectáreas son superficie continental (9.98%) y 1.2 millones de hectáreas superficie marina e insular (1.3%), es decir que presenta un avance de cumplimiento de la meta del 77.03%, que se estableció en el 6.57%. La diferencia con lo reportado en el año 2010 se debe a la declaratoria del Parque Nacional Natural Uramba Bahía Málaga, que tiene una extensión de 47.094 hectáreas.

En cuanto al tema de áreas protegidas el Conpes Social 91 de 2005 estableció como meta incorporar 165.000 nuevas hectáreas al Sistema de Parques Nacionales, lo cual se ha logrado superar ampliamente mediante la incorporación de 1.276.370 hectáreas. La nueva meta establecida en el Conpes Social 140 de 2011 es de 2 millones de hectáreas para el Sistema Nacional de Áreas Protegidas SINAP, de las cuales 1 millón correspondería al Sistema de Parques Nacionales Naturales SPNN, es decir el 6.57%⁴⁶. Por otra parte, el porcentaje de ecosistemas que están incluidos y adecuadamente representados en el Sistema de Parques Nacionales Naturales es del 46 %. El reto para el País en esta materia se relaciona con la implementación del Conpes 3680 de 2010 denominado “Lineamientos para la Consolidación del Sistema Nacional de Áreas Protegidas”, el cual se orienta al aumento de la representatividad ecológica del Sistema, a partir de la declaratoria o ampliación de áreas protegidas que estén localizadas en sitios altamente prioritarios, que consideren así mismo elementos para mejorar la conectividad e integridad ecológica y que aseguren la generación de servicios ambientales, tales como el agua.

Proporción de áreas protegidas que cuentan con planes de manejo: Este indicador presenta un ajuste en su línea base, la cual corresponde al año 1999 con el 17% de planes formulados. En el año 2011 se cuenta 92.8% de planes formulados; es decir, de las 56 áreas protegidas, 52 tienen plan de manejo formulado, de los cuales 48 han sido adoptados mediante resolución. Este indicador se podrá cumplir de manera anticipada.

⁴⁶ Esta meta se estableció inicialmente en el Conpes 3680 de 2010 y fue adoptada en el Conpes Social de Metas del Milenio en 2011.



META UNIVERSAL: 7C. Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Incorporar a la infraestructura de acueducto a por lo menos 5,9 millones de nuevos habitantes urbanos y 1,4 millones de habitantes rurales a una solución de abastecimiento de agua.	1. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados. Zona urbana.	94,60%	96,70%	99,20%	45,65%
		1993 ⁽¹⁾	2010 ⁽²⁾		
	2. Proporción de la población con acceso a métodos de abastecimiento de agua adecuados. Zona rural.	41,01%	72,50%	78,15%	84,79%
		1993 ⁽¹⁾	2010 ⁽²⁾		
Incorporar 7,7 millones de habitantes a una solución de alcantarillado urbano y 1 millón de habitantes a una solución de saneamiento básico, incluyendo soluciones alternativas para las zonas rurales.	3. Proporción de la población con acceso a métodos de saneamiento adecuados. Zona urbana	81,80%	89,90%	96,93%	53,54%
		1993 ⁽¹⁾	2010 ⁽²⁾		
	4. Proporción de la población con acceso a métodos de saneamiento adecuados. Zona rural	51%	66,60%	72,42%	72,83%
		1993 ⁽¹⁾	2010 ⁽²⁾		

Fuente:

(1). DANE. Encuesta Nacional de Hogares.

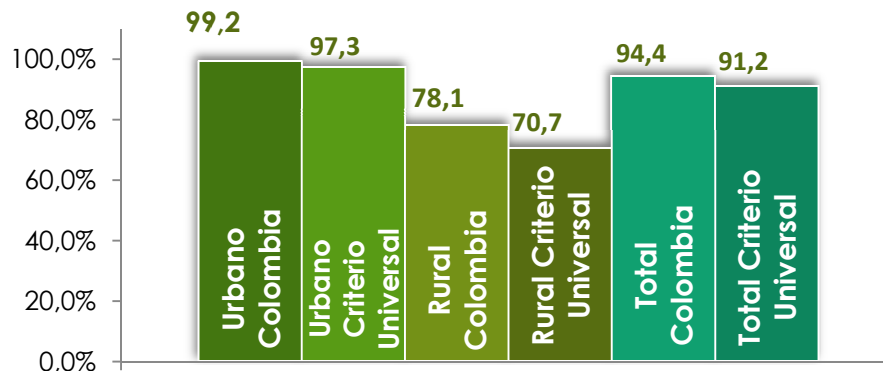
(2). Cálculos DNP-DDU. Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH del DANE, 2008.

Proporción de población con abastecimiento de agua adecuado.

Cabecera: Este es un indicador que presenta un rezago de cumplimiento, mostrando un avance del 45.65%, frente a la meta establecida.

Proporción de población con abastecimiento de agua adecuado. Resto:

Entre 1993 y 2010, se ha aumentado la proporción de población con abastecimiento de agua adecuado en 31.49 pp., alcanzando un cumplimiento en el avance con respecto a la meta establecida del 84.79%.





Durante el período 2004 – 2008, se presentó un importante avance, en tanto que, en 2009 se observa un leve descenso en las coberturas de abastecimiento de agua a nivel país, situación que coincide con los ajustes al instrumento de medición efectuados ese mismo año⁴⁷.

Abastecimiento de agua adecuados	2004	2005	2007	2008	2009	2010
Total Avance	89.4%	91.5%	90.4%	91.2%	90.2%	91%

En 2006 y 2009 se realizaron modificaciones a la metodología del instrumento de seguimiento.

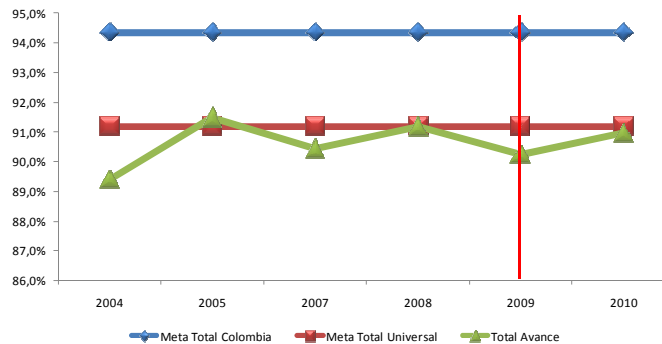
A nivel de cabecera municipal, Colombia en el 2010 se encontraba a 2.5% de lograr la meta de acceso a abastecimiento de agua establecida a nivel país para el 2015, y a 0.6% de la meta universal.

En cuanto a la zona rural⁴⁸ el país está a 5.6% de lograr la meta de acceso a sistemas de abastecimiento de agua, en tanto que en 2010 se superó en 1.8 % la meta universal definida para 2015. Ver cuadros.

Métodos de abastecimiento de agua adecuados - Cabecera	Valor	Métodos de abastecimiento de agua adecuados - Rural	Valor
Meta Cabecera Colombia 2015	99,2%	Meta Rural Colombia 2015	78,1%
Meta Cabecera Universal 2015	97,3%	Meta Rural Universal 2015	70,7%
Cabecera Avance 2010	96,7%	Rural Avance 2010	72,5%
Diferencia con Meta país	-2,5%	Diferencia con Meta país	-5,6%
Diferencia con Meta Universal	-0,6%	Diferencia con Meta Universal	1,8%

Las gráficas siguientes muestran la evolución de la cobertura de los métodos de abastecimiento de agua adecuada con respecto a las metas del país y universal, así como las desagregadas para la cabecera y rural² en el periodo 2004 a 2010.

META PAÍS Y UNIVERSAL. AVANCE ABASTECIMIENTO DE AGUA ADECUADA A 2010.

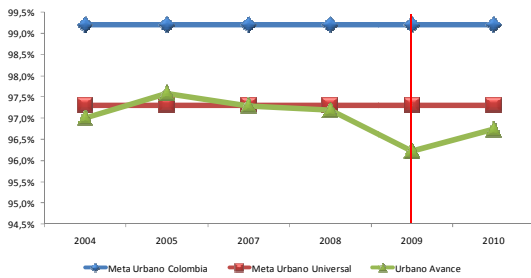


47 Cuyos resultados se reportaron en el primer semestre de 2011

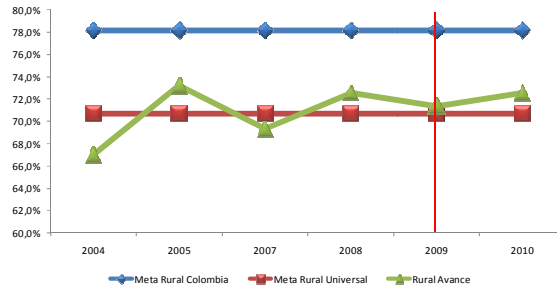
48 Rural entendida como la desagregación definida en la Gran Encuesta Integrada de Hogares como "Resto"



AVANCE EN ABASTECIMIENTO DE AGUA ADECUADA CABECERA A 2010.

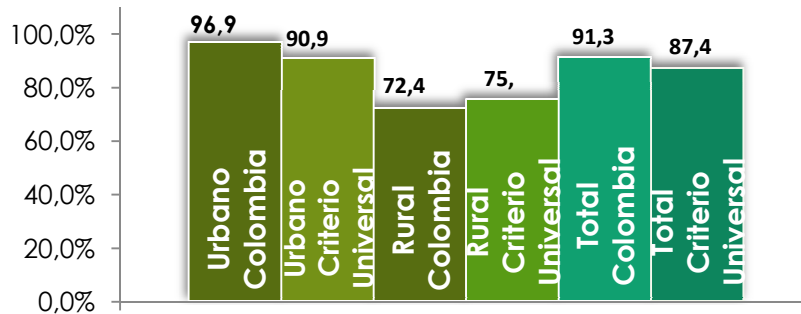


AVANCE EN ABASTECIMIENTO DE AGUA ADECUADA RURAL A 2010.



✚ **Proporción de población con métodos de saneamiento adecuados. Cabecera:** A 2010 el 89.90% de la población cuenta con métodos de saneamiento adecuados, sin embargo la meta del 96.93% establecida, muestra un rezago en su cumplimiento, con un avance del 53.54%.

✚ **Proporción de población con métodos de saneamiento adecuados. Resto:** A 2010 este indicador se encuentra en 66.60% y su meta establecida de 72.42%, evidencia un cumplimiento del 72.83% de avance con respecto a la meta.



Entre 2004 y 2008 se observa una tendencia creciente de las coberturas de saneamiento. Al igual que en el caso de abastecimiento de agua, para el año 2009 presenta un descenso, que coincide con los ajustes al instrumento de medición, tendencia que vuelve a ser positiva en 2010.

Saneamiento adecuado	2004	2005	2007	2008	2009	2010
Total Avance	82.5%	84.6%	85.7%	86.2%	83.9%	84.3%

En el año 2006 se presentó modificación en la metodología del instrumento de seguimiento.

Si se analiza de manera desagregada el avance de cobertura de los métodos de saneamiento adecuados para el año 2010, se encuentra que a nivel de cabecera municipal se está a 7.1% de lograr la meta que el país se fijó para el 2015, y a 1% de la meta universal.

En cuanto a la zona rural⁴ se está a 5.8% de lograr la meta y a 8.9 % de lograr la meta universal para 2015. Ver cuadros.

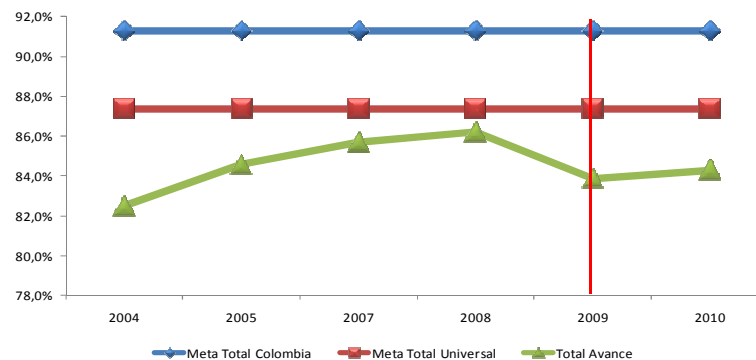


Métodos de saneamiento adecuados - Cabecera	Valor
Meta Cabecera Colombia 2015	96,9%
Meta Cabecera Universal 2015	90,9%
Cabecera Avance 2010	89,9%
Diferencia con Meta país	-7,1%
Diferencia con Meta Universal	-1,0%

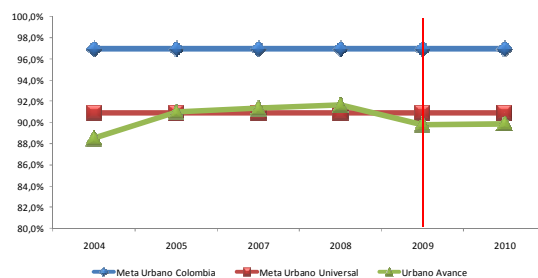
Métodos de saneamiento adecuados Rural	Valor
Meta Rural Colombia 2015	72,4%
Meta Rural Universal 2015	75,5%
Rural Avance 2010	66,6%
Diferencia con Meta país	-5,8%
Diferencia con Meta Universal	-8,9%

Las gráficas siguientes muestran la evolución de la cobertura de saneamiento adecuado con respecto a las metas del país y universal y desagregadas para la cabecera y rural⁴⁹ en el periodo 2004 a 2010.

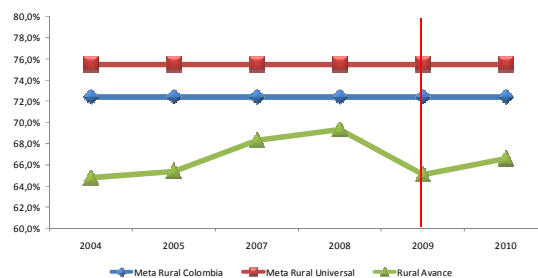
META PAÍS Y UNIVERSAL. AVANCE EN SANEAMIENTO ADECUADO A 2010.



AVANCE SANEAMIENTO ADECUADO CABECERA A 2010.



AVANCE SANEAMIENTO ADECUADO RURAL A 2010.



OTROS INDICADORES DE MEDICION DE LA GESTIÓN DEL SECTOR.

Para el efecto se presentan los avances de tres indicadores estratégicos del sector, que evidencian tanto la gestión, como la dinámica que se ha mantenido en el sector de agua potable y saneamiento básico para lograr las metas propuestas.

- Obras civiles

El DANE desarrolló y ha venido calculando el Indicador de Inversión en Obras Civiles (IIOC), a través del cual se conoce la evolución de la inversión realizada en obras de infraestructura en el país, a partir de los pagos efectuados por las entidades públicas y las empresas privadas a los constructores. Estas obras se

⁴⁹ Rural entendida como la desagregación definida en la Gran Encuesta Integrada de Hogares como "Resto"

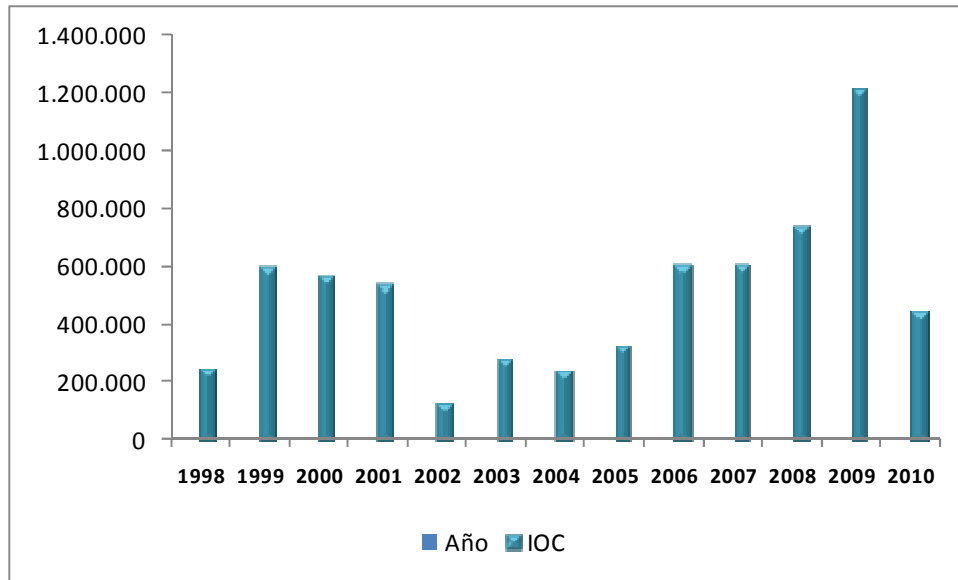


reflejan en la mejora de los sistemas y la consiguiente ampliación de cobertura y mejoramiento de la calidad de prestación de los servicios de acueducto y alcantarillado.

Es así como durante los años 2007 y 2008 este indicador reporta inversiones por \$1.35 billones (pesos de 2005) mientras que para los años 2009 y 2010 asciende a \$1.66 billones, mostrando un incremento del 23% en este último periodo⁵⁰.

Como se puede observar en el gráfico, el año 2009 se destaca por el nivel de inversiones en obras civiles dentro de las cuales se encuentran las inversiones del sector de agua y saneamiento.

EVOLUCIÓN INDICADOR DE OBRAS CIVILES



- **Nuevos usuarios de los servicios públicos de acueducto y alcantarillado reportados al Sistema Único de Información – SUI.**

A través de la información que reportan los prestadores al Sistema Único de Información SUI se evidencia la vinculación de 100.973 nuevos suscriptores al servicio de acueducto y 102.352 suscriptores al servicio de alcantarillado durante el año 2009⁵¹. De acuerdo con estas cifras y considerando un promedio de 4.5 habitantes por suscriptor, la nueva población atendida es de 454.378 en acueducto y 460.584 para alcantarillado para ese año, valores que no incluyen las soluciones individuales, como pozo séptico, ya que estas no son reportadas al SUI⁵².

- **Inversiones nacionales en agua potable y saneamiento básico.**

El Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial a través de los Planes Departamentales de Agua y Saneamiento - PDA ha priorizado, entre agosto de 2008 y el mismo mes del año 2011, 1.776 proyectos de inversión del sector por valor de \$3.23 billones de pesos, de los cuales se han viabilizado 531, por el mecanismo de Ventanilla Única, por valor de 1.38 billones de pesos durante citado periodo.

⁵⁰ Incluye construcción, mantenimiento, reparación y adecuación de plantas de tratamiento, y embalses, así como la construcción, mantenimiento, reparación y adecuación de sistemas de acueducto y alcantarillado y adecuación de sistemas de micromedición.

⁵¹ Muestra de empresas que agrupa el 43% de la población urbana

⁵² El artículo 14 de la Ley 689 de 2001 asignó a la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios la función de administrar, mantener y operar el Sistema Único de Información – SUI.



META UNIVERSAL: 7D. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes en tugurios.

META NACIONAL	INDICADORES	LÍNEA BASE	SITUACIÓN ACTUAL	META A 2020	% DE AVANCE
Reducir los hogares que habitan en asentamientos precarios.	1. Proporción de hogares que habitan en asentamientos precarios.	19,90%	15,60%	4%	27,04%
		2003 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		

Fuente:
(1)DANE, ECH - GEIH. Cálculos MAVDT, DNP – DDU.

La medición del indicador de asentamientos precarios, tiene como objetivo evidenciar la evolución de los hogares que residen en condiciones de carencias físicas habitacionales, lo cual generalmente tiene una relación directa con el fenómeno de pobreza urbana.

Para la construcción del indicador se tienen en cuenta las siguientes carencias:

- Acceso a agua potable: hogares sin acueducto.
- Acceso a saneamiento básico: hogares sin alcantarillado.
- Durabilidad de la vivienda: hogares en viviendas con materiales inadecuados en paredes y pisos.
- Hacinamiento: hogares con área insuficiente para vivir.

La meta universal en materia de vivienda, propone mejorar de forma considerable la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios para el año 2020⁵³. La meta nacional establece reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios urbanos para esa fecha⁵⁴. La línea base que se estableció corresponde al dato reportado en 2003 con 19,9%⁵⁵ del total de los hogares urbanos del país. De otro lado, de acuerdo con lo establecido en el CONPES Social 140 de 2011, la meta a 2014 corresponde al 12,36%.

Para el seguimiento de la meta se ha utilizado como fuente de información a partir de 2007 la Gran Encuesta Integrada de hogares - GEIH del DANE. Del año 2003 a 2005 la fuente de información es la Encuesta Continua de Hogares – ECH del DANE; el dato del año 2006 no se presenta en la serie debido a falta de comparabilidad en las fuentes de información.

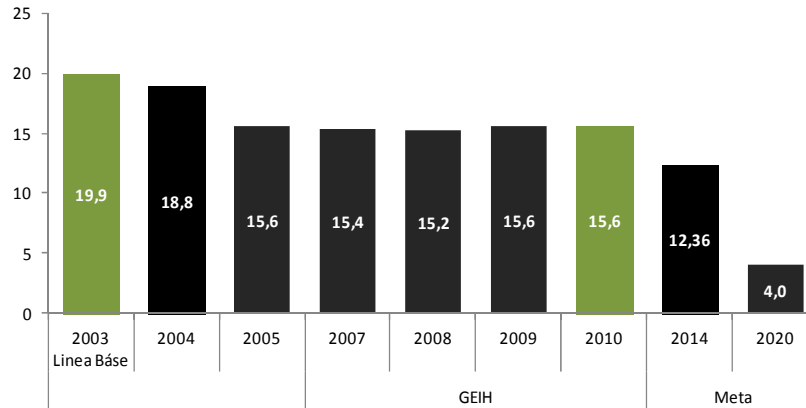
53 Naciones Unidas. Objetivos del Milenio. Febrero de 2003.

54 Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 91: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015. Marzo de 2005.

55 Presidencia de la República, DNP, Naciones Unidas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, II informe de seguimiento, 2008. Bogotá, 2010.



Hogares Urbanos en Asentamientos Precarios, 2003 -2008.



Fuente: DANE, ECH 2002 – 2005, GEIH 2007 – 2010. Cálculos DNP – DDU.

Con respecto a la línea base, en el año 2010 el indicador reportó una disminución total de 4,3 puntos porcentuales. En comparación con el año inmediatamente anterior (2009) la proporción de hogares que habitan en asentamientos precarios se mantuvo constante con 15,6%. Lo anterior puede ser explicado en parte por el crecimiento sostenido del número de hogares urbanos en el país, que ha resultado ser mayor con relación a la proporción de hogares con ampliación en la cobertura de servicios públicos y mejora de vivienda en las otras carencias que hacen parte del indicador.

De acuerdo con la combinación de carencias que reportan los hogares, esos son calificados como asentamientos precarios mejorables y no mejorables. Los asentamientos precarios no mejorables son aquellos que adicional a presentar carencia en el servicio de alcantarillado, también cuentan con materiales inadecuados en la estructura de su vivienda, es decir, paredes o pisos.

Hogares Urbanos según tipo de precariedad 2009 – 2010

Concepto	2009	%	2010	%
Total Hogares	9.255.207	100,0	9.516.487	100,0
Fuera de Precariedad	7.810.433	84,4	8.031.541	84,4
En precariedad	1.444.774	15,6	1.484.946	15,6
Por tipo de precariedad				
Asentamiento Mejorable	1.180.784	12,8	1.212.921	12,7
Asentamiento No Mejorable	263.990	2,9	272.024	2,9

Fuente: DANE, GEIH 2009 – 2010. Cálculos DNP – DDU.

En el año 2010 el 2,9% de los hogares en asentamientos precarios correspondieron a no mejorables. Al igual que el indicador consolidado, esta desagregación tampoco registró variación con respecto al año 2009, en el cual se presentó una participación equivalente.

Regionalización del indicador de hogares que habitan en asentamientos precarios.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 1450 del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 Prosperidad para Todos, en el cual se establece que “*las entidades territoriales informarán a los ministerios, entidades competentes y el Departamento Nacional de Planeación, de la inclusión en sus Planes de Desarrollo de objetivos, metas y estrategias concretas dirigidas a la consecución de las Metas*”



del Milenio, a las que se ha comprometido internacionalmente la Nación”, y acorde con la recomendación número siete del CONPES Social 140 de 2011, en la cual se solicita a las entidades territoriales “incluir en sus planes de desarrollo las políticas y estrategias que contribuyan al aceleramiento y logro de los ODM”, se procedió a hacer una desagregación del dominio de los indicadores de seguimiento para obtener información de tipo territorial.

En este sentido, la propuesta de regionalización consiste en presentar el indicador de seguimiento con una desagregación regional a partir de la fuente oficial de información que es la GEIH de 2009 y 2010.

Hogares urbanos en asentamientos precarios, según regiones GEIH. 2009 – 2010

Concepto	2009			2010		
	Hogares T	H Precarios	% HAP	Hogares T	H Precarios	% HAP
Atlántica	1.647.505	633.830	38,5	1.715.639	642.342	37,4
Oriental	1.556.228	173.176	11,1	1.588.911	173.472	10,9
Central	2.400.570	231.299	9,6	2.451.901	251.544	10,3
Pacífica	1.527.774	267.839	17,5	1.555.658	275.663	17,7
Bogotá	2.123.130	138.631	6,5	2.204.378	141.924	6,4
Total	9.255.207	1.444.774	15,6	9.516.487	1.484.946	15,6

Fuente: DANE, GEIH 2009 – 2010. Cálculos DNP – DDU.

La región con mayor proporción de hogares en asentamientos precarios fue la Atlántica con 37,4%, seguida de la Pacífica con 17,7%. Bogotá como región es la que registra la menor participación de hogares en asentamientos precarios con 6,4%.

En comparación con 2009 se registran disminuciones en la participación de la precariedad en las regiones Atlántica, Oriental y en Bogotá, con -1,0, -0,2y -0,1 puntos porcentuales respectivamente.

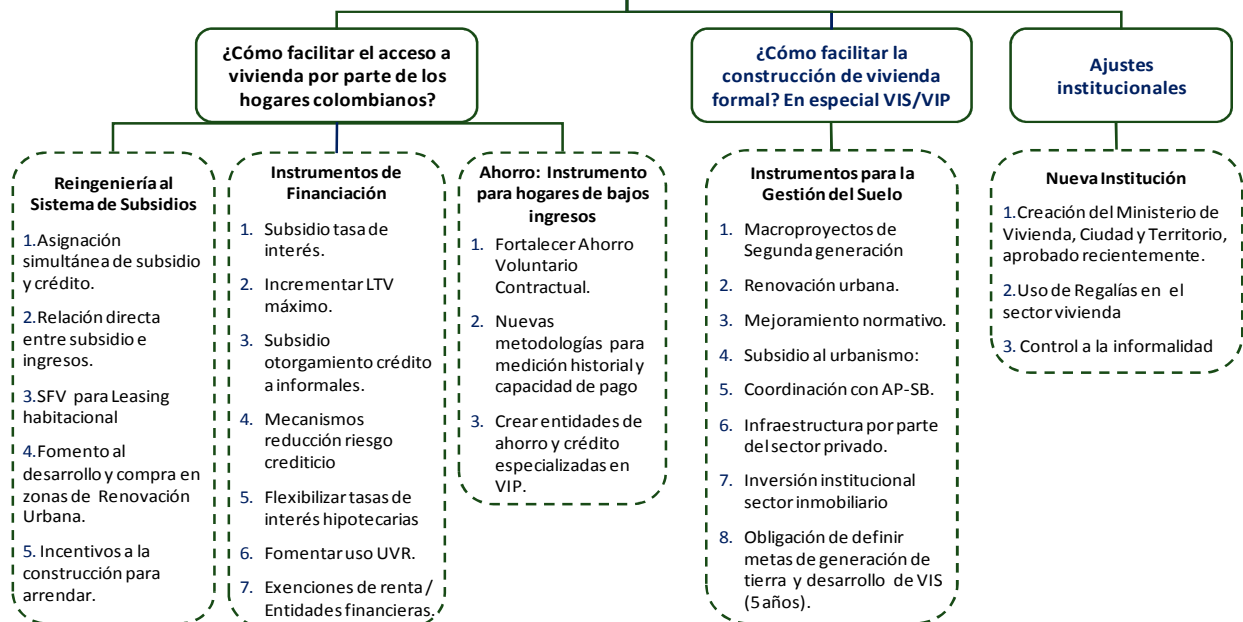
Políticas y Estrategias que apoyan el cumplimiento de la meta

Las políticas nacionales de vivienda y desarrollo urbano están encaminadas a gestionar un modelo mixto que permita proveer herramientas de demanda y de oferta, que faciliten el acceso a la vivienda por parte de los hogares de bajos ingresos y la construcción de vivienda formal. Lo anterior contribuye a la reducción de hogares que habitan en asentamientos precarios, ya que esta situación está asociada directamente a la oferta insuficiente de Vivienda de Interés Social -VIS y a las restricciones que afronta la población pobre para acceder al mercado formal de la misma.



Instrumentos de oferta y demanda

Consolidación de un Modelo de Oferta y Demanda de la política de vivienda



Fuente: Viceministerio de Vivienda, MVCT.

La apuesta para alcanzar la meta del millón de viviendas iniciadas durante el cuatrienio 2010-2014 parte de una visión integral, que contempla medidas para facilitar el acceso a vivienda por parte de los hogares colombianos e instrumentos para garantizar la existencia de suelo urbanizable para la construcción de vivienda, a través de estrategias encaminadas a consolidar el modelo de oferta y demanda de la política de vivienda.

■ Avances por el lado de la demanda

Por el lado de la demanda, se está ajustando el programa del Subsidio Familiar de Vivienda -SFV, para mejorar su ejecución, mediante las siguientes estrategias: **i)** aprobación simultánea de subsidio y crédito, **ii)** simplificación de las bolsas del Programa del SFV para llegar a departamentos de difícil de acceso, **iii)** mayor valor del SFV para familias en situación de desplazamiento a través de los recursos de promoción de oferta para población desplazada, **iv)** anticipo del SFV para la generación de oferta de vivienda (Macros, PIDUS, Fenómeno de la Niña, etc.), **v)** articulación del SFV con el leasing habitacional, **vi)** articulación del SFV con un nuevo mecanismo “Arrendamiento con Opción de Compra”. Bajo este contexto, entre agosto de 2010 y marzo de 2012, se asignaron 158.832 SFV por valor de \$2 billones:



Subsidios Asignados. Agosto 2010 – marzo 2012.

Bolsa	No. SFV Asignados			Total SFV Asignados	
	ago-dic 2010	2011	2012	No.	Vr. (Millones \$)
AVC	1.229	5.635	1.231	8.095	\$ 81.457
Esfuerzo Territorial	2.912	5.788	-	8.700	\$ 94.364
Población Desplazada	4.209	23.920	5	28.134	\$ 451.981
Macroproyectos	6.221	-	-	6.221	\$ 70.300
Otros	2.692	1.053	29	3.774	\$ 32.312
Ola Invernal*	-	10.530	33	10.563	\$ 169.729
Sub - Total Fonvivienda	17.263	46.926	1.298	65.487	\$ 900.143
CCF	22.575	46.672	531	69.778	\$ 733.590
Caja Promotora de Vivienda Militar	2.960	7.072	-	10.032	\$ 228.191
Banco Agrario	5.247	8.288	-	13.535	\$ 160.128
Sub - Total Otras Entidades	30.782	62.032	531	93.345	1.121.909
TOTAL	48.045	108.958	1.829	158.832	2.022.052

Fuente: Subdirección del SFV, Viceministerio de Vivienda. Nota: * SFV comprometidos pero aún sin asignación.

En cuanto a la financiación de vivienda, es importante señalar que gracias al programa de Ahorro Voluntario Contractual –AVC, del Fondo Nacional del Ahorro (FNA) se ha logrado financiar viviendas a los trabajadores informales, que por su tipo de vinculación al mercado laboral están marginados del sistema bancario tradicional. Entre agosto de 2010 y febrero de 2012 se han desembolsado más de 13 mil créditos bajo este programa. Adicionalmente, los hogares que tienen menos de 4 salarios mínimos pueden acceder al SFV del Gobierno Nacional, una vez cumplan con su ahorro y cuenten con un crédito aprobado. Por lo tanto, logran el cierre financiero para comprar su vivienda. Bajo esta modalidad, se han asignado 9.899 subsidios desde 2009 hasta febrero de 2012, de los cuales 8.095 corresponden al presente periodo de gobierno.

Durante el año 2011, el FNA desembolsó cerca de 21 mil créditos hipotecarios, de los cuales el 46% estuvieron destinados a trabajadores vinculados a la economía informal. Todo lo anterior es evidencia de un desempeño favorable de la construcción de viviendas, liderado por el inicio de nuevas obras de VIS para familias desplazadas, damnificadas del invierno, ubicadas en zonas de alto riesgo no mitigable, y de bajos recursos o vulnerables, los cuales son la principal prioridad del Gobierno Nacional.

▪ Avances por el lado de la oferta

El MVCT a través del Programa de Mejoramiento Integral de Barrios (PMIB) ha venido orientando sus acciones de reordenamiento y adecuación del espacio urbano de los asentamientos más precarios del país, mediante el apoyo a la formulación de catorce proyectos de MIB (Apartadó, Leticia, Barrancabermeja, Cúcuta, Florencia, Buenaventura, Barranquilla, Soacha, Pereira, Cali, Manizales, Neiva, Ibagué y Villavicencio; próximamente en Quibdó y/o Santa Marta), de los cuales se apoyó la formulación de estudios, diseños y ejecución de obras en seis municipios (Leticia, Apartadó, Barranca, Florencia, Cúcuta y Pereira), con aporte de recursos por parte del Gobierno Nacional desde 2009 a la fecha, beneficiando una población total de 8.580 personas en 1.911 predios.



Otra de las estrategias importantes de dinamización del sector de vivienda son los Macroproyectos de Interés Social Nacional (MISN), que revivieron su marco normativo en 2011 a través de la Ley 1469. Con el fin de generar y habilitar suelo para VIS y VIP se promovieron y adoptaron diez (10) Macroproyectos, los cuales se encuentran en fase de ejecución (Buenaventura, dos proyectos en Cali , Barranquilla, Cartagena, Medellín, Neiva, Manizales, Soacha y Pereira) con un área total de 1.853 hectáreas y un potencial de 126.928 soluciones de vivienda. Para la ejecución de los MISN adoptados, se comprometieron \$264.632 millones de pesos para las vigencias 2008 al 2010, los cuales representan aproximadamente 18.206 SFV. En la ejecución de Macroproyectos desde agosto de 2010 hasta el 31 de enero de 2012, se ha habilitado suelo para 12.097 soluciones de vivienda y se han construido 7.641 viviendas.

Proyectos Pilotos PMIB

Proyectos Pilotos MIB Fase I Impacto% Cobertura								
Municipio	Barrio	No.	No. Has	Población	V/total Proyecto según Estudios y Diseños Ajustes IPC 2011	Inversión Inicial	Inversión por Predio	% de Cobertura
		Predios		Beneficiada		Convenio PMIB		
Leticia	Nueva Esperanza	191	3,2	1.191	6.117.161.395	2.163.689.722	11.328.218	35%
Barrancabermeja	Caminos de san silvestre	600	14,4	2.500	9.121.130.149	4.911.994.412	8.186.657	54%
Apartado	Veinte de Enero	338	6,2	1.690	8.406.489.019	4.848.159.104	14.343.666	58%
Florencia	Nueva Colombia Sector B y C	338	6	1.500	4.180.642.214	3.468.280.365	10.261.185	83%
Cúcuta	Nueva Esperanza	197	6,45	880	6.985.630.562	1.916.289.203	9.727.356	27%
Pereira	Bello Horizonte	247	4,07	819	4.439.123.634	2.470.000.000	10.000.000	56%
Totales PMIB		1.911	40,32	8.580	39.250.176.973	19.778.412.806	10.349.771	50.39%

Fuente: DEUT, MVCT.

Respecto al mejoramiento del clima de negocios y de inversión, se expidió el Decreto Ley 19 de 2012 mediante el cual se racionalizan algunos procedimientos de la administración pública en los temas de vivienda y territorio. De esta manera, se simplificaron los trámites que están asociados, previa o posteriormente a la expedición de las licencias urbanísticas y los planes parciales. Además, se incluyeron disposiciones sobre la participación en plusvalía y la conexión a los servicios públicos. Se fortaleció la prohibición de realizar solicitudes por fuera de las exigidas en la ley, se optimizaron los requisitos para radicar documentos y para desarrollar proyectos estratégicos.

De igual modo, se fortificó la gestión del riesgo mediante la definición de reglas para su inclusión en los planes de ordenamiento, al momento de adelantar revisiones de mediano y largo plazo, y de la obligación de incluir políticas e instrumentos específicos para mitigar los riesgos. Lo cual hace perentorio para los municipios planificar adecuadamente los reasentamientos y la calificación del suelo útil para su ocupación.



Por otra parte, en el marco de la emergencia ocasionada por el Fenómeno de la Niña 2010-2011, se expidió el Decreto Ley 4832 de 2010 y su reglamentario el Decreto 1920 de 2011. De acuerdo con las normas citadas y al trabajo realizado con diferentes entidades territoriales, con corte a diciembre de 2011, se identificaron 322 proyectos con un potencial de 75.429 soluciones de vivienda, para atención de los hogares damnificados o aquellos ubicados en zonas de alto riesgo no mitigable, los cuales son objeto de evaluación técnica, legal y financiera por parte de la Financiera de Desarrollo Territorial (FINDETER) para ser viabilizados y que puedan contar con recursos del Gobierno Nacional.

Adicionalmente, FINDETER mediante un contrato con FONVIVIENDA, realiza la asistencia técnica a las Entidades Territoriales y el acompañamiento a los oferentes para la formulación y presentación, si lo requieren, además de la evaluación de los aspectos técnicos, legales y financieros para emitir certificados de viabilidad a los proyectos de adquisición de VIS urbana nueva que atiendan a los hogares damnificados por la ola invernal 2010-2011 y los ubicados en zonas de alto riesgo no mitigable, previo cumplimiento de las normas legales. En este marco, FINDETER ha presentado asistencia técnica y acompañamiento a 327 proyectos localizados en 26 departamentos y 237 municipios para un total de 79.479 soluciones de vivienda.

Como instrumentos de ordenamiento territorial que buscan apalancar la ejecución de los proyectos de construcción de vivienda y reubicación de asentamientos humanos para atender la emergencia económica, social y ecológica nacional, a través del Decreto 4821 de 2010 se crearon los Planes Integrales de Desarrollo Urbano –PIDUS-, que permiten agilizar los trámites para la habilitación de suelo y construcción de proyectos de vivienda, con el fin de brindarles a las personas damnificadas una solución de vivienda y proporcionarles las condiciones para que puedan satisfacer sus necesidades básicas.

Adicionalmente, el MVCT viene implementando un Plan de Asistencia Técnica para orientar la implementación de los Planes de Ordenamiento Territorial (POT) y la aplicación en general de la Ley 388 de 1997. Los temas prioritarios en los que se concentra el proceso de asistencia técnica que le apuntan al logro de los objetivos de desarrollo del milenio son:

- a) **Habilitación de suelo.** En desarrollo de esta labor en el año 2011, se asistieron a 72 municipios pertenecientes a departamentos de la región Central. Para 2012, se tiene previsto apoyar **60 municipios**, cuya selección se realizará teniendo en cuenta aquellos que tienen potencial de acceso a SFV.
- b) **Incorporación de la Gestión del riesgo en los POT**, para lo cual el MVCT viene realizando talleres de capacitación para entes locales en articulación con la Unidad de Gestión del Riesgo de Desastres, con el propósito de mejorar la capacidad técnica en este tema en los niveles regional y local. Desde inicios del proceso en 2006 a la fecha, ya se han capacitado a los profesionales de 790 municipios (72% del total de municipios del país).

Para el análisis del componente de gestión del riesgo en los POT, se ha construido un instrumento denominado “Planes de Acción para la Incorporación de la Gestión del Riesgo en los POT”. En desarrollo de este proceso, durante 2011 se apoyó la elaboración de 27 planes de acción en los departamentos de Santander y Boyacá y se inició este ejercicio con 24 municipios de 4 departamentos (6 en Bolívar, 6 en Sucre, 6 en Córdoba y 6 en Antioquia), específicamente en municipios que forman parte de la Ecoregión de la Mojana y su área de influencia.



- c) **Seguimiento y evaluación de la implementación de los POT**, con el fin de promover el conocimiento del impacto que genera la aplicación de las normas y la ejecución de los programas y proyectos definidos para consolidar el modelo de ocupación propuesto y el logro de los objetivos y estrategias de largo plazo. Como resultado de esta estrategia, en el año 2011 se capacitaron **49 municipios** de los departamentos de Antioquia, Boyacá, Casanare, Meta, Nariño y Valle del Cauca.



OBJETIVO 8. FOMENTAR UNA SOCIEDAD MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

META UNIVERSAL: 8F. En colaboración con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

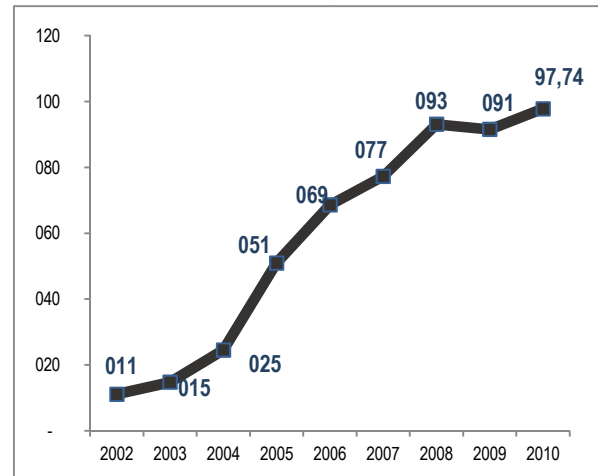
META NACIONAL	INDICADORES	LINEA BASE	SITUACION ACTUAL	META A 2015	% DE AVANCE
Lograr el acceso universal a las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – TIC’S.	1. Abonados a móviles por cada 100 habitantes.	11,13	97,40	100	97,07%
		2002 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
	2. Usuarios de Internet por cada 100 habitantes	4,84	51,30	60	84,23%
		2002 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		
	3. Número de computadores por cada 100 habitantes	3,40	16,80	23,80	65,69%
		2002 ⁽¹⁾	2010 ⁽¹⁾		

Fuente:
(1). Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MIN TIC.

Abonados a móviles por cada 100 habitantes:

Durante el 2010 Colombia alcanzó 44.477.653 abonados de Telefonía Móvil pasando de tener 91,4 a 97,4 abonados móviles por cada 100 habitantes. Esto representa un crecimiento del 0,07% para el indicador durante el año. Este indicador a 2010 presenta un avance en el cumplimiento de la meta del 97.07%. Es uno de los indicadores que se cumplirán de manera anticipada

Líneas de Telefonía Móvil por cada 100 habitantes. Nivel Nacional 2002-2010



Fuente: Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Dada la naturaleza móvil de esta tecnología se dificulta la medición del número de abonados móviles por departamento o municipio. Esto, porque el usuario no necesariamente utiliza el servicio en el lugar donde hace la suscripción al mismo. Es posible, sin embargo, hacer una desagregación de la información a nivel regional. De acuerdo a la disponibilidad de los datos, a continuación se presenta el número de abonados por 100 habitantes para tres regiones del país: Costa Atlántica, Región Oriental y Región Occidental



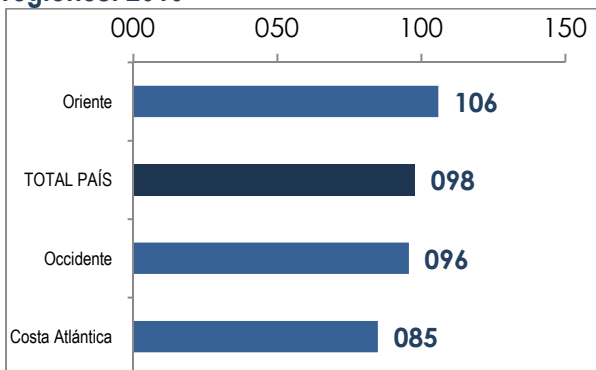
Descripción de las zonas de concesión de acuerdo a Decreto 741 de 1993.

REGION ORIENTAL	REGIÓN OCCIDENTAL	REGION COSTA ATLÁNTICA
Antioquia (Únicamente Yondó) Boyacá Caquetá Cundinamarca Bogotá Huila Meta Norte de Santander Tolima Santander Casanare Putumayo San Andrés y Providencia Amazonas Guainía Guaviare Vaupés Vichada Arauca	Antioquia (Excepto Yondó) Valle del Cauca Caldas Cauca Choco Nariño Quindío Risaralda	Atlántico Bolívar Cesar Córdoba La Guajira Magdalena Sucre

*En este caso Tolima se incluye totalmente en la región oriental.

Al finalizar 2010 la región con mayor penetración de telefonía móvil es la región de Oriente con un 105,84, seguida por Occidente con el 95,64 y la región de Costa Atlántica con 84,93. Estas dos últimas regiones se encuentran por debajo del total nacional.

Abonados móviles por 100 habitantes por regiones. 2010



Fuente: Cálculos Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones con base en información reportada por operadores de telefonía móvil.



Oriente: 105,84 abonados móviles por 100 habitantes.

Esta región incluye Bogotá D.C junto con algunas de las ciudades intermedias más importantes del país como Bucaramanga, Cúcuta, Neiva, Villavicencio e Ibagué. En estos centros urbanos se espera que haya una alta penetración de telefonía móvil. Sin embargo, a pesar de ser la región líder para el indicador y tener la capital no cuenta con una ventaja especialmente significativa respecto al total del país. Esto puede responder a la presencia de departamentos como Vichada, Vaupés, Guainía, Guaviare, Amazonas, y Caquetá dentro del grupo. Estos departamentos no tienen grandes centros urbanos y se puede esperar en estas regiones tengan penetraciones de telefonía celular más bajas. Puede haber cierto rezago en estas regiones que esté siendo ocultado en la zona por las altas densidades en las ciudades que hacen parte de ella.

Occidente: 95,64 Abonados de telefonía móvil por 100 habitantes.

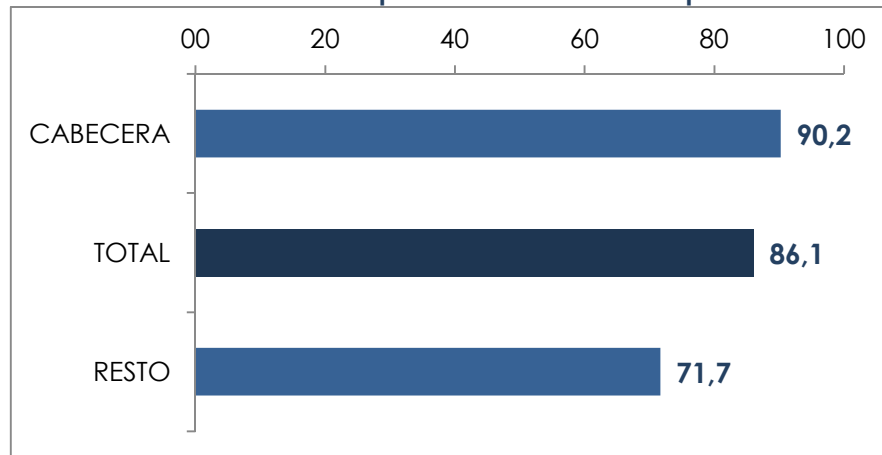
La segunda región con más abonados por 100 habitantes. En ésta también se incluyen centros urbanos importantes como Medellín, Santiago de Cali, Manizales, Pereira, Armenia, Pasto y Popayán. La penetración móvil está ligeramente por debajo del total nacional.

Costa Atlántica: 84,93 Abonados móviles por cada 100 habitantes.

Es la región que presenta el resultado menos favorable para el indicador. Sin embargo, su diferencia respecto al total del país es de sólo 13,21 abonados menos por 100 habitantes. Aunque ésta es una diferencia importante la región no se encuentra especialmente rezagada.

De acuerdo a la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE, que calcula la tenencia de teléfono móvil para los hogares en el país, la diferencia entre las zonas de cabecera y el resto del país es menos grande para este indicador que lo que es para los indicadores de internet y tenencia de computador. En este sentido se entiende que en penetración de telefonía móvil no se presentan en el país regiones especialmente rezagadas.

Abonados a móviles por cada 100 habitantes por zona. 2010



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Módulo TIC Gran Encuesta Integrada de Hogares 2010

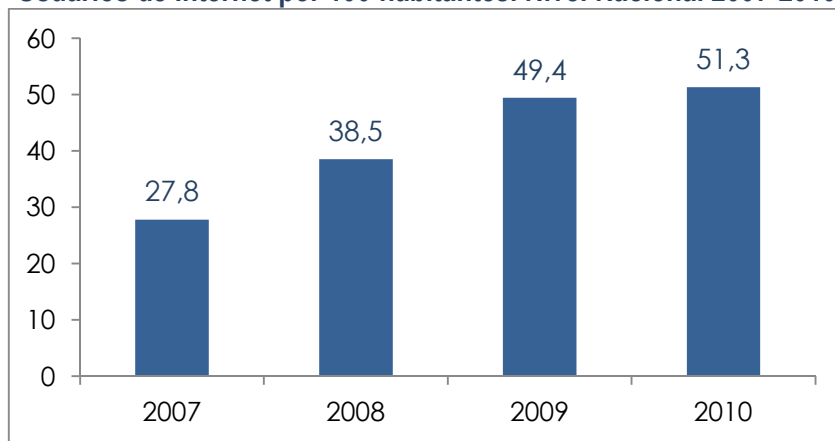




✚ Usuarios de Internet por cada 100 habitantes: En Colombia se cuenta con la información semestral de usuarios de Internet a partir de Junio de 2002 hasta Junio de 2007, publicada en los informes de conectividad producidos en el momento por la Comisión de Regulación de Comunicaciones. Igualmente, se tienen los datos trimestrales a partir de Diciembre de 2008 hasta Septiembre de 2009, obtenidos de la misma fuente.

Aun cuando el mayor crecimiento se dió del 2008 al 2009, el indicador continúa mostrando una tendencia creciente. Al 2010 se ubica en 51.3 usuarios por cada 100 habitantes, con un avance frente a la meta establecida del 84.23%.

Usuarios de Internet por 100 habitantes. Nivel Nacional 2007-2010



Fuente: Ministerio Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

Adicionalmente, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a través de la Gran Encuesta Integrada de Hogares hace una medición de uso de internet que para diciembre de 2010 alcanza el 48.4 %. Sin embargo, esta información no se obtiene de manera periódica. Teniendo esto en cuenta, y con el objetivo de mejorar la medición para fines de comparación internacional, la Comisión de Regulación de Comunicaciones (CRC) se encuentra desarrollando una metodología de multiplicadores medios para estimar el número de usuarios por abonado. Por lo anterior, posteriormente se requerirán ajustes sobre este indicador.

Dado que le metodología de medición del indicador se encuentra en revisión, no se tiene una medida regionalizada para el mismo. Sin embargo, puede hacerse una aproximación a través del número de suscriptores a internet dedicado por departamento.

Suscriptores de internet dedicado por 100 habitantes

En el siguiente cuadro muestra el ranking de departamentos del país en el indicador de suscriptores a internet por 100 habitantes. El departamento con mayor número de suscriptores a internet por 100





habitantes al finalizar el 2010 es Bogotá seguido por Antioquia, Risaralda y Santander. Únicamente siete de los 33 departamentos del país se encuentran por encima del total nacional.

Suscriptores de Internet dedicado por 100 habitantes, a nivel departamental

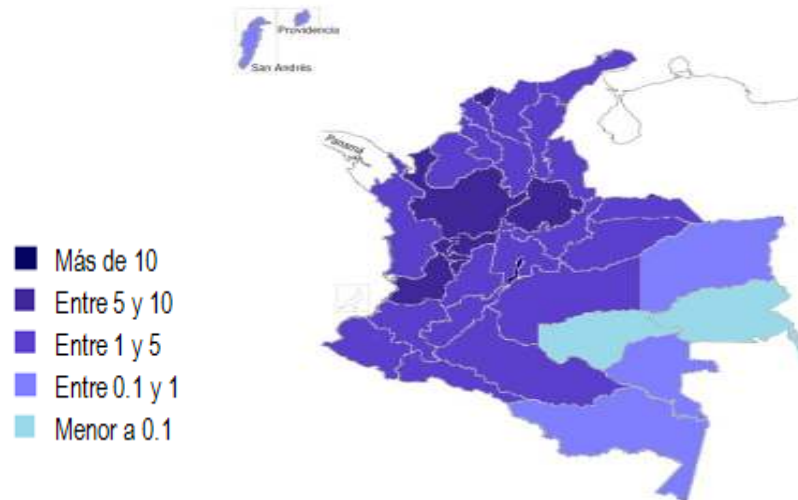
DEPARTAMENTO	SUSCRIPTORES DE INTERNET	POBLACIÓN	SUSCRIPTORES DE INTERNET POR 100 HABITANTES
BOGOTÁ	889.597	7.363.782	12,08
ANTIOQUIA	512.061	6.065.846	8,44
RISARALDA	71.556	925.105	7,73
SANTANDER	145.613	2.010.404	7,24
ATLANTICO	141.073	2.314.447	6,10
QUINDÍO	33.356	549.624	6,07
VALLE DEL CAUCA	259.460	4.382.939	5,92
TOTAL	2.651.363	45.508.205	5,83
CALDAS	53.608	978.362	5,48
META	39.375	870.876	4,52
NORTE DE SANTANDER	50.920	1.297.842	3,92
BOLIVAR	72.058	1.979.781	3,64
CUNDINAMARCA	87.895	2.477.036	3,55
TOLIMA	48.078	1.387.641	3,46
HUILA	34.712	1.083.200	3,20
MAGDALENA	33.208	1.201.386	2,76
CESAR	24.054	966.420	2,49
CASANARE	7.357	325.596	2,26
CÓRDOBA	29.937	1.582.718	1,89
SUCRE	15.286	810.650	1,89
BOYACÁ	23.267	1.267.597	1,84
CAUCA	22.494	1.318.983	1,71
ARAUCA	4.096	247.541	1,65
NARIÑO	24.683	1.639.569	1,51
GUAJIRA	10.982	818.695	1,34
CAQUETÁ	5.637	447.723	1,26
CHOCÓ	5.546	476.173	1,16
PUTUMAYO	3.679	326.093	1,13
VICHADA	536	63.670	0,84
AMAZONAS	468	72.017	0,65
SAN ANDRÉS Y PROVIDENCIA	452	73.320	0,62
VAUPÉS	216	41.534	0,52
GUAINÍA	35	38.328	0,09
GUAVIARE	68	103.307	0,07

Fuente: Ministerio Tecnologías de la Información y las Comunicaciones con base en información SIUST y DANE





Suscriptores de internet por 100 habitantes. 2010



En este indicador se presenta una diferencia importante entre los departamentos con grandes centros urbanos como Antioquia, Valle del Cauca y Santander frente a los departamentos ubicados en el sur oriente del país como Amazonas, Vichada, Guainía y Guaviare. La diferencia entre el primer y último departamento es de 12,01 y hay una desviación estándar de 2,79 entre ellos.

Hay 6 departamentos que tienen menos de 1 habitante con suscripción a internet por cada 100: San Andrés y Providencia, Amazonas, Vichada, Vaupés, Guainía y Guaviare. Los departamentos de Guainía y Guaviare se encuentran especialmente rezagados con menos de 0,1 suscriptores de internet por 100 habitantes. Esto evidencia un claro rezago del sur del país frente al centro y a de las regiones rurales frente a los centros urbanos.

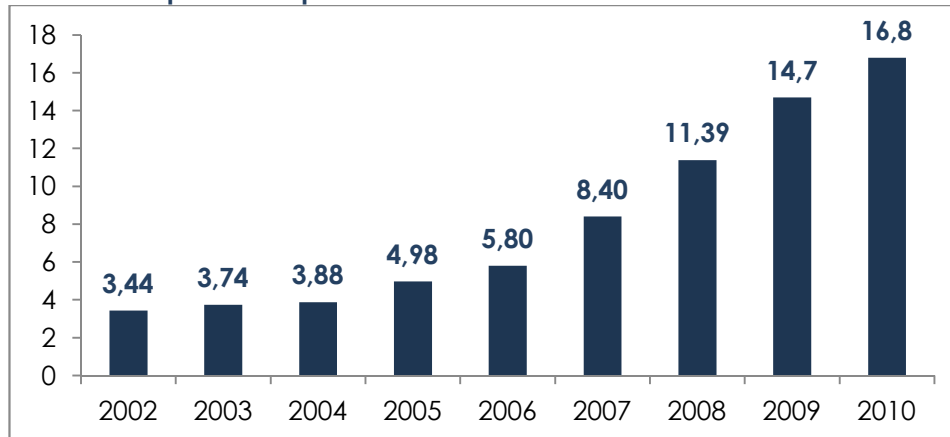
En el mapa se refleja la distribución geográfica de los departamentos según el número de suscriptores por 100 habitantes. Los departamentos con mayores penetraciones de internet se encuentran concentrados en el occidente del país sobre el norte de las cordilleras central y occidental. Los departamentos con mayor rezago son los del sur oriente del país. Las características geográficas de estos departamentos hacen especialmente costoso el despliegue de infraestructura para conectividad. En respuesta a esta característica en gran número de zonas rurales del país se formuló el Plan Nacional de Fibra Óptica que a 2014 conectará a 700 municipios del país.

✚ Número de computadores por cada 100 habitantes: Entre el 2002 y el 2010 se aumentado 13.40 computadores por cada 100 habitantes, pasando de 3.40 a 16.80, que con respecto a la meta de 2.80, presenta un avance del 65.69%. . Para el año 2010 el número de computadores por cien habitantes fue de 16.8. Al igual que el año anterior, la tendencia creciente del indicador responde a medidas que buscan facilitar la masificación de computadores y otros terminales como teléfonos inteligentes y tabletas a través, por ejemplo, de la exención del IVA.





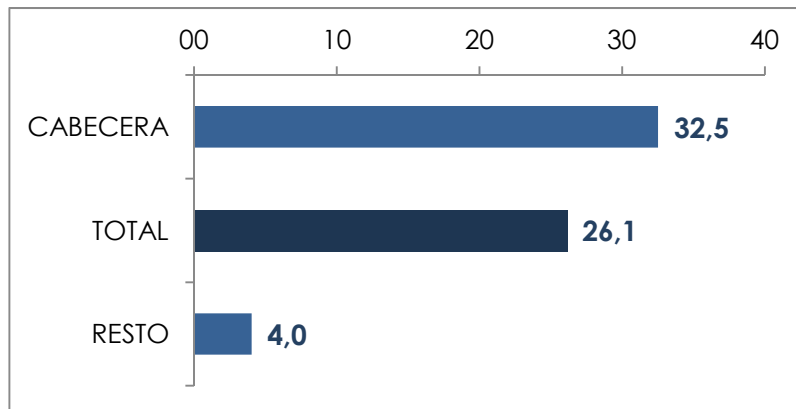
Computadores por 100 habitantes. Nivel Nacional. 2002-2010



Fuente: Ministerio Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

De acuerdo a la Gran Encuesta Integrada de Hogares realizada por el DANE. El 26.1% de los hogares en el país tienen un computador. Al hacer el análisis de manera separada entre la población de cabecera y el resto la encuesta establece que en las últimas el 4% de los hogares tienen dentro de sus bienes un computador frente al 32.5% en las primeras. Es decir, hay una brecha importante en este indicador de entre las zonas de cabecera y el resto lo que sugiere un rezago de las zonas rurales.

Computadores por 100 habitantes, por zona. 2010



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Módulo TIC Gran Encuesta Integrada de Hogares 2010

Regionalización del Plan Vive Digital

En el marco de la política, lineamientos y ejes de acción a desarrollar por el Ministerio TIC para el periodo de gobierno 2010-2014, definidos en el Plan Estratégico Sectorial, que busca promover el acceso, uso y apropiación masivos de las TIC, a través de políticas y programas para el logro de niveles progresivos y sostenibles de desarrollo en Colombia. Se han definido dos dimensiones estratégicas que buscan que en





los próximos cuatro años se generen las condiciones adecuadas para que el sector de las telecomunicaciones aumente su cobertura a través del despliegue de infraestructura, aumente la penetración de banda ancha, se intensifique el uso, la apropiación y el aprovechamiento de las TIC, así como la generación de contenidos y aplicaciones convergiendo dentro de un ecosistema digital.

La Dimensión 1) busca promover el “Desarrollo del Ecosistema Digital” y la Dimensión 2) pretende el “Desarrollo del entorno Digital”. Esta segunda dimensión define, entre otros, los siguientes objetivos misionales: “Apoyar iniciativas gubernamentales que requieran el uso de las TIC para su desarrollo bajo el liderazgo, la gestión y responsabilidad de la entidad correspondiente” y “Fortalecer las capacidades científicas nacionales en TIC a través de estrategias de trabajo en red con enfoque regional”. En el marco de esos objetivos misionales, se ha considerado como una actividad prioritaria la “Implementación del ecosistema digital en todos los departamentos de Colombia”, para lo cual se ha diseñado la iniciativa “Vive Digital Regional”.

Esta iniciativa pretende apoyar los planes de gobiernos departamentales y municipales, así como sus planes de competitividad y desarrollo, a través de la cofinanciación de proyectos que promuevan la innovación regional y el desarrollo tecnológico a través de las TIC. Para lograrlo, promueve sinergias entre el sector público, el sector privado y la academia, así como la colaboración entre regiones, la disminución de brechas sociales y económicas y el apoyo a la reconstrucción del país como consecuencia de la ola invernal en temas relacionados con los objetivos del Ministerio.

La sinergia de los diferentes sectores tendría como resultado un mejoramiento en la calidad de vida de los colombianos en diferentes aspectos como educación, salud, gobierno, seguridad, justicia, derechos, participación ciudadana por mencionar algunos.

Con esta iniciativa se espera desarrollar de forma muy intensiva aquellas regiones en las cuales existe un rezago tecnológico frente al resto del país y con el convencimiento de que es necesario continuar fortaleciendo las regiones que se encuentran en mejores condiciones de acceso, uso y apropiación de las TIC y en donde departamentos de menor penetración tendrían la posibilidad de lograr de forma efectiva los beneficios de la utilización de las TIC

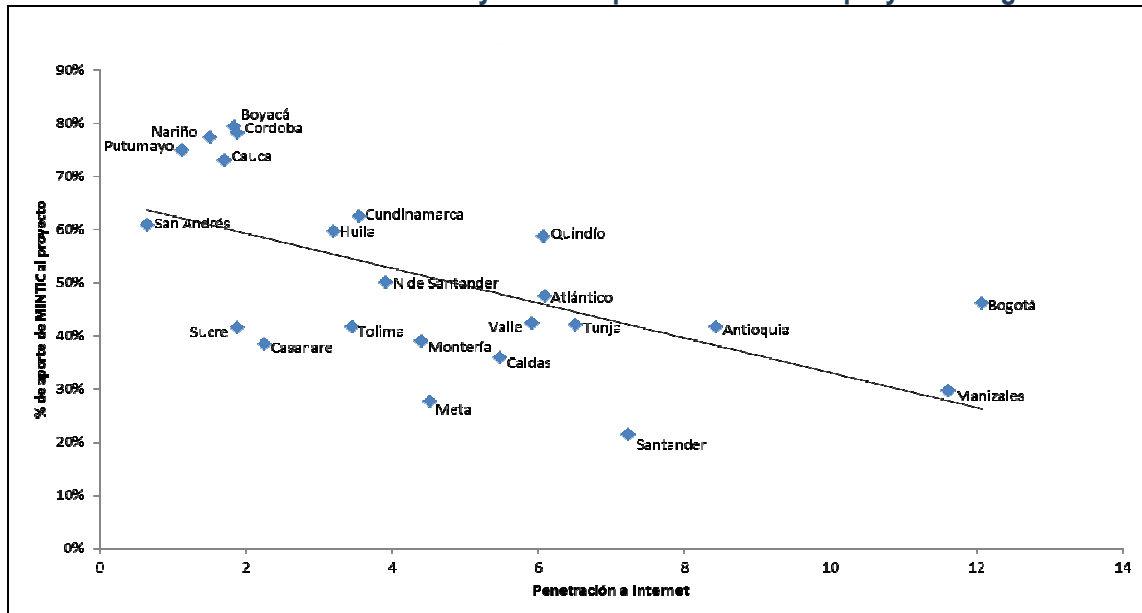
Para el primer semestre de 2011 se establecieron alianzas con los Departamentos de Atlántico, Boyacá, Caldas, Córdoba, Cundinamarca, Huila, Nariño, Putumayo, Quindío, Sucre, Tolima y Valle, proyectos que ya empezaron su con cofinanciación de parte de la Iniciativa Vive Digital Regional, seleccionados en el marco de su primera convocatoria, realizada en alianza con Colciencias. A partir de noviembre se iniciará ejecución de proyectos para los Departamentos de Antioquia, Casanare, Cauca, Meta, Norte de Santander, San Andrés y Santander y para las ciudades de Bogotá, Manizales, Montería y Tunja.

Estos proyectos se desarrollan a través de esquemas de cofinanciación con las regiones, en las cuales las gobernaciones y otras entidades aportan recursos en efectivo y especie que complementan el esfuerzo del Ministerio TIC. La siguiente gráfica muestra la relación que existe entre el índice de penetración a Internet y el porcentaje de aporte del MINTIC a estos proyectos; el esquema de cofinanciación planteado a las regiones favorece de manera especial a aquellas regiones que presentan un rezago tecnológico mayor, con el fin de disminuir la brecha entre los más avanzados y los más rezagados, y adicionalmente mejorar el promedio nacional de penetración a Internet.





Relación entre la Penetración a Internet y el % de aporte de MINTIC a proyectos regionales. 2010



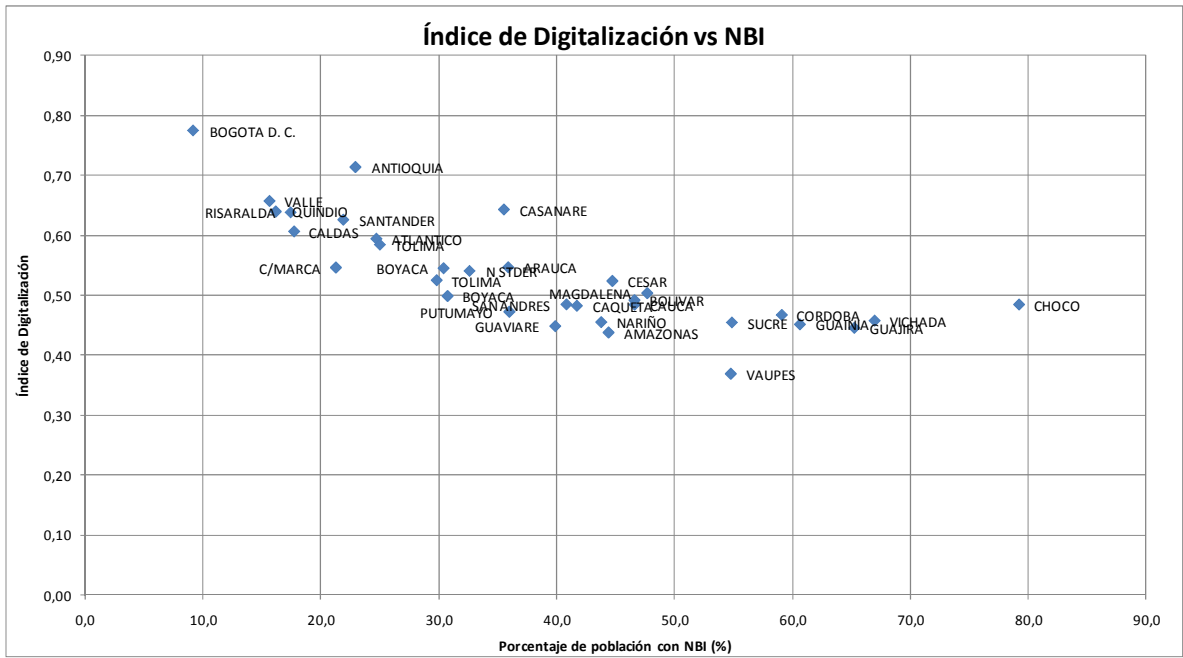
Fuente: Ministerio Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Para 2012 se desarrollará un esquema de apoyo regional a través del cual todas las regiones del país tendrán un presupuesto asignado para la cofinanciación del proyecto, a través de un índice en el cual se relacionan el Índice de digitalización del Ecosistema Digital, Porcentaje de población con NBI, la Población total y el Desempeño de la región en la ejecución de Vive Digital Regional (cumplimiento de metas, tiempo y presupuesto).

El Índice de digitalización del Ecosistema Digital, calculado por la iniciativa Vive Digital Regional del Ministerio TIC, relaciona 17 indicadores agrupados en los 4 componentes del ecosistema digital. Este índice permite comparar el comportamiento de cada departamento colombiano frente al desarrollo de sus iniciativas en TIC, y se convertirá en el insumo clave para la formulación de los Planes Regionales en TIC para el periodo 2012 – 2015. El siguiente gráfico permite comparar el comportamiento de este Índice frente al porcentaje de necesidades básicas insatisfechas, demostrando que las regiones con menor digitalización son las que presentan mayores niveles de NBI.

Dentro del grupo de 17 indicadores que se relacionan para calcular este Índice se incluyen los 3 indicadores definidos para el Objetivo del milenio 8, Fomentar un sociedad mundial para el desarrollo, lo que permite suponer que con esta estrategia se podrá avanzar de manera coordinada y articulada hacia la superación de la pobreza.





Fuente: Ministerio Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. 2010

