

CÁTEDRAS DEL MILENIO

Objetivos de Desarrollo del Milenio



MDG!F

FONDO PARA EL LOGRO DE LOS ODM



MDG*i*F

FONDO PARA EL LOGRO DE LOS ODM

SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS EN COLOMBIA

Bruno Moro
Coordinador Residente y Humanitario

OFICINA DEL COORDINADOR RESIDENTE

Béatrice Dhaynaut
Asesora en planeación estratégica

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD COLOMBIA

Silvia Rucks
Directora de País

María del Carmen Sacasa
Directora de País Adjunta

Área de Pobreza y Desarrollo Sostenible PNUD

Fernando Herrera Araújo
Coordinador de Área

Humberto Tobón
Coordinador Proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo Local

Martha Lía Velásquez Toro
Consultora Senior ODM en lo Local

Oliverio Huertas Rodríguez
Consultor Senior ODM en lo Local

Andrea Verú Torres
Profesional Conformación de Redes ODM en lo Local

Roster de Expertos PNUD

Jose Miguel Barrera Granados
Consuelo Corredor Martínez
María Luisa Latorre Castro

EDICIÓN

Alonso Sánchez Baute

FOTOGRAFÍA

Producción PNUD, Stephen
Costlow y Gobernación del
Cesar Oficina de Prensa

DISEÑO

Camilo Peña

IMPRESIÓN

Nuevas Ediciones S.A.

Presentación

En la llamada Cumbre del Milenio en el año 2000 en Naciones Unidas, 189 jefes de gobierno del mundo, de países pobres y ricos, del norte y del sur, acordaron que sus Estados trabajarían por lograr unos propósitos comunes que llevaran a erradicar la pobreza y la miseria alrededor del planeta: Se comprometieron con metas, con indicadores y con plazos.

La adopción de los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, ratificó la responsabilidad que tienen los Estados en la garantía de los derechos fundamentales de las personas y resaltó la importancia del papel del Estado en la lucha contra la pobreza y en el desarrollo humano de sus habitantes. Esto es especialmente cierto en un Estado Social de Derecho.

Estamos a solo cinco años del plazo que se trazó para lograr las Metas en 2015, y aunque entendemos que la responsabilidad primaria del cumplimiento de los ODM es de los Estados y sus respectivos gobiernos y que en ellos recae la tarea de generar las condiciones que permitan la superación de la pobreza, también sabemos que lograr que todos y todas, especialmente los más marginados, accedan a los mismos derechos no será posible sin el concurso activo de los distintos actores de la sociedad, entre ellos la academia.

La academia, es un protagonista de primer orden en este sentido: es en las escuelas y colegios y muy especialmente en las universidades y centros de pensamiento, donde se presentan los mejores escenarios para el dialogo, son el espacio natural para la investigación y la creación de conocimiento, para ahondar en los argumentos y para pensar y repensar la sociedad en la que vivimos.

Es por eso mismo que el núcleo de las Cátedras del Milenio sean los ODM, constituye una señal importante de que la academia, la sociedad civil y las administraciones locales están preocupadas por estas realidades que subyacen a las cifras, por aportar en la construcción de un país más incluyente, con más oportunidades, con más libertad y con una democracia más profunda.

No es la primera vez que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo patrocina espacios de este tipo. Particularmente desde hace cuatro años hemos unido fuerzas con distintas universidades del país para que los Objetivos de Desarrollo del Milenio se conviertan en parte de las temáticas cotidianas del quehacer académico.

Entre ellas están la Pontificia Universidad Javeriana -a través del instituto Pensar- la Universidad Nacional y la Santo Tomás en Bogotá, Unillanos en Villavicencio, la Universidad de Nariño en Pasto, la Universidad Industrial de Santander y una red de 11 universidades de Cartagena encabezadas por el Observatorio del Caribe y la Tecnológica de Bolívar, solo por mencionar algunas. A estas Cátedras han asistido más de mil quinientas personas entre estudiantes y docentes, y son más gente que hoy está hablando de los Objetivos del Milenio y poniendo el tema en la agenda.

A todos y todas gracias.

EN ESTE CAPÍTULO

1. Introducción
2. ODM No. 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre
3. El problema de la pobreza desde la perspectiva de derechos.
4. El carácter integral de la situación de pobreza: oportunidades, capacidades y derechos
5. Situación de Colombia e indicadores del ODM 1
6. Recomendaciones
7. Bibliografía



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 1



Erradicar la Extrema
**Pobreza
y El Hambre**

Consuelo Corredor Martínez*

*Consuelo Corredor Martínez es economista, doctora en Economía. Estuvo vinculada por tres décadas a la Universidad Nacional de Colombia como Profesora Titular, Decana de la Facultad de Ciencias Económicas y Vicerrectora Académica. Fue Secretaria de Integración social y la primera Secretaria de Desarrollo Económico del Distrito Capital. Actualmente asesora al PNUD en el Área de Pobreza. Investigadora y autora de numerosos artículos y libros, el más reciente: "La Política Social en Clave de Derechos".



Introducción

Los diversos enfoques sobre Desarrollo, que coinciden en poner en el centro a las personas y reconocerlas como sujetos de derechos, han sido muy fructíferos, en especial en la presente década, lo cual se expresa en los avances conceptuales y las alternativas de medición.

Estos enfoques se nutren principalmente de tres fuentes: 1. la propuesta de Desarrollo Integral, de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe, CEPAL; 2, el enfoque de Desarrollo Humano Sostenible del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, y; 3, los aportes teóricos del Premio Nobel de Economía (1998), Amartya Sen, quien desde décadas anteriores viene construyendo el paradigma del desarrollo como libertad, que hoy día es un referente alternativo a la concepción clásica del bienestar.

Estas visiones alternativas tienen como antecedentes importantes la perspectiva de derechos o de ciudadanía social que, como bien lo sintetiza J.A. Ocampo (2010), vale la pena transcribirlo:

“La visión de derechos o ciudadanía social tiene una larga y orgullosa tradición. Cabe recordar que, paralelamente al desarrollo del Estado de bienestar, desde fines del siglo XIX, pero especialmente en la primera mitad del siglo XX, se formuló un nuevo cuerpo de derechos humanos que vino a llamarse de “segunda generación”, fue finalmente consagrado en los artículos 22 a 27 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y, posteriormente, en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. En las concepciones modernas, este cuerpo de derechos, que expresa los valores de la igualdad, la solidaridad y la no discriminación, se considera indivisible de los derechos civiles y políticos, formulados claramente desde fines del siglo XVIII, especialmente en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de la Revolución Francesa, que garantizan los derechos de las personas frente al poder del Estado y a la participación en las decisiones públicas.

Es interesante recordar que este cuerpo de derechos económicos, sociales y culturales es considerado en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos como una

extensión del principio de la libertad. Dicho preámbulo señala, en efecto, que las Naciones Unidas buscan “promover el progreso social y (...) elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de libertad”, reproduciendo un concepto que ya había sido adoptado en la Carta de las Naciones Unidas. Esta concepción tiene sus raíces en las visiones políticas de Franklin D. Roosevelt, que inspiraron la Carta constitutiva de la ONU, en especial su concepto de “libertad para vivir sin miseria” (freedom from want),¹ como parte de su concepción de las “Cuatro Libertades” fundamentales. Se asocia, a su vez, al concepto de ciudadanía social que formuló en 1950 T. H. Marshall y, en épocas más recientes, al concepto de “desarrollo como libertad” de Amartya Sen. El propio Secretario General de la ONU, Kofi Annan, tituló el informe presentado en 2005, con motivo de los sesenta años de la organización, “Un concepto más amplio de libertad”.

La perspectiva de los derechos se ha abierto así un espacio importante de consenso y orienta importantes acuerdos internacionales, entre los que se destacan el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales –DESC- de la ONU, los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-, liderados por el mismo organismo, y La Carta Mundial por el Derecho a la Ciudad, promovida desde el Foro Social de las Américas.

Con relación a los ODM, bien puede decirse que se han constituido en un referente de la agenda social mundial y que es imperativo avanzar en las estrategias para lograrlos, pues estamos cerca del 2015, plazo definido para el alcance de las metas que fueron adoptadas en septiembre del año 2000 por los jefes de Estado y de gobierno de 189 países que participaron en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas -ONU-. El propósito de esta Asamblea fue construir un consenso sobre la cooperación internacional para canalizar esfuerzos y recursos hacia la superación de los problemas del desarrollo de los países más pobres del mundo, en particular para superar el problema de la pobreza y avanzar hacia el desarrollo humano².

1 Esta es la traducción oficial que se le dio al término en el informe del Secretario General de la ONU de 2005, al cual se alude al final del párrafo, pero que también podría traducirse como “libertad para vivir sin carencias”.

2 Un análisis amplio sobre los ODM se puede consultar en Corredor Consuelo (editora, 2010): ODM Los objetivos de desarrollo del milenio. Un compromiso con los derechos económicos, sociales y culturales. Memorias de la cátedra Jorge Eliécer Gaitán. Bogotá. Ed. Universidad Nacional de Colombia – PNUD.



ODM No. 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

El primer objetivo define tres metas para 2015:

1. Reducir a la mitad la proporción de personas con ingresos inferiores a un dólar por día (así se define la situación de indigencia).
2. Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, en especial mujeres y jóvenes.
3. Reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre.

Cada una de estas metas, que fueron adoptadas en 2000 y revisadas en la Asamblea de la ONU en 2007, tienen una serie de indicadores. Para el caso de Colombia, tanto metas como indicadores se concretan en el Documento CONPES No. 091 de 2005

Un examen a estos compromisos plantea algunos interrogantes que es pertinente abordar, pues no hay un enfoque común del problema y mucho menos un acuerdo sobre indicadores y sus alcances. Algunos de estos interrogantes se pueden enunciar como sigue:

Sobre el concepto de pobreza: ¿de qué estamos hablando?, ¿cómo identificamos el problema?, ¿cuáles son sus características?, ¿cuáles son los factores que lo propician?, ¿quiénes están en situación de pobreza?

Sobre la medición de pobreza: ¿qué variables son significativas para medir la situación de pobreza?, ¿cómo cuantificarlas?, ¿cuántas personas están en situación de pobreza?, ¿dónde están?

Sobre las políticas: ¿cuáles son los mejores caminos para eliminar los factores que propician la situación?, ¿qué hacer y cómo?³

3 Estas preguntas han orientado las distintas investigaciones que he adelantado. Para efectos de este escrito remito a un análisis más amplio de mi libro *Corredor Consuelo* (2010): la Política Social en Clave de Derechos. Ed. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia. El apartado subtítulo "El problema de la pobreza desde la perspectiva de derechos" es tomado de este texto p. 60 a 68



El problema de la pobreza desde la perspectiva de derechos

“Los desarrollos de los últimos años han permitido consolidar miradas que van más allá de la pobreza por ingresos y más allá del enfoque de carencias”. La concepción del desarrollo humano y la visión del desarrollo como libertad, planteada por A. Sen, como teorías complementarias sobre el desarrollo de las sociedades y que se consolidan durante la última década del siglo pasado, han propiciado una reconceptualización del problema de la pobreza.

El desarrollo humano y la visión de los derechos ha permitido abordar la pobreza desde una mirada más integral y no solo como un problema de equidad y justicia, lo que sin duda lo es, sino también como un problema de ineficiencia social, por lo cual pagan tanto las personas que la padece, como la sociedad en su conjunto...

De esta forma, el problema de la pobreza no se reduce a la justicia individual, sino que alcanza el carácter de un problema que compromete la eficiencia afectando a toda la sociedad, al privarse del aporte de las capacidades y potencialidades de estas personas. Se hace explícita la interdependencia entre equidad y eficiencia y entre valores e instituciones: “Si a las personas se les niega la educación o carecen de derechos económicos básicos debido a desigualdades masivas en la propiedad, los resultados no se limitan a la desigualdad sino que afectan la naturaleza de la expansión económica, el florecimiento de desarrollos políticos y culturales, etc. La falta de equidad en una esfera puede conducir a una pérdida de eficiencia y desigualdades en otras”⁴.

Una consecuencia importante de transitar de las necesidades a los derechos, es que la pobreza no puede ser mirada como una situación individual, ni en sus causas ni en sus solu-

4 Sen A (2002): ¿Qué impacto puede tener la Ética? Op. cit . César Vallejo lo señala en los siguientes términos: “Los dos tipos de problemas tienen grandes costos sobre el bienestar y la eficiencia en lo económico, en lo social y en lo político. El primero (equidad) afecta más directamente el bienestar individual y la calidad de los ‘factores’; el segundo (eficiencia) más directamente el bienestar social y la asignación de dichos factores”. Ver “Pobreza: inequidad e ineficiencia en equilibrio estable”. En Corredor Consuelo (Editora,1999): Pobreza y Desigualdad. Reflexiones conceptuales y de medición. Ed Universidad Nacional, Cinep, Colciencias, GTZ. Bogotá p.102

ciones, puesto que las estructuras socioeconómicas y las reglas de juego -formales e informales- que rigen las relaciones sociales adquieren la mayor relevancia⁵. Dicho de otra forma, la perspectiva de las personas como sujetos de necesidades conduce al individualismo, mientras que la perspectiva de derechos conduce a la ciudadanía. Una necesidad, cuando se satisface, deja de serlo, mientras que un derecho, nunca deja de serlo⁶.

De ahí que la mirada de necesidades conduzca a políticas de asistencia social, mientras que la de derechos requiera de políticas para su restablecimiento y garantía, lo cual compromete los distintos ámbitos que configuran la dignidad humana.

Estudios recientes han avanzado considerablemente en la caracterización de la pobreza, siguiendo el enfoque de Derechos y Capacidades y, en esa perspectiva, en la mirada de la pobreza no como una situación de no integración de esos sectores a la dinámica económica, sino como una situación de Inserción Precaria, lo cual tiene tres ventajas sobre los enfoques tradicionales:

- i) No es dualista, en el sentido de contraponer un sector integrado a otro desintegrado. Las ideas dualistas de marginalidad e informalidad como formas de abordar la pobreza, suponen una sociedad dividida entre un sector integrado a la dinámica económica moderna, y un sector marginal, tradicional y aislado de la dinámica de la sociedad, cuando en realidad no son grupos carentes de relaciones entre sí y con la sociedad.
- ii) Considera en forma explícita la desigualdad de oportunidades y de ingreso
- iii) Expresa una elección colectiva fundada en un contrato social, como es la Carta Constitucional, que debe guiar las políticas públicas⁷.

5 Un análisis más amplio se puede consultar en Corredor Consuelo (2003): "El problema del desarrollo". En *La falacia Neoliberal. Crítica y alternativas*. Ed. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá

6 Este avance conceptual sobre la pobreza no se da con la misma fuerza en materia de mediciones, posiblemente por las dificultades en la información (vía encuestas), por las metodologías utilizadas y principalmente por los instrumentos para capturar las numerosas y complejas variables. El avance analítico aporta a la comprensión del problema y a la construcción de indicadores, pues éstos no pueden lograr sus propósitos si no se tiene claro el fenómeno que se quiere medir. De ahí que el orden lógico sea saber qué se quiere medir, para poder diseñar los indicadores más adecuados y determinar la información que es necesario capturar. Lamentablemente la mayor parte de indicadores que se utilizan, siguen un camino inverso y por ello es reiterado el argumento de que la exclusión de variables centrales en los indicadores utilizados se debe a que no se dispone de la información.

7 El concepto de Inserción Precaria lo desarrollamos en un equipo de investigación del Cinep y de la Universidad Nacional. Ver González J.I, Corredor C. et al (2000): *Inserción Precaria, Desigualdad y Elección Social*. Ed. Cinep. Bogotá



El carácter integral de la situación de pobreza: oportunidades, capacidades y derechos

La pobreza debe verse como una situación en la que confluyen en forma simultánea una serie de factores que se constituyen en barreras para el ejercicio de los derechos por la ausencia de oportunidades que limitan las capacidades. La pobreza no se reduce solamente a la carencia de ingreso ni a la imposibilidad de satisfacer todas las necesidades básicas. Es una situación compleja de privación relativa en la que, por ausencia de oportunidades, las personas están impedidas para desarrollar sus capacidades y ejercer en forma efectiva sus derechos. Las políticas públicas deben entonces orientarse hacia el restablecimiento y la garantía de los derechos, lo cual genera una cadena de beneficios para toda la sociedad al contribuir al desarrollo.

El aporte del Premio Nobel en Economía (1998) Amartya Sen⁸ ha sido de la mayor importancia para construir una visión más integral de la pobreza, fundamentada en las oportunidades, capacidades y derechos, triada condicionada por la precariedad de las dotaciones iniciales que poseen las personas, que les impiden el ejercicio efectivo de sus derechos y por tanto se traducen en una baja calidad de vida.

Las dotaciones iniciales de recursos tangibles e intangibles son el patrimonio de las personas para poner en acción sus capacidades, y contemplan bienes y servicios mercantiles y no mercantiles. Los primeros están referidos al ámbito de lo privado y pueden ser objeto de intercambio, de tal forma que si se cuenta con un nivel de ingreso adecuado se puede acceder a ellos, adquiriendo el dominio sobre ese conjunto de bienes; a este dominio Sen lo llama "titularidades". Distingue las titularidades mercantiles, las productivas, las de la fuerza de

8 Entre los principales textos de Sen consultados se encuentran: (1973) *On Economic Inequality*. Oxford University Press y la versión de 1997 con James Foster. (1983) "Los bienes y la gente". *Revista Comercio Exterior* Vol.33 No.12. México. (1984) *Commodities and Capabilities*. North Holland. Oxford. (1987) *The Standard of Living*. Cambridge University Press. (1989) *Sobre Ética y Economía*. Alianza Universidad. Madrid. (1996) *La Calidad de Vida* (con M. Nussbaum). FCE México. (1997) *Bienestar, Justicia y Mercado*. Ed. Paidós, Barcelona. (2002) "¿Qué impacto puede tener la Ética? Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. Y la revista Cuadernos de Economía, de la FCE de la Universidad Nacional de Colombia, Vol XVII No.29 de 1998, dedicada en su totalidad al pensamiento de Sen.

trabajo, y las de herencias y transferencias, que dependen de la dotación inicial de recursos y del “mapa de titularidades de intercambio”⁹.

Los bienes no mercantiles están más referidos al ámbito de lo público. Por su naturaleza no pueden ser objeto de intercambio y tienen que ser una construcción social. Es el caso de la seguridad, la justicia, la libertad, la autonomía y el reconocimiento social.

Dicho de otra forma, las dotaciones iniciales aluden a “las circunstancias en las que se encuentran las personas” y por ello se considera que deberían “tener más fuerza en una teoría igualitaria, ya que estas, de uno u otro modo, determinan la posibilidad que tienen las personas a la hora de transformar sus recursos personales en bienestar”¹⁰. Igualmente, están asociadas a la libertad y a la justicia, tal como lo plantea Van Parijs, quien considera que “la dotación de medios o de recursos” es lo que “forma el substrato de la libertad real para todos”¹¹, y que si se sigue el principio de la justicia, ésta se refiere a la “distribución de la libertad” y por ello se requieren compensaciones debido a la diferencia de las dotaciones¹².

J. Sachs comparte el carácter determinante de las dotaciones iniciales, haciendo un símil con la escalera del desarrollo: “En el nivel más básico, la clave para acabar con la pobreza extrema reside en lograr que los más pobres de entre los pobres sean capaces de poner un pie en la escalera del desarrollo. La escalera del desarrollo está suspendida sobre sus cabezas, y los más pobres de entre los pobres se hallan al pie de la escalera sin poder alcanzar el primer peldaño. Carecen de la mínima cantidad de capital necesario para poner un pie en ella, y por tanto necesitan un estímulo para acceder al primer peldaño”¹³.

Sachs identifica seis tipos de capital de los que carecen los pobres: humano, empresarial, infraestructuras, natural, institucional público e intelectual. Y concluye: “Los pobres parten de un nivel muy bajo de capital por persona, y después se ven atrapados en la pobreza porque la proporción de capital por persona en realidad va decreciendo de una generación a otra”¹⁴.

De ahí la importancia de las oportunidades, concepto que remite a la libertad y a la justicia. A la libertad en tanto ellas permiten la elección y la posibilidad de SER y HACER (en los términos de Sen). A la justicia, por cuanto el fundamento de ésta es la “libertad real para todos”, en

9 Mapa entendido como intercambiar lo que se posee por otro conjunto de bienes; así, por ejemplo, si se reduce el salario, se reducen las titularidades de intercambio. Boltvinik J (1998): “Amartya Sen y la Pobreza”. Cuadernos de Economía No.29 op.cit

10 Dieterlen P (2003) op. cit p.165

11 Van Parijs (1996): Libertad real para todos. Ed. Paidós, Buenos Aires p.53. Allí señala que lo que “se requiere son instituciones que sirvan para maximizar el resultado de los que lo tienen peor”

12 Ibid capítulo 3

13 Sachs Jeffrey (2006): El FIN de la POBREZA. Como conseguirlo en nuestro tiempo. Ed. Random House Mondadori. Barcelona p.344

14 Ibid p.345

los términos de P. Van Parijs¹⁵, para quien “Una sociedad es libre si satisface tres condiciones: 1. Existe alguna estructura de derechos bien definida (seguridad); 2. En esta estructura, cada persona es propietaria de sí misma (propiedad de sí); 3. En esta estructura, cada persona tiene la mayor oportunidad posible para hacer cualquier cosa que pudiera querer hacer (ordenación leximín de la oportunidad)”. Obsérvese que estas tres condiciones aluden a la seguridad, a la autonomía y a la elección. Por consiguiente, una sociedad es justa si equipara las oportunidades de quienes están en desventaja, pues es una condición para la búsqueda de la equidad.

Dicha asociación es ampliamente desarrollada por este autor en los términos siguientes: Una sociedad libre “es una sociedad en la que las oportunidades —el acceso a los medios para hacer lo que uno puede querer hacer— están distribuidos en forma maximín: alguien puede tener más oportunidades que otros, pero solamente si ese tener más no reduce las oportunidades de alguien que tenga menos. En otras palabras, se deben diseñar las instituciones de manera que ofrezcan las mayores oportunidades reales a quienes tengan menos oportunidades, sujetas a la condición de que se respete la libertad formal de cada uno”¹⁶.

La ampliación de las oportunidades pasa entonces por la garantía de los llamados “Bienes de Mérito”, entendidos como aquellos que se merece la gente por el solo hecho de ser seres humanos. Por tanto, su satisfacción no puede estar sujeta a la dinámica del crecimiento económico, ni depender de su contribución al mismo.

P. Dieterlen se refiere a ellos como “Derechos de Bienestar” o necesidades básicas, los cuales comportan obligatoriedad: “Las necesidades básicas pueden ser fuente de obligaciones porque proporcionan la satisfacción de ciertos bienes básicos que consideramos indispensables simplemente porque somos seres humanos. Dichos bienes son necesarios y suficientes para reconocer que una existencia es humana. De la percepción de la ausencia de necesidades básicas en una parte de la población, debería surgir en la otra la obligación de establecer ciertas condiciones para que puedan satisfacerlas”¹⁷.

Los bienes de mérito son universales y el Estado y la sociedad deben garantizar su provisión, puesto que quienes estén privados de ellos encuentran serias limitaciones para desarrollar sus capacidades. Estos bienes son convenidos socialmente y se expresan en el contrato social, que por excelencia es la Carta Constitucional: libertad, justicia, seguridad, educación, salud y nutrición¹⁸, pues sin ellos las personas no pueden desarrollar sus capacidades. Estos bienes constituyen un mínimo para la protección de todo ciudadano.

15 Van Parijs (1996): Libertad real para todos op. cit p. 45

16 Se refiere a “mantener el respeto de una estructura de derechos que incluye la propiedad de sí mismo” p.47. Van Parijs (1996) op. cit p.23

17 Dieterlen P. op. cit p.103. En este texto referencia los autores que tratan los “derechos de bienestar”. El concepto de bienes de mérito lo he desarrollado en los escritos de mi autoría, ya citados.

18 Ver un análisis más detallado sobre la Constitución de 1991 en Corredor Consuelo (1995): “Modernidad y Derechos Fundamentales en Colombia”. En Los Derechos Sociales, Económicos y Culturales en Colombia. Balance y perspectivas. Ed. PNUD y Consejería Presidencial para la Política Social. Bogotá

La identificación de los bienes de mérito tiene la ventaja de que permite jerarquizar los derechos y, por tanto, orientar las prioridades de las políticas. Si bien los derechos son universales, indivisibles e interdependientes, los derechos sociales implican una “obligación de prestaciones” a diferencia de los derechos civiles, que implican la “obligación de abstención” por parte del Estado¹⁹. Esta precisión es importante por cuanto hay riesgo de que el discurso de los derechos humanos se convierta en un catálogo de lo deseable y del deber ser al desconocer la capacidad real del Estado para garantizar su cumplimiento. Por ello hay que insistir en los metaderechos como políticas para el alcance de los derechos, lo cual compromete la progresividad de los mismos.

Las capacidades, entonces, no están referidas a la productividad, sino a la libertad de las personas para decidir sobre sus desempeños y optar por el Ser y el Hacer. Esta noción compromete la libertad en sentido positivo: ¿quién puede hacer qué?, más que la pregunta convencional de ¿quién y cuánto posee de bienes? Las realizaciones se refieren a las dimensiones del Ser y el Hacer, que pueden o no ser alcanzadas, mientras que las capacidades se refieren a la habilidad para alcanzar esas condiciones de vida. Una realización es un logro, mientras que una capacidad es la habilidad para lograrlo²⁰.

Si la equidad y la justicia son los principios rectores de una sociedad, el Estado tiene la “obligación de prestaciones”. Por tanto, debe promover unas condiciones mínimas en las dotaciones iniciales para equiparar la diferencia de oportunidades y que las personas pongan en acción sus capacidades.

De las dotaciones y las capacidades se deriva el ejercicio efectivo de los derechos -civiles, políticos, económicos, sociales y culturales-, propios de un Estado Social de Derecho, tal como está establecido constitucionalmente. De esta triada –oportunidades, capacidades y derechos-, se deriva la calidad de vida, entendida como “el resultado integral de la forma como la sociedad está organizada. El progreso social puede ser visto como la erradicación efectiva de las principales carencias que padecen los miembros de una sociedad”²¹.

19 Uprymni Rodrigo (2002): “El derecho y los derechos económicos, sociales y culturales en la realidad colombiana. Un conversatorio en Bogotá. Septiembre de 2001”. Cinep – PDPMM – Indepaz – Embajada Real de los Países Bajos. Ediciones Antropos. p.59

20 Ver Sarmiento Libardo: “Amartya K Sen: Nobel a la Economía Humanista”. En Cuadernos de Economía No.29 op.cit.

21 Wuyts M. Et al (eds)(1992): Development Policy and Public Action. Oxford University Pres



Situación de Colombia e indicadores del ODM 1

Colombia, al igual que la mayor parte de países latinoamericanos, enfrenta el reto de superar la situación de pobreza y de exclusión, con dos agravantes importantes: uno, el conflicto y la violencia que aún cobran enormes costos en vidas humanas y desplazamiento forzado, así como en recursos y desinstitucionalización y; dos, el ser el cuarto país más desigual de Latinoamérica.

Según la CEPAL, en 2008 el crecimiento económico de la región fue de 4.5%, siguiendo la tendencia del lustro anterior, acompañado de mejoras en el mercado laboral (Panorama Social 2008 en América Latina). En materia de pobreza, hasta 2007 ésta se redujo de manera importante, del 44% al 34.1%, y también la indigencia aunque más lentamente, de 19.4% a 12.6% lo cual se explica por la mayor complejidad que tiene la disminución de la pobreza extrema. Sin embargo, para 2008 se calcula que la pobreza bajó muy poco (a 33.2%) y aumentó la indigencia (a 12.9%) lo cual está asociado al aumento en los precios internacionales de los alimentos.

La mejora en los indicadores de pobreza e indigencia se verificó prácticamente en todos los países, en grados diferentes. Para el caso de Colombia, la reducción de la pobreza no fue tan significativa. Frente a ello señala la CEPAL que obedeció fundamentalmente al crecimiento económico y a que prácticamente en todos los países mejoró la distribución del ingreso, excepto en Colombia, Guatemala y Ecuador.

Con relación al alcance de la meta, se calcula que, a 2008, se debió cumplir el 68%; porcentaje superado por varios países, mientras que otros, como Colombia, presentan un relativo atraso; y, algunos, definitivamente un atraso, como Argentina y Bolivia. En cuanto a pobreza extrema, solamente Chile lo ha hecho de manera significativa y, más modestamente, México y Panamá (Corredor 2010 CJEG. Conferencia inaugural).

La situación de pobreza extrema expresa en sentido estricto una situación de hambre. Por ello, en el ODM1 se establece el compromiso de reducirla. A juzgar por los avances en combatir la desnutrición global -bajo peso para la edad en menores de 5 años- y tomando 22 países

de la región, se tiene que en América Latina y el Caribe el avance real es levemente menor que el esperado pero las diferencias entre países son abrumadoras. En el caso de Colombia, lo real es inferior a lo esperado y las diferencias entre departamentos son brutales. Este es un esfuerzo en el que no se puede desfallecer. (Corredor 2010 CJEG Conferencia ODM1)

Las principales conclusiones del informe de la ONU en el 2007 señalan que la reducción de la pobreza se ha dado pero se explica fundamentalmente a nivel del mundo por el rápido crecimiento económico en Asia. Si se mantiene la tendencia de reducción de la pobreza, en su conjunto se va a alcanzar el objetivo, con excepción del África Subsahariana. Por su parte, la desigualdad se presenta en todo el mundo pero sigue siendo mayor en América Latina y el Caribe y en el África Subsahariana: el 20% más pobre participa sólo con el 3% del consumo nacional. En la región, Colombia es uno de los países con mayor desigualdad, a juzgar por el Gini con un 0.57, siendo superado solo por Brasil (0,64), Bolivia (0,586) y Nicaragua (0,584)

El informe destaca como uno de los principales obstáculos para el alcance de las metas la falta de oportunidades laborales para los jóvenes, la desigualdad de género, la urbanización rápida y sin planificación, la deforestación, la escases de agua y la alta presencia del VIH. Los requerimientos para superar estas limitaciones son una gestión global acertada, una mayor inversión pública, un mayor crecimiento económico, una mayor capacidad productiva y un mayor empleo digno.

Los indicadores en Colombia son realmente preocupantes: Según la ONU, (2009) en Colombia el 10% más rico percibe el 49% del ingreso y el 10% más pobre sólo percibe el 9%. Es el quinto país más desigual de América Latina después de Brasil, México, Argentina y Venezuela.

En 2009, 45.5% de la población (19.9 millones de personas) se encontraba en situación de pobreza y 16.4% en situación de indigencia (7.2 millones). Estos porcentajes superan el promedio de América Latina, donde el 34.1% de la población está en situación de pobreza y el 13,7% en situación de indigencia. La línea de indigencia es claramente una línea de hambre, pues significa que las personas no tienen los ingresos requeridos para cubrir una canasta de alimentos con los nutrientes requeridos. La línea de pobreza en 2009 se estimó en \$ 281.384 por persona y la línea de Indigencia en \$120.588

	<i>Pobreza Nacional Total</i>	<i>Pobreza Urbana Nacional</i>	<i>Pobreza Rural Nacional</i>	<i>Indigencia Nacional Total</i>	<i>Gini Nacional</i>
2002	53.7	48.3	69.3	19.7	0.59
2003	51.2	46.3	65.6	17.0	0.57
2004	51.0	45.2	68.2	17.0	0.58
2005	50.3	44.7	67.0	15.7	0.58
2006	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D
2007	N.D	N.D	N.D	N.D	N.D
2008	46.0	39.8	65.2	17.8	0.589
2009	45.5	39.6	64.3	16.4	0.578

Fuente: Misión DNP-DANE

Las cifras de pobreza ponen de manifiesto, además, la existencia de una profunda desigualdad entre las distintas regiones del país: mientras la población en extrema pobreza en el país es el 16.4% en el sector rural, la población en pobreza extrema (LI) es 29.1%. A su vez, mientras en Bogotá la pobreza afecta a un 22% de la población, en Chocó llega a 70,5%, en Cauca a 70,1%, en Sucre a 68,1% y en Córdoba a 67,8%, para citar los casos más alarmantes.

A nivel de las 13 ciudades principales, las disparidades también son importantes:

Resultados 2009						
Ciudad	Pobreza*		Pobreza Extrema**		Coefficiente de Gini***	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Bucaramanga	24,7%	15,5%	3,3%	2,2%	0,466	0,465
Bogotá, D.C.	22,5%	22,0%	3,9%	4,1%	0,550	0,548
Villavicencio	29,2%	31,2%	6,0%	6,5%	0,508	0,494
Ibagué	34,4%	31,6%	9,0%	7,2%	0,499	0,513
Cali	30,1%	32,6%	8,9%	9,8%	0,562	0,517
Cúcuta	32,2%	33,6%	6,7%	7,7%	0,473	0,525
Cartagena	35,8%	36,0%	8,9%	8,9%	0,476	0,521
Medellín	38,5%	38,4%	9,2%	10,2%	0,564	0,566
Pasto	35,8%	39,8%	6,9%	7,1%	0,549	0,536
Montería	41,7%	40,6%	8,8%	8,3%	0,508	0,552
Barranquilla	40,8%	40,7%	10,5%	9,9%	0,512	0,487
Pereira	40,3%	42,8%	7,9%	8,7%	0,513	0,486
Manizales	47,7%	45,4%	12,7%	11,7%	0,538	0,530

Fuente: Cálculos MESEP con base en Encuestas de Hogares del DANE (Gran Encuesta de Hogares 2008 y 2009)

*Las reducciones más importantes de la pobreza entre 2008 y 2009 se registraron en Bucaramanga, Ibagué y Manizales. Los principales incrementos se presentaron en Pasto, Pereira y Cali.

**Las principales reducciones de la indigencia entre 2008 y 2009 se registraron en Ibagué, Bucaramanga y Manizales. Los mayores incrementos se presentaron en Medellín, Cúcuta y Cali.

***En 2009 el Coeficiente de Gini más bajo fue el de Bucaramanga (0,465). El más alto fue de Medellín (0,566)

Misión para el Empleo de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad – MESEP

Siendo éste el panorama, cabe preguntarse sobre el cumplimiento de las metas establecidas para 2015, las cuales fueron adoptadas por el gobierno colombiano en el CONPES 091 de 2005. Como lo analicé en la conferencia citada (CJEG 2010, ODM1), la Costa Atlántica y Pacífica son zonas donde se concentra de una manera muy importante la situación de hambre, mientras la región central muestra mejores resultados, lo cual confirma la inmensa heterogeneidad en el país.

En el mapa de desplazamiento forzado y pobreza hay una coincidencia importante, donde el 93% de hogares en situación de desplazamiento está por debajo de una línea de indigencia, es decir, en situación de hambre. Hay coincidencia también en situaciones de hambre y zonas de recepción de población en desplazamiento.

El censo del 2005 arroja datos de NBI donde indica que se ha reducido la pobreza por NBI y la miseria, pero las disparidades siguen siendo muy grandes: en Chocó, el 79.2% de los hogares

tienen NBI en comparación con Bogotá, donde es solamente el 9.2%, es decir, cuando se habla de país se habla del promedio, lo que oculta las enormes brechas entre regiones.

La composición de las familias es un aspecto muy importante en la prevalencia de la situación de pobreza. Según NBI, de los hogares en pobreza, los que tienen población menor de 20 años tienen un nivel de pobreza que es el doble de los hogares sin personas menores de 20 años (20 y 11,4% respectivamente). Y en el caso de la situación de miseria por NBI, ésta es casi 4 veces mayor que en los hogares sin personas menores de 20 años (7,8 y 2% respectivamente).

Esta situación se confirma al ver la situación de pobreza por ingresos. La proporción de personas en situación de pobreza que viven en hogares con menores de 20 años es de 57.64%, mientras que para las personas en hogares sin menores de 20 años es de 25.92%. En pobreza extrema, el diferencial entre estos dos grupos es aún mayor: mientras en hogares con personas menores de 20 años es de 18.74%, en hogares sin personas menores de 20 es de 7.8%.

Personas	Total	NBI				Línea de Pobreza			
		Pobreza		Miseria		Pobreza		Miseria	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<i>Personas en Hogares con <20 años</i>	37.512.411	7.571.022	20,18	2.932.608	7,82	21.623.141	57,64	7.029.290	18,74
<i>Personas en Hogares sin <20 años</i>	7.088.916	815.220	11,50	158.556	2,24	1.837.157	25,92	552.935	7,80
Total Personas	44.601.327	8.386.242	18,80	3.091.164	6,93	23.460.298	52,60	7.582.226	17,00

Según los estudios de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-025 de la Corte Constitucional, el 8.5% de la población colombiana se encuentra en situación de desplazamiento y es una población que está claramente en pobreza extrema. Según el registro único de población desplazada de Acción Social el 49.1% de esta población, son niños y niñas.

Con relación al compromiso de erradicar el hambre, a juzgar por la población en situación de indigencia (16.4%) los logros son muy deficientes. En el país el 12% de los niños y niñas menores de 5 años presentan desnutrición crónica, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005. Esa desnutrición es mayor entre 1 y 2 años de edad, en familias grandes con 6 o más hijos, entre niños y niñas con intervalos de nacimiento menor a 24 meses, entre aquellos cuyas madres son jóvenes -entre 15 y 24 años-, y son muy marcadas las diferencias según la educación formal de los padres y el nivel económico. Esto es particularmente grave porque se sabe que los daños que se causan en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años y en particular de los menores de 2 años son irreversibles.

La Encuesta del ICBF del 2005 plantea inquietudes pertinentes sobre la percepción en materia de seguridad alimentaria. En esa encuesta se le preguntó a los hogares si en los últimos

treinta días les faltó dinero para comprar alimentos; si disminuyó el número de comidas por falta de dinero; si algún adulto comió menos de lo acostumbrado por falta de dinero; se dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero; si algún adulto comió menos en la comida principal porque no alcanzó para todos; si algún adulto se quejó de hambre por falta de alimentos en el hogar; si algún adulto se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para la comida. En los hogares donde hay niños y niñas, se les cuestionó lo mismo.

Los resultados indicaron que solamente el 59% de los hogares se pueden clasificar con seguridad alimentaria; con inseguridad leve, el 26%; en inseguridad moderada, el 11%; en inseguridad severa, el 3.6% de los hogares. Se está hablando de inseguridad del 40.8%, lo que es inadmisibles en una democracia. Según el área, en el sector rural el 58% de los hogares tiene inseguridad alimentaria y en el sector urbano el 36.5%. Por niveles de SISBEN, en los hogares del nivel 1 el 59.4% tiene inseguridad alimentaria; en el nivel 2, el 42% y; en nivel 3, el 27%. La vulnerabilidad en los niños y niñas sigue siendo enorme (Corredor, 2010, conferencia ODM1. CJEG)



Recomendaciones

La prioridad que se le debe dar a la superación de este problema responde no sólo a razones de justicia social sino también al deber del Estado de garantizar el ejercicio de los derechos fundamentales, así como a resolver un claro problema de ineficiencia social pues la sociedad en su conjunto se está privando de las potencialidades de su principal recurso: las personas.

En el combate a la pobreza son importantes no sólo los recursos sino también el enfoque que se adopte sobre el problema, pues de él derivan implicaciones en materia de políticas y programas. Lo que ha prevaecido en Colombia es una mirada de carencias puntuales. A pesar de los importantes recursos destinados a programas de atención a la población en mayor situación de pobreza y de vulnerabilidad, ésta no cede. En buena parte, ello responde a la visión de las personas como sujetos de necesidades que conlleva a intervenciones para suplir carencias, estructuradas fundamentalmente sobre subsidios a la demanda, con lo cual se alivian situaciones de emergencia pero no se construyen capacidades ni oportunidades y por tanto están lejos de aportar a la construcción de autonomía como sujetos de derechos.

Por lo anterior, hay que persistir en una visión alternativa y más próspera, como es el enfoque de restablecimiento y garantía de los derechos para así superar las acciones asistenciales como ejes estructurantes de la política social y avanzar hacia la construcción de autonomía en el ejercicio de los mismos y, por tanto, en la construcción de ciudadanía. Afortunadamente, en el país se viene trabajando de tiempo atrás en esta dirección, pero aún hay una distancia importante entre el discurso conceptual basado en derechos y las estrategias y programas concretos para la superación de la pobreza que no logran una efectiva integralidad y no apuntan a remover las barreras a la inclusión y las trampas de la pobreza.

La perspectiva de derechos y la consiguiente integralidad de las políticas, exigen determinar concertadamente el mínimo vital que reconoce la sociedad, sin el cual no se puede considerar una vida en dignidad. Aún más, en el mejor de los casos no basta con enunciar que la salud, educación y alimentación/nutrición constituyen el mínimo vital, sino también es necesario definir cuál es el alcance de esos derechos. Esa es y será una

de las mayores controversias entre academia, técnicos, gobierno y, en nuestro caso, la Corte Constitucional.

Sin ignorar que los derechos, por su naturaleza, son universales, integrales e indivisibles, las distintas restricciones para garantizar su ejercicio llevan a establecer jerarquías necesarias. Por eso es pertinente definir por lo menos cuáles de ellos constituyen un imperativo para tener un mínimo de oportunidades. Estos derechos constitutivos del Mínimo Vital, se refieren, por lo menos, a salud, educación y alimentación/nutrición, los cuales constituyen una triada insoluble para garantizar un mínimo de supervivencia y de oportunidades de crecimiento y desarrollo personal.

Debería existir una decisión colectiva de garantizar estos tres derechos, sin distinción alguna, en un esquema redistributivo que permita la gratuidad para quienes definitivamente carecen de capacidad de pago, pero cuidando que la calidad de los mismos sea igual. Cada uno de estos derechos requiere determinar su alcance. Dicho de otra forma, hay que definir qué es lo exigible al Estado en cada uno de estos derechos.

Otra condición necesaria para avanzar en el restablecimiento y garantía de los derechos es lograr la inclusión socioeconómica de la población en situación de pobreza y de vulnerabilidad. Se trata de un imperativo de cara a la construcción de autonomía en el ejercicio de los derechos para la sostenibilidad de los logros sociales. El talón de Aquiles de la mayor parte de las políticas sociales es que no incluyen, desde el mismo diseño, alternativas de inclusión productiva. De ahí que sean pertinentes las preocupaciones sobre el alcance de los programas, sus impactos reales y las condiciones de salida de los diversos programas.

La inclusión socioeconómica debe ser vista como un proceso y no como unas acciones puntuales y aisladas. Por ello es conveniente definir una cadena con, por lo menos, los siguientes eslabones:

1. Capacitación y formación para el trabajo que sea pertinente a los requerimientos actuales y futuros del mercado laboral y de los nichos productivos. El país tiene que tomar la decisión de hacer de la educación media una educación vocacional, técnica y tecnológica para darle la oportunidad a la mayor parte de jóvenes de vincularse al mercado laboral en mejores condiciones sin perder de vista la posibilidad de crear estrategias para transitar hacia la educación superior lo cual implica esfuerzos en cobertura y calidad.
2. Asesoría para la búsqueda de empleo con orientación, capacitación y acompañamiento que facilite, desde presentar una solicitud y una entrevista, hasta el conocimiento sobre sus derechos laborales. Hacer seguimiento si su desempeño corresponde con su formación para así evitar el subempleo.
3. Dar la oportunidad de crear unidades económicas con el proceso de formación y capacitación para el diseño y puesta en marcha del negocio, lo cual debe ir acompañado de recursos de capital semilla y, progresivamente, de microcrédito que no requiera de garantías reales. El acompañamiento en la ejecución de los recursos es vital para evitar la liquidación prematura, tan recurrente en nuestra economía.

4. Lograr formas de distribución y comercialización a través del desarrollo de cadenas de proveedores en los clúster que se identifiquen como más prósperos y, a través de las compras estatales, democratizar los procesos de contratación del sector público haciendo uso de las leyes que favorecen la contratación de mipymes y promover los negocios inclusivos con el sector privado.

Finalmente, es pertinente insistir que las políticas públicas deben estar al servicio de los derechos, coadyuvando al desarrollo del enfoque de derechos y a la definición de su alcance, lo cual tiene un referente y respaldo constitucional, además de los tratados internacionales que tienen un carácter vinculante.

En suma, las políticas públicas deben orientarse al restablecimiento, garantía, protección y promoción de los derechos fundamentales. Es necesario proteger los avances y persistir en el alcance de las metas pues la reciente crisis internacional no ha tocado fondo, la fragilidad fiscal del país es evidente y algunas reformas legislativas pueden amenazar la exigibilidad de los derechos.



Bibliografía

CEPAL. Panorama Social 2008 en América Latina

CEPAL *Cohesión Social, Inclusión y Sentido de Pertenencia en América Latina y El Caribe*. Ed. Cepal, AECI, Secretaría General Iberoamericana. Santiago de Chile, 2007

CORREDOR Consuelo (Ed.). *Pobreza y Desigualdad. Reflexiones conceptuales y de medición*. Ed. Universidad Nacional, CINEP, Colciencias, GTZ. Bogotá, 1999

CORREDOR Consuelo. “¿Es el problema de la pobreza un problema de exclusión?”. *Pobreza Urbana y Políticas Sociales en la ciudad del 2000*. Ed. Sehas, Conicet. Secretaría de Desarrollo Social, Córdoba, Argentina, 1999

CORREDOR Consuelo: “Pobreza, Equidad y Eficiencia Social”. En Cuadernos del PNUD-MPS, *Investigaciones sobre desarrollo Social en Colombia* No. 1, Panamericana Bogotá, 2004, pp. 14 - 59

CORREDOR Consuelo. *La Política Social en clave de derechos*. Ed. Universidad nacional de Colombia. Bogotá 2010

Dieterlein Paulette, *La Pobreza: un estudio filosófico*. Ed. UNAM – FCE. México 2003

DNP – Presidencia de la República – ONU: República de Colombia. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. II Informe de Seguimiento 2008*

NUSSBAUM Martha. “Capacidades como titulaciones fundamentales”. *Estudios de filosofía y derecho* No.9, Unexcol, Bogotá.2005

Sachs Jeffrey: *El FIN de la POBREZA. Como conseguirlo en nuestro tiempo*. Ed. Random House Mondadori. Barcelona 2006

SEN Amartya. *On Economic Inequality*. Oxford University Press. 1973

SEN Amartya. *Commodities and Capabilities*. North Holland. Oxford. 1984

SEN Amartya. *The Standard of Living*. Cambridge University Press. 1987

SEN Amartya y NUSSBAUM Marta. *La Calidad de Vida* Ed. FCE México. 1996

SEN Amartya. *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta, Bogotá 2000

SEN Amartya. *El Derecho a no tener hambre*. Traducción de Everaldo Lamprea. Universidad Externado de Colombia. Bogotá 2002

SEN Amartya y FOSTER James. "Espacio, capacidad y desigualdad", *Revista Comercio Exterior*. Vol.53 No.5 Mayo. México 2003 pp. 417 – 423.

UPRYMNI Rodrigo. Informe de Investigación sobre el marco conceptual de una posible "ley de transformación social y materialización de los derechos sociales" para América Latina y en especial para Colombia. Bogotá, Septiembre 2007.

UPRYMNI Rodrigo. "Estado Social de derecho, derechos económicos, sociales y culturales y Objetivos del Milenio: tensiones y complementariedades". En: *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Un compromiso con los derechos económicos, sociales y culturales*. Ed. UN –PNUD Editora Consuelo Corredor Martínez Bogotá, marzo 2010 pp. 107- 118

VALLEJO Cesar: "Pobreza: inequidad e ineficiencia en equilibrio estable". En: Corredor Consuelo (Ed.) *Pobreza y desigualdad*. Ed. Universidad Nacional de Colombia, Colciencias, Cinep y GTZ, Bogotá. 1999

VAN PARIJS Philippe. *Libertad real para todos*. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1996

Wuyts M. Et al (Eds) (1992): *Development Policy and Public Action*. Oxford University Press.

EN ESTE CAPÍTULO

1. Introducción
2. Cumbres y acuerdos de Naciones Unidas en relación con el tema
3. Recomendaciones básicas de las Naciones Unidas. Conceptos y discursos
4. Definiciones importantes
5. Situación de Colombia con respecto a los indicadores ODM en educación
6. Situación de los departamentos
7. Otros indicadores
8. Estrategia de gobierno
9. Impacto de los indicadores
10. Articulación del tema con cada uno de los otros ODM
11. Educación y exclusión (barreras a la inclusión de poblaciones específicas: mujeres, afrodescendientes e indígenas, población en situación de desplazamiento)
12. Bibliografía



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 2



Lograr la Educación

Básica Universal

José Miguel Barrera Granados*

*José Miguel Barrera Granados es Administrador Público, especialista en Formulación y Evaluación de Proyectos. Estuvo vinculado al Proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio del PNUD – Colombia como experto en temas de educación y sistemas de información.



Introducción

El presente documento es una herramienta de apoyo para las Cátedras del Milenio organizadas por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- cuyo objetivo es el fortalecimiento de las ideas allí planteadas.

Luego de la introducción, este capítulo presenta nueve títulos. El primero habla sobre las cumbres mundiales que han tocado el tema de la educación y evidencian las principales preocupaciones y acuerdos que se han logrado con los distintos países participantes. El segundo se ocupa de mirar las recomendaciones básicas del PNUD para el logro de los ODM educativos. El tercero trae las definiciones básicas de los indicadores mencionados en el documento con el fin de entender y manejar los términos utilizados. El cuarto y quinto capítulo hacen una descripción de la situación de la educación en Colombia y en los departamentos, revisando y explicando el estado de los principales indicadores educativos. El sexto propone otros indicadores de educación que deberían ser tenidos en cuenta en los ODM los cuales se deberían trabajar no sólo cuando se logren los propuestos sino desde ya para mejorar el desarrollo del país. El séptimo menciona las acciones llevadas a cabo por el gobierno para cumplir las metas ODM. El octavo capítulo es una mirada al impacto de los indicadores mientras el noveno es una reflexión sobre la interdisciplinariedad de los ODM. Finalmente, en el décimo se analiza la exclusión en la educación.

Para comenzar, citamos la visión de educación y su injerencia en el desarrollo humano del PNUD. La educación brinda opciones a los seres humanos en cuanto al tipo de vida que desean llevar permitiéndoles expresarse con confianza en sus relaciones personales, en la comunidad y en el trabajo. Sin embargo, hay más de 115 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria que, al no poder hacerlo, se ven privados de ejercer este derecho humano. En su mayoría, se trata de niños procedentes de hogares pobres, cuyas madres, con frecuencia, tampoco han recibido educación formal.

Esta pérdida de potencial no sólo afecta a los niños. La educación, especialmente de las niñas, encierra beneficios sociales y económicos para toda la sociedad. Las mujeres que han recibido educación tienen acceso a más oportunidades económicas y participan más activamente en la vida pública. Cuando son madres, tienden a tener menos hijos, pero más sanos y con más probabilidades de asistir a la escuela. Todos estos beneficios son críticos para romper el círculo vicioso de la pobreza. El aumento de la matriculación deberá ir acompañado de actividades para lograr que ningún niño (especialmente los más difíciles de alcanzar) abandone la escuela y todos reciban una educación de buena calidad.”¹

1 Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas © 2005



Cumbres y Acuerdos de Naciones Unidas en relación con el tema

A continuación se relacionan algunas cumbres donde se ha manifestado la importancia de la educación para lograr el desarrollo y acabar con la pobreza.

2.1 Naciones Unidas – Cumbre Mundial 2005 (14 -16 de septiembre)

En ella se destaca la función indispensable de la educación, tanto escolar como no escolar, en el logro de la erradicación de la pobreza y otros objetivos de desarrollo previstos en la Declaración del Milenio, especialmente la educación básica y la formación destinada a erradicar el analfabetismo, y la procura de ampliar la educación secundaria y superior, así como la enseñanza profesional y la capacitación técnica, en particular para mujeres y niñas, crear capacidad en materia de recursos humanos e infraestructura y empoderar a quienes viven en la pobreza. Se reafirma, en este contexto, el Marco de Acción de Dakar aprobado en el Foro Mundial sobre la Educación celebrado en 2009 y se reconoce la importancia que tiene la estrategia de la lucha contra la pobreza, en especial la pobreza extrema, definida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, en el apoyo de los programas de Educación para Todos, como instrumento para alcanzar a más tardar en 2015 el Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la enseñanza primaria universal.

De igual modo se reafirma el compromiso de apoyar las actividades de los países en desarrollo para lograr que todos los niños tengan acceso a una enseñanza primaria obligatoria y gratuita de buena calidad y la cursen en su totalidad, eliminar la desigualdad y el desequilibrio entre los géneros e intensificar las actividades para fomentar la educación de las niñas. También se compromete a seguir respaldando los esfuerzos de los países en desarrollo, para la ejecución de los programas de la iniciativa Educación para Todos, incluso aportando más recursos de todo tipo por conducto de la Iniciativa Acelerada de Educación para Todos en apoyo de los planes nacionales de enseñanza impulsados por los países².

2 <http://www.choike.org/nuevo/informes/1574.html>

2.2. Década para una educación para la sostenibilidad.

La proclamación de la Década de las Naciones Unidas de la Educación para el Desarrollo Sostenible fue aprobada mediante resolución 57/254 en la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de diciembre de 2002. En ella se reafirma el objetivo de desarrollo acordado a nivel internacional de lograr la educación primaria universal, en particular que, para el año 2015, los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria. En dicha Asamblea también se confirmó la importancia de la educación como un elemento indispensable para el logro del desarrollo sostenible y se decidió proclamar el período de diez años que comienza el 1º de enero de 2005 como “Década de las Naciones Unidas de la Educación para el Desarrollo Sostenible”.

En esta cumbre se designó a la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) organismo rector de la promoción de la década, pidiéndole un proyecto de plan de aplicación internacional en el que se aclare la relación de la década con los proyectos educacionales en curso, en particular el Marco de Acción de Dakar aprobado en el Foro Mundial sobre la Educación y el Decenio de las Naciones Unidas de la Alfabetización en consulta con las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales competentes, gobiernos, organizaciones no gubernamentales y otras entidades interesadas, con miras a presentar recomendaciones a los gobiernos sobre la forma de promover y mejorar la integración de la educación para el desarrollo sostenible en sus respectivos planes de acción y estrategias en materia de educación al nivel apropiado.

2.3. Organización de Estados Americanos, OEA

La Organización de Estados Americanos –OEA- ha adelantado cinco cumbres sobre educación, la última en Cartagena de Indias, Colombia, en 2007. A continuación se resaltan los puntos más importantes de cada una de ellas.

2.3.1 Miami, Florida, USA, 1994 - I Cumbre de las Américas

En la Cumbre de las Américas celebrada en Miami en 1994, los Jefes de Estado y de Gobierno abogaron por el acceso a la educación de calidad, la capacitación profesional y la educación de adultos, la capacitación técnica, profesional y magisterial, así como mayor acceso a una educación superior de mejor calidad. Pusieron énfasis en el acceso universal de las mujeres a la educación y pidieron el desarrollo de estrategias para superar las deficiencias nutricionales. También alentaron la descentralización y participación comunitaria y manifestaron que la educación es la base para el desarrollo social y cultural sostenible, el crecimiento económico y la estabilidad democrática.

2.3.2. Santiago, Chile, 1998 – II Cumbre de las Américas

En la Segunda Cumbre de las Américas, realizada en Santiago de Chile en 1998, la educación tiene un rol central en los mandatos planteados en el Plan de Acción. Dentro del docu-

mento, los países definen que el compromiso hemisférico en educación se expresa en vastos procesos de reforma que abarcan todos los niveles del sistema educativo y se basan en amplios consensos en torno a los problemas que confronta la educación, el compromiso y el esfuerzo compartido de toda la sociedad por superarlos.

2.3.3. Quebec, Canadá, 2001 – III Cumbre de las Américas

En el Plan de Acción de la Tercera Cumbre de las Américas, celebrada en la Ciudad de Quebec en 2001, los países reconocieron que “la educación es la clave para el fortalecimiento de las instituciones democráticas, la promoción del desarrollo del potencial humano, la igualdad y la comprensión entre nuestros pueblos, e influye positivamente en el crecimiento económico y en la reducción de la pobreza”. De acuerdo con esto, los líderes hemisféricos se comprometieron a promover el acceso de todos a una educación básica de calidad, apoyar el aprendizaje permanente, fortalecer los sistemas educativos y realzar el desempeño de los docentes. En esta Cumbre se reiteró el compromiso de asegurar, para el año 2010, el acceso universal y la finalización completa de todos los niños y las niñas de una educación primaria de calidad, así como el acceso a la educación secundaria de calidad para un mínimo del 75% de los jóvenes. Dieron, igualmente, su apoyo a la celebración de una reunión de los Ministros de Educación, la cual se llevó a cabo los días 24 y 25 de septiembre de 2001, en Punta del Este, Uruguay.

2.3.4. Monterrey, México, 2004 – Cumbre Extraordinaria de las Américas

En la Cumbre Extraordinaria de las Américas desarrollada en Monterrey, México, el 12 y 13 de enero de 2004, los Jefes de Estado y de Gobierno, con la Declaración de Nuevo León, identificaron la educación como factor decisivo para el desarrollo humano. Teniendo en cuenta el incremento de las tasas de analfabetismo en muchos países del hemisferio, los líderes se comprometieron a continuar promoviendo el acceso a la educación básica con base en los principios de participación, equidad, pertenencia y eficacia.

Asimismo, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a incrementar el acceso y la divulgación de información sobre los sistemas educativos, reiterando su compromiso de continuar la implementación del Proyecto Regional de Indicadores Educativos refrendado en la Tercera Reunión Interamericana de Ministros de Educación. “Aquellos países que no lo hayan hecho elaborarán y divulgarán públicamente un informe con base en las metas de educación establecidas en el Plan de Acción de la Segunda Cumbre de las Américas llevado a cabo en Santiago de Chile”.

2.3.5. Mar del Plata, Argentina, 2005. IV Cumbre de las Américas

En la IV Cumbre de las Américas, los Jefes de Estado y de Gobierno acordaron varias acciones en cuanto al tema de educación. En la Declaración de Mar del Plata los mandatarios reconocieron la importancia del acceso a la educación como elemento primordial en la lucha contra la pobreza y la reducción de la desigualdad en nuestros países. En este sentido, se comprometieron a mejorar el acceso y la calidad de la educación básica de todos los niños y las niñas, reconociendo que la provisión de oportunidades educativas es una inversión a futuro para nuestras sociedades. De la misma manera, hubo un compromiso especial con los grupos

en situación de mayor vulnerabilidad, como los pueblos indígenas y los afro-descendientes, en procura de la igualdad de empleo para todos, erradicando la discriminación en el trabajo y asegurando el acceso a la educación.

Con el fin de avanzar en la eliminación del analfabetismo en nuestros países y de fortalecer y enriquecer los procesos de enseñanza en las escuelas, incluyendo la utilización de nuevas tecnologías de información y comunicación, los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a desarrollar y promover, en el marco de la OEA, el estudio de un programa de alfabetización, así como la implementación de programas electrónicos de educación a través del intercambio de experiencias exitosas registradas en otros países.

2.3.6. Cartagena, Colombia, 2007 – V Cumbre de las Américas

Durante su Quinta Reunión realizada en Cartagena de Indias, Colombia, del 14 al 16 de noviembre de 2007, los Ministros de Educación de los Estados Miembros de la OEA declararon que la educación temprana es crucial y que un enfoque integral permitiría a la región “enfrentar los retos de la pobreza, la inequidad y la exclusión social”.

La Reunión culminó con la ratificación del Compromiso Hemisférico por la Educación de la Primera Infancia, donde los ministros se comprometieron a incrementar la cobertura de la educación temprana con el objetivo a largo plazo de universalizar el cuidado integral para este grupo. El documento recomendó que los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieran a la educación de calidad y al cuidado exhaustivo de los más jóvenes.

Los ministros reconocieron que “el acceso equitativo y oportuno a la educación integral de calidad y adecuada a los contextos locales y a las realidades del mundo es un derecho humano, un bien público y una prioridad política, incluso en el marco de la atención integral a la primera infancia”, y que la vinculación al sistema desde la edad temprana ayuda a alcanzar metas sociales y económicas claves, al asegurar que los niños pequeños se enrumben en un camino positivo de aprendizaje, contribuyendo a garantizar igualdad de oportunidades para las mujeres y consolidando el bienestar de las familias de las Américas, metas que sirven conjuntamente para reforzar la integración social.



Recomendaciones básicas de Naciones Unidas. Conceptos y discursos.

El Programa de las Naciones Unidas tiene claro que es al interior de cada región donde se deben diseñar estrategias³ para el cumplimiento de los ODM con medidas concretas y el compromiso político de las administraciones municipales, departamentales o distritales.

Sin embargo, es importante tener en cuenta algunas recomendaciones que el equipo del Proyecto del Milenio liderado por Jeffrey Sachs⁴ establece que pueden aportar beneficios para el bienestar de las personas en el camino hacia el logro de los Objetivos⁵. Entre las actividades recomendadas por Sachs están:

1. Eliminar gastos escolares y de uniforme para los niños y niñas.
2. Proporcionar almuerzos escolares gratuitos a todos los niños con alimentos de producción local y raciones para llevar a sus casas.
3. Capacitar a las comunidades rurales en materia de salud, agricultura e infraestructura con conocimientos técnicos básicos.
4. Ampliar el acceso a servicios e información sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar y uso de anticonceptivos.
5. Acceso a electricidad, agua, saneamiento e Internet para los hospitales, escuelas y otras instituciones de servicio social con generadores independientes.

Establecer asesorías científicas para el alto gobierno a fin de consolidar el papel de la ciencia en la formulación de políticas nacionales.

3 Solo se relacionan en este documento las que tienen relación directa con educación

4 El 17 de enero de 2005, el economista Jeffrey Sachs entregó a Kofi Annan un informe elaborado por el Proyecto del Milenio sobre cómo lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

5 Solo se relacionan aquellos que impactan directa o indirectamente el objetivo de educación.



Definiciones importantes

A continuación se relacionan algunas definiciones de los indicadores que se tocarán en el documento con el ánimo de clarificar los conceptos y facilitar los análisis que de allí se deriven.

4.1 Tasa de analfabetismo de 15 a 24 años

Proporción de la población que no sabe ni leer ni escribir a partir de cierta edad. Usualmente se calcula de los 15 a 24. Esta tasa se puede calcular para distintas especificaciones demográficas diferenciadas por sexo, zona de residencia, etc.

$$Tasa \ de \ Analfabetismo = \frac{Población \ Analfabeta \ x \ años \ y +}{Población \ Total \ x \ años \ y +} * 100$$

4.2 Tasa de analfabetismo en mayores de 15 años

Proporción de la población que no sabe ni leer ni escribir a partir de cierta edad

$$Tasa \ de \ Analfabetismo = \frac{Población \ Analfabeta \ x \ años \ y +}{Población \ Total \ x \ años \ y +} * 100$$

4.3 Tasa de analfabetismo funcional

Se trata de personas que han aprendido a leer y escribir pero en una escolaridad mínima que le impide entender las ideas de los demás y expresar de manera clara las propias.

4.4 Tasa de cobertura

Es la medida con la que se establece la capacidad con la que cuenta el sistema educativo para integrar a la población a determinado nivel. La diferencia entre la tasa de cobertura bruta y la neta es que ésta última identifica cuántos de los que están asistiendo a un nivel no tienen la edad que les corresponde, sea por que están retrasados o adelantados. Al cuantificar la extraedad se logra un acercamiento a la eficiencia interna del sistema.

4.5 Tasa de cobertura bruta de escolaridad

Es la relación entre la población que asiste a un nivel determinado en cuanto a la población objetivo a cursar ese nivel. Cuando esta tasa toma un valor mayor al cien por ciento significa que el sistema está atendiendo, para ese nivel, a una población mayor a la objetivo, lo que refleja la presencia de dos fenómenos no deseables: la extraedad positiva (los niños cursan un nivel superior al deseable de acuerdo a su edad) o extraedad negativa (los niños cursan un nivel inferior al deseable de acuerdo a su edad).

$$TBE_{Primaria} = \frac{\text{Población que asiste a básica primaria}}{\text{Población 7-11 años}} * 100$$

La tasa bruta de cobertura corresponde a la cantidad de personas que asisten al sistema educativo (sin importar la edad) como porcentaje de la población que está en edad de asistir.

4.6 Tasa de cobertura neta de escolaridad

Relación entre la población que asiste a determinado nivel y hace parte de la población objetivo, y el total de la población objetivo. La tasa neta corresponde al porcentaje de personas que, no estando en extraedad, asisten al sistema.

4.7 Años promedio de educación entre 15 y 24 años

Hace referencia al promedio de años de educación cursados por la población entre 15 y 24 años. Este indicador permite establecer el nivel educativo para ese rango de la población.

4.8 Tasa de repitencia

Es la relación existente entre los estudiantes que permanecen en un mismo grado escolar durante un período mayor a un año con respecto a los alumnos matriculados en ese mismo grado.

TR = (Alumnos repitentes en el nivel educativo X en el año lectivo / Alumnos matriculados en el nivel educativo X en el año lectivo) x 100
Es posible obtener este indicador por departamentos, zonas (urbana-rural), género (hombres-mujeres).



Situación de Colombia con respecto a los indicadores ODM en educación

5.1 Metas

A continuación se relacionan las metas establecidas por Naciones Unidas en la cumbre del año 2000 y las establecidas por el CONPES 91, de 14 de marzo de 2005:

Meta universal

Velar para que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Metas Colombia

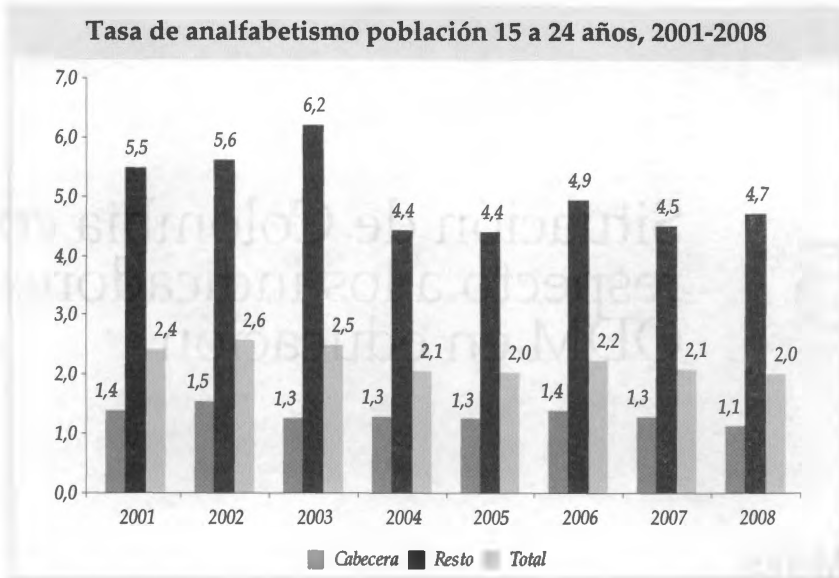
- Tasa de analfabetismo a 1% para personas entre 15 y 24 años
- Tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica (preescolar, básica primaria, básica secundaria) y 93% para educación media
- Alcanzar, en promedio, 10,6 años de educación para la población entre 15 y 24 años
- Disminuir la repitencia a 2,3% en educación básica y media.

5.2 Estado actual

5.2.1 Analfabetismo

El analfabetismo en 1992 era del 3,86%. En 2001, descendió a 2,4%. En 2008, el analfabetismo tuvo su punto más bajo, con 2.0%. Desde 1992 hasta 2008 el analfabetismo ha descendido 1.8 puntos porcentuales.

6 Este dato se menciona para ver lo que paso en la década del 90.



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

La tasa de analfabetas por zona, tal como lo muestra la gráfica, ha presentado resultados más importantes en la zona urbana que la rural. Para 2008 ya estaba muy cerca de la meta del 1% fijada para 2015, pero en la zona rural el atraso es considerable. De 2001 a 2008, bajó 0.8 puntos porcentuales, ubicándose para el último año en 4.7%. La relación urbano-rural es de 4 a 1. La tendencia muestra que es posible lograr la meta en el nivel urbano, pero no así para el promedio general y, menos, para el nivel rural, donde se evidencia el retraso frente a la meta fijada.

5.2.2 Años promedio de educación

El promedio de años de escolaridad para la población de 15 a 24 años se encontraba en 7.01 años en 1992⁷ y 9.25 en 2008. Si se parte de la premisa de que para aumentar un punto en el promedio de años de educación del país se toman unos 10 años, en Colombia no se lograría esta meta, pues 6 años nos separan de 2015 y el país en su conjunto todavía tiene que aumentar el promedio en 1,38 años.

La inequidad se puede apreciar al comparar los resultados de las zonas. Si bien la meta propuesta es factible para la zona urbana, no lo es para la rural. En ésta última todavía se deben anexar unos 3.47 años promedio. De 2001 a 2008, el aumento en años promedio de educación entre la población de 15 a 24 años es de 0,6 años en la cabecera y de 0.96 en el resto.

7 Este dato se menciona para ver lo que paso en la década del 90.

Población 15 a 24 años: Años promedio de educación, 2001-2008

<i>Año</i>	<i>Total</i>	<i>Cabecera</i>	<i>Resto</i>
2001	8.53	9.31	6.20
2002	8.55	9.29	6.37
2003	8.64	9.38	6.42
2004	8.83	9.52	6.74
2005	8.77	9.49	6.51
2006	9.77	10.44	7.66
2007	9.11	9.82	6.89
2008	9.25	9.91	7.16

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

5.2.3 Tasa de cobertura

Educación Básica y Media: Tasa de Cobertura Bruta

<i>Año</i>	<i>Transición</i> <i>Tasa de cobertura</i>	<i>Básica Primaria</i> <i>Tasa de cobertura</i>	<i>Básica Secundaria</i> <i>Tasa de cobertura</i>	<i>Educación Básica</i> <i>Tasa de cobertura</i>	<i>Educación Media</i> <i>Tasa de cobertura</i>
1996	54,50%	106,80%	73,90%	88,70%	49,60%
2000	72,80%	115,30%	77,20%	96,20%	58,40%
2005	95,40%	118,10%	89,00%	104,10%	64,90%
2006	93,70%	120,20%	93,00%	106,60%	68,90%
2007	90,30%	119,20%	95,60%	106,80%	70,60%
2008 pr	93,70%	120,00%	98,00%	108,50%	71,30%

Fuente: Cálculos MEN con base en C-600 - DANE (1996-2001); Matrícula certificada por las secretarías de educación (2002); SINEB (2003-2008pr).

Nota: El avance efectivo corresponde a la diferencia entre la tasa de cobertura de cada año con respecto a la tasa de cobertura del año 1996.

Transición corresponde al único grado obligatorio de preescolar preliminar

En cuanto a cobertura educativa, ha habido importantes avances en los últimos doce años⁸: Colombia aumentó la cobertura en todos los niveles educativos. Se resalta el comportamiento de la cobertura en el grado de transición, la cual aumentó 39,2 puntos porcentuales, seguida por la evolución en el nivel de secundaria y media, las cuales aumentaron 24,1 puntos porcentuales y 21,6 puntos porcentuales en el mismo período respectivamente. Finalmente, la cobertura en educación básica primaria presentó un aumento de 13,2 puntos básicos.

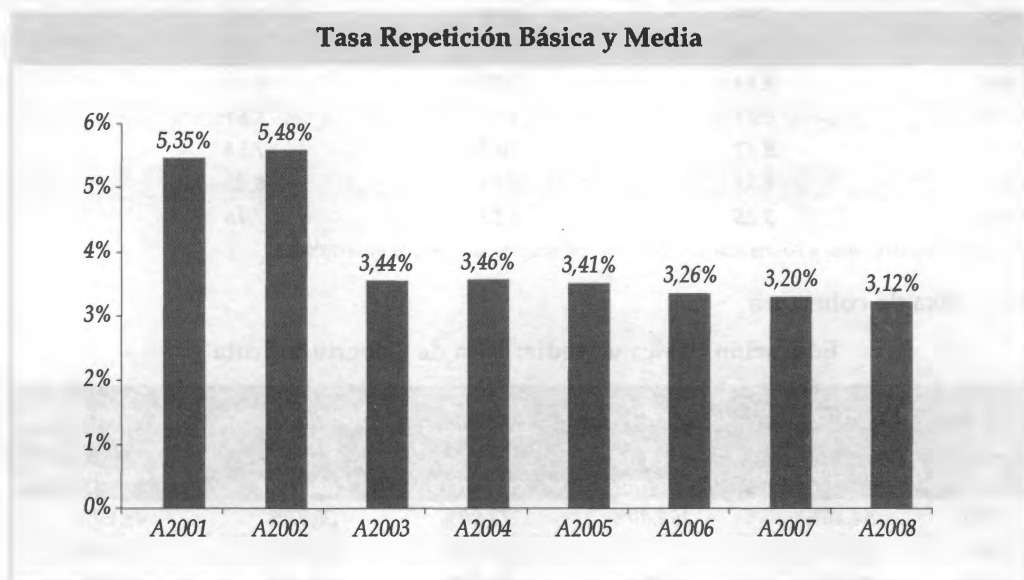
A pesar de que ya se logró la meta de cobertura en básica, se está lejos de la meta del 93% de cobertura en media.

5.2.4 Repitencia

El Decreto 230 de 2002 estipuló que la tasa de repitencia en una institución educativa no podía exceder el 5% (que fue derogado por el Ministerio de Educación Nacional, en abril de

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

2009). En la gráfica se observa cómo, en un sólo año, la tasa bajó dos puntos, pasando de 5.48% a 3.44. Luego aparece más o menos estable, con tendencia al decrecimiento. Con este comportamiento no será fácil llegar al 2.3% fijado por los ODM.



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

5.2.5 Datos de interés del país:

- Las mujeres en 2003 tenían un promedio de educación de 9 años y los hombres de 8,4. Actualmente es mayor el número de hombres analfabetas entre 15 y 24 años que el de mujeres.
- Las zonas urbanas se encuentran muy cerca de cumplir con la meta, pues la tasa de analfabetismo es de 1,1%. Lo contrario sucede en las zonas rurales, donde la tasa es de casi 6%.
- En departamentos como Chocó, Cesar y La Guajira, el analfabetismo se elevó en los últimos siete años. En Bogotá, que cuenta con los niveles más bajos, se registró un leve aumento de la población analfabeta. Una causa posible es la llegada de víctimas del desplazamiento forzado.
- En las zonas rurales, el promedio de educación es de 6,5 años y, en las urbanas, de 9,4 años.
- Uno de los grandes inconvenientes para garantizar la totalidad de los cupos en todos los niveles de educación es la asistencia de estudiantes extraedad que, por su número de años, deberían estar en otros grados de escolaridad.
- Según los resultados de las pruebas del ICFES, mientras en Magdalena, Vaupés, Vichada y Chocó más del 80% de los colegios se encuentra en categoría baja, en Bogotá cerca del 80% se sitúa en la media o alta.

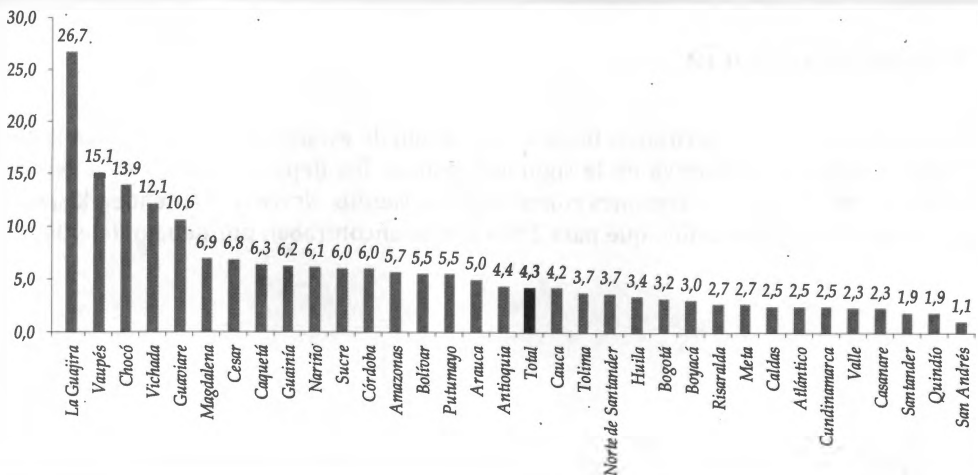


Situación de los departamentos

6.1 Tasa de analfabetismo

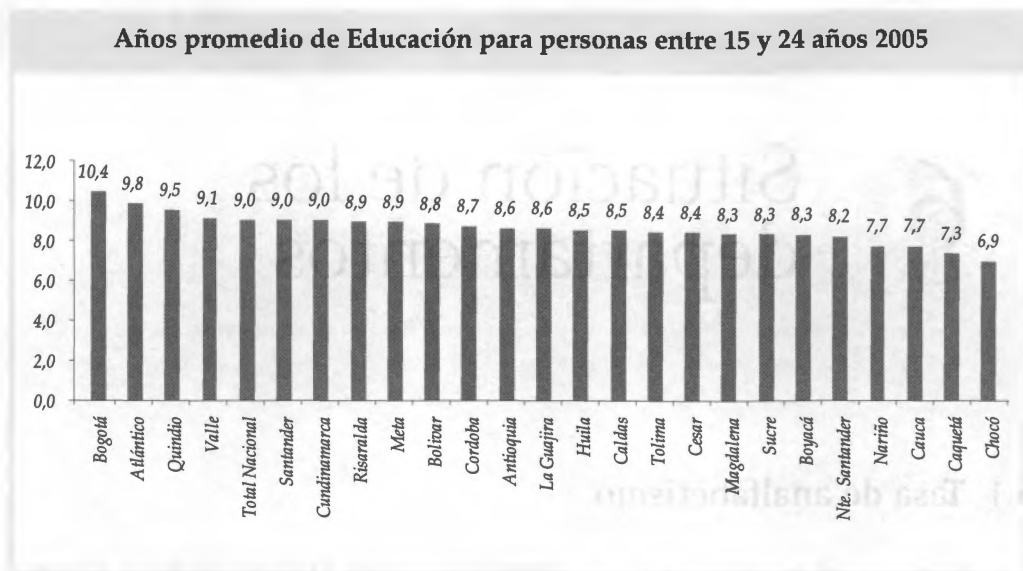
La meta nacional en cuanto a la Tasa de Analfabetismo para 2015 es tener 1% de personas entre 15 y 24 años analfabetas. Este indicador a nivel nacional ha ido disminuyendo, pero no será fácil lograr la meta, pues se espera que con la tendencia se logrará sólo el 1.6%. En analfabetismo rural es donde se pueden presentar los mayores retrasos. A nivel departamental, los datos son críticos, y más en aquellos que son más rurales que urbanos.

Tasa de Analfabetismo total en personas de 15 a 24 años, por Departamento y Total Nacional



Fuente: PNUD con base en Censo General 2005

6.2 Años promedio de educación



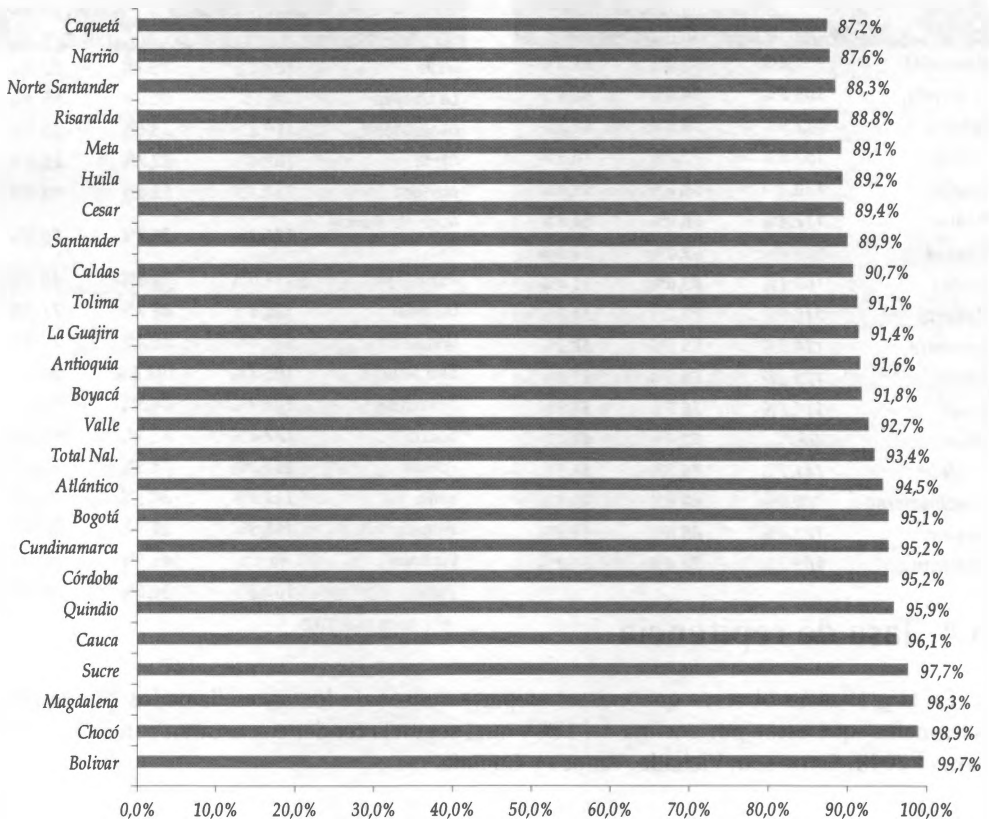
Fuente: cálculos de - DDS - DNP. Con base ENH-DANE.

La meta establecida para 2015 es alcanzar en promedio 10,6 años de educación para la población entre 15 y 24 años. Tal como se puede observar en la siguiente gráfica, ya existen entidades que para 2005 tienen la meta cumplida, como es el caso de Bogotá, pero existen otras que están muy alejadas de la meta, y muy difícilmente lograrán tener los 10 años solicitados, como ocurre con Nariño, Caquetá, Cauca y Chocó. A nivel nacional, el promedio de años de escolaridad con las tendencias observadas, estará muy cerca de la meta fijada para los años promedio de educación en el país en 2015.

6.3 Tasa asistencia

En cuanto a la tasa de asistencia bruta básica se puede establecer que se logrará la meta del 100%. Tal como se observa en la siguiente gráfica, los departamentos están cerca de cumplir la meta. Existen excepciones como Caquetá, Nariño, Norte de Santander, Risaralda, Meta, Huila, Cesar y Santander, que para 2003 aún se encontraban por debajo del 90%.

Tasa de Asistencia Bruta en Básica - Año 2003



Fuente: Cálculos PNUD - DNP con base en ENH- DANE

Si bien es cierto en primaria se podría lograr la meta propuesta, se deben analizar los niveles críticos como preescolar, secundaria y media, donde departamentos como La Guajira, Vichada y Chocó no han logrado la cobertura del 100% en primaria (86,10%, 96,40% y 99,70% respectivamente).

En cobertura bruta para secundaria, las entidades con tasas inferiores al 70% son Vichada (49,80%), La Guajira (60,60%), Chocó (61,40%), Cauca (68,50%), Nariño (69,30%), Guainía (69,60%) y Putumayo (69,80%).

En educación media, las entidades por debajo del 50% en cobertura bruta son Vichada (33,00%), Putumayo (44,40%), Chocó (47,40%) y Nariño (49,40%). Como se observa de la lectura anterior, hay departamentos como Vichada y Chocó que están en lugares muy críticos para los diferentes niveles.

Tasas de cobertura bruta por niveles 2005

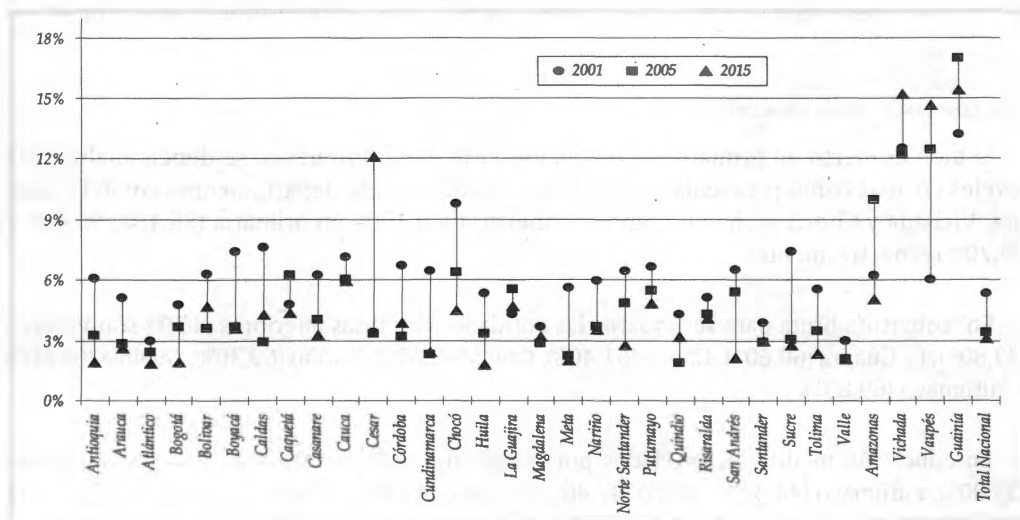
Departamento	Tasa de cobertura bruta primaria	Tasa de cobertura bruta secundaria	Tasa de cobertura media
Amazonas	117,8%	85,3%	63,0%
Antioquia	109,9%	84,4%	68,8%
Arauca	112,9%	89,9%	60,8%
Atlántico	107,6%	87,2%	76,9%
Bogotá	100,5%	98,6%	93,4%
Bolívar	117,4%	86,0%	66,9%
Boyacá	109,0%	83,8%	63,9%
Caldas	109,1%	83,6%	71,4%
Caquetá	110,9%	71,0%	51,5%
Casanare	114,3%	85,5%	58,2%
Cauca	118,2%	68,5%	51,6%
Cesar	114,2%	76,6%	56,3%
Chocó	99,7%	61,4%	47,4%
Córdoba	121,7%	84,3%	56,5%
Cundinamarca	108,6%	88,8%	70,6%
Guainía	121,4%	69,6%	54,9%
Guaviare	105,3%	78,4%	64,2%

Departamento	Tasa de cobertura bruta primaria	Tasa de cobertura bruta secundaria	Tasa de cobertura media
Huila	107,3%	75,3%	52,7%
La Guajira	86,1%	60,6%	55,9%
Magdalena	114,9%	79,4%	55,9%
Meta	109,4%	83,7%	65,8%
Nariño	110,8%	69,3%	49,4%
Norte de Santander	111,2%	76,7%	60,8%
Putumayo	111,0%	69,8%	44,4%
Quindío	109,3%	88,7%	77,7%
Risaralda	108,4%	85,7%	71,0%
San Andrés	109,3%	107,6%	95,3%
Santander	109,7%	84,9%	65,9%
Sucre	127,4%	87,6%	60,2%
Tolima	107,3%	78,8%	62,7%
Valle	112,7%	94,5%	77,9%
Vaupés	115,9%	97,9%	74,9%
Vichada	96,4%	49,8%	33,0%
Total	109,6%	84,9%	69,2%

Fuente: Censo DANE 2005

6.4 Tasa de repitencia

En la gráfica se observa que existen departamentos de los antes llamados “Territorios Nacionales” que están por encima del 12% y que, según la tendencia, estarán cercanos al 15% para el 2015. Estos son, Vichada, Vaupés y Guainía.



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



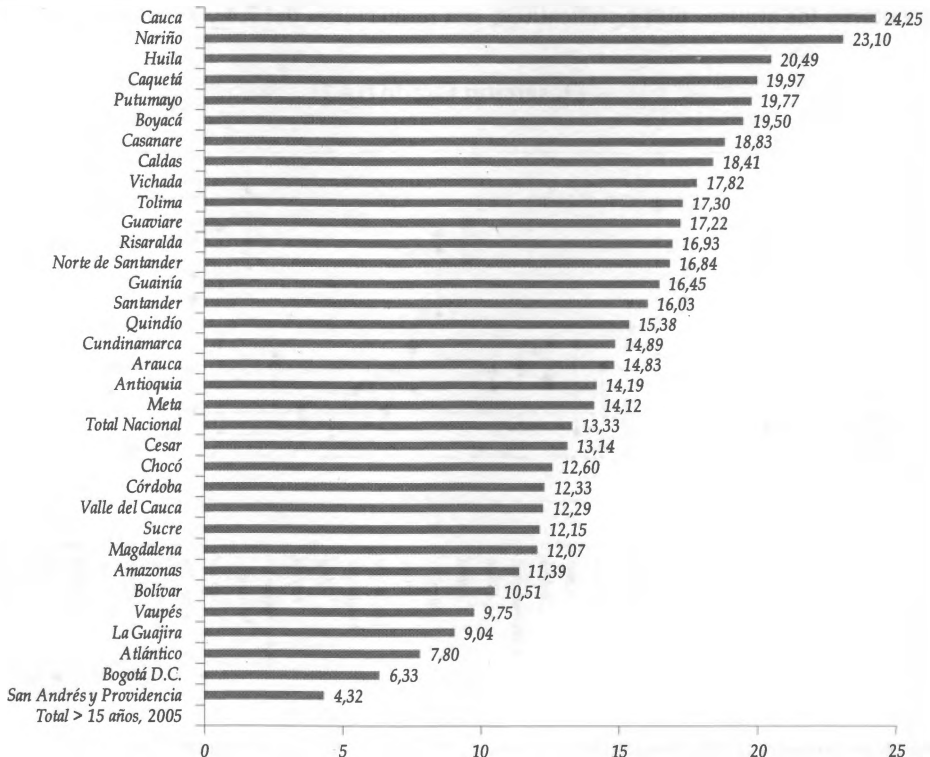
Otros Indicadores

El Conpes 91 fijó cuatro indicadores básicos, a saber: Tasa de analfabetismo, Tasa de cobertura bruta, Años promedio de educación y Tasa de repitencia. Esto no significa que son los únicos, o que no se pueden plantear otros. En este capítulo mencionaremos algunos que deberían tenerse en cuenta, ya sea porque se cumplieron los mínimos básicos o porque son complementos de otros, como la deserción para la cobertura o la calidad para la repitición.

7.1 Analfabetismo funcional

Un analfabeta funcional es alguien que aprendió a leer y a escribir pero, al cursar menos de tres años de escolaridad, tiene dificultades para entender las ideas de los demás y para expresar de manera clara las propias.

Analfabetismo funcional por departamento 2005



Fuente: DANE, Censo2005

La tasa de analfabetismo y de analfabetismo funcional se calcula sobre la población mayor de 15 años. Para el caso de los y las jóvenes, corresponde a la población hasta los 24 años.

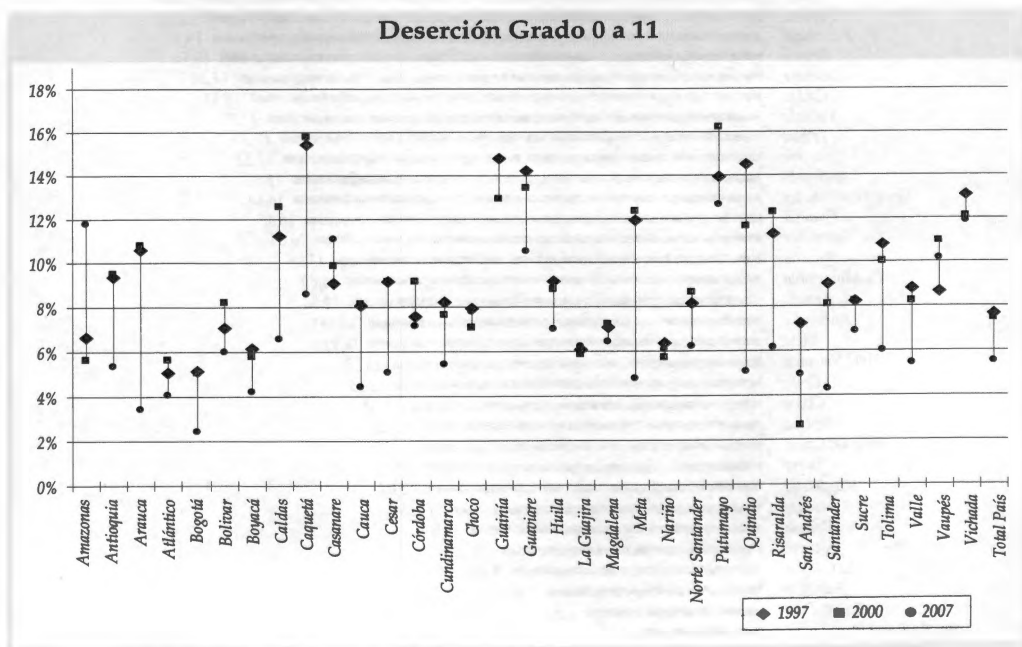
Según el Censo de 2005, el 13.13% de la población era analfabeta funcional. Los mayores analfabetismos funcionales se presentaban en Nariño y Cauca 23.10% y 24.25%.

7.2 Tasa de deserción

La deserción permite realizar seguimiento real a la permanencia de los estudiantes en el ciclo educativo. Es decir, que un niño se retire de una institución educativa no significa que sea desertor, pues podría haber cambiado de institución sin abandonar el sistema. La tasa de deserción indica el porcentaje de los estudiantes que abandonan los estudios antes de concluir un grado o un nivel, ya sea durante el año escolar o durante el curso de un año lectivo al siguiente.

Según la Encuesta de Calidad de Vida 2008, las principales razones por las cuales los niños y jóvenes en edad escolar no estaban asistiendo a un establecimiento educativo eran: No le gusta o no le interesa el estudio, 22.9%; Costos educativos altos, 21.3% ó; Considera que no está en edad escolar, 10.0%, lo cual indica la poca valoración y/o importancia que recibe la educación como motor generador del capital humano.

En la siguiente gráfica se aprecia cómo Guainía presentó la tasa de deserción más alta del país en 2007 (14.8%). Por su parte, se destacan los departamentos de Arauca y Caquetá, que presentaron los avances más significativos, con reducciones del 7.4 y 7.2 puntos porcentuales



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

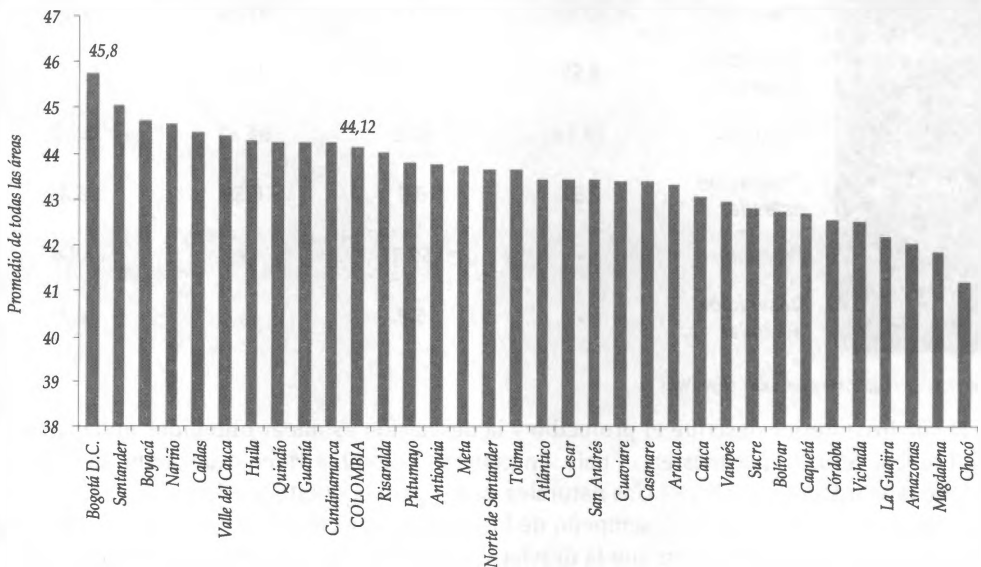
7.3 Calidad de la educación

De las pruebas de calidad, la más conocida es el examen de Estado, mejor conocido como ICFES, que sirve como indicador de la calidad de la educación y como herramienta de proceso de admisión para algunas universidades. En 2005 cambió la estructura y duración: hoy dura un día (antes, dos) y está compuesto por dos sesiones: la primera, de 4 horas y media y; la segunda, de cuatro.

La prueba está dividida en nueve áreas con 24 preguntas. Cada una tiene un componente flexible que permite escoger una prueba de profundización entre lenguaje, matemáticas, biología o historia. De igual modo, los estudiantes presentan una prueba interdisciplinaria y tienen la opción de escoger entre medio ambiente, violencia y sociedad.

En la gráfica se puede apreciar la distribución de los departamentos según los resultados obtenidos para el año 2008.

Pruebas de Estado 2008, Distribución por departamentos



Fuente: ICFES

La siguiente prueba de calidad en cuanto a notoriedad se llama SABER. El Sistema Nacional de Evaluación de la Calidad de la Educación fue desarrollado en cumplimiento de la Ley General de Educación, la cual establecía la obligación de evaluar de manera periódica todos los agentes y componentes del servicio educativo con el fin de mejorar efectivamente la calidad de la educación en Colombia.

SABER no son pruebas de conocimientos ni de desempeño. En ella se busca medir los niveles de logro cognitivo de los estudiantes colombianos en las áreas básicas del conocimiento, proporcionando a los docentes, directivos, gobernantes locales, Ministerio de

Educación y la comunidad en general información confiable para analizar el estado de la calidad de la educación.

Se destaca el esfuerzo en la aplicación de pruebas censales SABER a más de dos millones de estudiantes de 5° y 9° grado en las áreas de lenguaje, matemáticas, ciencias naturales y competencias ciudadanas en los 1.098 municipios. Los resultados señalan que la educación básica presenta bajos niveles de calidad en las cuatro áreas evaluadas, siendo las competencias en matemáticas y ciencias naturales las más deficitarias.

Resultados Pruebas Saber 2002-2003, 2005-2006

<i>Tipo de prueba</i>	<i>Indicador</i>	<i>Grado 5° 2002-03</i>	<i>Grado 9° 2005-06</i>	<i>2002-03</i>	<i>2005-06</i>
<i>Lenguaje</i>	<i>Promedio</i>	58,2	60,1	60,64	65,3
	<i>Desviación estándar</i>	7,5	8,0	7,3	8,0
<i>Matemáticas</i>	<i>Promedio</i>	52,82	57,7	57,23	61,4
	<i>Desviación estándar</i>	9,59	10,2	6,15	7,7
<i>Ciencias Naturales</i>	<i>Promedio</i>	49,34	52,0	56,21	59,3
	<i>Desviación estándar</i>	7,51	8,0	6,69	6,9
<i>Ciencias sociales</i>	<i>Promedio</i>	-	50,3	-	59,4
	<i>Desviación estándar</i>	-	6,8	-	6,3

Fuente: ICFES. Resultados Pruebas Saber, página Web

El cuadro anterior describe el promedio y la desviación estándar obtenidos en las últimas dos Pruebas SABER aplicadas en el país. En general, Colombia viene avanzando en las áreas de lenguaje, matemáticas y ciencias naturales, tanto para el quinto grado como para noveno, pero llama la atención que el desempeño de los estudiantes en ambos grados no es homogéneo. Lo anterior se visualiza en que la desviación estándar ha aumentado, denotando que se viene mejorando pero la inequidad también viene aumentando.



Estrategia de gobierno

Las entidades territoriales están llamadas a ampliar la cobertura escolar, redoblar esfuerzos para no perder niños en los ciclos escolares y enfatizar en las áreas que presenten más repitencia y más deserción. En las zonas donde es más vulnerable la población, el Ministerio, para ampliar la cobertura con equidad, está trabajando en:

- Concentrarse en la atención a los niños en educación inicial, sobre todo los niños con atraso escolar y dificultad de aprendizaje.
- Ampliar la oferta, dando prioridad a las zonas rurales y llegando con propuestas educativas más flexibles en cuanto al manejo de los calendarios escolares.
- Otorgar subsidios a los niños más pobres del Sisbén 1 y 2 en términos de apoyo a su ingreso y permanencia al sistema educativo, con alimentación, con transporte y aquellos elementos que contribuyen a la retención escolar.
- Reforzar el tema de la construcción e infraestructura, especialmente en las escuelas rurales, para luego seguir con las necesidades de la educación básica secundaria y la media.
- Reforzar el tema de analfabetismo con el Programa Nacional de Alfabetización y Educación Básica de Jóvenes y Adultos”. Existen varios operadores atendiendo este tema en todas las regiones del país, con programas como los de Cafam, como Para que Todos Aprendamos y Escuela Nueva (adaptada también a la población afro-descendientes)



Impacto de los indicadores

Un aspecto que resalta más la importancia de la educación es preguntarse qué pasa si no se mejoran los indicadores. En otras palabras, qué impactos tiene no combatirlos. Citaremos algunos indicadores y las implicaciones posibles a tener en cuenta de no mejorarlos

9.1 Analfabetismo

El analfabetismo obstaculiza el cumplimiento de objetivos y metas de programas de desarrollo (reforma agraria, desarrollo rural integrado, promoción de la autogestión empresarial, elevación de la producción y productividad agrícola, etc.) una de cuyas condiciones de éxito es la capacidad de lecto-escritura y cálculo básico de los beneficiarios. Si ellos no la tienen no se podrán enterar de los beneficios a que tienen derecho, ni mucho menos podrán inscribirse en dichos programas.

Un factor que incrementa el desempleo, el subempleo, la marginación social, el difícil acceso a la tecnología, la dificultad para realizar trámites personales y la limitada participación política, entre otros, es el analfabetismo y la desventaja que éste genera en aquellos que lo sufren en relación a sus esfuerzos por mejorar sus condiciones de vida. Sabemos que la capacitación laboral y el acceso a puestos de trabajo mejor remunerados encuentran límites en la condición de “analfabetos”.

Impedir el acceso a una formación y una educación básica que posibilite una mejor comprensión de la realidad y del significado de los esfuerzos de desarrollo y transformación social es condenar al analfabeta al ostracismo social y económico.

9.2 Analfabetismo Funcional

La importancia de no contar con analfabetas funcionales se percibe en la vida laboral. De hecho, algunas empresas colombianas realizan exámenes de comprensión de lectura y cálculo matemático a sus empleados para vincularlos, llegando a conclusiones realmente preocupantes como:

- De cada 100 trabajadores, más de 70 son incapaces de comprender satisfactoriamente instrucciones escritas simples y estrictamente relacionadas con su puesto de trabajo o con la máquina que operan.
- Un porcentaje aún más elevado carece de capacidad para resolver mediante una regla de tres simple un problema matemático relacionado con su quehacer
- Más del 80% de los ejecutivos con nivel profesional es incapaz de redactar, con pleno sentido y sin errores gramaticales, un memorando sobre asuntos de su competencia.

Se debe hacer una precisión metodológica: las estadísticas educativas suelen tener carácter escalonado. Toman inicialmente toda la población en edad escolar y registran cuántos entran a la escuela; de los que entraron, miran cuántos terminan primaria; de los que terminaron primaria, calculan cuántos entran a secundaria; y así sucesivamente.

Ello quiere decir que reducen gradualmente el denominador (es decir, el grupo de referencia), de tal modo que dan cuenta de lo que pasa en cada grupo específico pero pierden el conjunto de toda la población.

Con base en las estadísticas gubernamentales, y tomando como denominador el total de la población en edad escolar, se constata que de cada 100 niños colombianos entre 6 y 18 años:

- 20 no estudian.
- 40 (casi la mitad) no acceden a la secundaria.
- 70 no terminan el bachillerado (los que nunca entraron y los que se quedan en el camino por diversas razones).

9.3 Repitencia y deserción

El estudiante que ingresa al sistema educativo tiene tres opciones: aprobar, repetir o desertar. Lo anterior deja entrever dos graves problemas que afectan la eficiencia: la repitencia y la deserción. De hecho, se afirma que un sistema educativo es eficiente cuando logra sus objetivos de enseñanza en un tiempo adecuado y sin desperdicio de recursos humanos y financieros, es decir, cuando no presenta ninguno de los problemas anteriormente mencionados.

La repitencia implica que el alumno alargue su trayecto escolar, con lo cual baja su autoestima y pierde interés en la educación, que puede llevar a la deserción. Por esto se afirma que es el último eslabón en la cadena del fracaso escolar, pues una vez que deserte del sistema es difícil volver a incorporarlo y, mucho más, que permanezca en él hasta terminar el ciclo de educación media.

Por eso se debe analizar detenidamente el comienzo del problema, la repitencia, pues es la mayor causa de deserción escolar: un repitente tiene alrededor de un 20% más de probabilidades de abandonar el sistema escolar que alguien que no haya repetido. Generalmente, quienes desertan más son los más pobres y los que hacen parte de la población rural. Esto implica un círculo vicioso de la pobreza.



Articulación del tema de cada uno con los otros ODM

Los Objetivos de Desarrollo de Milenio son las metas específicas de reducción de la pobreza más completas y que más amplio apoyo han ganado en el mundo, por lo que su importancia tiene muchas facetas. Para el sistema político internacional, representan la piedra angular en la que se basa la política de desarrollo. Para más de mil millones de personas que viven en condiciones de pobreza extrema, representan los medios necesarios para llevar una vida productiva; para el resto de habitantes, son la piedra angular de la búsqueda de un mundo más seguro y más pacífico.

Es por esto que, al revisar cada uno de los ocho ODM, es difícil plantear cuál tiene mayor injerencia sobre los demás. La integralidad y articulación es la característica más importante. Cada ODM es parte importante e imprescindible para lograr una meta. En el caso específico de la educación, el ODM es vital para llevar a cabo cualquier estrategia de desarrollo con el fin de erradicar la pobreza. Un buen ejemplo sería mostrar cómo la tasa de analfabetismo puede ser la clave del éxito o fracaso de una política estatal. Si las personas no saben leer y escribir y los medios de divulgación utilizados por la política estatal son escritos, la posibilidad de que ellos accedan a la información es muy baja. En salud, tanto en la parte preventiva como curativa, el saber leer, el poder seguir unas instrucciones básicas, puede ser definitivo para el éxito o el fracaso de un medicamento.

La educación es la clave para mejorar la distribución del ingreso por cuanto, a mayor calificación de la mano de obra existen mayores posibilidades de mejorar el ingreso y, por ende, las condiciones de vida, no sólo de la persona individualmente considerada, sino también de su familia, con todas las implicaciones que puede significar esta mejora, como el hecho de que cada hijo mejore el nivel alcanzado por los padres. Un efecto que podría desprenderse de esta acción es la disminución de las brechas y las diferencias entre clases sociales.

Pero este trabajo de capacitación de recurso humano debería estar acompañado de políticas y estrategias estatales que permitan que ese recurso sea bien pago, fomentando la creación de empresas –bien sea de productos o de servicios-, y la divulgación de los programas o proyectos que tenga en funcionamiento el estado o las organizaciones privadas para fomentar lo planteado.

En conclusión, la educación incide en varios de los aspectos tratados en cada uno de los ODM. A su vez el logro de este segundo Objetivo también depende de otros ODM. Por ejemplo, para brindar una buena educación, una persona debe tener los recursos necesarios o que el estado le brinde los estímulos.

No sólo la gratuidad en la educación es suficiente. A estos esfuerzos se deben incluir otros, como el servicio de transporte, los restaurantes escolares y las políticas contra el trabajo infantil. Aspectos de la salud inciden en la calidad escolar y en la deserción y repitencia. Los niños que presentan problemas auditivos o visuales tendrán problemas frente a los que no los tienen. Igual pasa con los problemas asociados con la desnutrición. Por esto, la estrategia ODM es integral. Dejar un ODM por fuera limita no sólo ese logro sino que incide en que se logren o no los demás.



Educación y exclusión

(barreras a la inclusión de poblaciones específicas: mujeres, población de desplazamiento, afrodescendientes e indígenas,)

Una de las primeras reflexiones para este análisis es que la inclusión o no de las poblaciones específicas tiene una relación directa con los temas de población y territorio: cada zona puede determinar las características de las exclusiones. Esto es claro cuando se estudia la situación de poblaciones en zonas urbanas o rurales, y cuando se revisan tanto las causas como las consecuencias de una determinada exclusión.

Una segunda reflexión es plantear qué pasa si el análisis se hace no sólo desde una población específica sino desde su situación con otra población, es decir, por ejemplo, si no basta analizar la condición de las mujeres como tal, sino sumarle a ello la condición de las mujeres en la población afro, indígena o desplazada. Lo primero que se puede inferir es que los análisis que se hagan con estas características planteadas agregan un grado de complejidad mayor al análisis inicial pero, sin duda, el siguiente paso que se debe dar es importante hacerlo para entender las implicaciones que se presentan en éstos procesos.

11.1 Exclusión en educación

Según el Ministerio de Educación Nacional, en 2004 “en Colombia, de sus 44 millones de habitantes, el 25% vive en zonas rurales; el 30%, son afro-descendientes o afro-colombianos; el 1%, indígenas y; 8.000, son gitanos. Además, el 5% se encuentra en situación de desplazamiento forzado; el 13%, vive en zonas de frontera; el 7.5%, son jóvenes y adultos mayores de 15 años que no saben ni leer ni escribir y; el 10 %, presenta algún tipo de discapacidad.”⁹Un factor que llama la atención es la población de frontera¹⁰ y la discapacitada, estas nuevas variables pueden agregar aún mayor complejidad al tema de exclusión.

La definición del Ministerio de Educación Nacional sobre población vulnerable señala que es aquella: “Que no accede fácilmente al sistema porque su cultura y contexto son diferentes y no ven pertinente la educación o la forma como se imparte; porque tienen dificultades físicas para llegar y permanecer en el aula; porque han estado por fuera de la escuela; porque viven en una zona rural muy dispersa y tienen unos ciclos y calendarios diferentes alrededor de la actividad económica de la que participan”. Esta definición no hace referencia a la exclusión como tal sino, más bien, al acceso y a la cultura, y puede constituirse en una nueva variable a considerar dentro del análisis.

9 Al tablero No. 28, Marzo-Abril 2004

10 Llama la atención porque se debe establecer cómo y por qué está excluida ésta población.

La meta mundial que determina que se logre un ciclo completo de enseñanza primaria para todos, en Colombia ya se dio. Por eso el CONPES 91 fue más allá, apuntando una nueva meta hasta lograr el 100% de cobertura para la educación preescolar, básica primaria y básica secundaria y para la cobertura en media la fija en el 93%. Sin embargo al analizar las demás metas se puede inferir que todas apuestan de manera directa o indirecta a cobertura. El analfabetismo los años promedio de educación y la disminución de la repitencia no son sino factores que si los logro incremento la cobertura, por eso se puede ir afirmando que este tema se va a lograr para el 2015, otro tema es si esa cobertura requiere calidad y pertinencia y si por eso es necesario fijar otras metas y por ende otros indicadores, por ahora es mejor revisar el tema de inclusión en educación, que tal como se plantea al inicio es de por sí bastante complejo cuando se le añade las demás variables.

Por lo anterior, es necesario que se mire la población indígena, afros o de desplazados con factores que tengan en cuenta su nivel o tipo de vulnerabilidad, sus metodologías de enseñanza, sus procesos productivos y su vida social y cultural buscando emitir juicios más acertados sin tener en cuenta el contexto dentro del que se mueven.

11.1.1. Género

Según estadísticas del Ministerio de Educación Nacional, en educación básica y media las mujeres tienen mayor escolaridad que los hombres, por lo que se podría afirmar que ellas tienen una mayor probabilidad de lograr los 10.6 años de educación requeridos. Sin embargo, cuando la mujer es indígena o afrodescendiente esta “ventaja” respecto a los hombres es baja, pues se trata de poblaciones que presentan mayores dificultades para que ellas accedan a la educación.

Actualmente, hay 600 millones de mujeres analfabetas en el mundo, en comparación con 320 millones de hombres analfabetos. La investigación indica que para las mujeres y las niñas la educación secundaria redundo en mejores perspectivas económicas, mejor salud reproductiva, mayor conciencia sobre el VIH y diferentes actitudes con respecto a las prácticas nocivas, entre ellas la mutilación o corte genital femenino. Sus hijos también se benefician: por cada año de educación de una madre, disminuyen entre 5% y 10% las tasas de mortalidad de los hijos menores de 5 años.

11.1.2. Indígenas

La educación de los indígenas presenta características importantes que resaltan al momento de emitir juicios sobre los logros o no de las metas fijadas. Algunas de estas hacen referencia a la concepción de educación que tienen los pueblos indígenas, que es diferente a la que conocemos en occidente.

“Para los indígenas, la educación no es un ciclo que empieza y termina en determinada edad, sino que es tan largo como la vida; un proceso que no debe estar separado de lo cotidiano ni de la vida en familia, ni reservado a espacios para los niños y los jóvenes. Es allí donde se hace visible el concepto de competencia, se materializa la idea de aprender a hacer, aprender a aprender y adquirir conocimientos, habilidades y

destrezas para la vida. En este sentido, sus proyectos educativos no son institucionales sino comunitarios”¹¹

Es por esto que es necesario revisar el contexto dentro del cual se desarrolla la educación indígena. De 1900 a 1960, la educación de los indígenas se adelantaba bajo la tutela de la iglesia católica o en escuelas oficiales en las cuales se aplicaban currículos que desconocían su cultura. En la mayoría de los casos, se les impedía hablar en su lengua nativa. La ley consideraba a los indígenas como menores de edad que debían ser tutelados por la iglesia.

Con Quintín Lame se da un cambio en el que la naturaleza constituye un concepto fundamental al considerar el origen no sólo de nuestra existencia sino de todo conocimiento. Lame deriva una noción de la educación basada en el conocimiento natural de esa naturaleza en el cual la experiencia y la interpretación pueden ser formas de acceder a él¹².

Es sólo a comienzos de 1970 cuando las reivindicaciones indígenas se dirigen al reconocimiento de sus derechos en diversos sectores, no sólo en el plano nacional sino en el internacional. La conformación del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) en 1971 propone, además de la recuperación de tierras, la afirmación de valores culturales indígenas, la ampliación de resguardos y el fortalecimiento de cabildos, entre otros. Pero también la necesidad de recuperar las costumbres, tradiciones e historia propia, así como la de formar profesores que enseñen en sus respectivas lenguas de acuerdo con sus necesidades. La Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC, fundada en 1982, propuso un programa que contemplaba la defensa de la historia, la cultura y las tradiciones indígenas, así como la educación bilingüe y bicultural bajo el control de las autoridades indígenas.

Como se puede observar en los programas de educación de estas organizaciones, se ha pasado de una imposición cultural al interés de tener una educación en la cual se enfatiza en las costumbres, la historia propia y la enseñanza de la lengua, lo cual se puede resumir en la idea de una educación propia.

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia, en 1984, mediante Resolución 3454, constituyó el Programa de Etnoeducación. En 1994, mediante la Ley 115, se definieron las modalidades de atención educativa a las poblaciones indígenas y afro-colombianas. Sin embargo, esta ley es centralista y le da al Ministerio de Educación la potestad de elaborar las políticas y los indicadores de logro del programa curricular. El Decreto 804 de 1995 expresa disposiciones respecto a la educación para los grupos indígenas y afro-colombianos, a los etnoeducadores, da pautas curriculares y orienta la administración y la gestión institucional.

Siendo la regionalización una de las estrategias políticas generales, las autoridades educativas regionales tienen la facultad de propiciar, en principio, la participación de las autoridades tradicionales: los cabildos, asociaciones de cabildos, entre otros.

A manera de conclusión, podemos considerar que, aunque el proceso de construcción de

11 Al tablero No. 28, Marzo-Abril 2004

12 Obra terminada en 1939

un proyecto de educación indígena ha logrado niveles de desarrollo favorables a estos grupos, en Colombia -aún cuando se ha hecho reconocimiento de las particularidades de la diversidad étnica-, aún estamos lejos de la aceptación de esos saberes. Es pertinente ver las nuevas significaciones en las cuales se contemple el bilingüismo y la interculturalidad.

11.1.3 Desplazados

En el tema de los desplazados, el Ministerio ha realizado un importante esfuerzo por determinar esta condición de la población. De acuerdo con la Red de Solidaridad Social, entre los años 1995 y 2002, 1.079.080 colombianos fueron desterrados a causa de la violencia (cifra que, para algunos organismos no gubernamentales, asciende a 2.500.000¹³ personas). En su mayoría, el desplazamiento ocurre en las zonas rurales; de ellos, un 42 % es población infantil.

En educación, el fenómeno de desplazamiento no sólo influye en el hecho de que los afectados son obligados a abandonar sus tierras, sino también sus colegios y hasta su cotidianidad. Esto tiene implicaciones importantes no sólo en los problemas de lograr la cobertura¹⁴, sino en indicadores que se ven directamente afectados: a) extra edad, pues en muchos casos los niños dejan de estudiar alrededor de 2 o 3 años y, al regresar a las aulas, están en edad avanzada para el grado o nivel educativo que cursan y; b) deserción, pues se da, casos en que los desplazados presentan gran movilidad y pasan de un sitio a otro.

Al revisar en detalle las soluciones planteadas, cabe en primera instancia la condición en la que se presentó el desplazamiento, pues dependiendo de cómo se presente requiere atención adicional para responder a las necesidades sicoafectivas para lo cual se deben capacitar a los maestros que reciben los desplazados, buscando desarrollar procesos que contribuyan a la recuperación socio afectiva, cognitiva y sicomotriz, así como a la reintegración a los ámbitos escolares.

11.1.4 Afrocolombiano

En cuanto a los afros, se puede decir que la situación de la mayoría de ellos manifiesta altos niveles de vulnerabilidad de sus derechos sociales y que cuentan con los menores ingresos per cápita en el país¹⁵. La mayoría de desplazados por la violencia son afrocolombianos. Esto reafirma lo expuesto por el BID. “Los afrodescendientes son considerados los más invisibles de los invisibles, pues están ausentes en materia de liderazgo político, económico y educativo”¹⁶. En Colombia, el índice de analfabetismo en las comunidades afrocolombianas es del 45% comparado con los presentados a nivel nacional. Esta situación se agrava al observar a los afros en la zona rural.

13 Un poco menos que la población total de Jamaica

14 Esto tiene que ver con que si en la entidad territorial existe ese fenómeno, haga lo que haga esa entidad si no soluciona ese problema no podrá solucionar los problemas de cobertura, extraedad, deserción o repitencia.

15 Más del 80% de la población afrocolombiana vive en condiciones de pobreza, con un ingreso per cápita que oscila entre 500 y 600 dólares, mientras que el PIB per cápita nacional es de 1,500

16 Banco Interamericano de Desarrollo - Sobre Exclusión Social Declaración de Misión, 25 de marzo, 2003.

La educación en Colombia ha minimizado el aporte afro colombiano a la construcción de Nación y a su participación en el desarrollo del país. La negación empieza en los currículos y libros de educación básica primaria, manteniéndose en los distintos niveles. Un ejemplo de esta exclusión se presenta a lo largo de las distintas cátedras que ha llevado a cabo el PNUD. En ellas llama la atención la pregunta cuya respuesta genera dificultad para los asistentes: Nombre al menos tres afrocolombianos que hayan sido héroes de la Patria.

A manera de contribución nos permitimos incluir algunos de ellos¹⁷:

- **José Prudencio Padilla (1788-1828):** Militar, mulato nacido en Riohacha, departamento de La Guajira. A su regreso de España fue nombrado Mozo de Cámara de la Marina Real y, posteriormente, Almirante de la Gran Colombia. En la guerra en Trafalgar contra los ingleses, fue puesto prisionero durante tres años. En 1811 participó en la revolución de Cartagena. Por su proeza en el combate marino, fue premiado con el grado de Gran Alférez de Fragata de la Marina de la República. El General Simón Bolívar le otorgó el grado de Teniente de Navío. El 24 de junio de 1821, Padilla atacó el fuerte de San Felipe de Cartagena, derrotando al ejército español. Posteriormente se desplazó a Venezuela y participó en su liberación en la batalla de Maracaibo. Las contradicciones con el General O'Leary por problemas raciales le ocasionaron la cárcel. El 25 de septiembre de 1828 fue fusilado en la Plaza Mayor de Bogotá por negarse a apoyar a los bolivarianos.
- **Agustina Polonia:** Agustina fue esclava del sector de Tadó, Chocó (1795). Poseedora de una gran belleza que enloquecía a cualquier admirador, la permanente codicia machista y lujuriosa del esclavista Miguel Gómez logró seducirla coercitivamente, quedando embarazada. Para un esclavista tener un hijo con una esclava y reconocerlo constituía un escándalo. El amo quiso obligar a la esclava a abortar, pero esta mujer rebelde se negó y fue torturada. Agustina demandó a su amo ante el juez Álvarez Pino y el gobernador José Michaeli. Estas autoridades, protectoras de los esclavistas, fallaron a favor de Miguel Gómez, quien sólo fue amonestado. La negra Agustina, en respuesta a la injusticia, procedió a quemar varias haciendas y factorías de Pueblo Viejo, hoy Tadó
- **Barule:** Esclavo negro que lideró las más grandes insurrecciones en el Chocó durante la colonia (1728), junto a los hermanos Antonio y Mateo Mina. Barule fue proclamado soberano y rey del Palenque de Tadó, con más de 120 cimarrones. Logró confederar a cerca de 2000 esclavizados procedentes de la zona de los ríos Nóvita y San Juan. El 18 de Febrero de 1728, en la batalla entre los cimarrones y el ejército español por la recuperación del territorio, la deficiencia logística y la falta de comunicación entre los cimarrones originó una desventaja, triunfando los españoles. El 19 de Febrero de 1728 Barule y los hermanos Mina fueron delatados y fusilados por el teniente Trespalacios Mier. El movimiento de Barule construyó su pensamiento en el principio de libertad y dignidad de la comunidad negra
- **BENKOS BIOHO:** Según la historia, nació en la región de Bihó, Guinea Bissau, África Occidental. Fue un monarca muy hábil, conocido como el Rey del Arcabuco. Capturado por

17 Tomado de Historia del Pueblo Afro colombiano, CEPAC - Centro de Pastoral Afrocolombiana

el asentista Portugués Pedro Gómez Reynel y vendido como esclavo al Español Alonso del Campo en 1.596 en Cartagena, la embarcación donde viajaba se hundió. Huye. Lo recapturan y vuelve a la boga. Hacia 1.599 escapó nuevamente y se internó en los terrenos cenagosos alejados de Cartagena, organizando un gran ejército que logra dominar todas las montañas de Sierra María en el Departamento de Bolívar. Su sueño era tomarse Cartagena y, desde allí, regresar a África. Según testimonios históricos, jamás pudieron dominarlo ni vencerlo. En 1605 Benkos Biohó y el Gobernador de Cartagena, Suazo, firmaron un tratado de paz reconociendo la autonomía del Palenque de la Matuna. Una noche de descuido, Benkos fue sorprendido por la guardia de la muralla, siendo apresado. Lo descuartizan el 16 de marzo de 1621 en el puerto de Cartagena.

- **JOSE CINECIO MINA:** Negro liberto del Cauca, coronel de la guerra de los mil días. Reconocido como hechicero por ser inmune a las balas, llegó a tener cien hombres bajo su mando. Organizó y defendió a los terrajeros y campesinos negros de Barragán, Obando, Quintero, Guengue, Sabanetas y otras veredas del Norte del Cauca. Los hombres de Cinecio Mina luchaban movidos por el terror de volver a ser esclavizados y por el dominio de la tierra. Cinecio murió envenenado por el terrateniente Jaime Gómez, después de compartir unas copas para celebrar un nuevo pacto.

En la cobertura de educación para la población afro interfiere el territorio y la dificultad de acceder a este servicio. Al igual que la población indígena, estas poblaciones están en territorios alejados, de difícil acceso y con características de violencia.



Bibliografía

DNP. Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006. pg. 193. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia. 2003.

CONPES 91 de 2005 República de Colombia

Informe sobre Desarrollo Humano 2003 - Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza "Políticas Públicas para garantizar la Sostenibilidad Ambiental" Pág. 125

Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas © 2005

PNUD, Jeffrey Sachs, 2005, Proyecto del Milenio sobre cómo lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

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

Al tablero No. 28, MARZO-ABRIL 2004

Los pueblos indígenas en Colombia, Derechos, Políticas y Desafíos, UNICEF, Oficina de área para Colombia y Venezuela. Bogotá, D.C. Colombia.

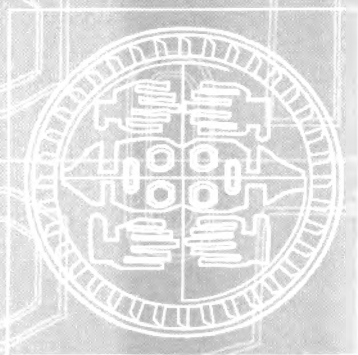
Historia del pueblo afrocolombiano – perspectiva pastoral.

EN ESTE CAPÍTULO

1. Introducción: Transversalidad de género y objetivos del desarrollo del milenio - ODM
2. Recomendaciones de PNUD frente a ODM y Género
3. Cumbres mundiales y acuerdos de Naciones Unidas
4. Situación de Colombia e indicadores del ODM 3
5. Relación entre este ODM y los demás
6. Recomendaciones
7. Bibliografía



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 3



Promover
La Equidad de Género
y la Autonomía de
las Mujeres

Martha Lía Velásquez Toro*

*Martha Lía Velásquez Toro. Filósofa, especialista en Género y Desarrollo Social, y en Formulación y Evaluación de Proyectos Sociales. Consultora sénior del proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio del PNUD en temas de género, movilización social y asistencia técnica en la formulación y seguimiento de políticas públicas a nivel territorial.



Introducción: Transversalidad de género y Objetivos del Desarrollo del Milenio

La igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres tiene un doble reconocimiento: como objetivo y como medio eficaz para avanzar en el logro de las distintas metas propuestas.

“Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer como el camino efectivo para combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades, y estimular un desarrollo realmente sustentable” (Párrafo 20) Declaración del Milenio.

La Declaración del Milenio reconoce que la igualdad de género no es sólo un objetivo por derecho propio, sino que juega un papel fundamental para alcanzar todos los demás objetivos. La equidad de género constituye un aporte fundamental para el logro de las metas, constituyendo el tema en una estrategia de lucha contra la pobreza. “No basta con alcanzar mejores niveles de desarrollo para lograr menores niveles de pobreza, se requiere, además, de estrategias que garanticen la equidad”.¹

Los ODM tienen como antecedentes las resoluciones, plataformas, programas y declaraciones de las conferencias de Naciones Unidas de la década del 90, entre las que se destacan: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994), la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Copenhague 1995), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995).

Los ODM y la Cumbre del Milenio se constituyen en una oportunidad para integrar la perspectiva de género en los acuerdos internacionales y nacionales para su desarrollo y para la consecución de metas. Uno de los retos es asegurar que cada uno de los ODM pueda desagregarse por sexo, contenga indicadores cuantitativos y cualitativos sensibles al género y oriente la definición de políticas y programas que creen condiciones de posibilidad para alcanzar la equidad social y de género en diferentes campos.

1 Hakkert R. and Martine G. 2003; UNFPA 2003b

“Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros.”²

El desafío de la igualdad y autonomía de las mujeres cruza todos los objetivos. Es importante establecer relaciones analíticas y programáticas entre unos y otros, así como identificar acciones coordinadas que dinamicen sinergias para potenciar y multiplicar los logros. La equidad de género, la libertad y la autonomía de las mujeres requiere opciones disponibles más allá de las que se plantean en el objetivo 3.

2 Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) 1997



Recomendaciones de Naciones Unidas sobre ODM y Género

Para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la equidad entre los géneros es un prerrequisito del desarrollo y una cuestión fundamental de derechos humanos y justicia social, tal como lo expresa el Informe sobre Desarrollo Humano 1995: “Sólo es posible hablar de verdadero desarrollo cuando todos los seres humanos, hombres y mujeres, tienen la posibilidad de disfrutar de los mismos derechos y opciones”.

El PNUD considera que la promoción de la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres no son sólo condiciones básicas para la erradicación de la pobreza y el mejoramiento de las condiciones sociales y políticas de la sociedad en su conjunto, sino dimensiones intrínsecas de una gobernabilidad democrática e incluyente.

Precisamos algunos conceptos básicos³:

Género alude al distinto significado social que tiene el hecho de ser mujer y hombre; es decir, es una definición específica cultural de la feminidad y la masculinidad que varía en el tiempo y en el espacio. Este marco sitúa las relaciones de mujeres y hombres en “contexto”, permitiendo enfocarse en los procesos y relaciones que reproducen y refuerzan las desigualdades entre ambos, visibilizando la cuestión del poder que subyace en las relaciones de género.

El **enfoque de género** para el PNUD supone una forma de observar la realidad que implica una mirada más profunda que permite identificar los diferentes papeles y tareas que llevan a cabo los hombres y las mujeres en una sociedad, tanto las asimetrías como las relaciones de poder e inequidades. Ayuda a reconocer las causas que las producen y a formular mecanismos para superar las brechas. Contribuye a explicar y a ampliar aspectos de la realidad que anteriormente no habían sido tomados en cuenta, y es aplicable a todos los ámbitos de la vida: laboral, educativo, personal, etc.

3 Estrategia y Plan de Acción de Género 2007-2008. PNUD Colombia. 2007

La **igualdad de género** supone, por tanto, que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres y los hombres se consideren, valoren y promuevan de igual manera. Ello no significa que mujeres y hombres deban convertirse en iguales, sino que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de haber nacido hombre o mujer. La igualdad de género implica la idea de que todos los seres humanos son libres para desarrollar sus capacidades personales y tomar decisiones.

El medio para lograr la igualdad es la **equidad de género**, entendida como la justicia en el tratamiento a mujeres y hombres de acuerdo a sus respectivas necesidades. La equidad de género implica la posibilidad de tratamientos diferenciales para corregir desigualdades de partida; medidas no necesariamente iguales, pero conducentes a la igualdad en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades.

El PNUD define el desarrollo humano como un fenómeno multidimensional en el cual no influyen sólo variables económicas sino que implica la ampliación de las oportunidades y las libertades de las personas con respecto a la salud, la nutrición, el acceso al conocimiento y a los servicios básicos y el disfrute de libertades civiles, sociales y culturales que lleven a una vida plena.

A partir de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, el PNUD adopta la **estrategia de transversalización de género** (o *gender mainstreaming*, en inglés) como el medio más adecuado para avanzar en la equidad de género. Esta estrategia implica integrar el enfoque de equidad de género de forma transversal en todas las políticas, estrategias, programas, actividades administrativas y financieras del PNUD, así como en la cultura institucional, para contribuir verdaderamente a cerrar las brechas de desarrollo humano que persisten entre hombres y mujeres.

De forma complementaria a la transversalización de género, el PNUD se compromete a realizar **acciones afirmativas** a favor de las mujeres, a fin de compensar las desigualdades existentes entre hombres y mujeres en relación con el acceso a oportunidades, participación e igual disfrute de los beneficios del desarrollo.

En el marco de su compromiso con la equidad de género, la oficina del PNUD en Colombia ha desarrollado su **estrategia de género** con el objetivo de institucionalizar el enfoque de género en todos sus ámbitos de trabajo y contribuir, de este modo, al logro del desarrollo humano y al empoderamiento de las mujeres en Colombia.

Entre las prioridades del PNUD en el plan de acción corporativo en materia de género se encuentra:

- Monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a través de una perspectiva de género;
- Promoción de presupuestos basados en consideraciones de género;
- Reducción de la incidencia del VIH entre grupos de mujeres vulnerables;
- Incorporación de la perspectiva de género en políticas macroeconómicas y en negociaciones comerciales,

- Promoción del empoderamiento⁴ de las mujeres a través de la gobernabilidad democrática, la descentralización y la participación de la sociedad civil, y del desarrollo de las capacidades de las mujeres mediante la capacitación, el compartir conocimiento y la creación de redes.
- La igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres tiene un doble reconocimiento, como objetivo y como medio eficaz para avanzar en el logro de las distintas metas propuestas.
- El abordaje de las problemáticas de la pobreza, la inequidad educativa, la mortalidad materna e infantil, los derechos sexuales y reproductivos, el VIH/SIDA y la degradación del medio ambiente requieren de políticas y estrategias integrales en las cuales la equidad de género actúa a la vez como requerimiento y como resultado.
- Se requiere la aplicación de políticas activas que aseguren la igualdad de oportunidades y la redistribución de poder económico, cultural y político.

4 “El empoderamiento hace referencia a un proceso multidimensional individual, esto es, desarrollo de capacidades y concientización; organizativo, esto es, desarrollo de habilidades para la acción colectiva y; política, para la promoción de políticas públicas, normas e iniciativas que atiendan la discriminación de género” MAIER Elizabeth 2007



Cumbres mundiales y acuerdos de Naciones Unidas

Los Estados, la comunidad internacional y las organizaciones de mujeres, conscientes de la discriminación que históricamente atenta contra las mujeres y la violación de sus derechos humanos, tanto en la esfera pública como en el espacio privado, han visto la necesidad de adoptar una serie de instrumentos internacionales que sirven de principios orientadores y de interpretación en la construcción de la equidad entre mujeres y hombres.

A partir de la Primera Conferencia Internacional sobre la Mujer en 1975 hasta hoy, se evidencia un posicionamiento del tema y una mayor comprensión de lo que ha implicado la discriminación de género en relación con el ejercicio de los derechos humanos y con los retos de equidad e igualdad, gracias al trabajo arduo de las organizaciones y colectivos de mujeres.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer adoptada por la Asamblea de la ONU el 18 de diciembre de 1979, reafirmó la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos,

3.1. Convenios Internacionales

- Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer ONU – 1952, Nueva York.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial – ONU, 1965.
- Conferencia Mundial sobre la Mujer: “Declaración de México sobre la Igualdad de la Mujer y su Contribución al Desarrollo y la Paz”, 1975.
- Año 1975: La ONU lo estableció como el año Internacional de la Mujer.

- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW ONU, 1979.
- Informe de la Conferencia Mundial para el examen de los logros del decenio de Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz". Nairobi, 1985.
- Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo "Cumbre de la Tierra", Río de Janeiro, 1992.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos: "Declaración de Viena", enfatiza derechos de las mujeres y de las niñas. Viena, 1993.
- Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo: "Derechos sexuales y reproductivos, autonomía de las mujeres como base en el desarrollo y derecho a decidir sobre asuntos reproductivos". ONU, El Cairo, 1994.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. OEA, Belem Do Pará, Brasil, 1994.
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Abordó temas de género y la necesidad de participación de las mujeres en el desarrollo socio-económico. Igualdad y equidad entre hombres y mujeres. Copenhague, 1995.
- Plataforma de Acción Mundial. Acción para la Igualdad, el desarrollo y la Paz. Beijing, 1995.
- Beijing +5 y +10. Se revisaron avances y retrocesos en el cumplimiento de la Plataforma de Acción de Beijing. Nueva York, 2000 y 2005.
- Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas sobre Mujer, Seguridad y Paz, año 2000.

De las diferentes conferencias y cumbres se destacan⁵ aspectos importantes a tener en cuenta en la formulación de políticas:

La Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993) reconoció que los derechos de las mujeres son derechos humanos y que la violencia contra la mujer constituye una violación de derechos, señalando la interdependencia, interrelación e indivisibilidad de los derechos humanos.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) sentó la noción de derechos sexuales y reproductivos y avanzó sobre la consideración del aborto como un problema de salud pública. Las Conferencias sobre Medio Ambiente (Río de Janeiro, 1993), Hábitat (Estambul, 1996) y en la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Xenofobia y otras formas de

5 Tomado del documento elaborado por Eleonor Faur, Natalia Gherardi, Laura Pautassi y Corina Rodríguez Enriquez, del Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) Buenos Aires, Argentina. En: Tribunal Regional por los Derechos Económicos, Sociales y culturales de las Mujeres, Lima, Perú, 2006, Hivos, págs. 9-25.

Discriminación (Durban, 2001), la cuestión de las mujeres y la discriminación de género estuvo igualmente presente en los debates y en los compromisos asumidos por los Estados.

En 1995, la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) aprobó una plataforma de acción amplia que buscó orientar planes, políticas y programas con perspectiva de género, así como fortalecer los mecanismos institucionales para la promoción y protección de los derechos de las mujeres. La Plataforma de Acción hace un llamado para que “los gobiernos promuevan una política activa y visible de *mainstreaming*⁶ de género, en todas las políticas y programas, para que, antes de que se tomen las decisiones, se realice un análisis de los efectos producidos en mujeres y hombres respectivamente”. Su meta es lograr que la equidad de género se incorpore a todas las esferas y niveles de la gestión pública hacia la creación de condiciones para la igualdad desde la diferencia entre hombres y mujeres, esto es, tener las mismas oportunidades para el ejercicio de los derechos humanos con el fin de contribuir al desarrollo y beneficiarse de sus resultados.

Son varios los temas trabajados en la Cumbre de Mujeres en Beijing (1995) que tienen relación directa con los objetivos del milenio y que vale la pena rescatar, como lo señala la CEPAL en su documento *Transversalidad de Género y ODM*. Entre otros, menciona:

- Mujer y pobreza
- Mujer y economía
- Educación y capacitación de la mujer
- Mujer y salud
- Violencia contra la mujer
- Mujer y conflictos armados
- La mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones
- Mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer
- Los derechos humanos de la mujer
- La mujer y el medio ambiente
- La niña

De otra parte, la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en el 2000, reconoce que las mujeres y las niñas sufren de manera específica las consecuencias de los conflictos armados, incluso en calidad de refugiadas y personas desplazadas internamente. Destaca el importante papel que desempeñan las mujeres, tanto en la prevención y solución de los conflictos como en la construcción de la paz, y subraya la necesidad de que participen, en igualdad con los hombres, en las iniciativas de mantenimiento y en el fomento de la paz y la seguridad.

Uno de los retos es asegurar que cada uno de los ODM retomen compromisos internacio-

6 *Mainstreaming* se traduce al español como *Transversalidad*.

nales anteriores aún no atendidos, sean desagregados por sexo y definan indicadores cuantitativos y cualitativos sensibles al género que puedan orientar la formulación de políticas y programas que transversalicen la perspectiva de género, abriendo las puertas hacia la creación de condiciones de posibilidad para la equidad social y de género en todas las dimensiones.

3.2. Herramientas Jurídicas en Colombia

- **Ley 22 de 1981:** Eliminación de todas las formas de discriminación racial.
- **Convenio 169 OIT, Ley 21 de 1991, artículos 6, 7,15:** sobre protección e integración de los pueblos indígenas
- **Constitución Política de Colombia, artículos 2, 7, 330 y 332.**
- **Ley 51 de 1981:** Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- **Ley 82 de 1993:** Apoyo a la mujer cabeza de familia para acceso a crédito, educación, empleo, vivienda y microempresa.
- **Ley 248 de 1995:** Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.
- **Ley 258 de 1996:** Afectó la vivienda familiar con la firma de ambos cónyuges o compañeros.
- **Ley 294 de 1996:** Para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
- **Ley 387 de 1997:** Prevención del desplazamiento. La Consejería debe dar prelación a mujeres desplazadas por la violencia.
- **Ley 581 del 2000:** Reglamenta la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público.
- **Ley 731 de 2002:** Normas para favorecer a la mujer rural.
- **Ley 762 de 2002:** Aprueba la Convención Interamericana para eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas discapacitadas.
- **Ley 812 de 2003:** Aprueba el Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario 2002 – 2006”. Consagra la Política de Mujeres Constructoras de Paz y Desarrollo.
- **Documento CONPES Social 91 del 2005:** Metas y estrategias del milenio para Colombia al 2015.
- **Ley 823 de 2003:** Consagra normas para la igualdad de oportunidades de las mujeres.
- **Ley 985 de 2005:** “Por medio de la cual se adoptan medidas contra la trata de personas y

normas para la atención y protección de las víctimas de la misma”.

- **Ley 1009 de 2006:** La cual crea con carácter permanente el Observatorio de Asuntos de Género.
- **Ley 1257 de 2008 diciembre 4:** “Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones”.

3.3. Otros documentos referenciales

- **Auto N° 092 de la Corte Constitucional del 2008,** para la Protección de los Derechos Fundamentales de las mujeres víctimas del desplazamiento forzado por causa del conflicto armado.
- **Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, OEA, 2006:** “Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia”.

Las mujeres son titulares de todos los derechos humanos reconocidos en el derecho internacional. Sin embargo, estos han resultado insuficientes para dar una respuesta adecuada a la diversidad, especificidad y complejidad de la problemática de las mujeres y la población en condición de desventaja en materia de derechos humanos. Los Estados, la comunidad internacional y las organizaciones de mujeres y civiles, conscientes de esta situación, tanto en la esfera pública como en el espacio privado, han visto la necesidad de adoptar una serie de instrumentos internacionales que sirvan de principios orientadores y de interpretación en la construcción de la equidad de género.



Situación de Colombia e indicadores del ODM 3

4.1 Metas

- **Meta universal:** Eliminar las desigualdades en educación primaria y secundaria entre los géneros, preferiblemente para el año 2005 y, en todos los niveles, antes del fin de año 2015.
- **Metas para Colombia:** En Colombia no se presentan diferencias importantes en asistencia escolar por género. Se propone como meta mejorar la capacidad de evaluación que permita orientar políticas y programas de manera acertada ya que los instrumentos con que cuenta el país para monitorear y evaluar la situación de equidad de género en diferentes ámbitos es aún deficiente. En particular, se considera prioritario obtener avances en las siguientes áreas:

Violencia de género

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

Metas para Colombia

Documentar en 2005 la magnitud de la violencia de pareja en el país y definir la meta de reducción del fenómeno al 2015.

Implementar y mantener operando una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer, en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga en el 2008 y en las demás capitales de departamento en el 2015.

Mercado laboral

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

Participación política

Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público: Ley 581 de 2000.

4.2 Situación actual

Violencia basada en género. La comunidad internacional ha reconocido que la violencia contra la mujer es una violación de los derechos humanos. Sin embargo, las estadísticas siguen engordando y las víctimas, en la mayoría de los casos, no encuentran pleno amparo en los sistemas legales de sus países. Adopta formas diversas, entre ellas, la extendida violencia intrafamiliar; las violaciones; la trata de mujeres y niñas; la prostitución forzada; la mutilación genital femenina; la selección prenatal del sexo del feto a favor de bebés masculinos; la violencia contra la mujer durante los conflictos armados; y otras prácticas que violan los derechos humanos de las mujeres. La violencia contra la mujer no tiene límites geográficos, socio-económicos o culturales, sino que afecta a las mujeres a nivel mundial.

La Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres –CEDAW- y la Plataforma de Acción de Beijing definen la violencia contra las mujeres como ‘todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada’.

En el Informe de Colombia Objetivos de desarrollo del Milenio 2005. Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente se señala que “la violencia contra la mujer, en todas sus manifestaciones, es un factor que lleva a desestructurar el sujeto de derecho y constituye un atentado contra la dignidad, la libertad y la integridad. Además de ser un problema de derechos humanos, ha sido reconocida también como un problema de salud pública con altos costos sociales, económicos e individuales. Por lo anterior, eliminar la violencia de género, inicialmente en las relaciones de pareja, es una de las Metas del Milenio en las que Colombia ha puesto especial énfasis”.

*La Ley 1257 de 2008 define: “Violencia a la persona integral comprende todo tipo de riesgos, agresiones o disminución de la integridad corporal de una persona. Entre ellas, la **Violencia sexual** que tiene que ver con acciones consistentes en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. **Violencia Psicológica** admite múltiples modalidades de acciones u omisiones destinadas a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas por medio de la intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. **Violencia estructural**: se trata de aquellas estructuras sociales, políticas y económicas que incluyen barreras invisibles e intangibles que impiden el cumplimiento efectivo de los derechos y libertades básicas y que institucionalizan la desigualdad y/o la exclusión. Entendemos como violencia estructural, la desigualdad en el reparto, acceso o posibilidad del uso de los recursos, en el que de forma sistemática existen unas estructuras de poder que benefician a alguna de las partes en perjuicio de las otras, generando situaciones de inequidad, desigualdad o pobreza, falta de acceso a la educación, a la salud, etc. Como violencia estructural se encuentra la **Violencia económica**, entendida como cualquier acción u omisión orientada al abuso económico, a la explotación laboral, a la desigualdad de derechos por condición social o de género, al control abusivo de las finanzas, recompensas o castigos monetarios a las mujeres por razón de su condición social, económica o política. **Violencia cultural**, creencias y expresiones sociales y culturales que legitiman la violencia y la discriminación en cualquiera de sus formas, infravalorando a la mujer y su posición en la esfera privada y pública. Una nueva forma de expresión de la violencia cultural es la **Violencia laboral** que se muestra en aquellas acciones o comportamientos destinados a provocar, directa o indirectamente, generando daño físico, psicológico o moral a una trabajadora, sea como amenaza o acción consumada”*

La Procuraduría General de la Nación⁷ hace referencia “a la violencia intrafamiliar y sexual, recordando que los actos de violencia constituyen uno de los más serios atentados contra la dignidad e integridad humana que afecta, en especial, a niñas, niños, adolescentes y mujeres”. Y agrega: “Entre el 2004 y el 2006 el Instituto de Medicina legal reportó cerca de 200.000 dictámenes de los cuales corresponden anualmente al maltrato de pareja el 61%, equivalente a algo menos de 40.000, donde entre el 85% y el 90% de las víctimas fueron mujeres”.

Sobre la **violencia física**, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses –INMLCF hace énfasis en la afectación en niñas, niños y jóvenes. También destaca la necesidad de registrar el homicidio como otro tipo de violencia que afecta en mayor medida a las mujeres. Según la entidad, este factor en una amplia proporción “tiene que ver con la ruptura de la relación de pareja en las mujeres: a medida que se separan (3% de las víctimas son mujeres contra 2% de hombres), enviudan (3% son mujeres) o divorcian, comienza a ceñirse sobre ellas una sombra de desprotección. O son asesinadas por sus antiguas parejas, como se puede identificar en la distribución según presunto agresor que explica la violencia impulsiva contra las mujeres (generalmente por motivos pasionales); o son asesinadas por

7 Boletín 1 “Vigilancia superior a la garantía de derechos, desde una perspectiva de género” Procuraduría general de la Nación y UNFPA / Noviembre de 2007

sus nuevos compañeros con fines sin establecer”⁸.

“Entre 2004 y 2008, 6.603 mujeres fueron víctimas de homicidio. De ellas, 238 fueron asesinadas como producto de la violencia económica, 437 producto de la violencia intrafamiliar, 694 producto de la violencia sociopolítica y 811 producto de la violencia impulsiva (venganzas, riñas y delitos sexuales); el 30,8% murió en sus propias viviendas; el 71,6% de los casos en los que se conoce que el presunto agresor era un familiar, éste era su pareja o expareja; y el 18% de las mujeres víctimas pertenecían a grupos vulnerables (trabajadoras sexuales, campesinas, presuntas colaboradoras de grupos ilegales, indigentes o recicladoras y consumidoras de drogas)”⁹.

Medicina Legal señala que en Colombia muere cada seis días una mujer en manos de su pareja o ex pareja. En el 2008 se registraron 14.038 casos de homicidio, el 8.1% de las víctimas fueron mujeres. No se registra si el/la homicida fue su pareja. El sector salud no cuenta con registros sobre atención a víctimas de VIF a pesar de existir el SIVIGILA.

En la **Violencia intrafamiliar**, el 90% de la violencia conyugal recae sobre las mujeres. El rango de edad en el que se presenta mayor registro es entre 25 y 29 años de edad. En el año 2008, Medicina Legal reconoció 88.628 casos por VIF:

- 58.533 corresponden a maltrato de pareja (89.1% la mujer)
- 13.523 corresponden a maltrato infantil (52.7% niñas)
- 16.572 corresponden a maltrato entre familiares (65% son mujeres)

En el informe Forensis 2007 se señala que la violencia intrafamiliar reporta un 7% de casos contra las mujeres y un 0.3% contra los hombres. Es así como durante el período comprendido entre 2004 y 2008, del total de casos evaluados por esta tipología, 90% (206.735) correspondieron a mujeres vulneradas por sus compañeros, dejando una mínima proporción a los hombres atacados por sus parejas.

En el tema de Violencia Sexual, durante 2008 Medicina Legal realizó 21.202 dictámenes sexológicos: 17.830 mujeres (84.1%). El 84% de las víctimas fueron mujeres, siendo la población más afectada niñas entre los 10 a 14 años, seguidas de niñas entre 5 y 9 años. El Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, señala que las mujeres víctimas de abuso también corren mayor riesgo de infectarse con el VIH. El sector salud no cuenta con registros sobre atención a víctimas de VSx a pesar de existir el SIVIGILA.

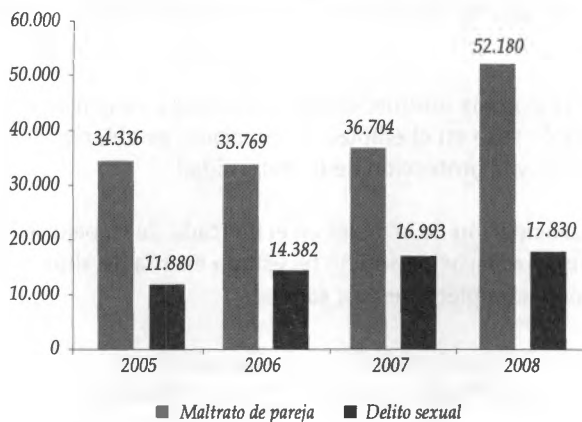
Según el estudio realizado por el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE) y divulgado por el Departamento Nacional de Planeación en Marzo de 2005, el maltrato severo

8 Consultar INMLCF. Forensis 2007, Datos para la Vida. Pag 24-28. Impr. International Print Ltda..

9 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES – CRNV “Violencia hacia la mujer infringida por su pareja” 2004-2008

a menores o agresiones severas contra la mujer incide en los ingresos laborales mensuales de la mujer, generando una reducción de \$300.000 (60% menos aprox). Los ingresos dejados de percibir por la mujer a causa de acciones de violencia contra ella o sus hijos representa alrededor de 4.4% del PIB.

Maltrato de pareja y delito sexual a las mujeres 2005 - 2008



Fuente: Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Publicación Forensis 2005 y 2008.

En el marco del conflicto armado: El impacto desproporcionado del desplazamiento forzado sobre las mujeres, las niñas y los niños con sus numerosas facetas de género, inequidades e injusticias que de allí se derivan (amenazas, presión psicológica, vinculación a la prostitución y abuso sexual infantil, utilización del cuerpo femenino como estrategia de guerra, cambio de roles para las familias en condición de desplazamiento: la mujer asume el papel de responsable de subsistencia), son catalizados significativamente por la invisibilidad del problema, particularmente a nivel oficial.

Esta invisibilidad se traduce en la inexistencia de una política pública específica para responder de manera efectiva a las distintas facetas de género del desplazamiento interno, así como al impacto diferencial y agudizado del conflicto armado sobre la mujer. Tal invisibilidad constituye un eslabón más en la cadena de inequidades e injusticias que se cierne sobre las mujeres víctimas del desplazamiento forzado. Se ha constatado que “en situaciones de militarización de la sociedad y en situaciones de conflicto armado, aumentan las cargas, los riesgos y la inseguridad para las mujeres, jóvenes y niñas, y se agudiza la violencia contra las mismas”¹⁰.

Las mujeres en situación de desplazamiento, las indígenas, las campesinas y las afrocolombianas. La violencia generada por grupos al margen de la ley, de la cual son víctimas, tiene efectos diferenciados por su condición de sexo y etnia. La Encuesta de Salud Sexual y Repro-

10 Ver: Mesa de trabajo “Mujer y conflicto armado”, 2006, Guía para documentar la violencia contra mujeres, jóvenes y niñas, en contextos de conflicto armado, Bogotá.

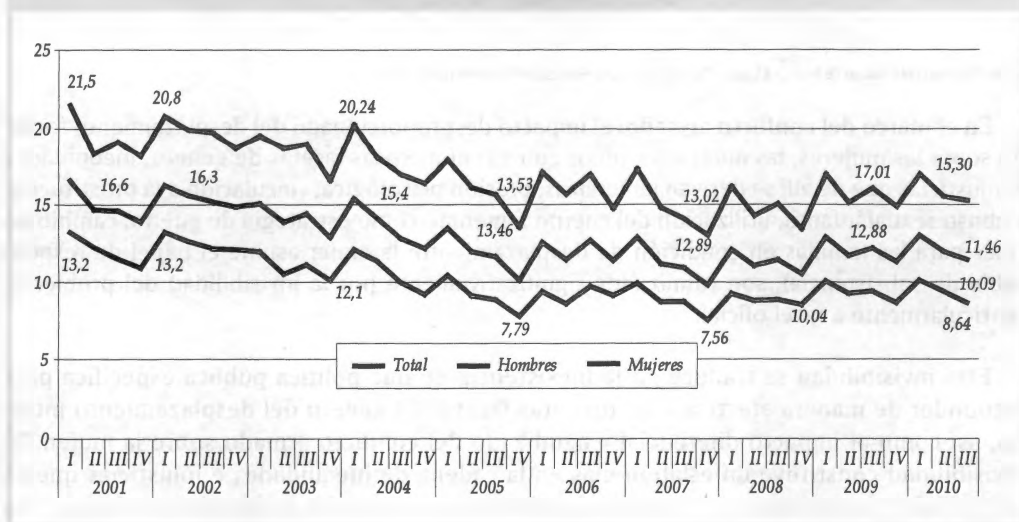
ductiva de PROFAMILIA¹¹ reporta que el 65,7 % de las mujeres alguna vez casadas o unidas, y desplazadas son víctimas también de acciones de control por parte del esposo o compañero.

A pesar de la débil caracterización que contribuya a identificar riesgos específicos para las mujeres, instituciones como la Defensoría del Pueblo advierten sobre las principales manifestaciones de violencias contra las mujeres en contextos de conflicto armado: violencia sexual en muchas de sus formas¹², regulación y control de la vida cotidiana, desplazamiento forzado, reclutamiento forzado, bloqueos y confinamientos, control y expropiación de bienes o tierras y otras formas de violencia.

Mercado laboral: Las normas internacionales del trabajo exigen la eliminación de la discriminación por motivo de sexo en el empleo y ocupación, estableciendo al mismo tiempo la igualdad de remuneración y la protección de la maternidad.

A pesar de que la participación de la mujer en el mercado de trabajo se ha incrementado en los últimos años, esta mayor participación no ha estado exenta de altas tasas de desempleo o de elevada participación en empleos de baja calidad.

**Evolucion Tasa de Desempleo
Total Nacional, 2001 – 2010 (Trimestral)**



Fuente: DANE, GEIH - ECH

En el periodo 2005 – 2010 la tasa de desempleo nacional osciló alrededor del 12%. Sin embargo, la tasa de desempleo de las mujeres ha estado por encima del 15%, alcanzando un

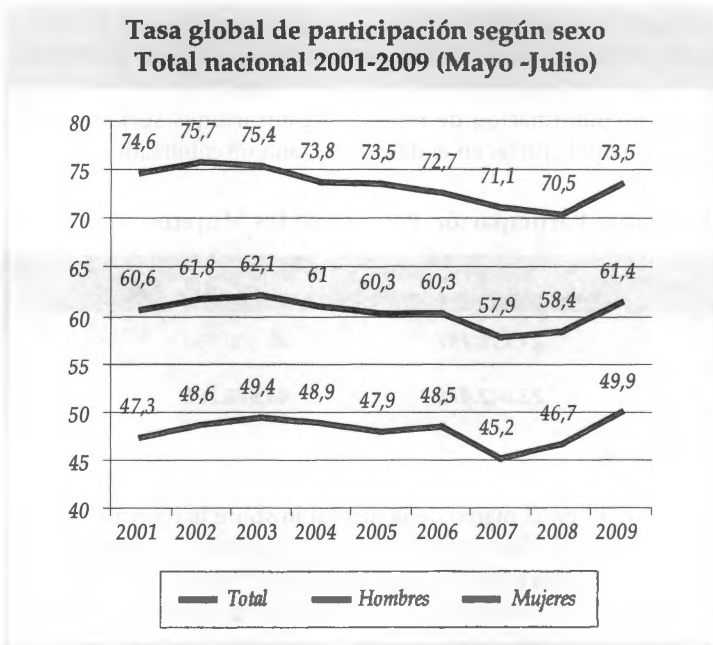
11 PROFAMILIA. Op.cit. 2005.

12 La violencia sexual incluye: la violación, el abuso sexual, el acoso sexual, las amenazas con contenido sexual, la desnudez forzada, el embarazo forzado, el aborto forzado, la anticoncepción forzada, la esterilización forzada, la prostitución forzada, la mutilación sexual, la esclavitud sexual.

máximo de 17% en el año 2008, mientras que la tasa de desempleo de los hombres no alcanza el 11% en ese mismo periodo.

Persisten las brechas en las remuneraciones entre hombres y mujeres en el sector asalariado. Por lo tanto, todavía no se puede hablar de igualdad entre los sexos en el mercado de trabajo. Una parte de los problemas y limitaciones que enfrentan las mujeres se relaciona con la falta de tiempo para la dedicación a actividades que promuevan su desarrollo, participación y autonomía. Esto se debe a que las prácticas culturales han condicionado y otorgado a las mujeres la responsabilidad sobre casi la totalidad de las actividades domésticas no remuneradas.

Aún cuando la mujer se ha incorporando masivamente a la población económicamente activa, las responsabilidades en el ámbito familiar no han disminuido, recargando su jornada laboral con el consiguiente detrimento de su bienestar general. En el caso de aquellas mujeres que tienen como actividad exclusiva las labores del hogar, la falta de visibilidad y reconocimiento de estas labores se intensifica por la falta de autonomía económica que las caracteriza y por la vulnerabilidad a la pobreza que ocasiona.



Fuente: DANE, Encuesta Continua de Hogares -ECH -Gran Encuesta integrada de Hogares -GEIH

En Colombia¹³, en las dos últimas décadas, la participación de las mujeres en el mercado laboral en las siete principales ciudades ha presentado un incremento significativo, especialmente después de los años de crisis económica. Sin embargo, la tasa global de participación

13 Seguimiento Al Tercer Objetivo De Desarrollo Del Milenio: Promover La Equidad De Género Y La Autonomía De La Mujer. CEPAL Y DNP 2009

(TGP) femenina sigue siendo baja, especialmente si se compara con la participación de los hombres. La tasa de ocupación de las mujeres se ubicó en promedio en el 48% durante el periodo 2005 – 2008, mientras que la tasa de los hombres estuvo en alrededor del 73% (DANE, ECH - GEIH). Este indicador complementa el análisis sobre tasa de desempleo, arrojando resultados similares respecto a la situación de las mujeres en el mercado laboral.

“La desigualdad entre hombres y mujeres en el mercado laboral es un fenómeno persistente que reviste formas como la segregación ocupacional, las diferencias salariales, las tasas excesivamente altas del desempleo femenino, la presencia mayoritaria de las mujeres en la economía informal, la insuficiencia de su protección social y su mayor inseguridad económica. En función de cuál sea la condición de la mujer en el hogar, el trabajo remunerado puede contribuir a lograr los ODM sobre salud y educación”, como se puso de relieve en el informe conjunto OIT/PNUD titulado *The role of employment in promoting the Millenium Development Goals* (2005).

Participación nacional:

Si bien el movimiento femenino ha abierto un espacio significativo en términos de incidencia política y de desarrollo de iniciativas legislativas para garantizar el derecho a la participación de las mujeres, aún es incipiente su acceso a instancias de decisión, a pesar de su muy amplia intervención y conformación de redes y organizaciones sociales de mujeres de muy diversa índole y de su papel crucial en el desarrollo, aún invisibilizado.

Cifras sobre Participación Política de las Mujeres en Colombia

<i>Año</i>	<i>Población Mujeres</i>	<i>Población Total</i>	<i>% Mujeres</i>
2005	21.718.757	42.888.592	50,64%
2010	23.042.445	45.508.205	50,63%

Fuente: DANE - Grupo de Proyecciones 2007

Como lo señala PNUD¹⁴ en el marco de la discusión sobre la reforma política y las mujeres: aunque el 51,3 por ciento de los votantes en las elecciones del 2006 fueron mujeres, menos del 14 por ciento de los parlamentarios es del sexo femenino. De los 32 gobernadores de Colombia, solamente uno pertenece al sexo femenino. Igualmente, de los 1.096 alcaldes municipales elegidos en el 2006, solo 103 son alcaldesas. En esa misma línea, de los 268 parlamentarios elegidos para el congreso en 2006, fueron escogidas 28 mujeres, la presencia parlamentaria femenina aún no llega al 14 por ciento.

Las siguientes gráficas ilustran la proporción de mujeres en cargos públicos y en cargos de elección popular:

14 PNUD Gobernabilidad Democrática Agosto 2008 ¿Y en la nueva reforma política, las mujeres que?

Entidad	# Curules	# Mujeres	% Mujeres
Cámara de Representantes	162	17	10%
Senado	102	16	16%
Asambleas	396	72	18%
Concejo	10253	1.647	16%
Presidencia	1	0	0%
Gobernaciones	32	1	3%
Alcaldías	1099	99	9%
Ministerios	13	3	23%
Consejo Superior Judicatura	13	2	15%
Consejo de Estado	27	9	33%
Corte Suprema Justicia	23	4	17%
Corte Constitucional	9	1	11%
Consejo Nacional Electoral	9	1	11%

Fuente: Datos de Registraduría Nacional, Congreso y Presidencia de la República. 2007

La política sigue siendo un espacio mayoritariamente masculino, lo cual plantea una profunda inequidad y un serio obstáculo para el desarrollo, ya que parcializa y limita la visión del Estado y de la construcción de las políticas públicas a la mirada masculina. Todo esto, a pesar de que a partir de 1957, año del plebiscito que abrió las puertas al sufragio universal, la participación de las mujeres en las urnas ha sido superior a la del sexo complementario. En los últimos comicios, los de 2006, por ejemplo, el voto femenino fue del 51,3 por ciento”.

Proporción de mujeres que ocupan cargos de elección popular en el nivel territorial: Gobernadoras, Diputadas, Alcaldesas y Concejalas.

Nivel regional/ local	Periodo 1998-2000	Periodo 2001-2003	Periodo 2004-2007	Periodo 2008-2011
Gobernaciones	3.20%	6.25%	6.25%*	3.1%
Asambleas	5.26%	13.84%	15.62%	18.18%
Alcaldías	5.2%	7.3%	7.6%	9.48%
Concejos	10.32%	12.89%	13.71%	14.49%

Fuente: Registraduría Nacional del Estado Civil. 2007.

En este sentido es importante potenciar los ejercicios de participación de las mujeres que se soportan en liderazgos y alianzas propositivas; implementar mecanismos para el empoderamiento de las mujeres y la promoción de acciones afirmativas para que se incremente el número de mujeres en cargos de representación y accedan a los procesos de cargos de elección; fomentar el compromiso de las mujeres con la formulación de agendas políticas de las mujeres que retomen sus intereses y propicien movilización y cambio social-cultural.



Relación entre este ODM y los demás

Si bien es evidente que los ODM tienen como antecedente las resoluciones, plataformas, programas y declaraciones de las Conferencias de Naciones Unidas de los años 90, entre los que cabe destacar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Cairo, 1994), la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Copenhague, 1995) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995); reducen los compromisos adquiridos por los Gobiernos en estas cumbres, a ocho objetivos que dejan por fuera concepciones, indicadores y temas que son claves para el avance de los derechos de las mujeres, (Naciones Unidas 2006, López C. 2004) como son: “la paridad de género en el acceso a la toma de decisiones; el empleo precario; el reconocimiento del trabajo no remunerado a través del uso del tiempo; la erradicación de las violencias contra las mujeres; el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; los derechos humanos y el contemplar entre las metas priorizadas la equidad de género”¹⁵.

Respecto al Objetivo 1 “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”: es evidente en los propósitos, tanto universales como nacionales, la ausencia de una mirada hacia la pobreza de las mujeres, lo cual conduce a que las estrategias que se utilicen para combatirla no contemplen ni cuáles son las características del empobrecimiento femenino ni cuáles las contribuciones específicas que las mujeres pueden hacer para reducirla.

En Colombia, el CONPES 91 del 2005 establece que se deben promover esfuerzos de desarrollo por parte del Estado y la sociedad civil colombiana para contar con mecanismos explícitos para dar oportunidades preferentes a los pobres, ayudar a los pobres a construir y proteger sus propios activos, en términos de acceso a la propiedad de la tierra y la vivienda, a la educación y al crédito; desarrollar mecanismos e instituciones que protejan el capital humano y los activos físicos acumulados por los hogares. Promover el crecimiento de los sectores en los cuales los pobres obtienen trabajo y bienes de consumo: producción de alimentos y de bienes

15 Tomado del Documento Incorporación de indicadores de género en los ODM en Bogotá D.C., de Ana Isabel Arenas. 2008

de consumo básico, a través de cadenas productivas para productos agropecuarios como caucho, algodón-textiles, palma de aceite, maíz soya, yuca industrial, forestal productivo, cacao, hortofruticultura y silbo pastoril¹⁶.

De otra parte, señala que es necesario prevenir la desnutrición infantil mediante la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna temprana, capacitación a las madres y manteniendo el plan de alimentación y nutrición¹⁷ y el desarrollo e implementación de la política de seguridad alimentaria.

Como puede observarse, tanto en su descripción como en sus metas e indicadores, existe una ausencia de desagregación por sexo que nos permita entender de manera diferenciada la situación de pobreza para los hombres y las mujeres.

En consecuencia, la ausencia de una mirada hacia la pobreza de las mujeres conduce:

- A que las estrategias que se utilicen para combatirla no tengan en cuenta las características del empobrecimiento femenino.
- A desconocer la feminización de la pobreza, particularmente en hogares de jefatura femenina, que son los más pobres entre los pobres.
- A desconocer las contribuciones específicas que las mujeres pueden hacer para reducirla: "Si las mujeres no fueran objeto de discriminación salarial y tuvieran las mismas oportunidades que los hombres para acceder al trabajo remunerado, los ingresos que aportarían a sus hogares ayudarían a reducir drásticamente los niveles de pobreza de la región".

Respecto al Objetivo 2 "*Lograr la educación primaria universal*": si bien no podemos desconocer los avances que existen en términos de acceso de las mujeres a la educación, como lo señala el Informe de Desarrollo Humano 1995, se debe reconocer que "las mujeres han tenido más éxito en superar las barreras culturales que se oponen al fomento de su capacidad, que en superar las barreras que se oponen al aprovechamiento de esa capacidad".

De otra parte, es evidente que persisten oportunidades diferenciales cuando nos acercamos a la realidad rural y a las condiciones de acceso de que disponen las poblaciones afro-descendientes e indígenas. Es importante partir del principio de que la educación es un derecho de todas y todos, sin distinción de etnia, ubicación territorial, edad, y es una condición necesaria para lograr el empoderamiento de las mujeres y la creación de oportunidades de desarrollo.

La Campaña Global por la Educación, una coalición internacional de ONGs y sindicatos relacionados con la enseñanza, sostiene que "debido a que la educación es tan crucial para mejorar la salud y aumentar los ingresos, el objetivo relacionado con la educación de las niñas tiene un efecto dominó en el resto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El fracaso a la hora de cumplirlo implicaría el fracaso en los otros objetivos".

16 DNP. Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006. pg. 228. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia. 2003.

17 IDEM

Las desigualdades entre los géneros en todos los ciclos de la educación siguen siendo obstáculos para el desarrollo económico y la equidad social, de ahí a que los compromisos de la “Cumbre de Dakar” del año 2000 y los Objetivos de Desarrollo del Milenio hagan un llamado para que se garantice una educación de calidad para todos y todas en el 2015.

Es necesario hacer un llamado por el derecho a una educación no sexista que promueva la igualdad entre los géneros y oriente procesos educativos incluyentes que superen las relaciones de género tradicionales que establecen situaciones desiguales, en especial para las mujeres.

La UNESCO (2003/2004) reconoce que, si las madres tienen mayor educación, sus hijos son más sanos, tienen mejor nutrición y tienen más probabilidad de asistir al colegio. Además, las mujeres adultas más educadas tienen menores niveles de fertilidad, menos probabilidad de ser víctimas de violencia por parte de sus cónyuges, más probabilidad de participar en el mercado laboral y menos probabilidad de ser pobres que las mujeres que tienen menos educación. Todos estos elementos no sólo afectan el bienestar de las propias mujeres y de sus familias, sino también influyen de manera positiva en la economía en su conjunto.

Sobre los Objetivos 4, 5 y 6 “Reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna con énfasis en SSR y VIH SIDA”: La relación entre ingreso, educación y salud de las mujeres tiene una incidencia directa sobre la mortalidad infantil, la desnutrición y la mortalidad materna. Igualmente, una maternidad sana exige el cuidado integral de la mujer a lo largo de todo su ciclo de vida.

La mortalidad materna está íntimamente ligada con la pobreza y los derechos de las mujeres; la violencia de género, el bajo control sobre los recursos familiares, el débil poder de decisión, el control y restricción que sobre ella se ejerce; impide el acceso de las mujeres a los servicios de salud en general y en particular a información sobre salud sexual y reproductiva, con los consecuentes efectos que esto genera: maternidades no deseadas, abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual.

Según el Ministerio de Protección Social existen determinantes económicas, sociales y culturales asociadas a la mortalidad materna que es importante tener en cuenta¹⁸:

- Pobreza
- Bajo nivel educativo de la mujer
- Residencia en zonas rurales, urbanas marginales o de conflicto armado
- Desplazamiento forzado
- Violencia y abuso sexual e intrafamiliar
- Embarazo no deseado
- Limitaciones de la cobertura del SGSSS

18 MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL “Acerca de la mortalidad materna”:

La mayoría de mujeres que mueren en eventos asociados con la maternidad son las más pobres, las que tienen un menor nivel educativo y mayores dificultades en el acceso a servicios de salud. A pesar de que desde hace varias décadas en Colombia se han trabajado iniciativas para la reducción de la mortalidad materna, se siguen teniendo cifras altas que se estiman en 104,9 por 100.000 nacidos vivos¹⁹ con diferencias importantes por departamento, por grupo etario y por condiciones particulares como el desplazamiento forzado de la población, entre otras.

El mayor riesgo en Colombia de muerte materna, según el Ministerio de Protección Social, es ser madre adolescente, (16 años o menos) con una tasa de 6.800 por 100.000 nacidos vivos. El 46.8 por mil de los partos ocurridos en instituciones de salud no fueron atendidos por personal idóneo y 7.200 x 100.000 no tuvo control prenatal. Las lesiones externas por agresión intencional, accidentes y suicidio fueron 17.9%.

Los retos del milenio²⁰ en temas de salud enfatizan que: “los países deben dar prioridad a las políticas que promuevan el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, el aborto seguro, la prevención y el tratamiento de infecciones sexualmente transmitidas e intervenciones en la nutrición, como también políticas que permitan a las mujeres dar a luz de manera segura, garantizando que todos los partos sean atendidos por personal médico capacitado y que todas las mujeres tengan acceso a los centros de salud que tengan servicio de atención obstétrica de emergencia en caso de complicaciones que puedan ser fatales.”²¹

En lo que se refiere al VIH SIDA, “de 33 millones de personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el mundo, 16 millones son mujeres”²², cifra que evidencia la feminización del VIH y la necesidad urgente de hacer campañas masivas dirigidas a hombres y mujeres para prevenir y erradicar la enfermedad; orientadas a superar las relaciones sociales soportadas en la discriminación e inequidad de género, factor que se constituye en un agravante.

En la última década²³, “las mujeres eran un tercio de los infectados. Hoy la proporción es de casi la mitad. ONUSIDA declara que la epidemia sigue creciendo y las más afectadas son las mujeres, en especial las jóvenes de entre 15 a 24 años, fenómeno al que se ha denominado “Feminización del SIDA”. Se hace necesaria la aclaración de que las mujeres y las niñas adolescentes son vulnerables al VIH/SIDA no a causa de sus comportamientos individuales, sino debido a la discriminación y la violencia de que son objeto. La explotación sexual y la violencia familiar e institucional que afecta a las mujeres nos vuelve más vulnerables frente a las enfer-

19 Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. Ministerio de la Protección Social. INS. OPS, 2003

20 Notas basadas en: Camino a la Igualdad de Género: CEDAW, Beijing y los ODM..... GTZ y UNIFEM

21 FUERZA DE TAREA DEL PROYECTO DEL MILENIO SOBRE EDUCACION E IGUALDAD DE GÉNERO, 2004: 33. (pag. 28 de original)

22 Zabala de Calderón, Margarita Conferencia México Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Agosto 2008

23 ONUSIDA 2006 “Informe sobre VIH SIDA”

medades de transmisión sexual”.

Las mujeres son una población de alto riesgo, agravada por la posibilidad de transmisión madre-hijo. Es necesario definir estrategias de protección de las mujeres, mediante información, educación sexual y empoderamiento social que les permita protegerse y establecer controles oportunos. Para ello, es imprescindible mejorar la educación, emprender reformas legales y sociales, y aumentar la conciencia entre los hombres.

La CEDAW y la Plataforma de BEIJING, hacen algunas recomendaciones:

CEDAW - 1.979	BEIJING -1.995
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eliminar la discriminación en el campo de atención a la salud para asegurar la igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a los servicios de atención a la salud, incluyendo aquéllos relacionados con la planificación familiar (artículo 12.1)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumentar el acceso de las mujeres a lo largo de sus vidas a servicios de salud adecuados, costeables y de calidad, así como a información y servicios_ relacionados (objetivo estratégico C.1) _</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Asegurar que las mujeres tengan los servicios apropiados en relación con el embarazo, el confinamiento y el período postnatal, otorgando servicios gratuitos cuando sea necesario (artículo 12.2)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fortalecer los programas preventivos que promueven la salud de las mujeres (objetivo estratégico C.2)_</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Asegurar la alimentación adecuada de la mujer durante el embarazo y la lactancia (artículo 12.2)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Emprender iniciativas de género que atiendan las enfermedades transmitidas sexualmente, VIH/SIDA y problemas sexuales y de salud reproductiva. (objetivo estratégico C.3)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Asegurar el derecho de las mujeres de áreas rurales al acceso a centros de salud adecuados, incluyendo información, asesoría, y servicios de planificación familiar (artículo 14.2. b)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promover la investigación y divulgar información sobre la salud de las mujeres (objetivo estratégico C.4)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eliminar la discriminación en la educación para asegurar que las mujeres tengan acceso a la</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aumentar los recursos y hacer el seguimiento de aspectos relacionados con la salud de las mujeres (objetivo estratégico C.5)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>información educativa para contribuir a la buena salud y bienestar de las familias, incluyendo información y asesoría en planificación familiar. (artículo 10.h)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Eliminar la discriminación contra las niñas en la salud y la nutrición (objetivo estratégico L.5)</i>

Respecto al Objetivo 7 “Garantizar la sostenibilidad ambiental”: La relación entre pobreza y recursos ambientales presenta un fuerte componente de género. La degradación ambiental afecta de manera desproporcionada a mujeres y niñas pobres, dado que suelen ser ellas las que se encargan de buscar combustible y agua.

Según el OIEA, “las mujeres de los países en desarrollo dependen sobremanera de los recursos medioambientales para hacer frente a sus necesidades vitales, y las innovaciones tecnológicas podrían facilitar mucho sus quehaceres cotidianos. Aunque no

hay razones para creer que existen diferencias de género en el acceso a los recursos hídricos o el saneamiento (ya que generalmente se proporcionan a comunidades y no a individuos), mejorar el acceso al suministro de agua de una comunidad puede tener varios efectos beneficiosos para las mujeres. Puede dar lugar a un mejoramiento general de la salud de una población y disminuir la carga que representa acarrear el agua hasta el hogar, que suele corresponder a las muchachas y a las mujeres en las comunidades en desarrollo”.

Tanto en la política como en la práctica, la gestión ambiental debería crear oportunidades de generación de beneficios, reforzando la propiedad de las personas y los derechos de los usuarios y fomentando su participación en la toma de decisiones políticas. A menudo, los pobres se ven privados de los medios y derechos para invertir en el uso sostenible de los recursos ambientales, como mejor tratamiento del agua y saneamiento, tecnologías energéticas más limpias, etc.

La CEPAL, desde su análisis de género, establece la importancia de “asegurar oportunidades a las mujeres y, en particular, a las pertenecientes a poblaciones indígenas y afrodescendientes, para que participen en la adopción de decisiones relativas al medio ambiente en todos los niveles, como administradoras, elaboradoras de proyectos y planificadoras y como ejecutoras y evaluadoras de los proyectos relativos al medio ambiente”

Sobre el acceso a Vivienda:

Existen obstáculos legales y administrativos para que las mujeres en general accedan a la propiedad de la vivienda. La igualdad en este plano se logra cuando las mujeres no enfrenten obstáculos en razón de su situación de género para acceder a la propiedad. Es importante tener presente que en los sectores de mayor pobreza se logre efectivamente un acceso igualitario a la propiedad de la vivienda, estableciendo condiciones en los programas de vivienda social que faciliten el acceso por igual a ambos cónyuges o a mujeres sin cónyuge.

“Facilitar a las mujeres viviendas a precios razonables (...), con especial hincapié en la atención de las necesidades de las mujeres, en particular de las que viven en la pobreza y las jefas de familia”.



Recomendaciones

- Asegurar que cada uno de los ODM pueda ser desagregado por sexo y contenga indicadores cuantitativos y cualitativos sensibles al género a efecto de visibilizar en el análisis la situación de las mujeres en relación de la de los hombres, evidenciar la desigualdad / inequidad existente en cuanto a oportunidades y derechos y monitorear su progreso.
- Integrar acciones específicas de género en las políticas dirigidas a cumplir los ODM que aseguren la igualdad en la participación y el impacto en las mujeres de los programas, políticas, medidas.
- Fortalecer el empoderamiento económico y la igualdad entre mujeres y hombres, tanto en el acceso como en el control sobre los recursos económicos.
- Identificar herramientas que promuevan la rendición de cuentas en las estrategias de implementación.
- Fortalecer el movimiento de mujeres para proponer estrategias, mecanismos y planes de rendición de cuentas a los gobiernos locales.
- En temas de salud sexual y reproductiva se constituye un eje temático de atención urgente, tanto a nivel de información como de formación y capacitación con diferentes grupos poblacionales. Para garantizarlo, es preciso explicitar acciones desde políticas de salud y educación que sean garantía para su desarrollo.
- Desarrollar estrategias para el empoderamiento de las mujeres a través de la formación y capacitación política de las mujeres y la promoción hacia la participación en instancias de decisión local. Es urgente mejorar sus capacidades teóricas, técnicas y sus habilidades políticas y de liderazgo.

Papel de la academia y de la sociedad civil en general

- Participar en los debates sobre el desarrollo y proponer alternativas más equitativas y sostenibles a los modelos actuales de globalización económica.
- Contribuir desde la investigación al análisis de las condiciones en sus territorios y aportar recomendaciones hacia la formulación de políticas públicas coherentes con un enfoque incluyente, de reconocimiento y redistribución.
- Incidir en la formulación de políticas públicas incluyentes que cuestionan las limitaciones de las políticas sectoriales que segmentan tanto los grupos sociales como la naturaleza de los problemas sociales.
- Crear corriente frente a la necesidad de una verdadera transformación estructural para alcanzar la equidad social y económica. El sólo crecimiento económico no garantiza la superación de la pobreza, discriminación, erradicación del VIH/SIDA, desigualdad y exclusión.
- Ejercer presión para que el sector privado y los gremios asuman la responsabilidad social que les compete en un proceso de transformaciones estructurales.



Bibliografía

DNP. Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006. pg. 193. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia. 2003.

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) 1997

CONPES 91 de 2005 República de Colombia

CEPAL. Serie de estudios estadísticos y prospectivos Nro 52. Daniela Zapata, “Transversalización de la perspectiva de género en los ODM”. Santiago de Chile Julio 2007

Moema L. Viezzer “Por una Educación No Sexista” Brasil /CHOIKE.ORG

Boletín 1 “Vigilancia superior a la garantía de Derechos, desde una perspectiva de género” Procuraduría general de la Nación y UNFPA / Noviembre de 2007

Boletín del OIEA 49/1 de Septiembre de 2007

PNUD Gobernabilidad Democrática Agosto 2008 ¿Y en la nueva reforma política, las mujeres que? Colombia

Ministerio de Protección Social “Acerca de la mortalidad materna”.

Zabala de Calderón, Margarita Conferencia México Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Agosto 2008

ONUSIDA 2006 “Informe sobre VIH SIDA”

Informe sobre Desarrollo Humano 2003 - Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza "Políticas Públicas para garantizar la Sostenibilidad Ambiental" Pág. 125

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y basado en los compromisos adquiridos por los gobiernos a partir de la Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) de junio del 2001.

EN ESTE CAPÍTULO

1. Introducción
2. ¿A qué tiene derecho la población infantil en el tema de salud?
3. Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 4: Reducir la mortalidad infantil
4. Conclusiones y Recomendaciones
5. Bibliografía



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 4



Reducir La Mortalidad Infantil

María Luisa Latorre Castro*

María Luisa Latorre Castro. Médica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Especialista en Administración de Salud con énfasis en Seguridad Social de la Pontificia Universidad Javeriana, actualmente estudiante del doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes. Experta en construcción y evaluación de políticas públicas de salud en el proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio del PNUD y asesora del Viceministerio de Salud.



Introducción

En este capítulo se presentarán los avances y desafíos de Colombia con respecto al cuarto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Inicialmente se hará un recorrido por el marco de los derechos de los niños y las niñas con especial énfasis en el tema de salud, que es el que nos compete.

Si bien, como veremos más adelante, Colombia ha hecho grandes esfuerzos que se han traducido en una mejoría de los indicadores propuestos para este Objetivo, es muy difícil que en adelante logre una significativa mejoría si no se concentra en disminuir las desigualdades entre las regiones prestando especial interés en la población más pobre que habita las zonas más apartadas del país, la cual presenta grandes dificultades para el acceso a servicios de salud, incluso a los más básicos como es el caso de la vacunación.

He aquí una invitación para que el consenso plasmado en nuestra Constitución, en cuanto a que los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás, se vea reflejado en nuestro actuar cotidiano y, por ende, en la mejoría del estado de salud y bienestar de los colombianos.



¿A qué tiene derecho la población infantil en el tema de salud?

Para responder a esta pregunta es necesario hacer un recuento de cómo han evolucionado los derechos humanos y cuáles son los compromisos de Colombia ante la comunidad Internacional en el cuidado de la salud y de la vida de la población infantil.

Los derechos humanos han tenido una evolución constante a lo largo de la historia, pero no hay duda de que situaciones políticas y sociales llevaron a momentos históricos que han producido grandes cambios. Es así como, en el contexto de un proceso revolucionario en Europa y Estados Unidos, en 1789 se proclama la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, limitando los poderes absolutos del Estado y permitiendo a los individuos desarrollarse libremente. Es cuando aparece el derecho a la vida.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, hechos importantes y traumáticos, especialmente las dos guerras mundiales de la primera mitad del siglo XX, llevan al mundo a presenciar el nacimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, dentro de los cuales está el derecho a la salud, pasando el Estado a asumir un papel intervencionista para procurar que los individuos logren gozar de ellos.

A finales del siglo pasado, ante la necesidad de avanzar en derechos que logren mayor equidad y un desarrollo sostenible, bajo el concepto de solidaridad se presentan acuerdos para trabajar en garantizar, entre otros, el derecho a un medio ambiente saludable y a una mejor calidad de vida.

Para lograr que se garanticen los derechos a los cuales se ha llegado a un consenso, los países asumen compromisos y establecen, para lo cual, reconociendo el protagonismo de la Organización de Naciones Unidas, se utilizan instrumentos que vinculan a los países (convenciones, pactos, protocolos, convenios) y declaraciones, en las que se recomienda a los Estados Parte, la adopción de políticas para lograr su cumplimiento. Los pactos, convenios y protocolos no son sólo intenciones de buena voluntad. Son compromisos de obligatorio cumplimiento ante la comunidad internacional.

2.1 Compromisos internacionales:

En el tema de infancia, que es el que nos compete, estos son los compromisos internacionales, algunos suscritos por Colombia, para garantizar el derecho a la vida y a la salud de la población infantil:

2.1.1 Declaración de Derechos, 1789

“Garantiza a todos, y en especial al niño, a la madre y a los trabajadores ancianos, la protección de su salud”

2.1.2 Declaración sobre los derechos del niño, 1924

La Liga de las Naciones, que antecedió a la Organización de Naciones Unidas, aprobó la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño: el derecho de los niños y niñas a disponer de medios para su desarrollo material, moral y espiritual; asistencia especial cuando están hambrientos, enfermos, discapacitados o han quedado huérfanos y; ser los primeros en recibir socorro cuando se encuentran en dificultades, entre otros.

2.1.3 Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948

En el Artículo 25 señala que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, recalcando: “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”

2.1.4 Declaración de los Derechos del niño, 1959

Contempla, entre otros, que todo niño tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; a gozar de los beneficios de la seguridad social; a disfrutar servicios médicos adecuados.

2.1.5 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966

En el Artículo 12 cita, entre las medidas para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños, así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

2.1.6 Observación General No. 6, del Comité de Derechos Humanos de la ONU, 1982

Refiere, con relación al derecho a la vida, que los Estados Partes deberán tomar todas las medidas posibles para disminuir la mortalidad infantil.

2.1.7 Convención sobre los Derechos del niño, 1989

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: Reducir la mortalidad infantil. Ratificada por Colombia mediante la Ley 12 de 1991

2.1.8 Cumbre Mundial por la Infancia, 1990 – Declaración de la Cumbre Mundial por la Infancia y Plan de Acción para la supervivencia, protección y desarrollo de la niñez

Se acordó cumplir 27 metas en 10 años, la mayoría sobre salud, como son, entre otras: reducir la mortalidad en la niñez; eliminar la polio; mantener coberturas de vacunación por encima del 90%; reducir los casos de sarampión; eliminar la mortalidad por tétanos neonatal; disminuir la mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA); eliminar la deficiencia de vitamina A; eliminar los desórdenes por deficiencia de yodo; disminuir el bajo peso al nacer.

2.1.9 Cumbre del Milenio, 2000 – Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Teniendo en cuenta que en el mundo cada año cerca de 11 millones de niños fallecen antes de cumplir cinco años de edad, es decir 30.000 niños al día,¹ y que la mayoría de ellos viven en condiciones de pobreza, en la Asamblea General de Naciones Unidas del Milenio, realizada en la ciudad de Nueva York en septiembre del 2000, en la cual participaron gobernantes de 189 países del mundo; en la Declaración del Milenio entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los objetivos para erradicar la pobreza, se planteó el Objetivo No. 4: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. Se propusieron tres indicadores: (1) Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años; (2), Tasa de mortalidad infantil; (3), Proporción de niños de un año inmunizados contra el sarampión.

2.2 Compromisos nacionales:

Colombia tiene en sus compromisos de país velar por la salud de los niños y las niñas, protegerlos, velar por una alimentación sana y procurar su bienestar. Para oficializar estos compromisos, se pueden citar algunas normas:

2.2.1 Constitución Política de Colombia, 1991

En el Artículo 44 señala, entre otros, que son derechos fundamentales de los niños la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, y la alimentación equilibrada. Además, es contundente en afirmar que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

2.2.2 Ley 100 de 1993

En el Artículo 157, en cuanto a los participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cita que los niños menores de un año y los menores en situación irregular tendrán

1 www.un.org/spanish/millenniumgoals/childhealth.shtml

particular importancia. Y el Artículo 166 habla específicamente de los derechos en atención para la maternidad y para la infancia. Para los menores de un año, el Plan Obligatorio de Salud cubrirá: “la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, la prevención de la enfermedad, incluyendo inmunizaciones, la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias, incluidos los medicamentos esenciales; y la rehabilitación cuando hubiere lugar”.

2.2.3 Conpes 091 de 2005

En la máxima autoridad nacional de planeación, el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES– del 14 de marzo de 2005, se fijan para Colombia las metas y estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el 2005, se construye la línea de base y se establece su forma de seguimiento y evaluación, así como las fuentes de información.

Para el Objetivo No. 4, propone los mismos indicadores que en la Declaración de los ODM. Pero, en el tema de vacunación, el indicador se amplía a todos los biológicos que hacen parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones para Colombia.

Para el cumplimiento de las metas, las cuales se presentan en el punto 3, propone siete estrategias: (1) Incrementar positivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud; (2) Impulsar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; (3) Mejorar el acceso efectivo a las atenciones que garantizan la protección de su salud o el mejoramiento de la misma; (4) Mejorar la calidad de la atención para población materno–infantil; (5) Promover iniciativas que permitan mejorar la competencia de la familia para proteger la vida y la salud del recién nacido y para generar las condiciones necesarias para su adecuado desarrollo durante la infancia; (6) Implementar, evaluar y fortalecer las iniciativas intersectoriales y sociales en el ámbito municipal, para mejorar la nutrición de la población infantil y de las mujeres gestantes y lactantes y; (7) Fortalecer la vigilancia en salud pública sobre los eventos que afectan la salud infantil, el acceso y la calidad de las intervenciones.

2.2.4 Ley 1098 de 2006 – Código de la infancia y la adolescencia

En el artículo 17 promulga el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano, en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. Está incluido el acceso a los servicios de salud. Y el artículo 27, sobre el derecho a la salud integral (garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes) y ninguna institución prestadora de servicios de salud, podrá abstenerse de atenderlos.

2.2.5 Ley 1295 de 2009

Atención integral de niños y niñas en la primera infancia de los sectores clasificados con 1, 2 y 3 de SISBEN.



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 4: Reducir la mortalidad infantil

Teniendo en cuenta en la categoría de derecho de existencia, los objetivos de todos vivos, todos saludables se encontrarían inmersos en este objetivo propuesto en la Cumbre del Milenio en el año 2000. A este gran objetivo se le plantean cuatro metas: reducir la mortalidad infantil (en menores de 1 año); reducir la mortalidad en la niñez (en menores de 5 años); alcanzar coberturas útiles de vacunación contra sarampión (por encima del 95%); y alcanzar coberturas útiles de vacunación con DPT (contra Difteria, Tosferina y Tétanos). A continuación se analizará cada uno de ellos, presentando la línea de base y su evolución en los últimos años y su cumplimiento frente a las metas planteadas para el 2015 en el CONPES 091 de 2005.

3.1 Reducir la mortalidad infantil

El indicador propuesto para el seguimiento de esta meta es la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), que es el cociente entre el número de defunciones de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.²

3.1.1. Cumplimiento de la meta en Colombia

Línea de base Colombia, año 1990: 30,8 defunciones en menores de 1 año por 1.000 NV³

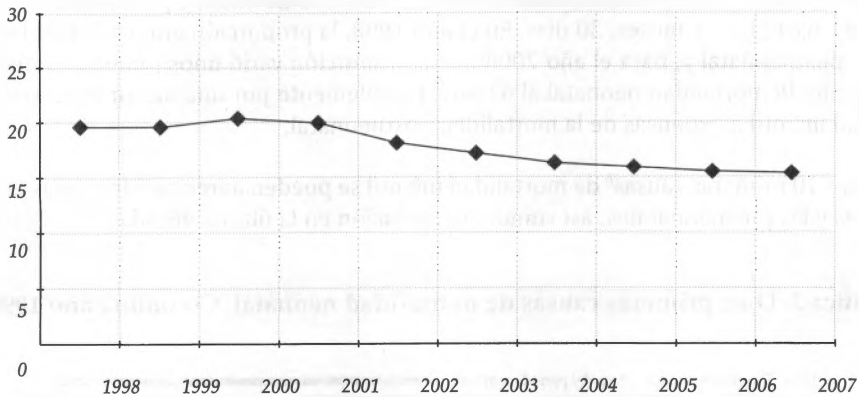
Meta Colombia, año 2015: 14 defunciones en menores de 1 año por 1.000 NV⁴

2 Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

3 Conpes 091 de 2005

4 Ídem

Gráfica 1. Tendencia de la mortalidad infantil, Colombia 1998 – 2007



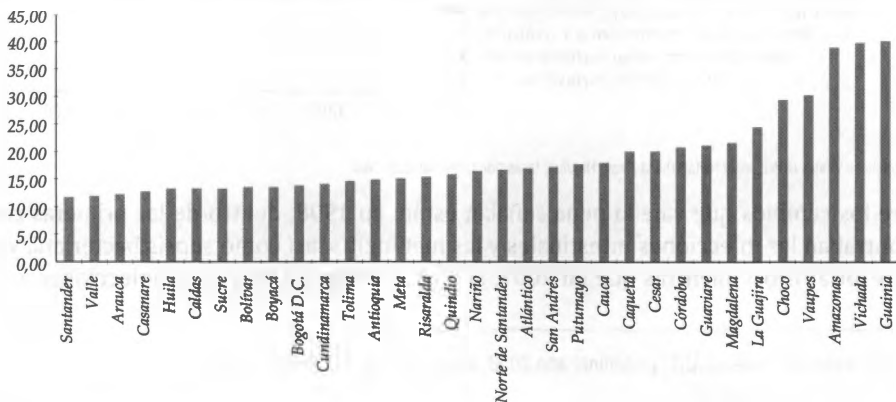
Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

En Colombia, la tendencia de la mortalidad infantil en la última década ha tendido a disminuir, pasando de 19.51 en 1998 a 15.32 en el 2007. Si comparamos con la línea de base planteada, se ha reducido a la mitad y el país está cerca de cumplir con esta meta. Sin embargo, la tasa de 15.32 del año 2007 corresponde a 10.867 menores de un año que fallecieron a lo largo de ese año, que corresponde a cerca de 30 niños por día.

Sin embargo, las diferencias por departamento son inmensas: 11 departamentos y Bogotá DC presentan tasas de 14 o menos, cumpliendo la meta de ODM; de los 22 que no la cumplen, 11 presentan tasas superiores a 20 y; Vaupés (30.19), Amazonas (38.93), Vichada (39.79) y Guainía (40.00) están por encima de 30 defunciones en menores de un año por 1.000 nacidos vivos.

En municipios de Chocó (Bojayá, Alto Baudó, Carmen del Darien); de Cauca (Jambaló) y; de Amazonas (El Encanto, Puerto Nariño) las tasas superaron las 100 defunciones por 1.000 nacidos vivos.

Gráfica 2. Tasa de Mortalidad Infantil por Departamento, Colombia año 2007

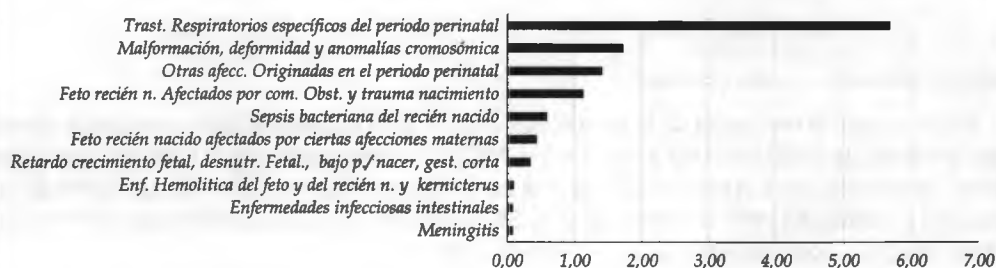


Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

Del total de muertes de niños antes de cumplir el primer año de edad, más del 60% ocurren el primer mes (63% en el 2007). La mortalidad en menores de un año se divide en neonatal, que es la que se presenta en los recién nacidos hasta los 28 días de edad, y postneonatal, a partir del día 29 y hasta los 11 meses, 30 días. En el año 1998, la proporción era de 59,69% neonatal y 40, 31% postneonatal y; para el año 2008⁵, esta proporción varió unos puntos, aumentando el porcentaje de mortalidad neonatal al 62,56%, posiblemente por una mayor reducción de la mortalidad infantil a expensas de la mortalidad postneonatal.

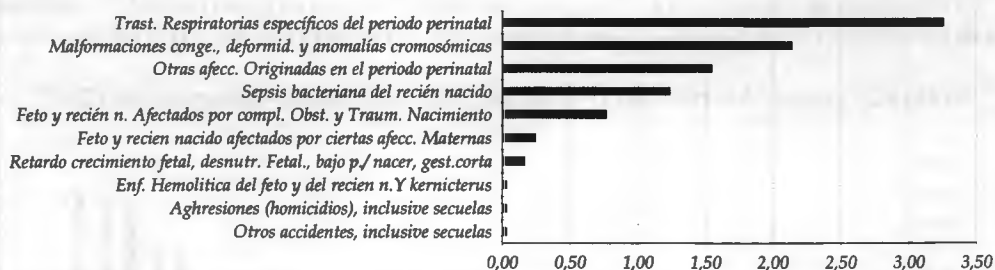
Entre las 10 primeras causas⁶ de mortalidad infantil se pueden apreciar diferencias entre las neonatales y las postneonatales, así como una evolución en la última década:

Gráfica 3. Diez primeras causas de mortalidad neonatal, Colombia año 1998



Fuente: Estadísticas Vitales DANE, elaboración Diana Rocío Higuera, tasas por 1.000 nacidos vivos.

Gráfica 4. Diez primeras causas de mortalidad neonatal, Colombia año 2007



Fuente: Estadísticas Vitales DANE, elaboración Diana Rocío Higuera, tasas por 1.000 nacidos vivos.

Entre los cambios que vale la pena señalar, están: en 1998, dentro de las primeras causas se encontraban las infecciones intestinales y las meningitis, así como sepsis bacteriana y trastornos respiratorios; mientras que en 2007, si bien disminuyen las causas infecciosas, se pre-

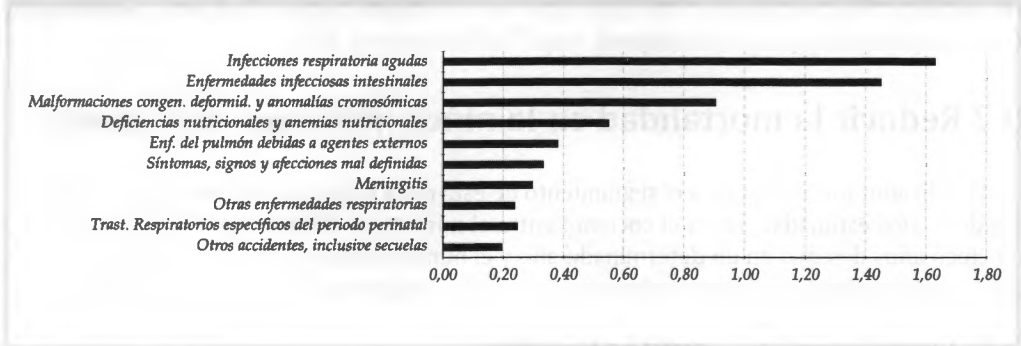
5 Fuente Estadística Vitales DANE, preliminar año 2008, bases de datos de abril de 2010

6 Lista de causas agrupadas 6/67 CIE 10

sentan entre las 10 primeras causas de muerte en bebés con menos de 28 días, las agresiones (homicidios) y los accidentes.

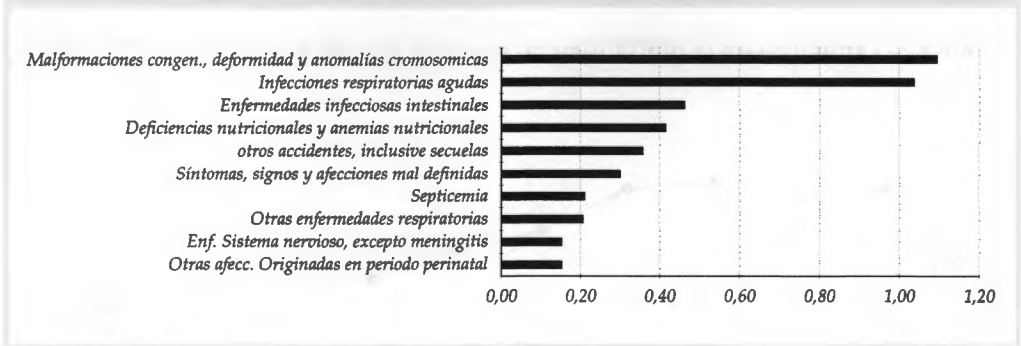
En cuanto a las causas en el periodo postneonatal, equivalente a las defunciones en niños entre 28 días y un año, se encuentran:

Gráfica 5. Diez primeras causas de mortalidad postneonatal, Colombia año 1998



Fuente: Estadísticas Vitales DANE, elaboración Diana Rocío Higuera, tasas por 1.000 nacidos vivos.

Gráfica 6. Diez primeras causas de mortalidad postneonatal, Colombia año 2007



Fuente: Estadísticas Vitales DANE, elaboración Diana Rocío Higuera, tasas por 1.000 nacidos vivos.

En este grupo de edad, las infecciones respiratorias agudas fueron la primera causa de mortalidad de 1998 hasta 2001. A partir del 2002 ocupan el segundo lugar después de las malformaciones congénitas. Sin embargo ésta y otras infecciones (enfermedades infecciosas intestinales, septicemia) siguen estando entre las primeras causas de mortalidad. Las deficiencias nutricionales ocupan el cuarto lugar en ambos años citados.

Es de anotar que entre las patologías clasificadas de acuerdo con la Décima revisión de la Clasificación de Enfermedades (CIE 10) hay un grupo que corresponde a síntomas, signos y afecciones mal definidas, que para los códigos R95X (Síndrome Infantil de Muerte Súbita), R98X (Muerte inesperada, durante el sueño, en el periodo post-neonatal) y R99X (Otras causas mal

definidas y las no especificadas de mortalidad), suman 255 casos en el año 2005 y 244 en el 2006 que podrían corresponder a Síndrome Infantil de Muerte Súbita, entidad que cobra un alto número de vidas en niños entre un mes y un año y que se puede prevenir en un alto porcentaje.

3.1.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

Colombia ocupa el puesto 74 entre 194 países⁷, de los cuales Islandia y Singapur presentan las tasas más bajas (2 defunciones en menores de 1 año por 1.000 NV), mientras que Sierra Leona (TMI: 159) y Afganistán (TMI: 165) están en los últimos lugares. Colombia se encuentra entre los países del quintil con mejores tasas (TMI inferiores a 34,6).

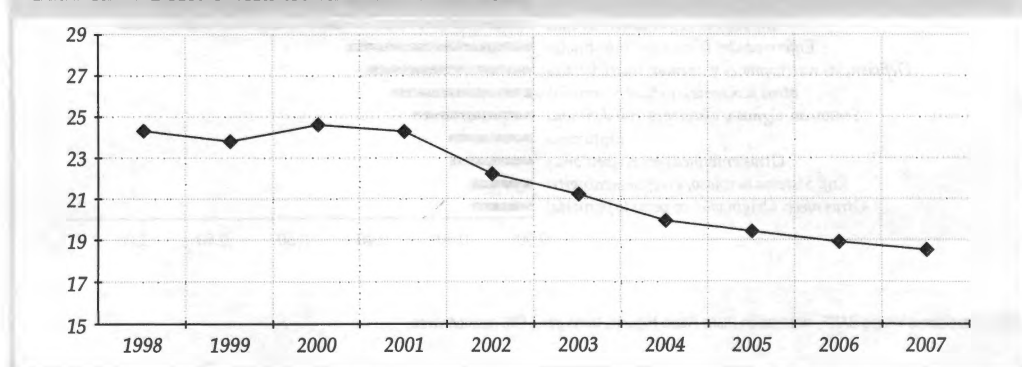
3.2 Reducir la mortalidad en la niñez (menores de 5 años)

El indicador propuesto para el seguimiento de esta meta es la Tasa⁸ de Mortalidad en menores de 5 años estimada, que es el cociente entre el número de defunciones de niños menores de cinco años de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.⁹

3.2.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

Línea de base Colombia, año 1990: 37,4 defunciones en menores de 5 años por 1.000 NV¹⁰
 Meta Colombia, año 2015: 17 defunciones en menores de 5 años por 1.000 NV¹¹

Gráfica 7. Tendencia de la mortalidad en menores de 5 años Colombia 1998 – 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

7 Fuente: Unicef, Estado Mundial de la Infancia 2008, con información por países del año 2006

8 En la mayoría de los textos aparece como tasa, pero algunos autores la denominan razón.

9 Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

10 Conpes 091 de 2005

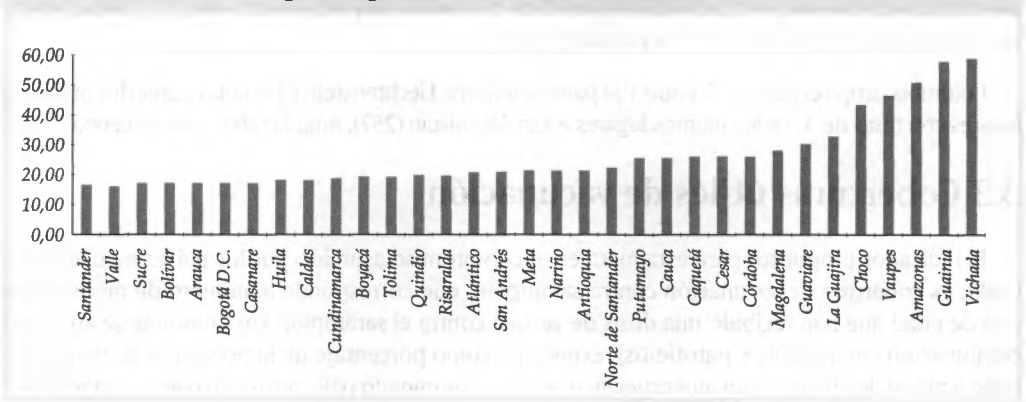
11 Ídem

Al igual que en la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de 5 años presenta una tendencia sostenida a disminuir. Entre los años 1998 (24,28) y 2007 (18,51) la Tasa de Mortalidad en menores de 5 años ha disminuido cerca de 6 puntos y, con respecto a la línea de base de 1990, la reducción ha sido del 50%. Para cumplir la meta de ODM en el 2015 faltaría reducir esta Tasa en 1,5 puntos.

La Tasa de 18,51 del 2007¹² corresponde a 13.129 defunciones en niños y niñas colombianos entre el nacimiento y antes de cumplir los 5 años.

Si miramos el comportamiento de esta tasa por departamentos, al igual que en la mortalidad infantil, existen marcadas diferencias, encontrándose tasas inferiores a 17 (que es la meta de país) en Santander (14,61), Valle (14,73), Sucre (15,76), Bolívar (15,77), Arauca (15,78), Bogotá DC (15,78), Casanare (15,88), Huila (16,78) y Caldas (16,97). Otros departamentos como Chocó (40,54), Vaupés (43,40), Amazonas (47,33), Guainía (54,00) y Vichada (55,20) están incluso por encima de la línea de base de 1990.

Gráfica 8. Tasa de Mortalidad en menores de 5 años por Departamento Colombia año 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

De las defunciones de menores de 5 años, más del 80% corresponden a defunciones en menores de 1 año (83,23% en el 2008¹³).

En el grupo de 1 a 4 años, en 1984¹⁴, la primera causa de muerte fue Enfermedades Infecciosas Intestinales, seguida de las infecciones respiratorias agudas y, en octavo lugar, las helmintiasis. En la última década, en niños de esta edad, la primera causa han sido las infecciones respiratorias agudas, con una tasa que ha mostrado una tendencia a disminuir, pasando de 12,7 en 1998 a una tasa de 7,85 en el 2007. Otras causas que aparecen en los primeros lugares son las deficiencias nutricionales, ahogamiento y sumersiones accidentales, causas prevenibles sobre las que se debería intervenir.¹⁵

12 Fuente DANE, Tasa elaborada con el último dato oficial disponible en abril de 2010

13 Estadísticas Vitales DANE, datos preliminares año 2008

14 Pobreza y desarrollo en Colombia: su impacto sobre la infancia y la mujer. Unicef, DNP, ICBF, 1988

15 Datos obtenidos por Natalia Salamanca, enero de 2010, pasantía en Salud Pública, Uniandes.

Las enfermedades infecciosas intestinales han tenido una positiva evolución, pasando de una tasa de 33,76 defunciones por EDA por 100.000 niños menores de 5 años a una tasa de 11,49 en el 2007, disminuyendo en un 65%. Cundinamarca y Bogotá presentan tasas de mortalidad por EDA en menores de 5 años de 2,64 y 2,87 por 100.000 respectivamente, mientras que La Guajira (34,15) y el Grupo Amazonas (41,59) continúan presentando tasas altas, acordes con coberturas de acueducto alrededor del 50% de la población.¹⁶

3.2.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

La mortalidad en menores de 5 años ha tendido a disminuir, pero aún se presentan tasas muy altas en algunas regiones del mundo, como el África Subsahariana, por ejemplo, que pasó de 184 en 1990 a 157 en el 2006. Le siguen, en orden descendente, para este mismo año 2006, Asia Meridional (81), Oceanía (66), CEI, Asia (47), Asia Occidental (40), Asia Sudoriental y África septentrional (35), América Latina y el Caribe (27), Asia Oriental (24) y CEI, Europa (17)¹⁷.

En este informe de Naciones Unidas del 2008 sobre los avances del Objetivo 4, refieren que las principales causas de mortalidad infantil en el mundo son neumonía, diarrea, paludismo y sarampión, causas prevenibles en su gran mayoría.

Colombia ocupa el puesto 77 entre 194 países. Andorra, Liechtenstein e Islandia ocupan los primeros lugares con tasas de 3. En los últimos lugares están Afganistán (257), Angola (260) y Sierra Leona (270).

3.3 Coberturas útiles de vacunación

El indicador propuesto para esta meta en el compromiso asumido por los países mediante los ODM, es cobertura de vacunación contra sarampión, que corresponde al número de niños de un año de edad que han recibido una dosis de vacuna contra el sarampión (en Colombia se aplica en combinación con rubéola y parotiditis), expresado como porcentaje de la población de un año de edad a mitad de año, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.¹⁸

3.3.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

- Línea de base Colombia, año 1994: 92% promedio de la vacunación del PAI¹⁹
- Meta Colombia, año 2015: alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%, con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años²⁰.

El PAI en Colombia, para los menores de 5 años, incluye ocho vacunas que protegen contra la aparición de 14 enfermedades: BCG (Tuberculosis), Antipolio (Poliomielitis), Pentavalente, anterior-

16 Datos obtenidos con base en el Censo 2005

17 Informe del Objetivo No. 4, Naciones Unidas 2008

18 Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

19 Conpes 091 de 2005

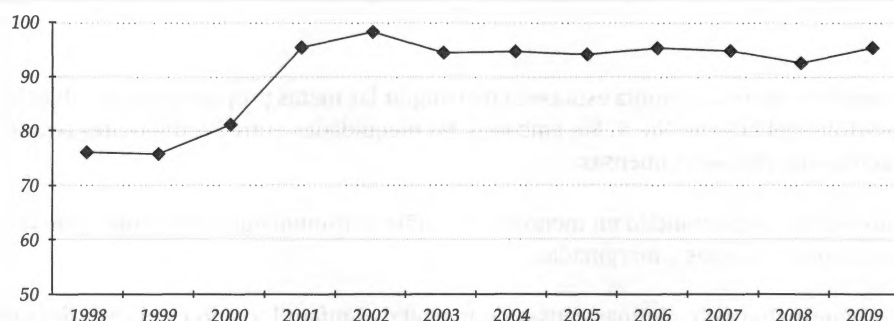
20 Ídem

mente DPT (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B y Haemophilus Influenza tipo B), Triple viral (Sarampión, rubéola, parotiditis), Antiamarílica (Fiebre Amarilla), contra la Influenza, contra la EDA por Rotavirus y contra el Nemococo, estos dos últimos ingresaron al PAI en los últimos años.

Las coberturas se miden en forma diferente si para lograr las defensas en los niños es necesario una o varias dosis. Para BCG, triple viral y fiebre amarilla se miden coberturas en una sola dosis; para antirotavirus e influenza, dos dosis; para las demás, la cobertura se mide por las terceras dosis.

A continuación se muestra cómo ha sido la tendencia de la cobertura de vacunación en los últimos 12 años por la vacuna contra sarampión. El indicador propuesto en los ODM es comparable internacionalmente, y se presentarán las coberturas para el año 2009 de los demás biológicos que hacen parte del PAI desde esa época. No se incluyen los nuevos biológicos.

Gráfica 9. Cobertura de vacunación contra sarampión en niños de 1 año de edad Colombia 1998 -2009



Fuente: Minprotección Social, estadísticas PAI. Construcción de la autora.

La cobertura de vacunación de sarampión, en Colombia triple viral, tuvo un ascenso a partir del año 2000, manteniéndose por encima de 90% desde el 2001 hasta el 2009, año en el que alcanzó el 95,2%, cumpliendo la meta propuesta en los ODM.

Si bien, en el consolidado nacional, Colombia logra más del 95% en vacunación contra sarampión, hay departamentos con coberturas por debajo del 80% como Arauca, Caldas, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Nariño, San Andrés, Vichada y Vaupés, este último con las coberturas más bajas (68,9%).

De acuerdo con la información del sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud, en Colombia el último caso de sarampión confirmado se presentó en el año 2002.

Los demás biológicos, a nivel nacional, en el 2009 presentaron las siguientes coberturas: BCG: 90,4%; DPT: 92,5%; Polio, Hepatitis B y Haemophilus Influenza tipo B: 92,4%; y Fiebre Amarilla: 95,5%.²¹

3.2.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

El informe 2008 de Naciones Unidas sobre los ODM, señala que, gracias al aumento de cobertura de vacunación contra sarampión, para 2006 se estima en 80%. Las muertes en menores de 5 años por esta enfermedad disminuyeron en un 68% (de 757.000 en el año 2000 a 242.000 en el 2006).

21 Coberturas de vacunación departamental 1994 – 2009, Minprotección Social, Estadísticas PAI



Conclusiones y Recomendaciones

Se puede decir que Colombia está cerca de cumplir las metas propuestas en el Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 4. Sin embargo, las inequidades entre las diferentes regiones y departamentos del país son inmensas.

Cuando se mira la mortalidad en menores de 5 años por municipio, se puede apreciar que es mayor en zonas alejadas y marginadas.

Si bien hemos superado algunas causas de mortalidad infantil, como es el caso del sarampión, sigue existiendo una oportunidad inmensa en disminuirla aún más impactando sobre causas prevenibles. Es el caso, por ejemplo, del Síndrome Infantil de Muerte Súbita, que con medidas sencillas como acostar a los bebés boca arriba, se logran disminuir cerca del 80% de estas muertes: Protéjale la vida: acuéstalo boca arriba!

Otra causa intolerable y modificable es el alto número de homicidios en la infancia colombiana, así como los accidentes en el hogar y los accidentes de tránsito.

Propuestas sencillas pero con resultados importantes se deben tener en cuenta, como son el lavado de manos del personal de salud y de la población en general; la promoción de la lactancia materna; la promoción de embarazos planeados, deseados y controlados y tener siempre presente que la responsabilidad del cuidado de los niños y las niñas es de los adultos.



Bibliografía

Constitución Política de Colombia de 1991

Ley 100 de 1993, La Seguridad Social en Colombia

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia T-760 de 2008, anexos

Cumbre Mundial a favor de la infancia. Informe sobre el estado de la infancia colombiana, año 2000

Latorre María Luisa, Análisis y evaluación de los programas relacionados con salud y bienestar en Bogotá D.C., año 2006.

Latorre María Luisa, Rueda Alfredo. Documento "La rendición de cuentas como una estrategia que aporta a la garantía y exigibilidad de los derechos, con participación social", Bolívar Mery, año 2010.

Patiño Carlos Arturo, Caicedo Elizabeth, Rangel Mercedes. Pobreza y desarrollo en Colombia, su impacto sobre la infancia y la mujer, año 1988

Unicef, Estado Mundial de la Infancia, año 2008

Informe de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, año 2008

www.un.org/spanish/millenniumgoals/childhealth.shtml

Conpes 091 de 2005

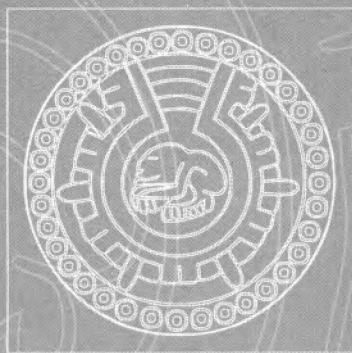
Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

EN ESTE CAPÍTULO

1. Introducción
2. Derechos de la mujer en el tema de salud
3. Objetivo de Desarrollo No. 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva
4. Conclusiones y recomendaciones
5. Bibliografía



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5



Mejorar La Salud Materna

María Luisa Latorre Castro[®]

[®]María Luisa Latorre Castro, Médica de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Especialista en Administración de Salud con énfasis en Seguridad Social de la Pontificia Universidad Javeriana, actualmente estudiante del doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Profesora de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes. Experta en construcción y evaluación de políticas públicas de salud en el proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio del PNUD y asesora del Viceministerio de Salud.



Introducción

La salud materna ha sido una prioridad para los gobiernos en los últimos años, pues lo que se protege no es una sino dos vidas, además del hecho de que la figura de la madre es vital como eje de la familia y de la sociedad.

Si bien el embarazo no es una entidad patológica (todo lo contrario, se trata de una condición fisiológica y propia de la función de procreación de los seres humanos), la mujer necesita de cuidados especiales durante la época de gestación, ya que esta condición la hace sensible y vulnerable a situaciones que pueden poner en riesgo su vida y/o la del bebé que espera.

Como señala el Informe sobre la Salud en el Mundo 2005, “Mejorar las condiciones de vida y asegurar a madres y niños un acceso a la atención sanitaria, es un punto de partida para disminuir la pobreza y la desigualdad.”

Por otra parte, para garantizar que mujeres y hombres gocen del derecho al más alto estado de salud que les sea posible alcanzar, se debe partir de entender las diferencias sociales (de género) y biológicas (de sexo) entre las mujeres y los hombres.

No cabe duda de que los Estados deben realizar todas las estrategias que estén a su alcance para brindar especial cuidado a la mujer durante la maternidad, labor que no se ha cumplido a cabalidad como veremos más adelante.



Derechos de la mujer en el tema de salud

En el capítulo anterior se hizo un recorrido por la evolución que han tenido los derechos humanos, especialmente en el tema de salud y en lo que a la población infantil se refiere.

Teniendo en cuenta que en la atención de salud es muy difícil separar el binomio madre-hijo, muchas de las declaraciones, convenios y compromisos incluyen tanto a las mamás como a sus hijos. Por eso no se repetirán algunos de ellos y se profundizará sobre los que están directamente relacionados con la salud de las mujeres.

2.1 Compromisos internacionales:

Como se mostrará, los compromisos para garantizar el derecho a la vida y a la salud de la población femenina están, en su mayoría, ligados a la maternidad:

2.1.1 Declaración de Derechos, 1789

“Garantiza a todos, y en especial al niño, a la madre y a los trabajadores ancianos, la protección de su salud”.

2.1.1 Creación de la Organización de Naciones Unidas, 1945.

Deja explícita la igualdad entre hombres y mujeres. La ONU ha apoyado y defendido desde su creación los derechos de las mujeres.

2.1.2 Universal de Derechos Humanos, 1948

...“la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales”.

2.1.4 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2.1.5 Conferencias de las Naciones Unidas sobre la mujer:

México 1976, Copenhague 1980: Igualdad en servicios adecuados de atención de la salud.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, NY, 1979: acceso a educación sobre salud; igualdad en atención en salud; garantizar servicios apropiados -gratuitos si fuere necesario- durante el embarazo, el parto y el puerperio; nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia; acceso a servicios adecuados de atención médica.

Nairobi 1985 y Beijing 1995: reconocimiento explícito y reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su fecundidad. Asambleas para seguimiento Beijing +5 (NY 2000) y Beijing +10 (NY 2005).

2.1.6 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1995

“La salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o debilidad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

La salud reproductiva implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual segura y satisfactoria y que se tenga la capacidad de reproducir y reducir libremente.

Por lo tanto, están implícitos los derechos de los hombres y las mujeres a ser informados y a tener acceso seguro, efectivo, asequible y aceptable a escoger diferentes métodos de planificación familiar, al igual que otros métodos de regulación de la fertilidad que no estén en contra de las leyes.

También promulga el derecho al “acceso a servicios de salud apropiados que permitan un embarazo e infancia seguros”.

2.1.7 Cumbre del Milenio, 2000 - Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

La Asamblea General de Naciones Unidas del Milenio, realizada en Nueva York en septiembre del 2000 en la que participaron gobernantes de 189 países del mundo, tuvo en cuenta todo lo citado anteriormente. En la Declaración del Milenio dejó plasmado, entre los objetivos para erradicar la pobreza, el Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5: Mejorar la salud materna, para lo cual se planteó la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y se propusieron dos indicadores: (1) Tasa (razón) de mortalidad materna y; (2) Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.¹

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) está el de «Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre

1 ODM, Naciones Unidas, Consenso de expertos de la Secretaría de las Naciones Unidas y el FMI, la OCDE y el Banco Mundial, abril de 2005

y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible».

2.2 Compromisos nacionales:

Al igual que en el capítulo anterior, se presentan los compromisos que Colombia ha adquirido con la salud materna y en general con la salud de la mujer:

2.2.1 Constitución Política de Colombia, 1991

En su artículo 42 señala: La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores de edad o impedidos física o mentalmente.

Y en su artículo 43 cita: La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

2.2.2 Ley 100 de 1993

El Artículo 166 habla específicamente de los derechos de atención para la maternidad y la infancia.

2.3.3 Conpes 091 de 2005

En la máxima autoridad nacional de planeación, el Consejo Nacional de Política Económica y Social –CONPES–, del 14 de marzo de 2005 se fijan para Colombia las metas y estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de ese año, se construye la línea de base y se establece su forma de seguimiento y evaluación, así como las fuentes de información. Para el Objetivo No. 5 crea algunas diferencias a lo propuesto en la Declaración de los ODM de Naciones Unidas, adaptándolo para Colombia:

En primer lugar, amplía este objetivo a “Mejorar la salud sexual y reproductiva”.

Propone seis metas: (1) reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos; (2) incrementar el porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales o más al 90%; (3) incrementar la atención institucional del parto a 95%; (4) detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo manteniendo esta cifra por debajo del 15%; (5) incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa al 75% y entre la población de 15 a 19 años al 65%; (6) reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres.

Para el cumplimiento de las metas, las cuales se presentan en el punto 3, propone siete estrategias: (1) incrementar progresivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud; (2) garantizar el acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio;

(3) fortalecer la calidad de los servicios obstétricos disponibles en las diferentes regiones del país; (4) desarrollar la vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales; (5) promover la utilización de métodos anticonceptivos; (6) incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cérvico – uterina, así como mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento; y (7) fortalecer la vigilancia en salud pública en este tema.

2.2.4 Plan Nacional de Salud 2007 - 2010

En el PNS, el objetivo No. 2 es Mejorar la salud sexual y reproductiva y se fijan las siguientes metas para el 2010: reducir por debajo de 62,4 la tasa (razón) de mortalidad materna; lograr reducir y mantener por debajo de 2,4 los hijos por mujer; reducir por debajo de 7 por 100.000 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino, entre otros.



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5: Mejorar la salud sexual y reproductiva

Como se comentó anteriormente, este objetivo tiene un contexto más amplio por que abarca no solo la salud materna sino la salud sexual y reproductiva² y, por lo tanto, incluye un mayor número de metas y de indicadores que los propuestos por Naciones Unidas, Consenso de expertos de la Secretaría de las Naciones Unidas y el FMI, la OCDE y el Banco Mundial, en abril del año 2005.

A continuación se analizará cada una de ellas, presentando la línea de base, su evolución en los últimos años y su cumplimiento frente a las metas planteadas para el 2015 en el CONPES 091 de 2005.

3.1 Reducir la mortalidad materna

El indicador propuesto para el seguimiento de esta meta es la Tasa de Mortalidad Materna, que equivale al cociente entre el número de muertes maternas en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 100.000 nacidos vivos.³

Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independiente de la duración y sitio del embarazo debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

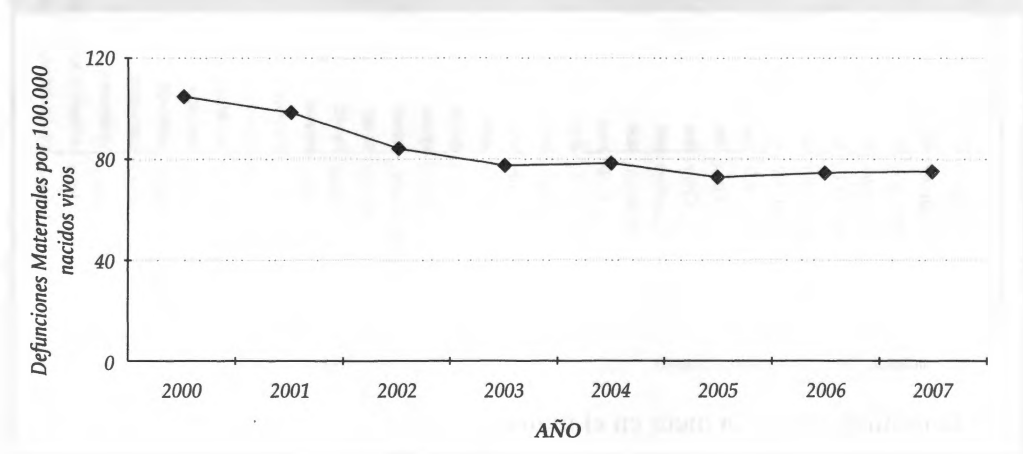
2 Conpes Social 091 de 2005

3 Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

3.1.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

Línea de base Colombia, año 1998: 100 defunciones maternas por 100.000 NV⁴
 Meta Colombia, año 2015: 45 defunciones maternas por 100.000 NV⁵

Gráfica 1. Tendencia de la mortalidad materna, Colombia 1998 – 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

La mortalidad materna en los últimos años en Colombia tiende a disminuir, pasando de 104,94 en el año 2000 a 75,57 en el 2007, pero si comparamos con la línea de base planteada, no se ha reducido como se esperaba y el país está lejos de cumplir con esta meta. La tasa de 75,57 del año 2007 corresponde a 536 mortalidades maternas, que corresponde a más de una por día.

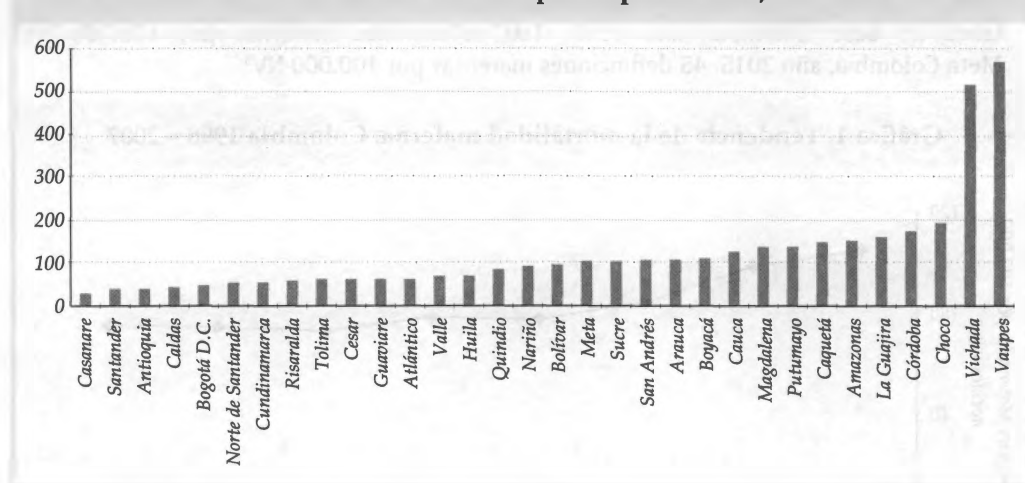
Las diferencias por departamento, al igual que otros indicadores, son inmensas: sólo tres departamentos presentan tasas de 45 o menos, cumpliendo la meta de ODM: Casanare (31), Santander (40) y Antioquia (42). De los 30, incluyendo Bogotá D.C., que no la cumplen, 15 presentan tasas superiores a 100 como son Meta (103), Sucre (106), San Andrés y Providencia (107), Arauca (108), Boyacá (112), Magdalena y Putumayo (139), Caquetá (150), Amazonas (152), La Guajira (162), Córdoba (174), Chocó (194), Vichada (513) y Vaupés (566).

Algunas de las causas han variado durante estos años: las principales son los trastornos hipertensos y las causas no clasificadas en otra parte, ocupando los primeros lugares. En tercer lugar se han mantenido las complicaciones del trabajo del parto y del parto; pero en cuanto al embarazo terminado en aborto, como causa de mortalidad materna, pasó del 4º lugar al 5º, con una diferencia de 68 casos en el año 2000 y 48 casos en el 2007.

4 Conpes 091 de 2005

5 Ídem

Gráfica 2. Razón de Mortalidad Materna por Departamento, Colombia año 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

3.1.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

En cuanto a mortalidad materna, Colombia ocupa el puesto 73 entre 169 países⁶, de los cuales Irlanda es el que tiene la Razón de Mortalidad Materna más baja (1), seguida por Suecia e Italia (3); mientras que Nigeria (1.800), Afganistán (1.800) y Sierra Leona (2.100) ocupan los últimos lugares. Colombia se encuentra entre los países del quintil con tasas más bajas (RMM entre 1 y 420). Para que el mundo logre la meta propuesta, se estimó necesaria una disminución anual del 5% de las muertes maternas, pero entre 1990 y 2005 sólo se ha logrado disminuir un 1%, muy lejos de lo esperado.⁷ En las regiones en desarrollo, la razón de mortalidad materna pasó de 480 en 1990 a 450 en el 2005.

3.2 Aumentar los controles prenatales

El indicador propuesto para el seguimiento de esta meta es el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales durante el embarazo.⁸

Línea de base Colombia, año 1990: 66% mujeres con cuatro o más controles prenatales.

Meta Colombia, año 2015: 90% de mujeres con cuatro o más controles prenatales durante el embarazo.

6 Fuente: Unicef, Estado Mundial de la Infancia 2008, con información por países del año 2006

7 Naciones Unidas, Informe 2008 sobre el seguimiento a los ODM

8 Conpes 091 de 2005

3.2.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

Para el seguimiento de esta meta, hay dos fuentes de datos: por una parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) que se realiza cada 5 años y, por otra, el Registro de Nacido Vivo, que hace parte de las Estadística Vitales del DANE. Uno de sus ítems contempla el número de atenciones durante el embarazo, antes del parto.

De acuerdo con la ENDS, el porcentaje de mujeres que durante el embarazo asistieron a cuatro o más controles prenatales, aumentó de 81% en el año 2000 a 83% en el 2005.⁹ En esta última encuesta, el porcentaje de quienes habían asistido a por lo menos un control, fue del 93%.

Tomando la información del Registro de Nacido Vivo¹⁰, en 1998 el porcentaje era de 47,73% y en el 2006 de 76,7%, observándose una tendencia continua a aumentar. Si bien no se ha logrado la meta, el país ha mejorado y continúa haciéndolo.

3.2.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

Las mujeres del mundo en desarrollo que durante su embarazo recibieron al menos un control prenatal, aumentó pasando de 54% en 1990 a 74% en el 2005. En América Latina, en estos mismos años, pasó de 77% a 95%.¹¹ Colombia está levemente (93%)¹² por debajo del promedio latinoamericano.

3.3 Otros indicadores sobre el control prenatal

Hay dos indicadores que se acercan a medir la calidad de los controles prenatales, como son el porcentaje de bajo peso al nacer y la incidencia de Sífilis Congénita: estas dos entidades patológicas se pueden detectar y superar durante el embarazo.

Por una parte se evita que niños y niñas colombianos nazcan con déficit de peso, lo que los hace más vulnerables a la enfermedad y a la muerte a temprana edad y adicionalmente es un factor de riesgo para presentar obesidad y diabetes en la edad adulta.¹³ En cuanto a las Sífilis Congénita, las manifestaciones irreversibles en los bebés hijos de madres con la enfermedad y sin tratamiento oportuno, son ceguera, sordera y mal formaciones óseas, entre otros. Como veremos a continuación, tanto el bajo peso al nacer como la Sífilis Congénita han tenido una tendencia a aumentar en los últimos años:

En 1998, el porcentaje de Recién Nacidos con peso inferior a 2.500 gr. al nacer, fue de 7,22%, ascendiendo en forma continua hasta 8,60% en el 2007.

9 Encuesta Nacional de Demografía y Salud, MPS – Profamilia 2000 y 2005

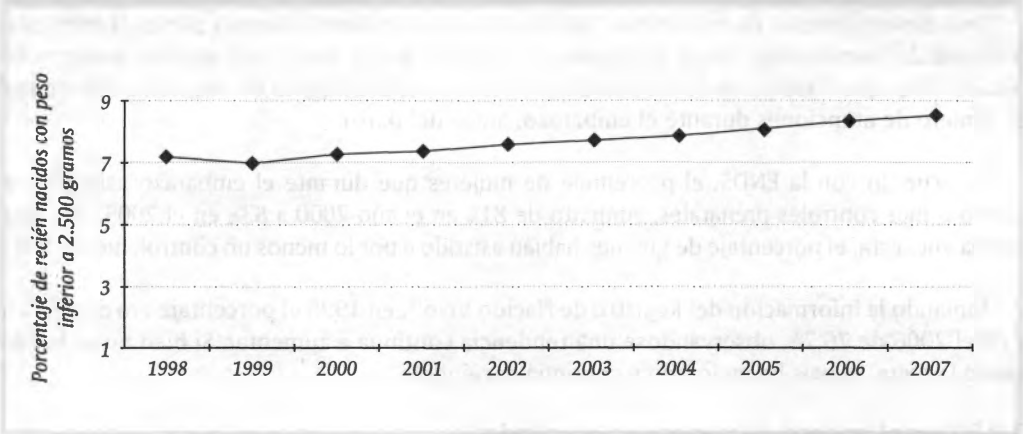
10 Informe sobre el estado de los ODM en Colombia, CEPAL 2010

11 Ídem

12 Encuesta Nacional de Demografía y Salud, MPS – Profamilia 2005

13 Michael Marmot, UK, Informe 2010.

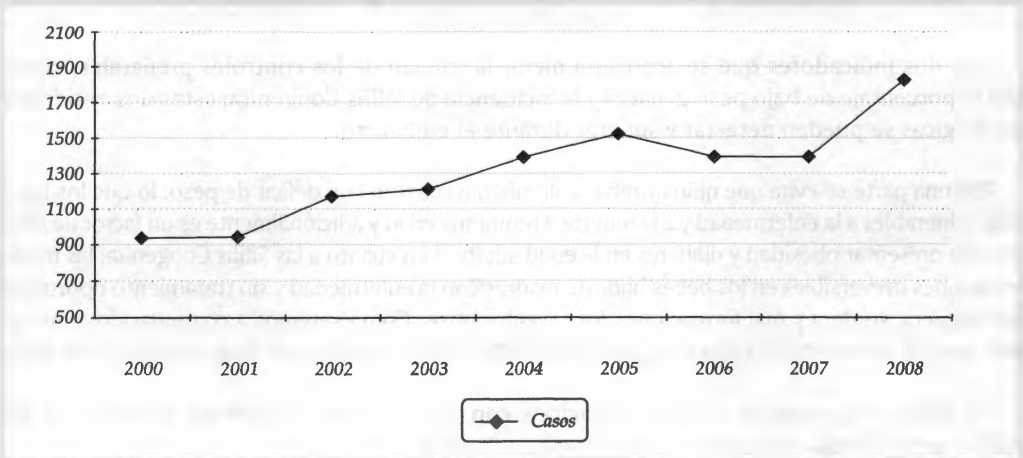
Gráfica 3. Tendencia de la Prevalencia de Bajo Peso al Nacer, Colombia 1998 - 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

El comportamiento de Sífilis Congénita, según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Nacional de Salud, ha ido en aumento, pasando de 946 casos en el año 2000 a 1.862 casos en el año 2008, como se puede ver en la siguiente gráfica:

Gráfica 4. Tendencia de la incidencia de Sífilis Congénita, Colombia 2000 – 2008



Fuente: Instituto Nacional de Salud. Construcción de la autora.

3.4 Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%

El indicador propuesto para esta meta en el compromiso asumido por los países mediante los ODM, es el número de nacimientos atendidos en una institución de salud y el número de

partos atendidos por personal capacitado¹⁴, expresado como porcentaje del total de nacidos vivos, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.¹⁵

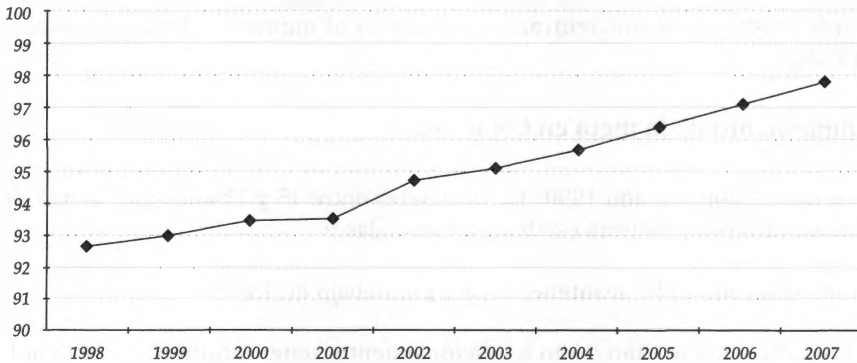
3.4.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

Línea de base Colombia, año 1990: 76,3% para la atención institucional del parto y 80,6% para la atención del parto por personal calificado.¹⁶

Meta Colombia, año 2015: 95% para ambos indicadores¹⁷.

La tendencia de los nacidos vivos atendidos en instituciones de salud, de acuerdo con la información de Estadísticas Vitales del DANE, ha sido a aumentar entre el año 2000 (93,47%) y el año 2007 (97,85%). Si bien en el CONPES 091 de 2005 la fuente de información propuesta fue la ENDS, la cual se realiza cada 5 años, la fuente del DANE permite mirar año a año su evolución, como se puede apreciar en la siguiente gráfica:

Gráfica 5. Tendencia del porcentaje de partos de nacidos vivos atendidos en instituciones de salud, Colombia 2000 – 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

Si bien Colombia ya cumplió esta meta, al interior del país se aprecian inmensas diferencias, como Bogotá D.C., San Andrés, Atlántico, Córdoba y Valle, Departamentos que se encuentran por encima del 99% y Arauca (89,57%), Guainía (87,40%), Amazonas (85,29%) y Vaupés (61,81%), diferencias en las que se debe trabajar fuertemente para disminuirlas.

14 OPS. Personal capacitado incluye médicos obstetras, médicos con entrenamiento en la atención de la gestante, parteras universitarias (obstétricas, matronas), enfermeras con entrenamiento en la atención de gestantes y parteras diplomadas (comadronas). No incluye parteras tradicionales entrenadas o no entrenadas.

15 Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

16 Conpes 091 de 2005

17 Ídem

En cuanto a la atención por personal calificado, según esta misma fuente (DANE), Colombia cumplió la meta desde 2003, encontrándose en el 2006 por encima del 97%.

3.4.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

El informe 2008 de Naciones Unidas sobre los ODM, señala que en el mundo entero ha aumentado el porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Sin embargo, se presentan grandes diferencias entre países: mientras que en las naciones desarrolladas es del 100%, en las regiones en desarrollo pasó de 47% en 1990 a 61% en el 2005. En Latinoamérica aumentó de 45% a 79% de 1990 al 2005.

Países como Afganistán, Bangladesh y Etiopía están por debajo del 24% en este indicador.¹⁸

3.5 Disminuir embarazos en adolescentes

Para hacer seguimiento a esta meta, que Colombia denominó: Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, en el Conpes Social 091 de 2005, se propuso el indicador de porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encuentran embarazadas al momento de la encuesta. (Se refiere a la ENDS).

3.5.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

Línea de base Colombia, año 1990: 12,8% mujeres entre 15 y 19 años que ya han sido madres o al momento de la encuesta estaban embarazadas.¹⁹

Meta Colombia, año 2015: mantener la cifra por debajo de 15%²⁰.

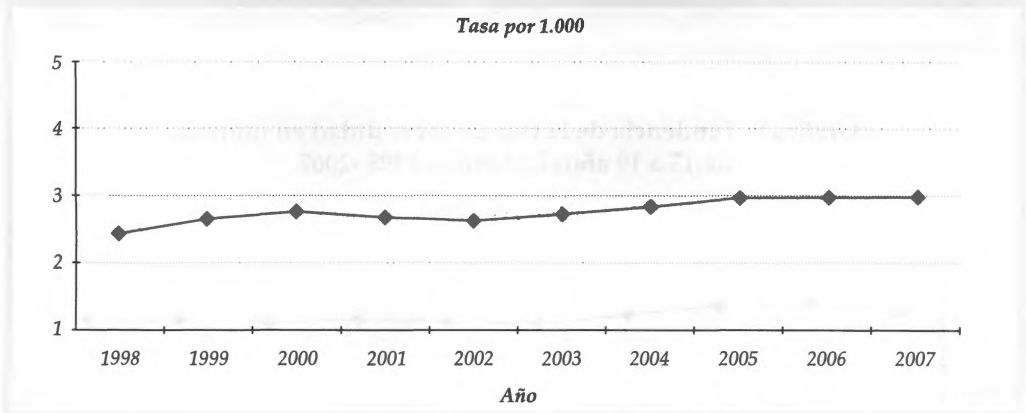
Para hacer seguimiento año a año y, adicionalmente, tener información de la población femenina menor de 15 años, a continuación se presentan las tasas específicas de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años y de 15 a 19, que se calculan como la razón entre el número anual de nacimientos en mujeres de determinada edad (en este caso de 10 a 14 y de 15 a 19 años) o grupo etario y la población de mujeres de la misma edad o grupo etario, en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, por 1.000 mujeres.

18 www.socialwatch.org, indicadores sociales.

19 Conpes 091 de 2005

20 Ídem

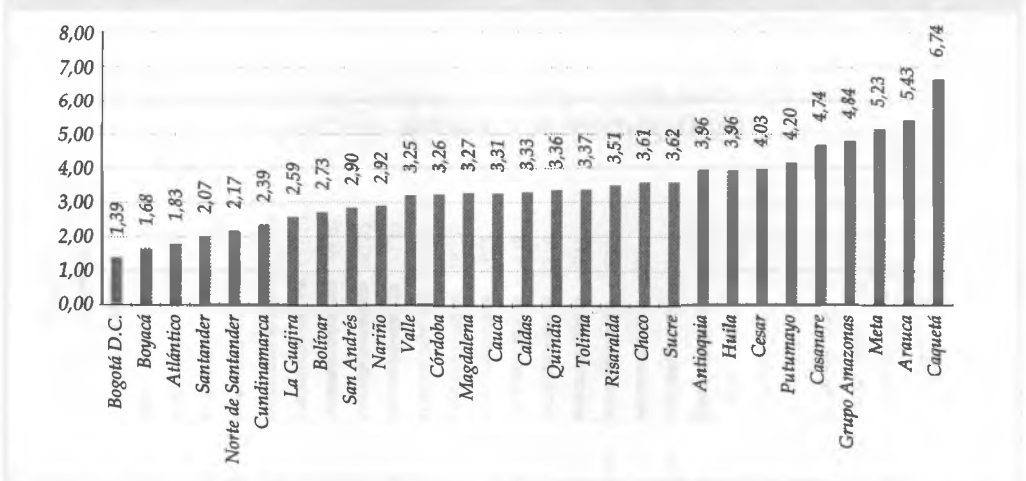
Gráfica 6. Tendencia de la tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años Colombia 1998 -2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

La tendencia de la fecundidad en mujeres de 10 a 14 años ha ido en aumento desde 1998 (2,43 x 1.000) hasta el 2007 (3,01 x 1.000). Este último dato corresponde a 6.599 niñas que en el 2007 fueron madres de un recién nacido vivo. Por Departamento se puede apreciar que la tasa más baja la presentó Bogotá D.C. (1,39) mientras que las más altas estuvieron en Meta (5,23), Arauca (5,43) y Caquetá (6,74).

Gráfica 7. Tasa de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por Departamento Colombia, año 2007

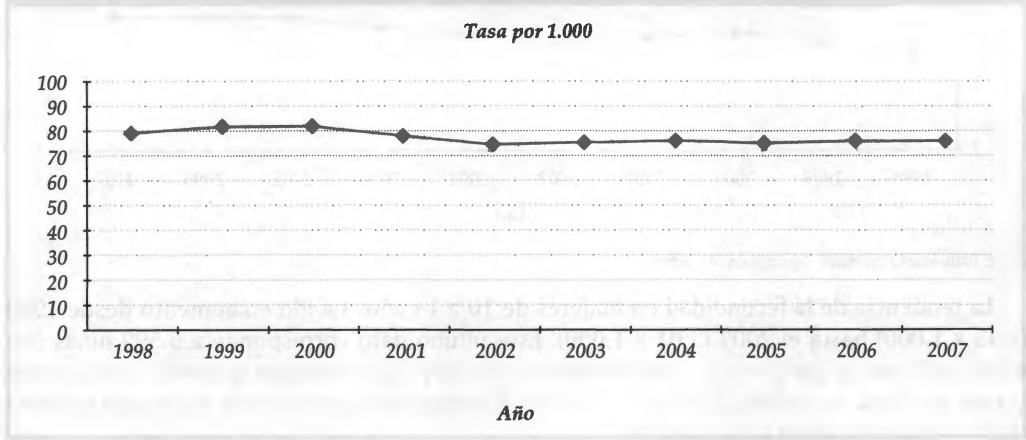


Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

En el grupo de edad de 15 a 19, de acuerdo con la ENDS, la tendencia ha sido también al aumento, pasando de 12,8% en 1990, línea de base; en 1995 ascendió a 17,4%, en el año 2000 a 19,1% y en la última encuesta, del año 2005, a 20,5%. Como se presenta a continuación, la tendencia de la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, en la última década, ha mos-

trado un comportamiento prácticamente plano, encontrándose una tasa de 79,13 por 1.000 en 1998 y de 75,92 en el 2007; posiblemente no se aprecia aumento porque en las encuestas se mide también el porcentaje de mujeres que han sido madres en edades tempranas (hacia los 10 años) y aquí ese grupo no está incluido.

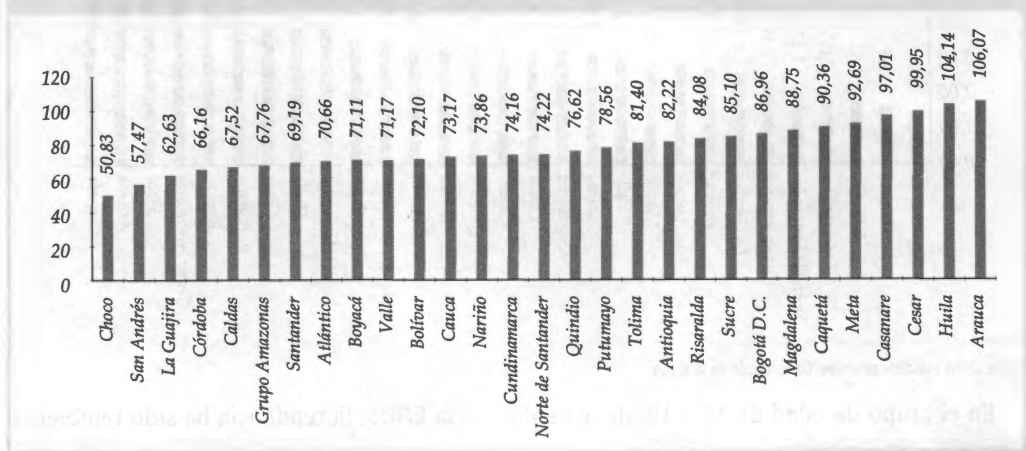
Gráfica 8. Tendencia de la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años Colombia 1998 -2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

Las mujeres de 15 a 19 años presentan tasas más bajas de fecundidad en Chocó (50,83), San Andrés (57,47) y La Guajira (62,63). Los Departamentos con tasas de fecundidad más altas, en el 2007, fueron: Huila (104,14) y Arauca (106,07).

Gráfica 9. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por Departamento Colombia, año 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales.

Construcción de la autora.

3.5.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

La meta global es lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. El indicador, partos en mujeres entre 15 y 19 años por 1.000. Este indicador ha mejorado, aunque muy poco en todas las regiones: en África subsahariana, en donde se presentan las tasas más altas, disminuyó de 131 en 1990 a 119 en el 2005. América Latina se encuentra en segundo lugar con tasas de 77 por 1.000 en 1990 y 73 en el 2005. En general, en 2005 en las regiones en desarrollo la tasa fue 53 y en las regiones desarrolladas fue de 24.²¹

3.6 Incrementar el uso de métodos anticonceptivos

Para la meta de incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción en la población sexualmente activa, se propusieron los indicadores: número de mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas, entre 15 y 49 años, que al momento de la encuesta (ENDS) se encontraban utilizando un método anticonceptivo moderno y las mujeres entre 15 y 19 años.

3.6.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

Línea de base Colombia, año 1995: 59% mujeres de 15 a 49 años usando métodos modernos de anticoncepción y 38,3% en el grupo de 15 a 19 años.²²

Meta Colombia, año 2015: 75% de mujeres entre 15 y 49 años actualmente unidas y sexualmente activas no unidas utilizando un método anticonceptivo moderno y el 65% de mujeres entre 15 y 19 años.²³

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) se realiza cada cinco años, por lo tanto se tiene información de los años 1995, 2000 y 2005, en los que se aprecia un aumento en el uso de anticonceptivos, pasando a 68,2% en el grupo de 15 a 49 años y de 55,5% en el de 15 a 19, acercándose hacia la meta propuesta.

3.6.2 Cumplimiento de la meta en el mundo

En los países de África Subsahariana y en América Latina sigue existiendo un porcentaje alto de mujeres con demanda insatisfecha de métodos de planificación. Las diferencias aumentan entre más pobres sean las familias.

3.7 Disminuir el Cáncer de Cuello Uterino

Colombia se propuso esta meta adicional para la cual planteó el indicador de tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100.000 mujeres²⁴, que es el número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del útero en una población femenina de determinada edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, según causas agrupadas CIE-10.²⁵

21 Naciones Unidas, Informe ODM, 2008.

22 Conpes 091 de 2005

23 Conpes 091 de 2005

24 Conpes 091 de 2005

25 Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

Es de aclarar, que de acuerdo con la anterior definición, se incluyen todas las defunciones causadas por cáncer de útero y no solo las del cuello uterino.

3.7.1 Cumplimiento de la meta en Colombia

Línea de base Colombia, año 1990: 13 por 100.000 mujeres.²⁶

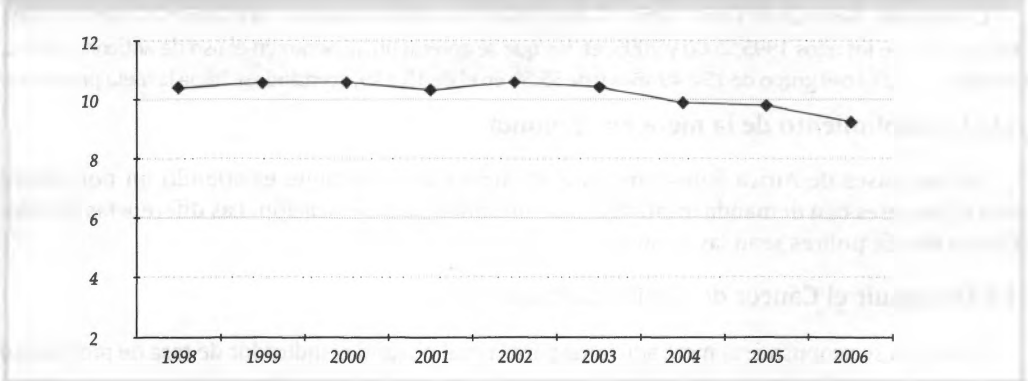
Meta Colombia, año 2015: 5.5 muertes por 100.000 mujeres.²⁷

En este documento se presentará la evolución de las tasas de mortalidad por cáncer de útero, de acuerdo con la definición propuesta por la OPS y con la información disponible en el portal de Internet del DANE, entre las Estadísticas Vitales, para los últimos 10 años, en los cuales la codificación fue realizada de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, lista de causas agrupadas 6/67.

En Colombia, en la última década, este indicador ha tenido una tendencia, aunque leve, a disminuir, pasando de una tasa de 10,33 por 100.000 mujeres en el año de 1998 a una de 9,2 en el 2007. Si la línea de base para 1990 es de 13 por 100.000, se puede decir que hay una disminución de cerca de 4 puntos, pero se encuentra lejos de la meta de 5,5 por 100.000 para el 2015.

A continuación se ilustra esta tendencia:

Gráfica 10. Tendencia de la mortalidad por Cáncer de Útero, Colombia 1998 – 2007



Fuente: DANE estadísticas vitales. Construcción de la autora.

Con los datos aquí presentados se puede presumir que difícilmente Colombia cumplirá la meta planteada. Sin embargo, si se toman los datos de mortalidad por cáncer de cuello uterino, las tasas de los años 1998 y 2006 se estiman en 7,80 y 7,27 por 100.000 respectivamente²⁸, estando más cerca del cumplimiento, aunque en estos nueve años la disminución ha sido casi imperceptible.

26 Conpes 091 de 2005

27 Conpes 091 de 2005

28 Informe de seguimiento ODM, Cepal Colombia, 2010



Conclusiones y Recomendaciones

Colombia le apostó no solo a reducir la mortalidad materna sino a mejorar la salud sexual y reproductiva en forma más amplia.

En la mayoría de los indicadores propuestos para el seguimiento a este ODM se aprecia mejoría, pero en general han sido avances tímidos y aún estamos lejos de las metas planteadas.

Los consolidados nacionales no dejan ver las grandes desigualdades que se presentan entre regiones y entre Departamentos, lo cual aún es más dramático cuando se comparan los datos entre Municipios y entre zonas rurales y urbanas.

Ha aumentado la atención institucional del parto y la atención por personal calificado, pero las muertes maternas siguen siendo muchas y, en gran parte, se consideran muertes evitables, lo que debe incidir fuertemente para que los gobernantes, las aseguradoras, los prestadores de salud, los profesionales que atienden a las mujeres durante la gestación y en el parto, la sociedad en general, se proponga firmemente cuidar a las mujeres durante toda la gestación y no permitir que se enfermen sin recibir el cuidado necesario, ni mucho menos, que fallezcan.

El embarazo en adolescentes no muestra tendencia a disminuir e incluso en niñas entre 10 y 14 años va en aumento, cuando ninguna niña colombiana de esta edad, debería ser mamá; debemos, por lo tanto, esforzarnos en ofrecer alternativas de vida, como la práctica de un deporte, la pertenencia a grupos artísticos, el desarrollo de actividades propias de esa edad, para incentivar la decisión de “no embarazos” a temprana edad.

Si bien hay un aumento en el porcentaje de mujeres que durante la gestación acceden a controles prenatales, continúan presentándose casos de niños y niñas que nacen con serias malformaciones por Sífilis Congénita y también se presentan casos de mortalidad por Tétanos Neonatal²⁹ que no deberían existir, siendo totalmente evitables por medio de la vacunación.

Las mujeres, los hombres, las parejas, deben reconocer su responsabilidad ante una maternidad segura.

Así como existen derechos de salud sexual y reproductiva, también existen deberes por parte de la población en general, incluidos, por supuesto, los adolescentes.

29 Fuente: Instituto Nacional de Salud, Colombia.



Bibliografía

Constitución Política de Colombia de 1991

Ley 100 de 1993, La Seguridad Social en Colombia

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760 de 2008, anexos

Latorre María Luisa. Análisis y evaluación de los programas relacionados con salud y bienestar en Bogotá D.C., año 2006.

Bolívar Mery, Latorre María Luisa, Rueda Alfredo. Documento "La rendición de cuentas como una estrategia que aporta a la garantía y exigibilidad de los derechos, con participación social", año 2010.

Unicef, Estado Mundial de la Infancia, año 2008

Informe de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, año 2008

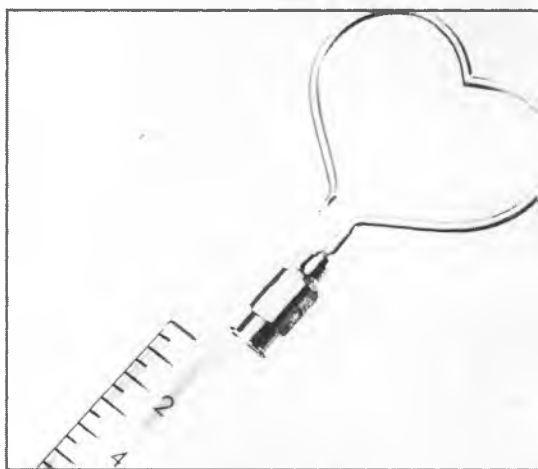
Conpes 091 de 2005

Organización Panamericana de la Salud, Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2004

Informe de seguimiento ODM, Cepal Colombia, 2010

EN ESTE CAPÍTULO

1. Introducción
2. Cumbres y acuerdos internacionales
3. Situación de la pandemia en el mundo y en Colombia
4. Efectos de la pandemia del VIH/SIDA sobre el desarrollo humano
5. Algunas recomendaciones para seguir avanzando para el logro de las metas en el OMD 6 frente al VIH/SIDA.



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 6



Combatir
El VIH/Sida
La Malaria y Otras
Enfermedades

Oliverio Huertas Rodríguez*

*Oliverio Huertas Rodríguez. Economista, especialista en Proyectos de Inversión y Desarrollo. Asesor en la formulación y seguimiento de políticas públicas a nivel territorial en el proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio de PNUD - Colombia.



Introducción

Todo ser humano, por el solo hecho de existir, es un sujeto de derecho. Cada persona tiene derecho a conservar su vida y a vivirla en forma digna, entendiendo esto como una posibilidad, una prerrogativa de exigencia y una realización obligatoria, y no como un simple enunciado o como un ideal.

El desarrollo de los derechos humanos reconoce las reivindicaciones de unos bienes primarios considerados de vital importancia para todos los seres humanos, concretando las demandas de libertad y dignidad.

Los derechos sexuales y reproductivos hacen parte integral de los derechos humanos distinguidos en tres grandes grupos:

- Derecho a la educación y a la información para la sexualidad
- Derecho al ejercicio y disfrute de la sexualidad
- Derecho a la salud y a los servicios de atención y tratamiento.

Dichos derechos han obtenido reconocimiento en diversas conferencias y/o encuentros internacionales, algunos de ellos promovidos por Naciones Unidas, poniendo de presente -como principios fundamentales- la dignidad, la libertad individual y la igualdad.

Naciones Unidas ratificó en la Cumbre del Milenio, en 2000, la importancia de la salud sexual y reproductiva para el desarrollo humano y para la lucha contra la pobreza, así como el derecho a la salud y a los servicios de atención y tratamiento, a la educación y a la información sobre los eventos que en los últimos años han mellado en el desarrollo de los individuos y de las colectividades: el VIH/SIDA, la Malaria y otras enfermedades.

Este documento es una herramienta de lectura para las Cátedras del Milenio organizadas por PNUD cuyo objetivo es reflexionar sobre el impacto del VIH/SIDA en el desarrollo humano, sin desconocer la importancia tanto de la malaria y del dengue como de otras enfermedades. Abordar estos otros temas requerirá un análisis plasmado en un documento similar a este, con contenido y desarrollo propio.

Este documento está compuesto por cinco capítulos. El primero define elementos conceptuales; el segundo, relaciona las cumbres mundiales donde se ha abordado el tema del VIH/SIDA; el tercero, resume la situación de la pandemia en el mundo, en Latinoamérica y el Caribe y en Colombia; el cuarto, expone los efectos de la pandemia sobre el desarrollo humano y, específicamente, sobre el Índice de Desarrollo Humano y; el quinto, recoge brevemente las recomendaciones básicas del PNUD para el logro de las metas incluidas en el ODM 6.



Elementos conceptuales sobre el VIH/SIDA

Este capítulo presenta elementos conceptuales del VIH/SIDA sobre los cuales es necesario tener claridad al momento de iniciar una presentación o una charla sobre el tema, como metodológicamente se ha definido al interior de las Cátedras del Milenio (los conceptos relacionados a continuación han sido adaptados de la cartilla “Información básica sobre el VIH / SIDA”, del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA -ONUSIDA- oficina Colombia).

El VIH o Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca el sistema de defensas. Al debilitarlo, el VIH logra que el organismo sea vulnerable a una serie de infecciones y cánceres, algunas de las cuáles ponen en peligro la vida.

VIH y SIDA no es lo mismo. El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, considerada la etapa más avanzada del proceso de enfermedad que empieza con la infección del VIH.

El virus puede transmitirse entre personas a través de tres vías:

- i. **Relaciones sexuales no protegidas con una persona infectada:** Las relaciones sexuales penetrativas anales, orales y vaginales, sin un adecuado uso del preservativo, son el principal modo de transmisión del VIH, pues durante la relación sexual los fluidos genitales entran en contacto con las membranas mucosas expuestas (la vagina, la uretra, la boca, la mucosa ano-rectal)

La mayor probabilidad de infección por transmisión sexual corresponde al coito anal no protegido, en el caso de quien es el receptor, seguido por el coito vaginal no protegido.

El sexo oral no protegido también implica cierto riesgo, en especial si existen lesiones orales o faríngeas, como encías sangrantes, heridas, úlceras, abscesos dentarios, infecciones de garganta o ITS (infecciones transmisibles sexualmente).

- ii. **Exposición con sangre infectada:** El contacto de sangre infectada con VIH con el torrente sanguíneo constituye la vía con mayor probabilidad de acceso al virus. La mayoría de los casos reportados de transmisión sanguínea a nivel mundial ocurren por compartir instru-

mentos para el consumo de drogas intravenosas (agujas o jeringas) o por transfusiones de sangre no examinada previamente para la detección de microorganismos.

iii. Transmisión de una madre infectada por el VIH a su hijo (Transmisión Vertical): Puede suceder durante el embarazo; durante el trabajo de parto; en el momento del parto, al entrar en contacto con la sangre de la mamá (la situación más frecuente en este tipo de transmisión), o; a través de la leche materna.

Para evitar la infección se debe usar de manera adecuada y consistente el condón durante las relaciones sexuales penetrativas, evitar el contacto con la sangre de otras personas y evitar los procedimientos invasivos de perforación cutánea con instrumentos sin una adecuada esterilización.

Si es mujer y está embarazada o desea estarlo, se debe acudir al servicio o entidad de salud pertinente para conocer el estado serológico y adelantar el tratamiento necesario para evitar que el bebé lo adquiera en caso de estar infectada; si ha tenido una ITS, buscar atención médica y evitar el consumo de alcohol, pues este altera la conciencia plena, disminuye la capacidad de autoprotección y aumenta la incidencia de comportamientos de riesgo. Por último, tan importante como las demás formas de prevención la es abstinencia sexual.

Si a una mujer embarazada infectada con el virus se le suministra tratamiento antirretroviral durante el embarazo y el trabajo de parto, y al recién nacido se le suministran sustitutos de leche materna, el riesgo de transmisión de la infección al bebe disminuye casi a cero. Pero si la gestante que se sabe infectada no se realizó ningún tratamiento, la probabilidad de transmisión de la infección a su hijo es del 40%.

Así como es importante enfatizar cuáles son las vías de contagio del virus, también es necesario resaltar de qué manera no se trasmite:

- Dar o recibir caricias
- Dar o recibir besos
- Dar o recibir abrazos
- Compartir el teléfono
- Visitar personas enfermas
- Compartir comida, cubiertos o vasos
- Beber en fuentes de agua potable
- Bañarse en piscinas públicas
- Utilizar el mismo sanitario
- Por picaduras de insectos
- Trabajar, relacionarse o convivir con personas infectadas con el VIH
- Donar sangre.

El SIDA se caracteriza por la manifestación clínica de infecciones, que se da cuando las células de defensa (C4) están en niveles muy bajos y la carga de virus en la sangre es muy alta. Sin tratamiento antirretroviral, es común que los síntomas aparezcan entre los tres y los cinco años después de contagiado el virus.

No se puede saber si una persona tiene VIH a simple vista. Algunas personas infectadas presentan síntomas en las primeras fases del curso de la infección, mientras que otras pueden no presentar ningún síntoma por un largo período de tiempo (10 a 15 años) después de la infección.

Los anticuerpos detectables contra el VIH aparecen varias semanas después de la exposición inicial al virus. Pueden detectarse por medio de una prueba diagnóstica de laboratorio. La más usada, conocida como Test de ELISA, detecta los anticuerpos producidos por el organismo como respuesta a la infección después de un periodo promedio de doce semanas denominado "ventana inmunológica".

Si el resultado del Test de ELISA es positivo, se realiza una segunda prueba para cotejar que no haya errores del laboratorio. Si éste también resulta positivo, se adelanta una prueba confirmatoria llamada Western Blot.

La infección por VIH no tiene cura hasta el momento, pero no se considera mortal o letal. Sin tratamiento, la infección por VIH conduce al SIDA y lleva a la muerte en un proceso que no ocurre de manera inmediata. Sin embargo hay tratamientos que detienen o reducen notablemente la velocidad de la progresión de la infección por VIH, mejorando la calidad de vida de los llamados seropositivos al permitirles vivir sana y productivamente durante muchos años.

Existen diferentes tipos de fármacos para tratar la infección por VIH. Como el VIH cambia rápidamente y se vuelve resistente a la monoterapia (un solo fármaco), los pacientes deben tomar una combinación de fármacos de manera rigurosa, tal como lo establezca el especialista infectólogo o internista, buscando la menor replicación posible de copias del virus. Esta terapia farmacológica es denominada antirretroviral.

Aunque los expertos creen que será posible desarrollar una vacuna contra el VIH, es probable que pasen varios años antes de que haya una disponible para uso generalizado.



Cumbres y acuerdos internacionales

3.1 Programa de acción, Conferencia sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 de julio de 1999.³⁰

Entre los principales objetivos de esta Conferencia se cuentan: impedir y reducir la difusión de la infección con el VIH; minimizar sus consecuencias, asegurar que las personas infectadas con el VIH reciban atención médica adecuada y que no sean objeto de discriminación e; intensificar las investigaciones sobre métodos de lucha contra la pandemia del VIH y el SIDA y sobre un tratamiento eficaz de la enfermedad.

Se exhorta a los gobiernos a movilizar a todos los sectores de la sociedad para luchar contra la pandemia del SIDA priorizando las campañas de información, educación y comunicaciones en los programas para reducir la propagación de la infección con el VIH señalando específicamente que debería proporcionarse educación e información sexual tanto a los infectados como a los que no lo están y, en especial, a los adolescentes y; que debería promoverse e incluirse en los programas de educación e información el comportamiento sexual responsable, incluida la abstinencia sexual voluntaria.

Se resalta en interés por concientizar y enfatizar en la modificación del comportamiento, exhortando a la comunidad internacional a movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para reducir la tasa de transmisión de la infección con el VIH.

3.2. Cumbre mundial sobre Desarrollo Social – Copenhague - Ginebra, junio de 2000³¹

De la cumbre se emitieron una serie de compromisos y recomendaciones por parte del Comité Especial Plenario. Se resalta lo siguiente:

³⁰ www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm

³¹ www.choike.org/documentos/conf/copen5_2000.pdf

“Quinto compromiso: Promover el pleno respeto de la dignidad humana, lograr la igualdad y la equidad entre el hombre y la mujer y reconocer y aumentar la participación y la función directiva de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural y en el desarrollo:

Recomendación 84: Redoblar los esfuerzos para garantizar la igualdad de acceso a la enseñanza y a los servicios sociales y de salud. Garantizar los derechos de las mujeres y niñas a la educación y al disfrute del máximo grado de salud física y mental y de bienestar a lo largo de todo el ciclo vital, así como a atención médica y servicios de salud adecuados, asequibles y universalmente accesibles, incluso de salud sexual y reproductiva, particularmente frente a la pandemia del VIH/SIDA. Tales esfuerzos también son necesarios en relación con el creciente porcentaje de mujeres de edad.

R 85: Velar porque la reducción de la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad constituya una prioridad del sector de la salud y que las mujeres tengan fácil acceso a cuidados obstétricos esenciales, servicios de salud materna bien equipados y dotados del personal adecuado; asistencia de nivel profesional en los partos, asistencia obstétrica de urgencia; remisión y traslado efectivo a niveles de atención superior cuando sea necesario; atención después del parto y planificación de la familia con el fin, entre otros, de promover la seguridad en la maternidad y dar prioridad a las medidas destinadas a prevenir, detectar y tratar el cáncer de mama, el cáncer cervical y de los ovarios, la osteoporosis y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Sexto compromiso: Promover y lograr los objetivos de acceso universal y equitativo a una educación de calidad, el nivel más alto posible de salud física y mental y el acceso de todas las personas a la atención primaria de salud, procurando rectificar las desigualdades relacionadas con la situación social sin hacer distinción de raza, origen nacional, género, edad o discapacidad, respetando y promoviendo nuestras culturas comunes y particulares, procurando fortalecer la función de la cultura en el desarrollo, preservando las bases esenciales de un desarrollo sostenible centrado en las personas y contribuyendo al pleno desarrollo de los recursos humanos y al desarrollo social, con el fin de erradicar la pobreza, promover un empleo pleno y productivo y fomentar la integración social:

R 97: Adoptar medidas multisectoriales en el plano nacional para que todas las mujeres y los hombres, incluidos los jóvenes, puedan protegerse a sí mismos y a los demás contra la infección por el VIH y recibir protección a fin de contrarrestar las gravísimas consecuencias de la epidemia para el desarrollo personal, social y económico. Es especialmente importante salvaguardar la dignidad y los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA y mejorar su calidad de vida. Entre las medidas para mejorar la prevención de la infección por el VIH, el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y para hacer frente a sus consecuencias se pueden incluir las siguientes:

- a) Reforzar los servicios de atención de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva; b) Reforzar las campañas de información, educación y comunicación para aumentar la toma de conciencia del problema del VIH/SIDA y promover un comportamiento sexual sin riesgos y responsable en plena cooperación con los jóvenes, los padres, las familias, los educadores y los proveedores de servicios de salud;

- c) Capacitar a los proveedores de servicios de salud en todos los aspectos de la prevención y el control del VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y prestar especial atención a la necesidad de evitar la contaminación del equipo y los productos sanguíneos, de garantizar un suministro de sangre inocuo y de evitar la reutilización o el uso compartido de agujas hipodérmicas entre los usuarios de drogas inyectables (...);

R 98: Redoblar el compromiso político y los esfuerzos a nivel internacional y nacional para combatir el VIH/SIDA, haciendo especial hincapié en los países en desarrollo y los países con economías en transición, mediante la cooperación entre el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y sus copatrocinadores, los donantes bilaterales, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, inclusive las organizaciones juveniles y el sector privado, cooperación basada en un enfoque multisectorial que abarque, entre otras cosas, los programas y servicios de educación y prevención, la atención de salud, incluida la atención prenatal, el acceso a medicamentos asequibles y a otros agentes farmacéuticos, y el apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA, con inclusión de una atención basada en el hogar, programas de planificación de la familia y la potenciación de la capacidad de la mujer (...).

3.3. Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, Beijing 1995. Compromisos ratificados en la plataforma de acción. Beijing, en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas “Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI, Nueva York, junio de 2000.”³²

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer renovó el compromiso de la comunidad internacional con los objetivos de igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para todas las mujeres, introduciendo en el siglo XXI el tema del adelanto de la mujer, hace referencia a doce condiciones de desarrollo planteadas en la conferencia, sobre las cuales se debe avanzar para lograr disminuir la brecha frente al bienestar y al goce efectivo de derechos.

La Plataforma de Acción, aprobada por unanimidad, constituye un programa para la potenciación del papel de la mujer. Ella define un conjunto de objetivos estratégicos y explica las medidas que se deben adoptar -a más tardar para el año 2000- los gobiernos, la comunidad internacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado para eliminar los obstáculos que entorpecen el adelanto de la mujer. Las 12 esferas de especial preocupación que se identificaron en el documento, consideradas representativas de los principales obstáculos para el adelanto de la mujer, son:

1. La pobreza que pesa sobre la mujer
2. El acceso desigual a la educación y la insuficiencia de las oportunidades educacionales
3. La mujer y la salud

³² www.un.org/spanish/conferences/Beijing/mujer2021.htm

4. La violencia contra la mujer
5. Los efectos de los conflictos armados en la mujer
6. La desigualdad en la participación de la mujer en la definición en las estructuras y políticas económicas y en el proceso de producción
7. La desigualdad en el ejercicio del poder y en la adopción de decisiones
8. La falta de mecanismos suficientes para promover el adelanto de la mujer
9. La falta de conciencia de los derechos humanos de la mujer internacional y nacionalmente reconocidos y de dedicación a dichos derechos
10. La movilización insuficiente de los medios de información para promover la contribución de la mujer a la sociedad
11. La falta de reconocimiento suficiente y de apoyo al aporte de la mujer a la gestión de los recursos naturales y a la protección del medio ambiente
12. El desarrollo en las niñas.

En la esfera Mujer y Salud se enfatiza que el número de infecciones con el VIH entre las mujeres sigue aumentando, alcanzando y superando rápidamente el número de infecciones entre los hombres. De los 5,6 millones de adultos recién infectados que había en 1999, 2,3 millones eran mujeres.

La gran mayoría de personas infectadas con el VIH --el 95%-- vive en países en desarrollo donde la situación ha seguido empeorando. Esta verdad se aplica especialmente a África, con una tasa de infección de mujeres superior a la de los hombres. Las mujeres menores de 25 años son las que están más expuestas a contraer la infección.

La vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA se debe tanto a factores biológicos como culturales, como la falta de conocimientos y de acceso a la información; la dependencia económica y; en muchos casos, la falta de control sobre las circunstancias en que se lleva a cabo el acto sexual. El acceso de las mujeres infectadas a la atención de la salud, especialmente en los países en desarrollo, es muy limitado debido a la disminución de los gastos en la esfera de la atención de la salud y a que los recursos disponibles se han invertido desproporcionadamente en los hombres. Muchos países también han reconocido los peligros vinculados a la propagación de las enfermedades de transmisión sexual que presentan un gran peligro para la salud reproductiva, y pueden provocar la infertilidad.

3.4 Cumbre del milenio, Septiembre de 2000

Líderes de 189 países reunidos en la sede de Naciones Unidas, en Nueva York, aprobaron la "Declaración del Milenio", un acuerdo para trabajar de manera conjunta buscando construir un mundo más seguro, más próspero y más equitativo. La declaración se tradujo en un plan de acción que definió ocho objetivos que deberán alcanzarse antes de 2015.

Frente al ODM 6 se planteó la necesidad de que, a 2015, se detenga e inicie la reducción de la propagación del VIH/SIDA prestando especial asistencia a los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA.

3.5 Declaración de la Décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, Panamá, noviembre de 2000

En dicha cumbre, los mandatarios de Iberoamérica propusieron como acciones para la equidad y justicia social:

“Ejecutar medidas urgentes para la investigación, prevención, tratamiento y control del VIH/SIDA ante el alarmante aumento de esta enfermedad y de sus implicaciones sociales y económicas, y promover una mayor cooperación internacional en este ámbito”.

3.6 Programa de Acción de la Unión Europea: aceleración de la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la pobreza (2007-2011), mayo de 2001³³

El Programa de acción tiene por objeto paliar el déficit de financiación para alcanzar el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM). Dado que la financiación de la lucha contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis es insuficiente, la Unión impulsa intervenciones que permitan obtener mejores resultados.

La Unión Europea se compromete a intensificar el diálogo político relativo a los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos, así como a las necesidades de los huérfanos y de los niños en situación precaria, destacando la necesidad de ayudar a los grupos vulnerables, como los usuarios de droga por vía intravenosa, los reclusos, los ancianos, las personas con discapacidad, los refugiados y los desplazados.

La Unión velará por compartir los conocimientos especializados para desempeñar un papel constructivo en el diálogo técnico y estratégico, especialmente en la revisión de los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP), las políticas sectoriales y los Mecanismos de Coordinación por País (CCM, *Country Coordinating Mechanisms*) del Fondo Mundial.

La Unión Europea se propone definir los recursos disponibles en materia de asistencia técnica, con el fin de elaborar un plan de asistencia técnica compartida, regulado por un código de conducta para la acción colectiva, y elaborará un conjunto de medidas para las delegaciones y los servicios que habrán de fomentar la prevención de las enfermedades entre su personal.

La Comisión desea incrementar la capacidad en el ámbito de la investigación clínica en el marco de una serie de actividades destinadas a mejorar los servicios sanitarios locales y regio-

33 http://europa.eu/legislation_summaries/development/sectoral_development_policies/r12537_es.htm

nales en los centros de ensayos clínicos, aumentar los recursos humanos, construir infraestructuras -como instalaciones hospitalarias- y garantizar el acceso de la población a una cobertura médica durante los ensayos clínicos.

La Unión Europea ayudará a los países interesados a desarrollar prácticas y políticas sanas y eficaces en materia de compra de medicamentos y productos farmacéuticos, tales como preservativos, mosquiteros impregnados de un insecticida de larga duración y medicamentos antirretrovirales. A ello se añadirá una campaña pedagógica en las escuelas sobre seguridad para niños, con el fin de reforzar la protección frente al riesgo de violación, embarazo o infección por VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

En situaciones de emergencia y de crisis prolongadas, la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO) contribuirá a reducir la transmisión del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. ECHO se esforzará también por reducir la mortalidad y el sufrimiento humano causados por estas enfermedades mediante acciones de sensibilización, información y formación, y el suministro de medios de prevención al personal humanitario.

La Comisión Europea propone una serie de actividades concretas y poco gravosas, eficaces y capaces de producir resultados rápidamente:

- Acceso universal, voluntario y gratuito, asesoramiento, detección y tratamientos antirretrovíricos para mujeres embarazadas seropositivas.
- Consolidación de redes regionales para fomentar el acceso a medicamentos seguros, incrementar la capacidad reguladora, aumentar los recursos humanos del sector sanitario e intensificar la investigación y el desarrollo de nuevos medios.
- Supervisión de la aplicación y de los resultados del Reglamento (CE) n° 953/2003 destinado a evitar el desvío comercial hacia la Unión Europea de determinados medicamentos esenciales.
- Fomento de transparencia en los precios de los productos farmacéuticos utilizados para luchar contra dichas enfermedades, solicitando a los países afectados que comuniquen los precios de los productos comprados en el marco de los programas nacionales financiados por la Comunidad y por el Fondo Mundial.
- Posibilidad de consulta de los precios en la web de la Comisión, lo que facilitará las comparaciones de precios y permitirá evaluar la incidencia de la desvinculación de la ayuda.
- Contribución por medio de asistencia científica y orientación concreta sobre productos esenciales, desarrollo de la capacidad científica y reguladora de los organismos nacionales y regionales en el ámbito de la evaluación y autorización de la comercialización de los productos farmacéuticos.
- Con el objeto de atajar la escasez de recursos humanos, se respaldará un conjunto de medidas destinadas a alentar a los proveedores de servicios sanitarios a permanecer en las regiones o países en desarrollo con mayores necesidades o a regresar a ellos. Estas iniciativas tienen por objeto mejorar las posibilidades de investigación y frenar la fuga de cerebros.

- Apoyo a la investigación y el desarrollo de nuevos instrumentos y medidas de intervención para acelerar la elaboración de nuevas vacunas, medicamentos, microbicidas y medios de diagnóstico en zonas carentes de recursos.
- Colaboración en la investigación entre los organismos de los países donde tales enfermedades tienen carácter endémico.
- Apoyo a una serie de asociaciones de los sectores público y privado, y a iniciativas de cobertura mundial.
- Consulta a un amplio grupo de socios a través del Foro que reúne a los distintos interlocutores donde participan personas directamente afectadas por las tres enfermedades.
- Evaluación de compromisos de las asociaciones mundiales según los criterios siguientes: unicidad de los conocimientos técnicos, fuerte presencia en los países y recursos esenciales, ventajas para la Unión respecto a su inversión y ventajas que la Comisión ofrece a su socio.

3.7 Sesión extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS), junio de 2001³⁴

Luego de un llamado, durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el año 2000, a emprender acciones concretas, su Secretario General, Kofi Annan, inició una campaña personal para formar una alianza global equiparable a la magnitud del desafío que el SIDA plantea.

Los Jefes de Estado y representantes de los gobiernos se reunieron con un sentido de urgencia en la ciudad de Nueva York con el fin de abordar la epidemia global con liderazgo, honestidad y acción. Esta Sesión Extraordinaria fue la primera ocasión en que la Asamblea General se reunió por un asunto de salud.

Al concluir la Sesión Extraordinaria de tres días, la Asamblea General adoptó una Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA. La declaración fue diseñada como un mapa orientado a cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio de frenar y empezar a revertir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015.

Las acciones que han de ser emprendidas son:

Liderazgo

- Para 2003, asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA que se refieran a la epidemia en términos directos; hagan frente al estigma, el silencio y la negación de la realidad; tengan en cuenta las dimensiones de género y de edad de la epidemia; eliminen la discriminación y la marginación; entrañen la colaboración con la sociedad

34 www.ua2010.org/es/UNGASS/Sesion-Extraordinaria-2001

civil y el sector empresarial y la plena participación de las personas que viven con VIH/SIDA, las que pertenezcan a grupos vulnerables y las que se encuentren más expuestas, especialmente las mujeres y los jóvenes; se financien, en la medida de lo posible, con cargo a los presupuestos nacionales sin exclusión de otras fuentes, la cooperación internacional entre ellas; promuevan y protejan plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental; incorporen una perspectiva de género; tengan en cuenta el riesgo, la vulnerabilidad, la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, así como la reducción de los efectos de la epidemia y; aumenten la capacidad de los sistemas de salud, educacional y jurídico.

- Para 2003, incorporar las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/SIDA en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de desarrollo sectorial.

En los planos regional y subregional

- Instar y ayudar a las organizaciones y a los asociados regionales a participar activamente en la tarea de hacer frente a la crisis; intensificar la cooperación y coordinación en los planos regional, subregional e interregional y; establecer estrategias y actividades regionales en apoyo de la ampliación de las actividades en el plano nacional.
- Prestar apoyo a todas las iniciativas regionales y subregionales relativas al VIH/SIDA, entre ellas la Alianza Internacional contra el SIDA en África (IPAA) y el Consenso y Plan de acción africanos del Foro para el Desarrollo de África-CEPA: los dirigentes deben contener la propagación del VIH/SIDA; la Declaración y el Marco de Acción de Abuja para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas conexas; la Alianza Pancaribeña contra el VIH/SIDA de la Comunidad del Caribe; el Llamamiento regional de la CESPAP a la adopción de medidas para luchar contra el VIH/SIDA en Asia y el Pacífico; la Iniciativa y el Plan de Acción del Mar Báltico; el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal sobre el VIH/SIDA de América Latina y el Caribe, y el Programa de Acción de la Unión Europea.
- Acelerar la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en el contexto de la reducción de la pobreza.
- Promover la elaboración de planes y enfoques regionales para hacer frente al VIH/SIDA.
- Alentar y ayudar a las organizaciones locales y nacionales a ampliar y afianzar las alianzas, coaliciones y redes regionales.
- Alentar al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas para que pida a las comisiones regionales que, en el marco de sus respectivos mandatos y recursos, presten apoyo, en sus respectivas regiones, a la acción nacional en la lucha contra el VIH/SIDA.

En el plano mundial

- Apoyar una mayor acción y coordinación por parte de todas las organizaciones competentes del sistema de Naciones Unidas, incluida su plena participación en la preparación y ejecución de un plan estratégico de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA que ha de ser actualizado periódicamente e inspirarse en los principios enunciados en la presente Declaración.
- Apoyar una mayor cooperación entre las organizaciones competentes del sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones internacionales que luchan contra el VIH/SIDA.
- Promover una colaboración más estrecha, así como el establecimiento de alianzas innovadoras entre el sector público y el privado y, para 2003, establecer y consolidar mecanismos que den participación en la lucha contra el VIH/SIDA a los colaboradores del sector privado y la sociedad civil, las personas que viven con VIH/SIDA y los grupos vulnerables.

Prevención

- Establecer metas nacionales con plazos concretos para alcanzar el objetivo mundial de prevención convenido internacionalmente de reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad en un 25% para 2005 en los países más afectados y en un 25% para 2010 en el mundo entero, e intensificar los esfuerzos por alcanzar esas metas y luchar contra los estereotipos de género y las actitudes conexas, así como contra las desigualdades de género en relación con el VIH/SIDA, fomentando la participación activa de hombres, tanto jóvenes como adultos.
- Establecer metas nacionales de prevención que reconozcan y aborden los factores que contribuyen a la propagación de la epidemia y aumentan la vulnerabilidad de los individuos, a fin de reducir la incidencia del VIH entre los grupos identificables, dentro de contextos locales particulares, que en la actualidad tienen tasas de infección por el VIH elevadas o crecientes, o que, según la información disponible sobre salud pública, están expuestos al mayor riesgo de nuevas infecciones.
- Para 2005, intensificar la respuesta al VIH/SIDA en el mundo laboral estableciendo y ejecutando programas de prevención y atención en los sectores público, privado y no estructurado, y tomar medidas para crear un entorno de trabajo que apoye a las personas que viven con VIH/SIDA.
- Para 2005, elaborar y poner en práctica estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a programas de prevención del VIH/SIDA a los trabajadores migratorios y las poblaciones móviles, incluido el suministro de información sobre servicios sociales y de salud.
- Para 2003, aplicar medidas de precaución universales en los servicios de atención de la salud a fin de prevenir la transmisión de la infección por el VIH.
- Para 2005, asegurarse de que todos los países ofrezcan, en particular los más afectados, una amplia gama de programas de prevención que tengan en cuenta circunstancias, nor-

mas éticas y valores culturales locales que incluyan actividades de información, educación y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y respeten sus culturas, con el objeto de reducir las conductas de riesgo y se promueva una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; mayor acceso a artículos esenciales como condones masculinos y femeninos, y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para la reducción de los daños causados por el consumo de drogas; mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales; suministros de sangre no contaminada; y tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual.

- Para 2005, asegurar que por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad y, para 2010, por lo menos el 95% de ellos, tengan acceso a información, educación -incluidas la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH-, y a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH, todo ello en plena colaboración con los jóvenes, las madres y los padres, las familias, los educadores y el personal de atención de la salud.
- Para 2005, reducir el número de lactantes infectados con el VIH en un 20% y, para 2010, en un 50%, ofreciendo al 80% de las mujeres embarazadas que acuden a servicios de atención prenatal información, apoyo psicológico y otros servicios de prevención del VIH, aumentando la disponibilidad de tratamiento eficaz para reducir la transmisión del VIH de madre a hijo y brindando acceso a tratamiento a las mujeres infectadas con VIH y a sus hijos lactantes, así como mediante intervenciones eficaces para las mujeres infectadas con el VIH que incluyan servicios de apoyo psicológico y de detección voluntarios y confidenciales, acceso a tratamiento, especialmente a la terapia antirretroviral y, cuando proceda, a sucedáneos de la leche materna y a una serie continua de servicios de atención.

Atención, apoyo y tratamiento

- Para 2003, asegurarse de que, en estrecha colaboración con la comunidad internacional -incluidos los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales competentes-, así como con la sociedad civil y el sector empresarial, se establezcan estrategias nacionales apoyadas por estrategias regionales e internacionales a fin de fortalecer los sistemas de atención de la salud y enfrentar los factores que afectan al suministro de medicamentos contra el VIH, incluidos los medicamentos antirretrovirales, como, entre otros, la asequibilidad y el precio, incluida la fijación de precios diferenciados, y la capacidad de los sistemas técnico y de atención de la salud.
- De igual modo, y con carácter de urgencia, proporcionar en forma gradual y sostenible el tratamiento de la más alta calidad posible para el VIH/SIDA, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y la utilización eficaz de la terapia antirretroviral -en forma cuidadosa y vigilada y bajo control de la calidad-, buscando mejorar la adhesión al tratamiento y su eficacia y reducir el riesgo de crear resistencia; cooperar constructivamente para mejorar las normas y prácticas farmacéuticas, incluidas las aplicables a los medicamentos genéricos y a los regímenes de propiedad intelectual, a fin de promover más la innovación y el establecimiento de industrias nacionales en forma compatible con el derecho internacional.

- Para 2005, establecer estrategias integrales de atención y avanzar considerablemente en su aplicación con miras a fortalecer los servicios de atención que prestan la familia y la comunidad -incluidos los que proporciona el sector no estructurado-, y los sistemas de atención de la salud para ofrecer tratamiento a personas que viven con VIH/SIDA -incluidos los niños infectados-, supervisar el tratamiento y prestar apoyo a las personas, los hogares, las familias y las comunidades afectados por el VIH/SIDA.
- Aumentar la capacidad y mejorar las condiciones de trabajo del personal de atención de la salud y hacer más eficaces los sistemas de suministro, los planes de financiación y los mecanismos de remisión necesarios para acceder a medicamentos de precio asequible, incluidos los medicamentos antirretrovirales, y a tecnologías para el diagnóstico y tecnologías conexas, así como a atención médica, paliativa y psicosocial de alta calidad.
- Para 2003, asegurarse de que se establezcan estrategias nacionales a fin de proporcionar atención psicosocial a las personas, las familias y las comunidades afectadas por el VIH/SIDA.

El VIH/SIDA y los derechos humanos

- La realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA. El respeto de los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA impulsa una acción eficaz.
- Para 2003, promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas con el fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales; en particular, darles acceso a, entre otras cosas, educación, derecho de sucesión, empleo, atención de la salud, servicios sociales y de salud, prevención, apoyo, tratamiento, información y protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y confidencialidad; y elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia.
- Para 2005, teniendo en cuenta el contexto, el carácter de la epidemia y el hecho de que, a escala mundial, las mujeres y las niñas están desproporcionadamente afectadas por el VIH/SIDA, elaborar y acelerar la aplicación de estrategias nacionales que: promuevan el adelanto de la mujer y su pleno disfrute de todos los derechos humanos; promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo; capaciten a la mujer para controlar y decidir de manera libre y responsable las cuestiones relativas a su sexualidad a fin de aumentar su capacidad de protegerse contra la infección por el VIH.
- Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género.

Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato y la trata de mujeres y niñas.

Reducción de la vulnerabilidad

Los que están en situación vulnerable deben tener prioridad
La potenciación de la mujer es indispensable para reducir la vulnerabilidad

- Para 2003, a fin de complementar los programas de prevención de actividades que exponen al riesgo de infección por el VIH -como el comportamiento sexual de alto riesgo y sin protección y el uso de drogas inyectables-, establecer en todos los países estrategias, normas y programas que individualicen y enfrenten los factores que hacen particularmente vulnerable a la infección por el VIH, entre ellos el subdesarrollo, la falta de seguridad económica, la pobreza, la falta de potenciación de la mujer, la falta de educación, la exclusión social, el analfabetismo, la discriminación, la falta de información y/o de productos para protegerse y todo tipo de explotación sexual de mujeres, niñas y niños, incluso con fines comerciales. Tales estrategias, normas y programas deben abordar la dimensión de género de la epidemia, especificar las medidas que se han de adoptar para superar la vulnerabilidad y fijar las metas que se han de alcanzar.
- Para 2003, establecer y/o fortalecer estrategias, normas y programas que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños -considerando factores culturales, religiosos y éticos- a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva; e incorporación de las familias y los jóvenes en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA.
- Para 2003, elaborar y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales, apoyados por iniciativas regionales e internacionales, según corresponda, aplicando un enfoque propicio a la participación para promover y proteger la salud de los grupos identificables que actualmente tienen tasas elevadas o en aumento de infección por el VIH o que, de conformidad con la información pública sobre salud, tienen el mayor riesgo o son más vulnerables a nuevas infecciones, según indican factores como la historia local de la epidemia, la pobreza, las prácticas sexuales, los hábitos de consumo de drogas, los medios de vida, la reclusión en instituciones, la alteración de las estructuras sociales y los movimientos de población, forzosos o no.

Las niñas y los niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA

- Para 2003, elaborar y, para 2005, poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades dando un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y a las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, con asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, asegurándoles escolarización y acceso a vivienda, buena nutrición y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños; y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho de sucesión.
- Asegurar la no discriminación y el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos mediante el fomento de una política activa y visible para abolir el estigma de las niñas y los niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA.
- Instar a la comunidad internacional, especialmente a los países donantes, a los agentes de la sociedad civil y al sector privado, a que complementen eficazmente los programas nacionales en apoyo de programas para las niñas y los niños huérfanos o en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA en las regiones afectadas y en los países de alto riesgo, y a que destinen asistencia especial al África subsahariana.

Mitigación de los efectos sociales y económicos

Hacer frente al VIH/SIDA es invertir en el desarrollo sostenible

- Para 2003, evaluar los efectos económicos y sociales de la epidemia del VIH/SIDA y elaborar estrategias multisectoriales para enfrentar tales efectos en el plano individual, familiar, comunitario y nacional; elaborar y acelerar la ejecución de estrategias nacionales de erradicación de la pobreza para enfrentar a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia; estudiar los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA en todos los planos de la sociedad, especialmente en las mujeres y las personas de edad, en relación con su función de proporcionar cuidados, y atender a sus necesidades especiales; ajustar y adaptar las políticas de desarrollo económico y social, incluida la política de protección social, para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en el crecimiento económico, la prestación de servicios económicos esenciales, la productividad laboral, los ingresos fiscales y las presiones que producen un déficit de los recursos públicos.
- Para 2003, establecer un marco jurídico y normativo nacional que proteja en el lugar de trabajo los derechos y la dignidad de las personas que viven con VIH/SIDA o afectadas por éste y las que corren el mayor riesgo de infección, en consulta con representantes de los empleadores y los trabajadores y teniendo en cuenta las directrices internacionales establecidas en relación con el VIH/SIDA en el trabajo.

Investigación y desarrollo

Como no hay aún cura para el VIH/SIDA, es indispensable avanzar en la investigación y el desarrollo

- Aumentar las inversiones y acelerar la investigación para la elaboración de vacunas contra el VIH y, al mismo tiempo, fomentar la capacidad nacional de investigación, especialmente en los países en desarrollo, y particularmente de las cepas de virus prevalentes en las regiones muy afectadas; apoyar y fomentar un aumento de las inversiones nacionales e internacionales en investigación y desarrollo en el área del VIH/SIDA, incluidas la investigación biomédica, operacional, social, cultural y de la conducta, y en la medicina tradicional, con el objeto de mejorar los métodos de prevención y terapéuticos; acelerar el acceso a la prevención, la atención y el tratamiento, y a las tecnologías de atención para el VIH/SIDA (las infecciones oportunistas y las neoplasias a que da origen, así como las enfermedades de transmisión sexual), con inclusión de métodos controlados por la mujer y de microbicides y, en particular, a vacunas contra el VIH adecuadas, seguras y de precio asequible y a su aplicación, así como al diagnóstico, las pruebas de laboratorio, los métodos para prevenir la transmisión de madre a hijo; y mejorar la comprensión de los factores que influyen en la epidemia y las medidas para hacerle frente mediante, entre otras cosas, más recursos y alianzas entre el sector público y el privado; establecer un entorno propicio para la investigación y cerciorarse de que ésta se ciña a los más altos principios éticos.
- Apoyar y estimular, a nivel nacional e internacional, el establecimiento de infraestructura de investigación, capacidad de laboratorio, mejores sistemas de vigilancia, recopilación, procesamiento y difusión de datos, y la formación de personal de investigación básica e investigación clínica, de especialistas en ciencias sociales, de personal de atención de la salud y de técnicos, asignando particular importancia a los países más afectados por el VIH/SIDA, en particular los países en desarrollo y aquellos en que la epidemia se esté propagando con rapidez o en que exista el riesgo de que ello ocurra.
- Establecer y evaluar métodos adecuados para vigilar la eficacia del tratamiento, la toxicidad, los efectos secundarios, la interacción entre los medicamentos y la resistencia a éstos; establecer metodologías para vigilar los efectos del tratamiento en la transmisión del VIH y en los comportamientos de riesgo.
- Estrechar la cooperación internacional y regional, en particular la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y la cooperación triangular en relación con la transferencia de tecnologías útiles adecuadas al entorno de la prevención y la atención del VIH/SIDA, al intercambio de experiencias y mejores prácticas, investigadores y resultados de la investigación, y fortalecer la función del ONUSIDA en ese proceso. En ese contexto, instar a que los resultados finales de la investigación y de las tecnologías conjuntas sean propiedad de todas las partes en la investigación, en función de la contribución pertinente y con sujeción a que se brinde protección jurídica a esos resultados; y afirmar que toda la investigación de esa índole debe estar libre de prejuicios.
- Para 2003, asegurar que todos los protocolos para la investigación del tratamiento del VIH, con inclusión de las vacunas y terapias antirretrovirales, basados en directrices in-

ternacionales y en las mejores prácticas, sean evaluados por comités independientes de ética en que participen personas que viven con VIH/SIDA y encargados de administrar la terapia antirretroviral.

El VIH/SIDA en las regiones afectadas por conflictos y desastres naturales

Los conflictos y los desastres naturales contribuyen a la propagación del VIH/SIDA

- Para 2003, elaborar y comenzar a aplicar estrategias nacionales que incorporen elementos de toma de conciencia, prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA en el marco de programas o actividades desplegados en atención a situaciones de emergencia, reconociendo que las poblaciones desestabilizadas por conflictos armados, emergencias humanitarias y desastres naturales, entre ellas los refugiados, las personas desplazadas internamente y, en particular, las mujeres y los niños, corren un mayor riesgo de exposición a la infección por el VIH; y, cuando proceda, incluir componentes relacionados con el VIH/SIDA en los programas internacionales de asistencia.
- Instar a todos los organismos de Naciones Unidas y a las organizaciones regionales e internacionales, así como a las organizaciones no gubernamentales que participen en el suministro y en la entrega de asistencia internacional a países y regiones afectados por conflictos, crisis humanitarias o desastres naturales, a que, con carácter de urgencia, incluyan en sus planes y programas elementos de prevención, atención y toma de conciencia del VIH/SIDA; hagan que su personal cobre conciencia del problema y la impartan capacitación en la materia.
- Para 2003, establecer estrategias nacionales a fin de hacer frente a la propagación del VIH en los servicios militares nacionales, cuando sea necesario, con inclusión de las fuerzas armadas y las de defensa civil, y estudiar los medios necesarios para utilizar al personal de esos servicios con conocimiento y formación en materia de toma de conciencia y prevención del VIH/SIDA para que preste asistencia en actividades de esa índole, incluida la participación en la prestación de asistencia de emergencia humanitaria y de socorro en casos de desastre y de rehabilitación.
- Para 2003, asegurar la inclusión de la toma de conciencia y la capacitación sobre el VIH/SIDA, comprendido un componente de género, en las directrices destinadas al personal de defensa y de otra índole que participe en operaciones internacionales de mantenimiento de la paz, continuando al mismo tiempo con los esfuerzos actuales de enseñanza y prevención, incluida la orientación de ese personal antes del despliegue.

Recursos

- Asegurarse de que los recursos proporcionados para la acción mundial encaminada a la lucha contra el VIH/SIDA sean sustanciales, sostenidos y adecuados al logro de resultados.
- Para 2005, mediante una serie de pasos graduales, alcanzar la meta general de destinar de 7.000 a 10.000 millones de dólares de los EE.UU. a gastos anuales para hacer frente a la

epidemia mediante prevención, atención, tratamiento, apoyo y mitigación de los efectos del VIH/SIDA en los países de ingresos bajos y medianos y en los países en que el VIH/SIDA se esté propagando con rapidez o exista el riesgo de que ello ocurra, y adoptar medidas para que se proporcionen los recursos necesarios, particularmente procedentes de países donantes pero también de los presupuestos nacionales, teniendo en cuenta que los recursos de los países más afectados son sumamente reducidos.

- Instar a la comunidad internacional a que, cuando sea posible, proporcione asistencia a título de donación para la prevención, la atención y el tratamiento del VIH/SIDA en países en desarrollo.
- Aumentar las asignaciones presupuestarias de los países para los programas de lucha contra el VIH/SIDA y darles prioridad según sea necesario, y asegurarse de que todos los ministerios y otras entidades interesadas pertinentes asignen fondos suficientes.
- Instar a los países desarrollados que aún no lo hayan hecho a que se esfuercen por alcanzar a la brevedad posible, teniendo en cuenta la urgencia y gravedad de la epidemia del VIH/SIDA, la meta de destinar, tal como se ha convenido, el 0,7% de su producto nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo en general, y del 0,15% al 0,20% de su producto nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo de los países menos adelantados.
- Instar a la comunidad internacional a que apoye y complemente los esfuerzos de los países en desarrollo que asignan un mayor volumen de fondos nacionales para luchar contra la epidemia del VIH/SIDA incrementando la asistencia internacional para el desarrollo, especialmente a los países más afectados por el VIH/SIDA, en particular en África y, en especial, en el África subsahariana, el Caribe, los países en que hay un alto riesgo de propagación de la epidemia del VIH/SIDA y otras regiones afectadas cuyos recursos para hacer frente a la epidemia son sumamente reducidos.
- Incorporar medidas de lucha contra el VIH/SIDA en los programas de asistencia para el desarrollo y en las estrategias de erradicación de la pobreza, según proceda, y fomentar la utilización más eficaz y transparente de todos los recursos asignados.
- Instar a la comunidad internacional e invitar a la sociedad civil y al sector privado a que tomen medidas apropiadas para ayudar a mitigar los efectos sociales y económicos del VIH/SIDA en los países en desarrollo más afectados.
- Llevar a la práctica sin más demora la iniciativa ampliada en favor de los países pobres muy endeudados y convenir en cancelar a la brevedad posible toda la deuda oficial bilateral de esos países, especialmente los más afectados por el VIH/SIDA, a cambio de que éstos contraigan compromisos demostrables de erradicar la pobreza, e instar a que las economías resultantes de la reducción del servicio de la deuda se utilicen para financiar programas de erradicación de la pobreza, especialmente para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo respecto del VIH/SIDA y otras infecciones.

- Instar a la adopción rápida y concertada de medidas para resolver efectivamente los problemas de la deuda de los países menos adelantados, los países en desarrollo de bajos ingresos y los países en desarrollo de medianos ingresos, particularmente los afectados por el VIH/SIDA, en forma amplia, equitativa, orientada hacia el desarrollo y duradera, por conducto de diversas medidas nacionales e internacionales destinadas a que esos países puedan hacer frente a su deuda a largo plazo y, en consecuencia, tengan mayor capacidad para hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA, medidas que han de incluir, cuando procedan, los mecanismos apropiados existentes para la reducción de la deuda, como canjes de deuda por proyectos encaminados a la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA.
- Fomentar un aumento de la inversión en investigación relacionada con el VIH/SIDA en los planos nacional, regional e internacional, en particular para el desarrollo de tecnologías de prevención sostenibles y de precio asequible, como vacunas y microbicidas, y promover la preparación de planes financieros y logísticos para facilitar el acceso rápido a las vacunas en el momento en que éstas estén disponibles.
- Apoyar el establecimiento, con carácter urgente, de un fondo mundial contra el VIH/SIDA para la salud a fin de financiar la adopción de medidas urgentes y más amplias contra la epidemia sobre la base de un enfoque integrado respecto de la prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento, y prestar asistencia a los gobiernos en la lucha contra el VIH/SIDA, entre otras cosas, asignando la debida prioridad a los países más afectados, especialmente los del África subsahariana y el Caribe, y a los países de alto riesgo, y movilizar contribuciones de fuentes públicas y privadas al fondo haciendo un llamamiento especial a los países donantes, las fundaciones, los círculos empresariales, incluidas las empresas farmacéuticas, el sector privado y los filántropos.
- Para 2002, lanzar una campaña mundial de recaudación de fondos, en el sector privado y en la población en general, organizada por ONUSIDA con el apoyo y la colaboración de asociados interesados en todos los planos, a fin de obtener contribuciones al fondo mundial contra el VIH/SIDA y para la salud.
- Destinar más fondos a las comisiones y organizaciones nacionales, regionales y subregionales para que puedan prestar asistencia a los gobiernos en los planos nacional, subregional y regional en la adopción de medidas para hacer frente a la crisis.
- Proporcionar a los organismos copatrocinadores y a la secretaría del ONUSIDA los recursos que necesitan para colaborar con los países en apoyo de los objetivos de la presente Declaración.

Seguimiento

En el plano nacional

- Realizar exámenes nacionales periódicos, con la participación de la sociedad civil, especialmente las personas que viven con VIH/SIDA, los grupos vulnerables y las personas que cuidan de otros y de los avances alcanzados en el cumplimiento de estos compro-

misos, determinando los obstáculos que dificulten los avances y dando amplia difusión a estos resultados.

- Establecer los mecanismos de supervisión y evaluación adecuados para ayudar a medir y evaluar los avances, estableciendo instrumentos de supervisión y evaluación adecuados con datos epidemiológicos suficientes.
- Para 2003, establecer o fortalecer sistemas eficaces de supervisión, cuando proceda, para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

En el plano regional

- Incluir la cuestión del VIH/SIDA y otras conexas de salud pública, según proceda, en los programas de las reuniones regionales de ministros y de Jefes de Estado o de Gobierno.
- Apoyar la recopilación y el procesamiento de datos para facilitar los exámenes periódicos por las comisiones y/o las organizaciones regionales de los progresos realizados en la ejecución de las estrategias regionales y el cumplimiento de las prioridades regionales, y dar amplia difusión a los resultados de esos exámenes.
- Promover el intercambio de información y experiencia entre los países respecto de la aplicación de las medidas y el cumplimiento de los compromisos consignados en la presente Declaración y, en particular, facilitar una mayor cooperación Sur-Sur y una mayor cooperación triangular.

En el plano mundial

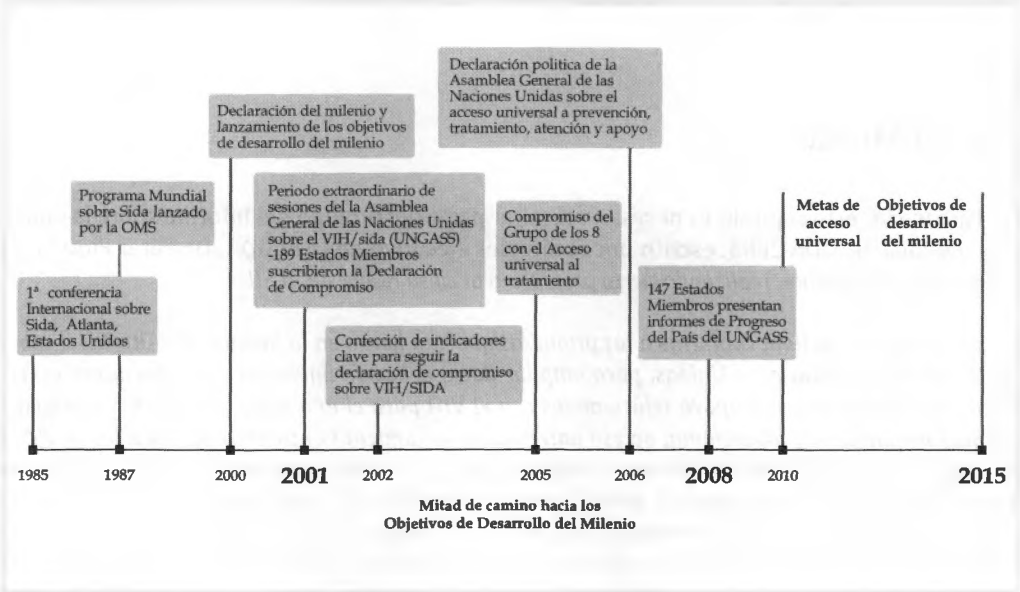
- Dedicar tiempo suficiente y, por lo menos, un día completo del período anual de sesiones de la Asamblea General a examinar y discutir un informe del Secretario General sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos enunciados en la presente Declaración, con miras a determinar cuáles son los problemas y las limitaciones existentes y a formular recomendaciones acerca de las medidas necesarias para avanzar.
- Incluir las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA en los programas pertinentes de todas las conferencias y reuniones de Naciones Unidas.
- Apoyar las iniciativas encaminadas a organizar conferencias, seminarios, cursos prácticos y programas y cursos de capacitación para examinar las cuestiones planteadas en la presente Declaración y, en ese contexto, fomentar la participación en la próxima Conferencia de Dakar sobre el acceso al tratamiento de la infección por el VIH, el Sexto Congreso Internacional sobre el SIDA en Asia y el Pacífico, la XII Conferencia Internacional sobre el SIDA y las infecciones de transmisión sexual en África, la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona (España), la Décima Conferencia Internacional sobre las personas con VIH/SIDA, Puerto España; el Segundo Foro y la Tercera Conferencia de cooperación técnica horizontal en América Latina y el Caribe sobre el VIH/SIDA y las ITS, La Habana, y la Quinta Conferencia Internacional sobre el cuidado en el hogar y por la comunidad de

las personas con VIH/SIDA, Shanghái (Tailandia), así como la más amplia difusión de los resultados de esas actividades.

- Estudiar, con miras a que haya acceso más equitativo a los medicamentos esenciales, la viabilidad de establecer y poner en práctica, en colaboración con organizaciones no gubernamentales y otros interesados, sistemas para vigilar y dar a conocer, voluntariamente, los precios de los medicamentos en todo el mundo.

El siguiente gráfico recoge los pilares de planeación y avance mundial frente al VIH.

Gráfico 1. Eventos seleccionados en la respuesta mundial a la epidemia de VIH/SIDA



Tomado del informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. ONUSIDA



Situación de la pandemia en el mundo y en Colombia

4.1. El Mundo

Para iniciar este capítulo es necesario resaltar parte del prólogo del Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008, escrito por el director ejecutivo de ONUSIDA, Dr. Peter Piot: “...El mundo está, finalmente, realizando cierto progreso real en su respuesta al SIDA.

Los gobiernos actúan conforme a las promesas que han hecho en la Reunión de Alto Nivel sobre VIH y SIDA de las Naciones Unidas, para ampliar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para el año 2010. En 2008, un pequeño número de países ya proporcionan acceso universal al tratamiento antirretrovírico y a los servicios de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH. Otros ya se encuentran en camino de lograrlo. Y cada vez en más países, los niveles de infección por el VIH están en descenso. Pero esto es apenas el comienzo. Veinticinco años después de la aparición de la epidemia, el SIDA continúa desafiando todos nuestros esfuerzos. Actualmente, por cada dos personas que comienzan a tomar medicamentos antirretrovíricos, otras cinco contraen la infección. A menos que tomemos medidas urgentes para intensificar la prevención del VIH, no podremos sostener los avances de los últimos años, y el acceso universal se convertirá simplemente en una aspiración noble”.

En los países más afectados, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, ralentizó el crecimiento económico y profundizó la pobreza de los hogares. En África subsahariana sola, la epidemia ha dejado huérfanos a casi 12 millones de niños menores de 18 años. El VIH ha sesgado drásticamente la distribución etaria natural en muchas poblaciones nacionales de África subsahariana, lo que potencialmente plantea peligrosas consecuencias para la transferencia de conocimiento y valores de una generación a la siguiente.

En Asia, donde las tasas de infección son mucho más bajas que en África, el VIH genera una pérdida de la productividad mayor que cualquier otra enfermedad y, probablemente, empuje a otros seis millones de hogares a la pobreza para el año 2015, a menos que se intensifiquen las respuestas nacionales (Comisión sobre SIDA en Asia, 2008).

Según el (PNUD), el VIH ha infligido el “mayor revés individual en el desarrollo humano” de la historia moderna (PNUD, 2005). Al mismo tiempo, la epidemia elevó la conciencia mundial sobre las disparidades en materia de sanidad y catalizó una acción sin precedentes para hacer frente a algunos de los obstáculos más graves para el desarrollo en el mundo.

El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde el año 2000. En 2008, se registraron 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el SIDA. La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países pero, a nivel mundial, el aumento de nuevas infecciones en otros países contrarresta, al menos en parte, estas tendencias favorables.

A medida que aumentó el acceso al tratamiento en los últimos diez años, disminuyó el número anual de fallecimientos por SIDA. África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH. En 2007, le correspondió el 67% de todas las personas que viven con el VIH, y el 72% de los fallecimientos a causa del SIDA. Sin embargo, algunos de los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones, como Indonesia, la Federación de Rusia y diversos países de ingresos altos.

A nivel mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH se ha mantenido estable (en el 50%) durante varios años, aunque la proporción de infecciones en las mujeres está aumentando en varios países.

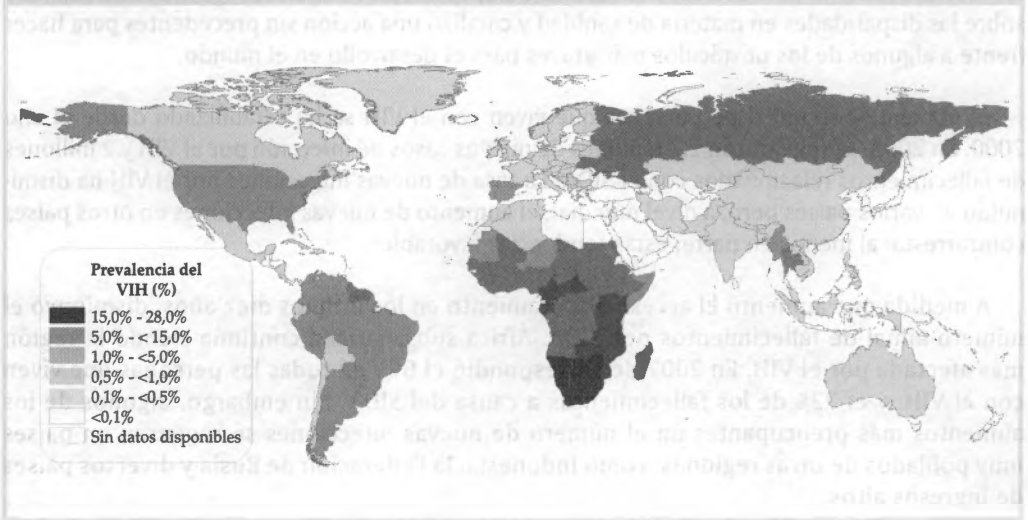
En casi todas las regiones fuera del África Subsahariana, el VIH afecta en forma desproporcionada a usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo.

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes que ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.

A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por SIDA son inaceptablemente altos:

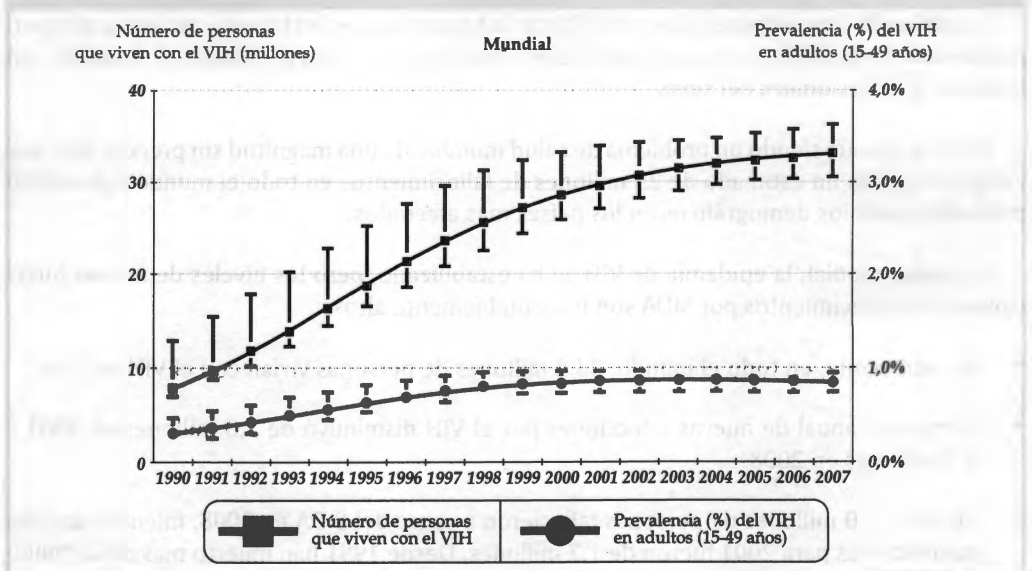
- Se estima que, en todo el mundo, 33.4 millones de personas vivían con el VIH en 2008.
- El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones en 2001 a 2,7 millones en 2008.
- En total, 2,0 millones de personas fallecieron a causa del SIDA en 2008, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones. Desde 1981 han muerto más de 25 millones de personas en el mundo por SIDA.
- África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: En 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por SIDA se produjeron en esa subregión. En conjunto, África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH. África tiene 14 millones de huérfanos a causa del SIDA.

Mapa 1



Fuente: ONUSIDA. INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA 2008

Gráfico 2.



Fuente: Onusida.

- Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.
- Se estima que, en 2008, 430.000 niños se infectaron con el VIH. A nivel mundial, el número

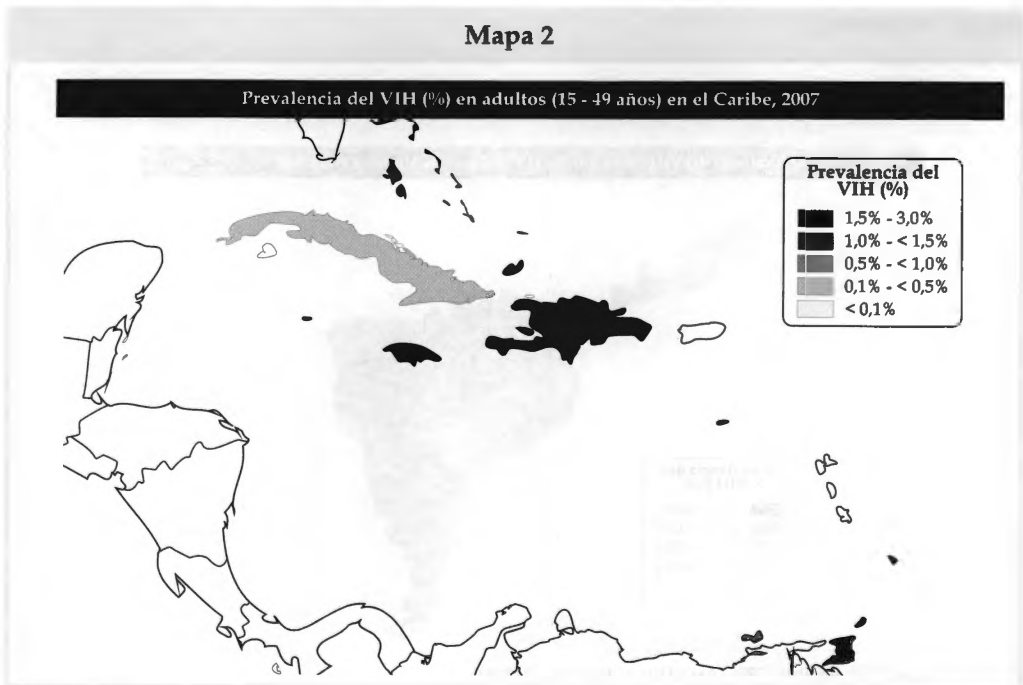
ro de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones en 2001 a 2,0 millones en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana.

Como el de los jóvenes es uno de los grupos poblacionales de mayor contagio, y dadas las dificultades prácticas de llevar a cabo estudios de la incidencia del VIH, se ha venido estudiando la prevalencia en serie del VIH a través del tiempo en hombres y mujeres entre 15 y 24 años. Los resultados de los programas de prevención muestran que al hacer seguimiento del comportamiento sexual de los jóvenes en los 35 países con prevalencia elevada, 19 llevaron a cabo, entre 1990 y 2007, encuestas nacionales que proporcionaron datos comparativos suficientes para evaluar las tendencias en el comportamiento sexual.

El porcentaje de mujeres y varones jóvenes (15-19 años) que se iniciaron en las relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años de edad disminuyó en siete países pero aumentó en Haití y Ruanda. La proporción de mujeres y varones jóvenes (15-24 años) que habían tenido más de una pareja en los doce meses anteriores disminuyó en diez países y permaneció constante en dos, pero aumentó entre las mujeres jóvenes en dos países y entre los varones jóvenes en uno.

El uso de preservativos aumentó entre los jóvenes. Entre los varones jóvenes (15-24 años) que habían tenido más de una pareja en los doce meses anteriores, las tasas de uso de preservativos se elevaron en doce países. Entre sus homólogas femeninas, las tasas de uso de preservativos se elevaron en ocho países. Si bien los cambios observados en el comportamiento no son estadísticamente significativos en cada instancia, las tendencias generales muestran que el comportamiento de riesgo ha ido disminuyendo en varios países.

Mapa 2



4.2 El Caribe.

Se estima que, en 2008, unas 240.000 personas vivían con el VIH en el Caribe (alrededor de tres cuartos de estas personas en la República Dominicana y Haití), que unas 20.000 personas se infectaron con el VIH en esta región y que unas 12.000 fallecieron a causa del SIDA.

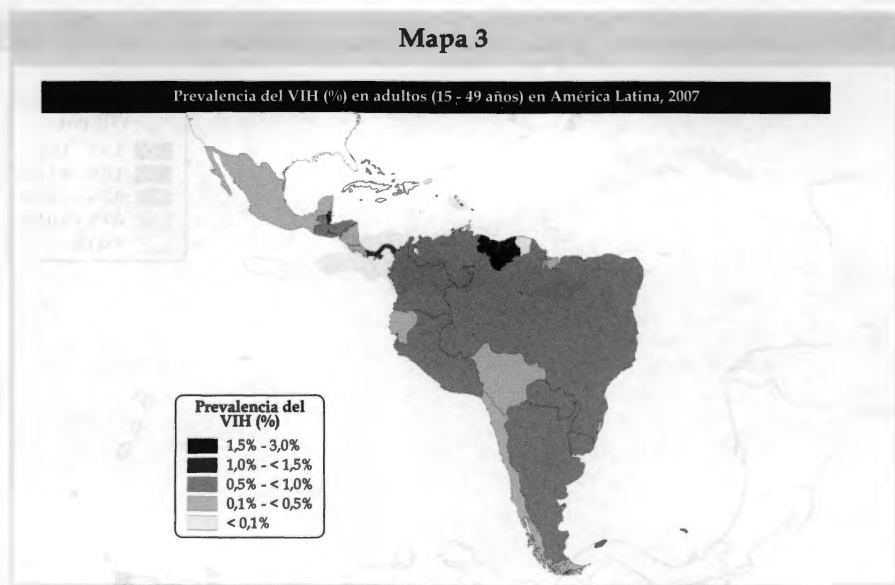
Los sistemas de vigilancia del VIH empleados en varios países del Caribe son todavía inadecuados, pero la información disponible indica que la mayoría de las epidemias de la región parecen haberse estabilizado, en tanto unas pocas se han reducido en las zonas urbanas.

En el Caribe, la principal vía de transmisión del VIH es el coito heterosexual sin protección, remunerado o de cualquier otro tipo. No obstante, las relaciones sexuales entre hombres, aunque en general negadas por la sociedad, constituyen también un factor significativo en varias epidemias nacionales.

4.3 Latinoamérica.

En esta región, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2008 fue de 170.000 y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones. Según las estimaciones, aproximadamente 77.000 personas fallecieron a causa del SIDA durante el mismo año.

La transmisión del VIH en esta región se da principalmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, profesionales del sexo y, en menor medida, entre usuarios de drogas inyectables.



Fuente: ONUSIDA. INFORME SOBRE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE SIDA 2008

4.4 Colombia.

Son varios los procesos estructurales que contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia del vih/SIDA en Colombia y la forma como la sociedad colombiana la enfrenta. Algunos de ellos están directamente relacionados con el contexto socioeconómico nacional y, otros, con la situación y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, principal marco de referencia para el desarrollo de la respuesta nacional. La situación de pobreza, el desempleo, el conflicto armado y el desplazamiento forzado son algunos de los procesos más significativos inherentes al contexto social y económico³⁵.

Al margen de las discusiones conceptuales y metodológicas sobre su forma de medición, es claro que vivir en condiciones de pobreza implica un aumento en la vulnerabilidad social e individual ante el VIH/SIDA. La condición de pobreza se vincula a la falta de acceso a servicios de educación y salud reflejada, en últimas, en el poco acceso a métodos de promoción de la salud, prevención específica de la enfermedad, asesoría, diagnóstico temprano y atención integral de los casos. Las penurias económicas y la exclusión social pueden llevar, especialmente a mujeres y niños, al ejercicio del trabajo sexual, a prácticas de sexo transaccional y al sometimiento a relaciones sexuales no consentidas ni protegidas [unaids, 2004].

La Organización Mundial de la Salud, a partir de la clasificación propuesta por el Banco Mundial, establece que la epidemia de VIH es concentrada cuando la prevalencia en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y, en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ubica Colombia, y en general a la región Andina.

Para finales del año 2003 y con base en los reportes de ONUSIDA, la prevalencia general estimada para Colombia era de 0.42%. Sin embargo, en varios estudios de seroprevalencia realizados en Hombres que tienen Sexo con Hombres se encontraron tasas que fluctúan entre el 10 y el 18%, lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en hombres que tienen prácticas homo y bisexuales.

Para las personas entre 15 y 49 años, la prevalencia estimada a 2009 es de 0.59%,.

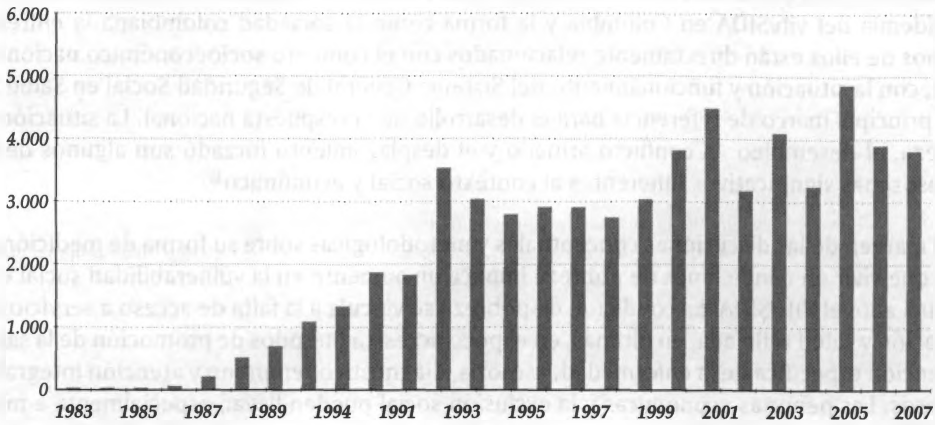
Se disponen de los datos de notificación obligatoria de casos través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA-, el cual tiene ciertas limitaciones de cobertura y calidad de datos, debido al diagnóstico tardío, al subregistro, a las fallas de registro y al retardo en la notificación.³⁶

Se han reportado 64.738 casos de infección por VIH, de SIDA y o de fallecidos por esta causa. Esta cifra corresponde a los casos acumulados a 2008. La diferencia entre lo no acceden al diagnóstico.

35 Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del Arte 2000-2005. ONUSIDA

36 Resumen de situación de la epidemia por Vih/SIDA en Colombia. Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Dirección General de Salud Pública, Grupo de Promoción y Prevención.

**Casos Anuales de VIH / SIDA / MUERTES
Colombia 1983 - 2008**



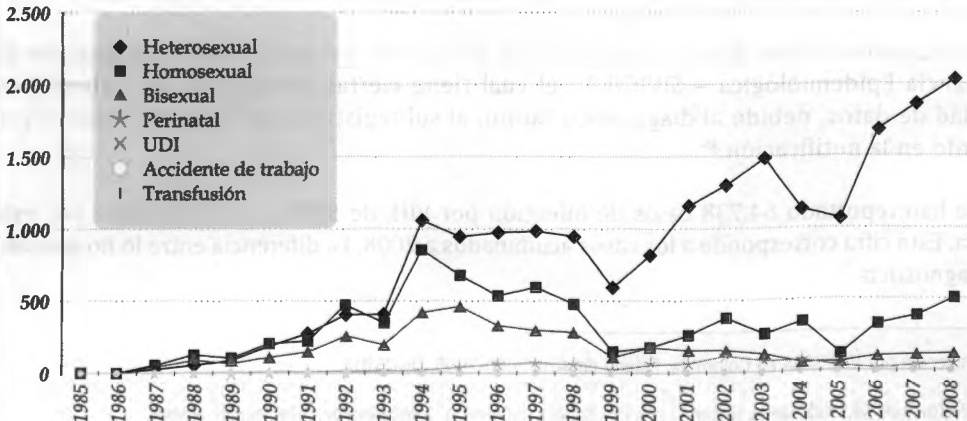
Fuente: INS. SIMIGILA

La meta planteada en los Objetivos del Milenio para el 2015 fue mantener la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en la población entre 15 y 49 años. Esta meta se encuentra aún cumplida considerando los resultados del VI Estudio Nacional Centinela, que reportó 0.67%.

El 76% de los casos reportados con registro individual son hombres y el 23.3% son mujeres (existe falta en el reporte de la variable sexo en el 0.99% del total de las fichas de notificación).

Del total de casos registrados, el 38% no han identificado un mecanismo probable de transmisión, pero puede asumirse que, en su mayoría, son hombres que temen revelar su compor-

**Casos Incidentes de VIH/SIDA por mecanismo probable de transmisión.
Colombia 1985 - 2008**



Fuente: INS casos notificados

tamiento sexual a causa del estigma y la discriminación que se presentan subsecuentemente al diagnóstico.

En el 52% de los casos en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 60% corresponde al comportamiento heterosexual y, el 36%, al homosexual y al bisexual.

El grupo poblacional más afectado agrupado por grupos quinquenales, es el de 25 a 29 años con una proporción equivalente al 15%³⁷.

Desde el año 2006, el Ministerio de la Protección Social asumió la tarea de financiar la estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH que se inició con el apoyo de la comunidad económica europea y la gestión nacional del ONUSIDA. Actualmente, el Instituto Nacional de Salud implementa la estrategia, cuyo propósito es brindar diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en las mujeres gestantes en población vinculada.

En el periodo de 2003 a 2007 se han realizado un total de 556.164 pruebas a 547.164 gestantes, de las cuales en el año 2007, con fecha de corte a septiembre, se han procesado 112.893 pruebas. En el acumulado general de los cinco años han resultando 1.127 gestantes diagnosticadas con el VIH, de las cuales, en 2007, se han diagnosticado 184 mujeres, lo cual significa que, como resultado global acumulado de la estrategia, el 0.21% del total de gestantes tamizadas han tenido un diagnóstico confirmado.

Del total de gestantes diagnosticadas, el 79.6% han recibido tratamiento antirretroviral profiláctico. De las 1.127 gestantes con VIH se tiene información de 866 nacimientos, de los cuales 827 (95.5%) han recibido profilaxis. Adicionalmente, 746 (86.1%) de los nacidos han recibido fórmula láctea para complementar las medidas de prevención de la adquisición de la infección en el posparto por vía de lactancia materna.

De los 866 niños y niñas, únicamente se presentaron 30 (3.5%) casos de niños y niñas VIH positivos. Para el año 2007, de los 132 nacimientos hubo 5 casos diagnosticados (3.8%).

Con las intervenciones realizadas anteriormente, y teniendo en cuenta que el porcentaje de niños que nacerían infectados de madres positivas sin ninguna intervención fue del 28%, el último año (2007) se evitó que 32 niños nacieran con el Virus del VIH. En el balance general de estos cinco años, se evitaron 212 casos de transmisión perinatal.

El país está comprometido con el logro de las metas de los ODM que se adoptaron y adaptaron mediante el documento del Conpes 091, el cual enuncia "Para 2010, aumentar en un 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran y, para 2015, aumentar esta cobertura en un 30%. Línea de Base 2003: 52,3". A partir de lo anterior se establece que para 2010 Colombia debe alcanzar el 60.1%, lo cual superará la meta. Para el año 2007, con datos parciales, se informó de 19.097 personas que recibían Terapia Antirretroviral por las diferentes entidades de aseguramiento y las DTS en lo pertinente a las personas sin aseguramiento. Lo anterior equivale al 76,0% del indicador global de cobertura.

37 Cálculos del PNUD con base en las cifras del Observatorio Nacional de VIH/SIDA. MPS para 2008.

Se aclara que las personas con VIH no siempre requieren tratamiento antirretroviral, lo que hace menor el denominador, que hace referencia a quienes necesitan los ARV. La diferenciación de casos de requirientes es muy limitada.

Tabla 1. Población viva con VIH/SIDA y personas con TAR. Cobertura global de TAR en personas con VIH y SIDA. Colombia, 2005 a 2007.

Año	Población viva identificada VIH/SIDA	Pacientes en tratamiento ARV	% Global en tratamiento	% sin tratamiento
2005	20.697	16.500	79,7%	20,3%
2006	23.937	17.322	72,4%	27,3%
2007*	25.122	19.097	76,0%	24,0%

Fuente: Garavito, Ruiz. Estructura regulatoria y del mercado institucional os medicamentos ARV en Colombia. Processum. ONUSIDA, MPS. Bogotá. Noviembre 2006 * Dato parcial

La estructura de cumplimiento de ODM es la siguiente:

Línea de base	2003	52.3%
Seguimiento	2005	79.7%
Seguimiento	2006	72.4%
Seguimiento	2007	76.0%
Seguimiento	2009	71.0%
Meta 1 a	2010	60.1%
Meta 2 a	2015	78.2%³⁸

5. Efectos de la pandemia del VIH/SIDA sobre el desarrollo humano

La Organización Mundial de la Salud define salud como “estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”.

El PNUD define desarrollo humano como el proceso de expansión de las libertades reales del que dispone cada persona para ser o hacer en la vida lo que valora, en tanto de estrategia de desarrollo afirma que es un proceso de desmonte de las privaciones que sufren las personas y que les impide tener capacidad de elección o disponer de mayores oportunidades.

En este sentido la ausencia de salud afecta negativamente al desarrollo humano.

38 Informe técnico cobertura de tratamiento antirretroviral - TAR VIH/SIDA Colombia 2006 – 2008. OBSERVATORIO NACIONAL DE GESTIÓN EN VIH/SIDA Luis Ángel Moreno Díaz.

Existe un vínculo entre desarrollo humano y VIH. Los logros en desarrollo humano en los diferentes países, incluido un mayor ingreso real per cápita y un menor grado de desigualdad económica medido por el índice de Gini, tienden a contener la expansión de la epidemia.

“El VIH SIDA mina los avances en las capacidades humanas básicas y niega a la gente las oportunidades para una vida larga, saludable, creativa y productiva”.³⁹

El VIH y el SIDA frenan para el desarrollo atentando contra las capacidades y oportunidades, y contra la capacidad de agencia la libertad al provocar la muerte prematura, limitar las funciones, lo que una persona es capaz de realizar y su capacidad de agencia y; limitar las capacidades y la posibilidad de elegir al minar las oportunidades.

El VIH SIDA como fruto de privaciones aumenta la vulnerabilidad de los sujetos en temas como la pobreza, las desigualdades, el bajo nivel educativo, las migraciones, las relaciones de género, la falta de gobernanza, el acceso limitado a servicios, la falta de gobernanza, el estigma y discriminación, el no respeto de derechos humanos, etc.

El VIH / SIDA tiene un impacto no sólo sobre las personas que lo portan, sino también sobre sus familias, comunidades e incluso a nivel nacional, afectando las tendencias demográficas de un país, de su economía, de la seguridad nacional y de los servicios esenciales que debe ofrecer un Estado.

Bajo este concepto de desarrollo humano se afirma que el diseño e implementación de políticas alrededor del VIH y SIDA responden a estrategias de desarrollo humano en la medida en que identifican y ayudan al desmonte de las privaciones que sufren las personas (y el país) y contribuyan -respetando los valores de eficiencia, equidad y empoderamiento-, a aumentar sus libertades.

Se busca evaluar si el efecto de dichas políticas se centra en la formación y uso de capacidades humanas en cuanto a:

- Una vida larga y saludable,
- Tener conocimientos,
- Un empleo digno,
- Tener ingresos,
- Participar en la vida pública y social

Desde una perspectiva de Derechos Humanos,⁴⁰ es necesario incluir acciones afirmativas para igualar dichas capacidades en los grupos más vulnerables.

39 INDH 2000 Bostwana

40 Mendiguren Berta, conceptualización del vínculo entre desarrollo humano, VIH Y SIDA. Santo Domingo, Octubre 2007

El estudio Medición del impacto del VIH-SIDA sobre el desarrollo humano realizado por Fidel Geraldino en 2007 destaca:

Efectos de una epidemia del VIH-SIDA:

- Reducción en la fuerza laboral y productividad
- Reducción en el número de trabajadores y ahorradores con relación al resto de la población.
- Incremento en salarios y otros costos como resultado de una disminución de la fuerza laboral
- Menos ingresos fiscales y un ahorro nacional (público y privado) reducido
- Aumento en gasto en salud y asistencia social, lo que puede reducir el ahorro nacional, la inversión y el crecimiento.

El marco conceptual usado en la estimación del impacto macroeconómico de una epidemia de SIDA contiene elementos económicos y demográficos.

Las unidades de eficiencia laboral, que captura el efecto del SIDA sobre la productividad y la oferta laboral, así como la carga fiscal de los costos de salud y seguridad social asociados al SIDA son los canales explícitos que unen las esferas demográfica y económica. En el estudio se modelan un escenario "sin SIDA" y otros tres "con SIDA". Se comparan los resultados analizando diferencias en crecimiento (del PIB) y otros aspectos de la epidemia.

Modelos económicos utilizados:

- Swan-Solow y Ramsey
- Mega

Modelo Swan-Solow y Ramsey

Mide la evolución de la economía bajo el ejemplo de un país (Rusia) dados los siguientes elementos:

- Función de crecimiento macroeconómico
- Función de ahorro
- Cambio en el capital
- Cambio en la fuerza laboral

La especificidad de este modelo radica en que las funciones de ahorro y de cambio en la fuerza laboral miden el efecto demográfico de una epidemia de VIH-SIDA. Los resultados son:

- La epidemia del SIDA disminuye el crecimiento del PIB en 6, 11 y 14% según sea "baja", "media" o "alta".
- El resultado, según el modelo Ramsey, es 0.25-2.0%, menos que en el modelo Solow.
- - Según Solow la epidemia del SIDA disminuye el crecimiento del PIB en 6, 11 y 14% según la epidemia sea "baja", "media" o "alta".

- El modelo Ramsey llega a las mismas conclusiones del modelo de Solow, en tanto que identifica que la epidemia del SIDA disminuye el crecimiento del PIB, sin embargo el impacto lo ubica en un rango entre 4 y 5.75 puntos porcentuales para una epidemia baja; entre 9 y 10.75% para una epidemia media; y entre 12 y 13.75% para una epidemia alta. Es decir, en general el modelo Ramsey, tiene resultados entre 0.25-2.0% menores a los del modelo de Solow.
- El crecimiento anual del PIB se reduce en 0.2, 0.4 y 0.53%. El impacto sobre el PIB per cápita es menor, debido a la población decreciente.
- Por lo tanto, el efecto de una epidemia de VIH-SIDA sería menor sobre el nivel de vida que sobre el producto y el ingreso agregado.

MEGA

Es el modelo computarizado de una economía que permite simular cómo se comportará una economía o ciertos elementos dentro de la economía dados ciertos parámetros.

Por lo general, el modelo Mega cuenta con tres elementos básicos: (1) actores o agentes de la economía; (2), bienes y servicios que estos actores intercambian y; (3), reglas de comportamiento de los actores.

El modelo sugiere que:

- La eficiencia del trabajo cae entre 3.3 y 8.5%
- El gasto en salud y seguridad social, aumenta entre 0.41 y 1.05%.
- El producto cae entre 8 y 10%.
- El PIB per cápita cae entre 3.1 y 7.8%
- El salario promedio cae un 8%.

Evaluación del impacto demográfico

Se crea un modelo de evolución de la población y se analizan dos escenarios, uno "sin SIDA" y otro "con SIDA" que se realiza en 3 etapas con varios supuestos.

Etapas 1: Proyección demográfica sin VIH/SIDA. Se elige un año base para la proyección que debe ser anterior a la aparición de los primeros casos de SIDA en un país (en este caso se tomó a Burundi en 1990). Luego se estima la evolución de la población basándose en una serie de supuestos del tipo estructura de la población por sexo y edad es la misma que en 1990; tasa de fecundidad de 6.3, su valor en 1990; esperanza de vida de 50.1 para los hombres y 53.1 para las mujeres en 1990 y; se ignoran las migraciones internacionales.

Etapas 2: Proyección demográfica con VIH-SIDA. En esta etapa se adelanta una estimación de la tasa de prevalencia de VIH-SIDA en la población adulta para todos los años del periodo; una estimación de otra serie de parámetros: año de aparición del primer caso de VIH-SIDA

en el país objeto del análisis (1990), tasa de transmisión perinatal (35%), porcentaje de niños seropositivos que mueren antes de su primer año de edad (67%), esperanza de vida luego de la prueba que confirmatoria (1 año) y reducción porcentual de la fecundidad en mujeres seropositivas (30%).

Etapa 3: Evaluación del impacto del VIH-SIDA comparando los dos escenarios. La esperanza de vida reacciona inmediatamente a la epidemia. Sin SIDA, la esperanza de vida cae a partir de 1994 debido a la guerra civil. La esperanza de vida cae a 50 años en 1997- 1999 y aumenta en el 2002 hasta alcanzar los 55 años en el 2005.

En el escenario "con SIDA", la esperanza de vida se encuentra en el 2005 en casi el mismo nivel que en 1990, o sea que no hay progreso. La diferencia entre los escenarios "con" y "sin SIDA" es de 6 años.

Impacto sobre el Índice de Desarrollo Humano

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) mide el concepto básico del desarrollo humano como ampliación de las opciones de las personas. El desarrollo humano tiene muchas dimensiones: vivir una vida larga y saludable, tener un nivel de vida digno, tener empleo, adquirir conocimiento, respirar aire limpio, ser libre, vivir en comunidad, etc. No todas estas opciones pueden ser cuantificadas. Hay que elegir por lo menos algunas dimensiones que se pueden cuantificar, e integrarlas en un índice con una sólida base metodológica.

El Índice de Desarrollo Humano se construye en cinco pasos:

1. Se eligen las dimensiones que se van a incluir
2. Se eligen los indicadores que medirán el progreso en cada dimensión
3. Se transforman los indicadores a una escala común.
4. Se determina la ponderación que se le va a asignar a cada dimensión
5. Se combinan los indicadores (transformados) según la ponderación elegida

Las dimensiones (paso 1) e indicadores (paso 2) incluidos en el IDH son:

- Disfrutar una vida larga y saludable
- Esperanza de vida al nacer (en años)
- Disponer de educación
- Tasa de alfabetización
- TBM en niveles primario, secundario, terciario
- Tener un nivel de vida digno

- PIB per cápita (en dólares PPA⁴¹)
- VIH-SIDA y esperanza de vida:
- La epidemia de VIH-SIDA conduce a mayores tasas de mortalidad y reduce la esperanza de vida.
- En Burkina Faso, en 1999, se estimó que, debido a la epidemia del SIDA, la esperanza de vida era de 10 a 11 años, una cifra inferior a lo que hubiese sido si la epidemia no se hubiese producido.

VIH-SIDA y educación:

El VIH/SIDA hace más difícil a las familias enfrentarse a los gastos escolares de los niños/as.

VIH-SIDA y PIB:

En 1995-1999 se estimaba que el PIB en Burkina Faso creció un 0.5% menos debido al VIH-SIDA, y entre 0.8 a 1% menos en 2000-2001.

Causas:

- La epidemia baja la productividad del trabajo.
- Se reducen las superficies cultivadas.
- Se gasta más en salud y menos en inversión.

Para estimar el impacto del VIH-SIDA sobre el IDH, Geraldino (2007) utilizó una regresión del IDH versus la tasa de prevalencia o el número de casos de SIDA.

$$\begin{matrix} \vdots \\ Y_{it} = B_0 + B_1 Y_{i0} + B_2 Y_{i0}^2 + B_3 * SIDA + e_i \\ \vdots \end{matrix}$$

Donde:

Y_{it} = Valor del IDH.

Y_{i0} = valor del IDH en un año anterior a la aparición del VIH.

SIDA = Tasa de prevalencia / casos por habitante de VIH-SIDA

El término cuadrático indica que el IDH crece más rápido para países con bajo IDH y lentamente para países con IDH elevado.

41 PPA quiere decir "Paridad de Poder Adquisitivo". Un dólar PPA es un valor calculado por el Banco Mundial. Indica cuántos dólares serían necesarios en Estados Unidos para comprarlo que un dólar compra en un país X.

En: 93 países.

Año 0: 1980

Año 1: 1.999

Los resultados de la regresión calculada con el método de Mínimos cuadrados Ordinarios fueron:

VIH/SIDA y el Índice de desarrollo humano, 1980-99 MCO	
Variable independiente	IDH 1999
constante	0.06
β IDH 80	1.22
β IDH 80²	-0.25
β Prevalencia 1999 por cada cien personas entre 15 y 64 años.	-0.004
N° de países	93
R²	97

Las estimaciones permiten concluir que el IDH (así como cada uno de sus componentes) tiene una relación negativa y significativa con la tasa de prevalencia del VIH-SIDA.

La relación es válida tanto para la tasa de prevalencia como para el número de personas infectadas, lo cual es lógico dado que la tasa de correlación entre ambos es de 87%.

En promedio, el IDH en 1999 era 4% menos de lo que hubiese sido sin la epidemia del SIDA.



Algunas recomendaciones para seguir avanzando sobre el logro de las metas incluidas en el ODM No. 6.

Las metas establecidas en el CONPES 091 de 2005 para avanzar hacia el logro de los ODM en lo referente al VIH/SIDA son:

1. Para 2015, haber mantenido la prevalencia de infección por debajo del 1,2%, en población general de 15 a 49 años de edad. Línea de Base 2004: 0.7%
2. Establecer una línea de base en el quinquenio 2005-2010 logrando medir la mortalidad por VIH/SIDA reduciéndola en 20% durante el quinquenio 2010-2015.
3. Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.
4. Para 2010, aumentar en un 15% la cobertura de terapia antiretroviral a las personas que la requieran y, para 2015, aumentar esta cobertura en un 30%. Línea de Base 2003: 52,3%.

Como se observó en el capítulo que menciona la situación del país frente a la pandemia, Colombia ha avanzado significativamente en el logro de las metas ODM definidas en el CONPES 091, incluso podría afirmarse que la mayoría fueron alcanzadas. Sin embargo, el reto es mantener los logros y mejorar la respuesta, para lo cual se requiere:

- Homogenizar los datos y estadísticas.
- Establecer metas que informen de la población que recibe tratamiento profiláctico de tuberculosis.
- Establecer una meta que informe sobre el acceso universal a la prueba presuntiva.
- Establecer una meta que informe sobre la conformación del banco de medicamentos.
- Más que definir una meta sobre el acceso a ARV, hubiese sido mejor haber incluido una meta de atención integral.

- Establecer metas e indicadores de prevención: uso del condón en poblaciones vulnerables y uso del condón en población general.

El Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008, si bien reconoce los avances mundiales frente a la pandemia, llama a los países a profundizar los esfuerzos bajo la idea de que:

- El éxito a largo plazo de la respuesta a la epidemia del VIH exigirá que se avance constantemente.
- Atender las cuestiones de violaciones de derechos humanos, desigualdad entre sexos, estigma y discriminación.
- Invertir considerablemente en la educación de las niñas, con el respaldo de políticas que impongan la educación primaria y secundaria universal obligatoria, reduciría en forma significativa el riesgo de contagio del VIH y la vulnerabilidad frente al virus para las mujeres y las niñas.
- Los programas fundamentados en pruebas para establecer normas de igualdad entre sexos deben adecuarse a las situaciones con especial atención a las iniciativas centradas en varones jóvenes y adultos.
- Los gobiernos nacionales y los donantes internacionales deben dar prioridad a las estrategias para aumentar la independencia económica de las mujeres y a las reformas legales que reconozcan los derechos de propiedad y herencia de las mujeres.
- Todos los países deben asegurar el estricto cumplimiento de las medidas contra la discriminación para proteger a las personas que viven con el VIH.
- El tercio de países que carece de amparos legales contra la discriminación por el VIH debe promulgar esas leyes inmediatamente. Además, los países deben proteger contra la discriminación a las poblaciones en mayor riesgo, garantizando que se les reconozcan los mismos derechos humanos que al resto de la población.
- Los países deben incluir estrategias contra la estigmatización como elementos integrales de sus planes nacionales sobre SIDA, e invertir en una amplia variedad de actividades que incluyan campañas de sensibilización pública y de difusión de los derechos de cada uno, servicios jurídicos para las personas que viven con el VIH, expansión del acceso a medicamentos antirretrovíricos y expresiones de solidaridad nacional en la respuesta al VIH.
- Es necesario hacerse a un mayor apoyo económico y técnico para que las organizaciones y redes de personas que viven con el VIH y los grupos en mayor riesgo de contraer la infección por el VIH puedan fortalecer su capacidad.
- Implementar políticas nacionales con un enfoque desde la perspectiva de los derechos humanos que garanticen
- Atención a los vulnerables y marginados en la epidemia del VIH (p. ej., mujeres, jóvenes,

personas que viven con el VIH, huérfanos, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, consumidores de drogas, profesionales del sexo, poblaciones móviles, grupos étnicos e indígenas y refugiados);

- Igualdad y no discriminación en los gastos en programas y aplicaciones del VIH;
- Programas para facultar a las personas vulnerables al VIH o a quienes viven con el virus que incluyan reforma legal, asistencia jurídica, educación en derechos humanos, movilización social, comunicación para el cambio social y apoyo para la sociedad civil;
- Programas diseñados para lograr los estándares de derechos humanos relativos al VIH (por ejemplo, protección contra la violencia sexual, igualdad entre sexos, educación, información, salud, empleo, acceso al progreso científico);
- Participación informada, activa, libre y válida de quienes están afectados por el VIH en el diseño, ejecución, vigilancia y evaluación de los programas relacionados con el VIH;
- Mecanismos de rendición de cuentas para gobiernos, organizaciones intergubernamentales, donantes y sector privado (p. ej., UNGASS y los principios de los “Tres unos”).

Un número cada vez mayor de estrategias, como las analizadas a continuación, puede reducir las desigualdades entre sexos y cambiar las normas de género perjudiciales.

- Educación
- Medidas multicomponentes para cambiar las normas de género perjudiciales
- Reducción de la violencia de género
- Estrategias para la generación de ingresos
- Promoción y apoyo.
- Fomento de la educación universal

En los últimos años ha aumentado la comprensión de los efectos perjudiciales del estigma y la discriminación, así como el número de instituciones y organizaciones que prestan mayor atención a estos efectos. Los diversos enfoques y estrategias exitosos surgidos en estos años incluyen

- Prevención de la discriminación por el VIH;
- Promoción del conocimiento y la sensibilización sobre el VIH, la tolerancia y la compasión;
- Aumento en la participación y visibilidad de las personas que viven con el VIH;
- Ampliación del tratamiento y;
- Prohibición de la discriminación hacia las poblaciones con mayor riesgo.

La epidemia mundial de VIH no puede revertirse, ni los avances para ampliar el acceso al tratamiento pueden sostenerse, sin un mayor progreso hacia la reducción de la tasa de nuevas infecciones por el VIH.

Las estrategias de prevención existentes pueden ser eficaces para reducir el riesgo de exposición al VIH. Sin embargo, los programas de prevención, en especial en países con epidemias concentradas, no llegan a muchas personas con un riesgo elevado de exposición al VIH, entre ellas, la mayoría de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los usuarios de drogas inyectables.

En los dos últimos años se progresó en la ampliación del acceso a los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil. Este progreso sugiere que, en el futuro y con suficiente financiación, compromiso y acción estratégica, este modo de transmisión del VIH pueda sólo presentarse de modo aislado.

Las iniciativas de prevención deben centrarse de un modo más estratégico en las parejas sexuales, en particular en las que incrementan el riesgo de exposición al VIH, entre ellas, las relaciones serodiscordantes y las parejas múltiples y concurrentes.

Los programas de prevención no alcanzarán su eficacia máxima a menos que estén respaldados por iniciativas eficaces que traten los factores sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad, como la desigualdad entre sexos, la discriminación y el estigma relacionados con el VIH, y la marginación social de las poblaciones más expuestas al VIH.

El sostenimiento de los avances en la prevención representa uno de los grandes desafíos para la prevención del VIH. Para mantener una respuesta de prevención que sea contundente, los países deben alimentar un "movimiento de prevención", desarrollar la capacidad técnica y poner a disposición los recursos humanos necesarios para sostener los esfuerzos de prevención, y trabajar para estimular una mayor demanda de servicios de prevención.

Los métodos de prevención del VIH deben incluir estrategias para:

1. Modificar comportamientos sexuales y de consumo de drogas;
2. Promover el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos;
3. Reducir el número de parejas sexuales;
4. Mejorar el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual;
5. Ampliar el acceso al asesoramiento y las pruebas de VIH;
6. Aumentar el acceso a programas de reducción del daño para consumidores de drogas;
7. Promover la circuncisión médica masculina; y
8. Garantizar el control eficaz de la infección en ámbitos de atención sanitaria

Según se ha comprobado, los programas de protección social que brindan ayuda monetaria a hogares afectados por el VIH tienen la capacidad de aliviar el impacto de la epidemia y deben ser llevados a escala de inmediato en los países más afectados.

La reforma legal, en combinación con campañas de sensibilización comunitaria, asistencia jurídica y apoyo para el cumplimiento de la ley, puede fortalecer la protección para viudas y niños que quedaron huérfanos por el VIH.

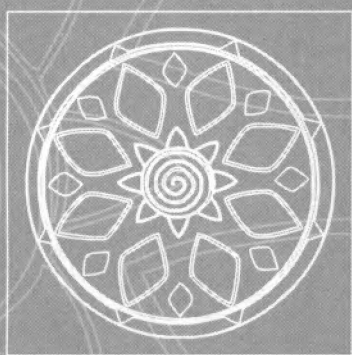
Los programas de tratamiento antirretrovírico son cruciales para mitigar el impacto de la epidemia pero deben ser complementados por iniciativas dirigidas específicamente a los hogares, las comunidades y los sectores más afectados por el VIH.

EN ESTE CAPÍTULO

1. Introducción
2. El medio ambiente es una preocupación mundial
3. ODM 7 - sostenibilidad ambiental
4. Protección de bosques
5. Promoción de áreas protegidas
6. Atención a asentamientos críticos
7. Garantizar el abastecimiento de agua
8. Garantizar la cobertura de saneamiento básico
9. Eliminar las sustancias agotadoras del ozono
10. Indicadores para el ODM 7 en Colombia
11. Bibliografía



Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 7



Garantizar la Sostenibilidad del Medio Ambiente

Humberto Tobón*

*Humberto Tobón. Economista y Comunicador Social con estudios de especialización en economía ambiental, finanzas privadas y ciencias políticas. Es consultor sénior del proyecto Objetivos de Desarrollo del Milenio del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, y su especialidad tiene que ver con temas relacionados con sostenibilidad ambiental, formulación de políticas públicas y modelos de desarrollo, sobre los cuales ha publicado varios libros.



Introducción

La gravedad de los acontecimientos relacionados con el cambio climático, el hambre, el modelo de producción basado en la depredación de los activos naturales y los altos niveles de consumo, han obligado a la sociedad a mirar con preocupación el tema ambiental. Gracias a esto, se ha superado la etapa donde sólo prevalecía la mirada crítica de las organizaciones ambientalistas pasando a una fase en la que la comunidad científica, los ciudadanos comunes y corrientes, los empresarios y los funcionarios públicos adoptan posiciones cada vez más comprometidas con la búsqueda de alternativas para asegurar la sostenibilidad.

Los conceptos básicos de sostenibilidad que se defendieron en Estocolmo en 1972 se mantienen vigentes, pero el tipo de amenazas y riesgos se han potenciado dramáticamente. Para entonces se comenzaba a hablar de los peligros ambientales del uso de los combustibles fósiles, hoy se sienten ya los efectos por el cambio climático; ayer se lanzaban arengas en favor de la capa de ozono, hoy se intenta controlar los propelentes que han abierto inmensos huecos que exponen a las personas a los rayos ultravioletas; ayer se advertía sobre la necesidad de utilizar energías alternativas, hoy muchas de ellas apenas están en el proceso de experimentación y, las que ya han sido desarrolladas, no se comercializan por las presiones de la poderosa industria petroquímica; ayer se advertía que habría una hambruna universal ante la imposibilidad de producir alimento para la creciente población mundial, hoy hay un alto riesgo de hambre, a pesar de que la producción agrícola se ha triplicado debido a iniquidades en la distribución, acciones especulativas en el mercado y usos alternativos para la comida.

El precepto básico de la sostenibilidad de asegurar para las presentes y futuras generaciones un ambiente digno, es una apuesta ética de la humanidad que, sin embargo, se resquebraja de manera paulatina corriendo el peligro de llegar a un punto de no retorno para la supervivencia de la humanidad en el planeta.

El hombre ha hecho todo lo posible por dañar su entorno y atentar contra aquellos elementos que le permiten vivir. Descarga anualmente miles de millones de toneladas de bióxido de carbono a la atmósfera, sobrepasando la capacidad del planeta de autolimpiarse; ha creado un

sin número de elementos químicos y de gases que han variado el clima y puesto en serio riesgo la vida de millones de personas; no ha logrado superar las barreras de la pobreza para más de la mitad de los habitantes, a quienes no se les brinda un alimento digno, ni se les asegura un acceso adecuado a agua potable y permite, sin inmutarse, que se deforesten los bosques y se pierdan para siempre especies que hacían parte de la biodiversidad.

Hay un respaldo tácito para que poderosas multinacionales se apropien por la vía de las patentes de la vida misma y dispongan para su beneficio empresarial de los activos biológicos que pertenecen a la humanidad.

La sostenibilidad responde a una concepción renovada que se mueve ya no tanto en la planeación como en el grito dramático que lanzan millones de personas para que se actúe con urgencia en el salvamento de la vida en la tierra. El problema de la actualidad es cómo garantizar una relación equilibrada entre el hombre, su modelo de producción y el entorno natural. El futuro se muestra incierto ante la falta de acciones contundentes para frenar los fenómenos que nos amenazan. Sin embargo, cualquier actuación debe responder a un consenso global, pues no bastan las buenas intenciones de una parte de la sociedad sino de toda ella en su conjunto.

Por esto toma relevancia el llamado de Naciones Unidas para cumplir con los compromisos aprobados en los protocolos de Kyoto y Montreal, así como las tareas acordadas en las distintas cumbres mundiales sobre el ambiente y las metas trazadas en el séptimo Objetivo del Milenio, que habla sobre sostenibilidad ambiental.



El medio ambiente es una preocupación mundial

Naciones Unidas ha convocado tres cumbres mundiales sobre el tema ambiental, procurando acuerdos políticos que aseguren el desarrollo sostenible. También se han elaborado Informes sobre desarrollo humano atinentes al agua y al calentamiento global, y se involucró el tema ambiental en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El primer gran esfuerzo realizado por la comunidad mundial se produjo a través de la Declaración de Estocolmo en 1972, en el marco de la Conferencia de Naciones Unidas sobre el Medio Humano en la que se plantearon tanto una alianza internacional como nuevos esquemas de cooperación entre los Estados para proteger el sistema ambiental y promover el desarrollo sostenible.

Allí se reconoció, por primera vez, la existencia de una interdependencia causa-efecto en la naturaleza que funciona de manera integral y tiene implicaciones sobre el bienestar de los pueblos y el desarrollo económico global. Esto, que hoy parece una obviedad, fue un concepto revolucionario en su momento con consecuencias sociales, económicas y políticas en el mundo entero.

Se advirtió sobre la manera como el modelo de producción humano y el comportamiento de la sociedad frente al medio ambiente estaban poniendo en serio riesgo el entorno natural, afectando de manera singular la calidad de vida de las personas, especialmente por el aceleramiento de la contaminación y el mal uso de los activos ambientales, y se pidió superar el subdesarrollo, combatir la pobreza y controlar el aumento de la población.

Un segundo esfuerzo fue la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, realizado en Río de Janeiro en 1992, conocido como la Cumbre de la Tierra. La declaración surgida de este certamen contiene 27 principios en los que se fortalecen el desarrollo sostenible y los derechos de los seres humanos a gozar de un ambiente sano y de una vida saludable y productiva.

Se hizo un llamado para que los Estados usaran apropiadamente sus recursos sin que esto pudiera causar daños al ambiente de otras naciones; se erigió la variable ambiental como un instrumento transversal al desarrollo; se logró que las naciones desarrolladas reconocieran los daños que le han ocasionado al medio ambiente y se pidió a los gobiernos aplicar políticas adecuadas en materia de control demográfico y otras que ayudasen a evitar la producción y el consumo insostenibles.

También se lanzó un programa para fomentar la participación ciudadana en la discusión de temas ambientales y en favor de la democratización de la información y; se planteó la necesidad de indemnizar a las víctimas de la contaminación y de aplicar normas para evitar la transferencia internacional de actividades y sustancias que causen degradación ambiental. Dos de los aspectos centrales de la declaración fueron implementar el criterio de precaución por parte de los Estados y poner en marcha el mandato de que *“quien contamina debe pagar por descontaminar”*.

El tercer esfuerzo se conoce como la Cumbre de Johannesburgo. Se trata de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible realizada en 2002, cuyo propósito esencial era evaluar el avance logrado en el cumplimiento del Programa 21 y la sostenibilidad ambiental. En la Declaración, los participantes se comprometieron a unir esfuerzos para salvar el planeta y reconocieron que el medio ambiente seguía deteriorándose debido a la contaminación, los desastres naturales, la pérdida de biodiversidad, los cambios del clima y la desertificación.

Se afirmó que los avances en desarrollo sostenible eran dispares en desmedro de los países más pobres, lo cual obligaba a trabajar en un proyecto global de cooperación técnica y económica para disminuir la pobreza y asegurar a las familias el acceso al suministro de agua potable, saneamiento, vivienda adecuada, seguridad alimentaria y protección de la biodiversidad.

Se hizo un llamado a continuar desarrollando los compromisos contenidos en el Programa 21 y a viabilizar las metas acordadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Igualmente, se exteriorizó la urgencia de que la empresa privada asumiera responsabilidades frente al medio ambiente y actuara de manera transparente y estable.

2.1. Informes Mundiales de Desarrollo Humano.

En 2006 el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD-, elaboró un Informe sobre desarrollo humano titulado *“Final de la crisis de agua y saneamiento”* cuya afirmación central es que cuando las comunidades no tienen acceso a agua limpia y saneamiento adecuado se destruye un potencial humano y, de paso, se obstaculiza el desarrollo de la sociedad. La carencia de estos servicios públicos básicos afecta los derechos humanos y somete a las personas a la pobreza extrema.

PNUD considera que la cooperación internacional no ha sido lo suficientemente solidaria con proyectos en favor del agua y el saneamiento, y que los países industrializados no reflexionan adecuadamente sobre estos temas y su importancia para el desarrollo humano. Incluso, se afirma que a las personas que viven en países del primer mundo les resulta difícil imaginarse lo que significa la inseguridad del acceso al agua en un país pobre, porque ellos disponen de

un líquido potable seguro con sólo abrir la llave. En las naciones ricas es poco probable que alguien muera a causa de la falta de agua limpia.

El informe puso en evidencia las iniquidades en el consumo del agua, que en los países europeos oscila en 300 litros diarios por persona y, en Estados Unidos, en 575 litros; mientras en naciones más pobres, como Mozambique, es de menos de 10 litros diarios. Se sabe, por ejemplo, que los estadounidenses consumen cada año aproximadamente 25.000 millones de litros de agua mineral, que superan el consumo total de los 2,7 millones de personas de Senegal quienes carecen de acceso a una fuente de agua mejorada.

Los cálculos realizados en 2004 para este informe de PNUD, confirmaron que 1.100 millones de personas no tienen acceso a agua tratada. De ellas, 635 millones de personas se ubican en Asia Oriental y Meridional y 314 millones en África Subsahariana. Los menos afectados son América Latina y el Caribe y los estados árabes. En cuanto al saneamiento, 2.600 millones de personas carecen de infraestructura adecuada, de quienes 1.884 millones son asiáticos orientales y meridionales y 436 millones del África Subsahariana.

Quienes no tienen acceso a agua potable deben recogerla en drenajes, lagos y ríos, donde normalmente está infectada por bacterias. Para superar la situación, dice el PNUD, son necesarias más acciones y menos conferencias, indicando que el G-8 adoptó un Plan de Acción sobre el Agua para favorecer a los países pobres, el cual no tuvo ningún avance significativo. Además, afirmó que los foros mundiales sobre este recurso no han arrojado resultados positivos. Esta situación ocurre a pesar de que el mundo cuenta con la tecnología, los recursos financieros y la capacidad humana para erradicar la plaga de la “inseguridad de agua” de la vida de millones de personas.

La solución propuesta por el PNUD es que haya un plan global que unifique las donaciones bajo un único marco multilateral organizado bajo el auspicio de la ONU, la Unión Europea y el Banco Mundial, enfatizando en el reparto de recursos y ayudas para la generación de capacidades y buscando que los gobiernos nacionales promuevan planes creíbles y transparentes para brindar soluciones efectivas de acceso a agua potable. Este Plan no es el objetivo final en sí, *“sino un medio para mejorar la eficacia de la cooperación internacional y de establecer asociaciones de asistencia que puedan poner al planeta en marcha para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y progresar para conseguir el acceso universal al agua y al saneamiento”*, señala el Informe.

En 2007, el PNUD publicó el Informe sobre Desarrollo Humano denominado *“La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido”*, el cual parte de la premisa de que el cambio climático amenaza con erosionar las libertades humanas y reducir las opciones de progreso. Fenómenos como la creciente exposición a sequías, tormentas más intensas e inundaciones y crisis medioambientales están frenando los esfuerzos de las personas pobres del mundo por mejorar sus vidas y las de sus hijos e hijas.

El análisis que hace el PNUD es que el cambio en el clima podría revertir los avances conseguidos no sólo en el combate contra la pobreza, sino también en salud, nutrición y educación, poniendo en serio riesgo el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Se advierte en el Informe que los gases de efecto invernadero podrían acercar a la comunidad a un punto de inflexión donde los sucesos derivados del clima serían impredecibles y

no lineales, lo que se traduciría en catástrofes ecológicas que afectarían a los asentamientos humanos y minarían las economías nacionales. Además, denuncia que la sociedad actual está acumulando una deuda ecológica insostenible que se traspasará a las futuras generaciones.

Según afirma el documento, las naciones desarrolladas y sus ciudadanos son responsables de la mayoría de los gases de efecto invernadero que están atrapados en la atmósfera de la Tierra, pero serán los países en desarrollo y sus ciudadanos quienes pagarán el precio más alto por el cambio climático. Esto evidencia una realidad perversa ante la cual no han actuado de manera oportuna los países industrializados.

No actuar directamente para frenar los peligros en ciernes del cambio climático es catalogado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo como un *"ultraje a la conciencia de la humanidad"* y se convertiría en un error político mortal. Por eso, es necesario un consenso mundial para enfrentar el problema de los gases de efecto invernadero que producen el mismo daño si se originan en un país desarrollado o en uno subdesarrollado. Aquí la acción individual no tiene un significado práctico eficiente.

En este sentido, resalta el reconocimiento científico de que existe el calentamiento global y de que, en gran medida, es producto de las actividades humanas. A esto se agrega la acción política, que no puede seguir en la retaguardia de la evidencia científica y comportarse en consonancia con la urgencia de tomar medidas que disminuyan las emisiones de los gases de efecto invernadero y se cumplan los mandamientos del Protocolo de Kyoto. Un escenario adicional está dirigido a buscar energías limpias alternas que reemplacen los combustibles fósiles, responsables de la emisión de bióxido de carbono, uno de los elementos más dañinos para la atmósfera.

2.2. Convenios firmados por Colombia

El gobierno colombiano ha firmado distintos convenios internacionales que hacen parte del bloque de políticas ambientales del país. En 1972 se suscribió la Declaración de Río. En 1994 se ratificó el Convenio de Diversidad Biológica, que está contenido en la Ley 165 de 1994. El país hace parte de la convención relativa a los humedales de importancia internacional – Ramsar-, la cual se adoptó mediante la Ley 357 de 1997.

La Ley 461 de 1998 acogió los términos de la Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación y la Sequía. Con la Ley 464 de 1998 se reconoció la participación de Colombia en la Organización Internacional de las Maderas Tropicales. La Ley 253 de 1995 aceptó los mandamientos de la Unión Internacional para la Protección de las Obtenciones Vegetales. Mediante la Ley 56 de 1987, entró en vigor el Convenio de Cartagena sobre la protección y el desarrollo del medio marino en la región del Caribe.

Colombia también firmó y adoptó legalmente los protocolos sobre áreas y fauna especialmente protegidas en la región del gran Caribe y la lucha contra los derrames de hidrocarburos. El país hace parte desde 1990 del Convenio de Viena para la protección de la capa de ozono. En 1994 entraron en vigencia los mandamientos del Protocolo de Montreal. Adicionalmente, hace parte del convenio marco de cambio climático (1995) y del Protocolo de Kioto (2005).



ODM 7 Sostenibilidad ambiental

En el año 2000 se reunieron los Jefes de Gobierno y de Estado de 189 países acordando una proclama universal conocida como Declaración del Milenio. Entre los distintos temas que se abordaron, hay uno de especial importancia: *Cómo vencer el hambre y reducir la pobreza*. Este gran propósito se constituyó en el eje central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio donde, adicionalmente, se abordaron temas relacionados con educación, salud, sexualidad, VIH/SIDA, equidad de género, protección de la niñez, cooperación técnica y económica y medio ambiente.

Al finalizar el segundo milenio era evidente que el medio ambiente atravesaba un momento crítico, al punto de que se extendió el convencimiento de que si no se actuaba de inmediato existía la grave posibilidad de que las generaciones futuras no pudieran seguir viviendo en este planeta. Un discurso apocalíptico, quizás, pero basado en la vigencia de un modelo productivo predatorio, de unos hábitos de consumo insostenibles y de una gestión ineficiente de los residuos.

A pesar de la gravedad de la situación ambiental y de la afectación para una gran parte de la humanidad, el entonces Secretario General de la ONU, Kofee Anhan, denunció que *"durante la preparación de la Asamblea General del año 2000 nunca se trataron seriamente las cuestiones ambientales"*, y aseguró que esto puso de manifiesto *"la escasa prioridad que se asignó a estos problemas en la Cumbre del Milenio"*.

La queja y la preocupación de Anhan se entienden como una reacción a las metas globales que se aprobaron en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las cuales no llenan todas las expectativas frente a los peligros que se ciernen sobre la vida de las personas por un desequilibrio ambiental tan evidente. Las áreas en las que se concentraron los compromisos fueron reforestación, cobertura de acueducto y saneamiento básico, asentamientos humanos críticos y sustancias agotadoras de la capa de ozono.

Otros temas como calidad de agua, uso del suelo, calentamiento global, seguridad alimentaria, aumento de la población, riesgos naturales, contaminación atmosférica, energías

limpias, calidad del agua, control de vertimientos y de ruido, disposición de residuos, biotecnología y biopiratería, no hicieron parte de la agenda de discusión.

3.1. Relaciones del ODM 7 con los otros ODM

Uno de los debates más interesantes es el de la relación existente entre pobreza, contaminación y devastación de los recursos naturales. Hay un hecho que es evidente: los pobres ejercen una fuerte presión sobre los bosques de su entorno con el fin de conseguir la madera que les permita construir sus casas y prodigarse combustible. La pobreza se asienta en áreas de alto riesgo porque no tiene ninguna oportunidad de hacerlo en los terrenos seguros. Sus residuos son dispuestos de manera irregular, contaminando especialmente las fuentes de aguas.

Los estratos socioeconómicos más bajos y marginados son generadores de daños ambientales serios, pero nunca comparables con la responsabilidad que les cabe a las industrias automotriz, petrolera, química, maderera y carbonífera, por ejemplo, cuyo crecimiento está sostenido en la devastación de los recursos naturales, lo que conlleva a una afectación sustancial de la calidad de vida de las personas y ayuda a atraparlas en la zanja de la pobreza.

En este debate sobre la eternización de la pobreza por la vía del daño a los activos ambientales y la depredación de los recursos naturales, la responsabilidad de los gobiernos, especialmente de los países subdesarrollados, queda en evidencia, dado que la mayoría de ellos no tienen un control efectivo sobre las grandes industrias contaminantes y les facilitan su tarea a cambio de unas pocas divisas y de la generación de puestos de trabajo mal remunerados.

Otro aspecto que entra en el debate tiene que ver con las tendencias de consumo excesivo en los países desarrollados, a contrapelo de lo que ocurre en buena parte del resto del mundo, donde el hambre y la sed son una constante. El consumismo es un problema de dimensiones extraordinarias para la sostenibilidad ambiental del planeta, dado que se convierte en el combustible que mueve toda la industria que explota irracionalmente recursos como el agua y el bosque, y contribuye a que se afecte la calidad del aire y se generen residuos cada vez más agresivos con el medio natural.

La controversia se complementa con el compromiso incumplido de la cooperación técnica y económica de las naciones industrializadas de ayudar a mejorar las condiciones ambientales de los países pobres y propiciar las tareas de adaptabilidad y mitigación que se requieran para hacerle frente al cambio climático.

Es notorio que la variable ambiental tiene implicaciones críticas en la vida social y el campo económico. Gran parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se perjudican o benefician por lo que ocurra con el entorno natural. Por ejemplo, la contaminación atmosférica y los excesos en los niveles de ruido tienen impactos negativos en la salud de las personas y disminuyen su productividad.

La ausencia de saneamiento básico y la ingesta de agua descompuesta conducen a la muerte de miles de personas por enfermedades gastrointestinales. Los cambios climáticos extremos exacerbaban la aparición a mayores altitudes de los vectores de enfermedades como el dengue, la malaria, la leptospirosis y la leishmaniasis. Todos estos hechos han prendido las alarmas mundiales y obligado a los gobiernos a extremar medidas para controlar la mortalidad y morbilidad por causas totalmente prevenibles.

3.2. Indicadores del ODM 7

Las metas trazadas internacionalmente con relación al Objetivo de Desarrollo del Milenio 7, que se denomina “Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente”, son:

- Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Reducir la pérdida de diversidad biológica logando, para 2010, una reducción significativa en la tasa de pérdida.
- Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable
- Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

Para el caso colombiano se propusieron las siguientes metas en consonancia con los propósitos acordados internacionalmente:

- Reforestar al año 30.000 hectáreas de bosques.
- Consolidar las áreas protegidas del Sistema de Parques Nacionales Naturales, incorporando 165.000 nuevas hectáreas.
- Eliminar, para 2010, el consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono.
- Incorporar a la infraestructura de acueducto, por lo menos 7,7 millones de nuevos habitantes urbanos, e incorporar 9,2 millones de habitantes a una solución de alcantarillado urbano.
- Incorporar 2,3 millones de habitantes a una solución de abastecimiento de agua, y 1,9 millones de habitantes a una solución de saneamiento básico, incluyendo soluciones alternativas para las zonas rurales, con proporciones estimadas del 50% de la población rural dispersa.
- Reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios



Protección de bosques

La tierra cubre el 30% de su extensión con bosques, lo que suma 4.000 millones de hectáreas. Sin embargo, esta cifra sufre paulatinamente una disminución del 0,2% anual, dado que la relación neta de forestación es negativa en 8 millones de hectáreas cada año.

Los estudios relacionados con el sector forestal⁴² indican que en los últimos tres lustros se perdieron 120 millones de hectáreas de bosques, presentándose la situación más complicada en África y América Latina y el Caribe. En el continente negro, el daño anual es de 0,6% de la superficie forestal, en tanto en Latinoamérica llega a 0,51% con tendencia al alza.

Colombia tiene 61,2 millones de hectáreas de bosque natural, lo que cubre el 53% de la superficie del país y participa con el 1,57% de la cobertura boscosa del mundo. Sin embargo, la deforestación oscila entre el 0,18% (según Ideam) y el 0,24% (Centros de investigación), o sea, se están talando entre 90.000 y 120.000 hectáreas anuales. Para salirle al paso a esta situación, el gobierno colombiano se trazó como meta para el ODM 7 reforestar anualmente 30.000 hectáreas. Este propósito no se ha cumplido plenamente. En 2005 se reforestaron 46.00 hectáreas, pero en 2006 sólo se llegó a 6.000 hectáreas, mientras que en 2007 y 2008 apenas se logró superar la barrera de las 20.000 hectáreas, de acuerdo con los datos oficiales del gobierno nacional⁴³.

El panorama, tanto para el mundo como para Colombia, es poco halagüeño y sus efectos son críticos para la calidad de vida de las personas, la biodiversidad, la oferta hídrica, el clima y los suelos. Dicho de una manera más categórica, una gestión inadecuada del bosque afecta no sólo variables ambientales, sino también indicadores relacionados con la salud, la vivienda, la educación y la nutrición -elementos sustanciales de los Objetivos del Milenio- y, por lo tanto, pone en serio riesgo el cumplimiento de las metas.

42 Situación de los bosques del mundo, 2007. FAO

43 Informe sobre los ODM en Colombia. Planeación Nacional. Octubre de 2009

¿Por qué se tala?

Una parte muy importante de la madera que se tala tiene como destino procesos industriales. Esencialmente las presiones de la demanda se relacionan con la construcción de muelles, puentes y barcos, así como la decoración de casas, terminados de edificios y elaboración de muebles. Los negocios anuales de madera en rollo superan los 400.000 millones de dólares.

Las tendencias de la moda en favor de la madera en Europa, la creciente demanda de los países asiáticos y el alto volumen de negocios en el mercado internacional, son incentivos para la explotación de los bosques naturales, que en la mayoría de las ocasiones se hace de manera ilegal e inadecuada.

El mal manejo de los bosques ha obligado a algunos países importadores, no todos, a extremar las medidas para buscar que este tipo de comercio se realice con el lleno de los requisitos técnicos y legales, lo que obliga a las autoridades locales a hacer cumplir las normas e intentar frenar el saqueo. Sin embargo, estos esfuerzos han sido insuficientes y la ilegalidad se sigue imponiendo. La participación de la producción maderera colombiana en la deforestación total del país es del 11,7%.

Otro factor que acelera la tala de los bosques es el crecimiento de las áreas sembradas con coca y amapola. En Colombia, estas prácticas representan el 2% del total deforestado. De acuerdo con los mapas satelitales publicados, es evidente que en medio de las áreas boscosas se están desarrollando cultivos ilegales a pesar de los esfuerzos del gobierno por erradicarlos.

Con el auge de los agrocombustibles ya no basta utilizar biomásas como maíz, palma aceitera, caña de azúcar, soya y cebada, sino que los ojos se han puesto en la lignina, para convertirla en precursora química para la obtención de etanol. Esta biomasa lignocelulósica es un componente esencial de la madera cuya experimentación para obtener precursores químicos va muy adelantada.

Aunque las investigaciones se han concentrado en residuos forestales y agroindustriales, una vez se logre hacer eficiente industrialmente la ruptura de la molécula polimérica, la ambición humana por obtener la mayor rentabilidad posible no dejará árbol en pie. Aquí se concentra uno de los grandes peligros que enfrentan los bosques del mundo.

La pobreza extrema es un enemigo natural de los bosques. La mayoría de los pobres del África subsahariana, de la India y de Centro y Suramérica no tienen acceso a la electricidad ni al gas. De lo único que pueden echar mano para la cocción de sus alimentos y asegurarse calor en las temporadas de frío e invierno, es de los árboles que están a su alrededor. Es una deforestación para la sobrevivencia y no cederá hasta tanto el mundo desarrollado y rico acelere la decisión de sacar de la miseria a cerca de mil millones de personas. En Colombia, el uso de la madera como leña representa el 11% del total de la destrucción de la superficie forestal.

Otra de las causas para que la tala mantenga niveles tan altos es la mala práctica agronómica. Los campesinos pobres han agotado la tierra agrícola debido a la ineficiencia con que producen. La falta de asistencia técnica y la prevalencia de prácticas que dañan los suelos obligan a los habitantes del campo a quitarle paulatinamente espacio a los bosques naturales en busca de nuevos terrenos para producir alimento.

Sin embargo, lo que queda es un círculo vicioso de improductividad y de daños ambientales, ya que la tierra de los bosques no necesariamente es apta para la producción agrícola y pecuaria. Esto explica, en parte, que la tasa anual de productividad en el campo disminuya un 1%. Los datos oficiales señalan que en Colombia la expansión de la frontera agropecuaria, la colonización con propósitos urbanísticos y la construcción de obras de infraestructura, contribuyen con el 73,3% de la deforestación.

La urbanización está creciendo rápidamente en una carrera donde las que más sufren son las zonas boscosas arrasadas sin contemplación. El caso de América Latina es paradigmático, pues mientras en el mundo, de acuerdo con las estadísticas del Fondo de Población de Naciones Unidas, el 50% de las personas vive en las áreas urbanas, en esta parte del continente la urbanización representa el 72% y, en Colombia, llega al 74.3%, de acuerdo con las cifras del censo poblacional de 2005. El primer gran efecto de este fenómeno, es que la gente busca espacios para vivir encontrándolos en los cerros y montañas que circundan las ciudades.

Las consecuencias de la deforestación para dar cabida a la ola de urbanización, se refieren a procesos erosivos del suelo, aumento de las amenazas naturales por deslizamientos de tierra, crecimiento de la marginalidad social ante la imposibilidad de llevar a estos lugares los servicios públicos y sociales y afectación sustancial de los mínimos básicos de habitabilidad. Todo esto conlleva la descomposición del tejido social y la perpetuación de la pobreza.

Finalmente, aparecen los incendios forestales como una de las razones que incide en los daños a los bosques. Este fenómeno es inducido por el hombre en por lo menos el 90% de los casos, debido a quemas incontroladas y a actos vandálicos. La mitad de los incendios a nivel mundial se concentra en África.

Los efectos ambientales son dramáticos, porque tiene impactos directos sobre el calentamiento global, las fuentes de agua y las especies de fauna y flora. Los daños en la economía se evidencian en la pérdida de cultivos, ganado y bienes muebles, así como erosión de los suelos. Los incendios en Colombia representan en promedio el 2% de la deforestación, y en los últimos años el número de hectáreas pérdidas de bosques por esta razón ha crecido.

A pesar de todos estos datos, se debe reconocer el avance logrado en la consolidación de bosques plantados con fines industriales, que contribuyen a capturar dióxido de carbono, a recuperar algunos suelos y a evitar una marcha más acelerada de deforestación de los bosques naturales. Así mismo, se notan esfuerzos en varias regiones del mundo por consolidar un modelo de bosques forestales urbanos, con lo cual se intentan aminorar los impactos de la deforestación en el campo.

Impactos ambientales

Cada vez que se intervienen de manera irresponsable o ilegal los bosques, se producen impactos ambientales críticos que tienen que ver con la oferta de agua, la regulación de las escorrentías, el cambio climático, la disminución de la captura de CO₂ y la pérdida de elementos constitutivos de la biodiversidad.

Daños en el suelo.

Cerca de 2.000 millones de hectáreas en el mundo tienen problemas de degradación de los suelos, bien por deforestación, salinización o erosión. Esta situación afecta a una sexta parte de la población mundial y los costos directos por sus efectos dañinos en la productividad de la tierra ascienden anualmente a 40.000 millones de dólares. A esto se suma que 20 millones de hectáreas de tierra labrantía se degradan cada año.

Aumento de los riesgos.

El manejo inadecuado de los suelos, generado fundamentalmente por la deforestación, tiende a causar grandes avenidas en épocas de lluvias que erosionan la tierra, provocan deslizamientos y aceleran las inundaciones en las zonas bajas. El impacto de la gestión ineficiente del riesgo por causas antrópicas ha afectado en la última década a cerca de dos millones de colombianos ocasionando pérdidas que representan el 0,7% del PIB anual nacional.

Disminución de la oferta hídrica.

Cuando la deforestación crece, uno de los recursos que más sufre es el agua. Una vez las áreas amortiguadoras de las cuencas hidrográficas son taladas, la oferta hídrica desciende, lo que tiene repercusiones en la producción agrícola, la actividad industrial, la generación eléctrica y la provisión de los acueductos.

Se debe recordar que cerca de una sexta parte de la población mundial tiene problemas de fácil acceso al líquido, y que por lo menos 850 millones de personas carecen por completo de él. El caso de Colombia también es crítico. Además de la falta de agua potable en amplias regiones del país, miles de niños se enferman anualmente por el consumo de agua no tratada. De acuerdo con investigaciones académicas, ésta es la causa del 11% de las muertes en menores de 5 años.

Cambio climático.

Es la primera vez en la historia del planeta que el cambio climático se produce por efectos distintos a los ciclos naturales. El hombre y su actividad productiva están jugando como actores de primera línea en la modificación del clima de la tierra. La sociedad humana está depositando anualmente miles de millones de toneladas de dióxido de carbono⁴⁴ en la atmósfera, debido al consumo principalmente de 2.940 millones de toneladas de petróleo y de 2.122 millones de toneladas de carbón.

44 Anualmente se depositan 29.000 millones de toneladas de dióxido de carbono en la atmósfera. Un 25% corresponde a las actividades humanas. El 75% restante se relaciona con procesos naturales.

Frente a estos consumos tan exageradamente altos de combustibles fósiles, y ante la disminución paulatina de las áreas boscosas, el planeta se está quedando sin uno de los elementos capaces de absorber el CO₂, originando un fenómeno de efecto invernadero que amenaza seriamente la seguridad de la especie humana. Colombia aporta el 0,34% de los gases de efecto invernadero que hay en el mundo.

Relación bosques y pobreza

Si todos estos problemas relacionados con los bosques no se controlan adecuadamente, es evidente que se producirá un freno a la disminución de la pobreza, por lo que los esfuerzos hechos hasta el momento para cumplir con el indicador transversal de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se perderán.

El acrecentamiento de actuaciones ilegales, y una explotación irracional de los bosques, conducirá a que se afecte el clima, se presenten más desastres naturales, aumente en espiral la improductividad de la tierra, escaseen los alimentos, se eleve la desnutrición, haya menos agua disponible, se acelere la aparición de enfermedades y, en esencia, la mitad del mundo siga atrapada en la pobreza y por lo menos 1.000 millones de seres humanos no puedan salir de la miseria.

Acciones que se pueden emprender

El mundo es consciente de lo que está ocurriendo con sus bosques y por eso está actuando de manera concertada. Las autoridades públicas, los organismos de control ambiental, los industriales, los propietarios y trabajadores de la tierra y las organizaciones sociales, están avanzando en un diálogo abierto y franco procurando que exista una ordenación forestal eficiente: que se puedan introducir instrumentos económicos relacionados con los pagos por servicios forestales y ambientales; que las áreas protegidas sean sostenibles; que se revisen objetivamente las políticas forestales dictadas por los gobiernos; que se combata la ilegalidad en la explotación de los activos del bosque, no sólo a través de legislaciones modernas y acciones policivas, sino también apelando a la sensibilización social, la educación y la comunicación; que se plantee un modelo exitoso de lucha contra los incendios forestales y; que se fortalezcan las instituciones relacionadas con este tema y se incentive la participación de las organizaciones de la comunidad.



Promoción de áreas protegidas

Las acciones de protección son las formas más eficaces que ha ideado el hombre para hacerle frente a la depredación del medio ambiente, la destrucción de ecosistemas, la desaparición permanente de especies y la extinción de gran parte de la biodiversidad.

Uno de los resultados prácticos de esta estrategia es la aparición de las Áreas Naturales Protegidas, espacios especiales que pretenden resguardar la vida y quitarle escenario a la violencia rutinaria que socava los hábitats.

Gracias a estas áreas, se han logrado proteger los suelos, cuidar especies en vía de extinción, conservar los bosques naturales y asegurar la oferta de agua. Es un resultado sobresaliente en medio de tantas noticias desgraciadas para el medio ambiente.

Este tipo de áreas, que tienen un manejo especial, son capaces de aminorar los ataques constantes que el modelo productivo de la sociedad humana le propina a la naturaleza, pero no están en posibilidad de revertir las consecuencias de los daños.

Los expertos mundiales dicen que las áreas naturales protegidas son una respuesta desesperada pero pertinente, de evitar que el hombre destruya su entorno. Busca consolidar unos santuarios de la naturaleza para evitar que gran parte de la vida se pierda para siempre.

Las autoridades públicas, presionadas por las organizaciones ambientalistas, han tenido que adoptar decisiones muy fuertes tratando de mantener los ecosistemas, declarando grandes extensiones como parques naturales o áreas de manejo especial, en contravía, en algunas ocasiones, de los poderosos intereses del gran capital, en especial de las industrias extractivas.

En los países donde ha sido posible poner en marcha una política seria de áreas protegidas, los resultados son palpables: las cuencas hidrográficas subsisten, se logra un mejor equilibrio hidrológico, disminuyen los riesgos de desastres naturales, se protege el paisaje, cesan en gran medida los usos inadecuados de los suelos y se recuperan las especies en peligro.

Lo interesante de este tipo de espacios es que combina de manera muy eficiente las tareas de conservación de los recursos naturales con la restauración de los ecosistemas, sumando solidaridad en torno suyo para evitar daños ambientales en su interior.

Los campesinos han acogido las limitaciones que se imponen para las prácticas agrícolas y pecuarias dentro de estas áreas y respetan los principios de la sustentabilidad como un pilar para gozar de los servicios ambientales.

En estas zonas protegidas el mundo tiene la posibilidad de resguardar el conocimiento de la biodiversidad; investigar profundamente las intrincadas relaciones de los ecosistemas; generar inquietudes sociales sobre el valor que representan los activos ambientales para la vida en el planeta y; ayudar a producir cambios en el comportamiento ciudadano frente a su entorno natural. Sin embargo, estos espacios naturales poseen una utilidad limitada para proteger y conservar, debido a las restricciones de espacio.

Colombia se propuso dentro de sus metas del milenio, lograr antes de 2015 consolidar su sistema de Áreas Naturales Protegidas con 165.000 nuevas hectáreas. La cifra entre 2003 y 2008 alcanzó las 940.000 hectáreas nuevas, con lo cual se sobrepasaron las expectativas del país, que hoy cuenta con una cuarta parte de su territorio como parques o reservas forestales. América Latina, por su lado, tiene un 17,8% de su extensión con este tipo de restricciones.

En el país hay 144 tipos de ecosistemas continentales, marinos y costeros, de los cuales 54 son áreas protegidas, administradas por el Sistema de Parques Nacionales Naturales. En los últimos 35 años Colombia pasó de tener 2,5 millones de hectáreas protegidas a 11,5 millones. Adicionalmente, en el país hay cerca de 10 millones de hectáreas, diseminada por el territorio nacional, que no cuentan con manejo especial y que no hacen parte de los parques y reservas naturales, ni de los santuarios de fauna y flora.

Las áreas protegidas tienen planes de manejo que consultan sus condiciones especiales de biodiversidad, su ubicación, su vocación, su riqueza y sus relaciones con las comunidades que están en su interior o a su alrededor.

La participación de las personas en la definición de los alcances de los planes de manejo de las zonas protegidas indica la existencia de un compromiso social con la protección del medio ambiente y el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales. Es una actitud racional en pro de la defensa y el bienestar de la sociedad, pues la evidencia muestra que quienes destruyen o deterioran su entorno están sometidos a graves consecuencias, que van desde los desastres hasta la hambruna.

Uno de los ejemplos más importantes en Colombia relacionados con la protección está en Risaralda, donde, gracias al interés de la Corporación Autónoma Regional (la autoridad ambiental de este departamento) y los gobiernos departamental y municipales, se ha declarado el 36% del territorio como Área Natural Protegida, distribuidos entre parques nacionales, regionales y municipales, así como en zonas de manejo espacial de carácter étnico y reservas de la sociedad civil. En Risaralda se creó el primer sistema departamental en Colombia relacionado con este tema.



Atención a asentamientos críticos

Existe una relación imbricada entre el creciente fenómeno del urbanismo y los impactos en el desarrollo humano, el comportamiento de la economía, la convivencia social y el medio ambiente.

La tierra alberga en 2010 aproximadamente 6.700 millones de habitantes. La mitad de ellos viven en áreas urbanas, lo cual demuestra la consolidación de un fenómeno que ha ido creciendo a velocidades extraordinarias y que mantiene su ritmo, lo cual hace prever que a mediados del siglo XXI, por lo menos el 70% de los seres humanos estarán ocupando espacio en las ciudades.

Los centros urbanos de las naciones más pobres suman hoy 2.000 millones de personas y llegarán a 3.900 millones en las próximas cuatro décadas debido a la migración, a que nueve de cada diez nuevos pobladores de la Tierra nacerán en los países subdesarrollados y que de estos por lo menos siete vivirán en sus áreas urbanas. Esto implicará una profundización de los desequilibrios mundiales y mayores dificultades para lograr conquistar mejores condiciones de vida para la gente, que en general seguirá siendo pobre y difícilmente podrá salir de esta situación.

Si las ciudades se siguen erigiendo en el sùmmum de la habitabilidad mundial, entonces ocurrirá que las áreas rurales quedarán arrinconadas en su participación en la formación del Producto Interno Bruto. Por ende, la gente que viva allí estará cada vez más alejada del desarrollo, con esperanzas inciertas de que las nuevas generaciones tengan posibilidades de acceder al bienestar y a las ventajas que ofrece la modernidad.

Las actividades económicas más importantes y generadoras de mayor valor se seguirán concentrando en las zonas urbanas, atrayendo a más gente en busca de mejores oportunidades laborales y educativas. Esta situación conllevará a que las ciudades en crecimiento deban invertir muchos más recursos en infraestructuras y en servicios para responder a las expectativas de sus nuevos y antiguos residentes. Pero la realidad a la

que llegarán algún día es que sus recursos no serán suficientes para atender tanto las demandas nuevas como las rezagadas, y entonces ocurrirá lo que nadie quiere que pase: *los problemas se saldrán de madre.*

Dichos problemas tienen que ver con un urbanismo desordenado que continuará impactando negativamente las zonas de riesgo; incremento del desempleo y de la informalidad; ocupación de los espacios públicos; dificultades en la movilidad; manejo inadecuado de los residuos; y ocurrencia de mayores eventos de violencia.

El Urbanismo

Las ciudades se han consolidado debido a un proceso de urbanismo que parece exacerbarse a niveles críticos e insostenibles, poniendo en graves aprietos los procesos de planeación y afectando la estructura financiera pública de unos gobiernos incapaces de presentar oportunamente respuestas con soluciones adecuadas, viables y sostenibles. El resultado es la afectación del desarrollo humano, la disminución de los mínimos vitales, un impacto negativo sobre el entorno ambiental y un acrecentamiento de las iniquidades sociales.

Lo urbano se impone.

Las ciudades crecen de dos formas, de un modo natural y por una presión ejercida desde el exterior:

De modo natural. Es un crecimiento poblacional endógeno debido a la formación de nuevas familias, que obliga a tener nuevos espacios dónde vivir, pero cuyas implicaciones no son tan críticas y pueden estar previstas en un proceso de planeación responsable de mediano plazo, en el que se definan las áreas de expansión, se determinen las inversiones para construir infraestructuras de servicios públicos y sociales y el amueblamiento urbano.

Una ciudad de estas características es capaz de solucionar rápidamente los problemas que se puedan presentar en su uso del suelo y evitaría que sus pobladores se trasladen hacia sitios que representan riesgos. Estos parámetros sólo los cumplen ciertas ciudades de países desarrollados que controlan la migración. Lo normal es que haya un urbanismo presionado desde el exterior, que es la segunda forma.

Urbanismo presionado desde el exterior. Esta otra forma se origina en la migración incontrolada y creciente de personas que salen de zonas rurales y de pequeños municipios por razones económicas o por desplazamiento violento, y buscan en las áreas urbanas, especialmente de las ciudades grandes, una nueva oportunidad de vida. Para ello conquistan de manera desordenada, arbitraria e incluso ilegal, terrenos marginados y peligrosos, donde se desborda la capacidad institucional de ofrecer soluciones eficaces de habitabilidad para las familias, quienes quedan atrapadas en un círculo perverso de pobreza, de donde difícilmente podrán escapar.

En el caso de Colombia, una parte muy importante de la migración se debe a las presiones del conflicto armado, que ha generado una diáspora que ha ido creciendo de manera exponencial, al punto de que hoy se acepta que la cifra de desplazados por la violencia oscila entre dos y cuatro millones de personas, de acuerdo con la metodología que se utilice y las fuentes que se consulten.

Este es un hecho de una gravedad inusitada que ha originado pronunciamientos de los organismos humanitarios, que consideran que este es uno de los tres problemas más graves de migración forzada a nivel mundial. Las familias, en su huida, van asentándose provisionalmente en caseríos y pequeños pueblos hasta llegar a las ciudades, donde finalmente se quedan a vivir.

También aparecen como ocupantes de espacios dentro de las ciudades aquellos que migran por razones económicas, académicas o en busca de modernizar sus condiciones de vida. Estos no se pueden considerar como pobres, no tienen las mismas condiciones de los desplazados por la violencia y no propician la formación de tugurios. Son gentes con mejor formación académica, más competitivos en términos laborales y con mayores posibilidades de intercambio económico, que, sin embargo, también demandan sitios para habitar y le crean nuevas obligaciones a la institucionalidad y al entorno urbano tanto en espacios públicos, servicios básicos, transporte, oferta laboral, cupos académicos y servicios de salud.

Los procesos de planeación urbana normalmente tienen en cuenta de manera marginal estos fenómenos de movilidad humana. Por eso, las autoridades públicas se ven abocadas a situaciones extremas cuando miles de familias empiezan a ocupar territorios inadecuados y a exigir el cumplimiento de mandamientos legales para su protección y cuidado. Municipios como Bogotá, Soacha, Medellín, Cali, Bucaramanga, Ibagué o Pereira se erigen como los sitios preferidos por las muchedumbres empobrecidas o por quienes huyen de la violencia y tratan de rehacer sus vidas.

Hoy Colombia concentra en la zona urbana el 74,3% de la población total, mientras en la rural vive el 25,7%. Esta es una situación que contrasta con la realidad que se observaba a mediados del siglo XX, cuando la proporción era al revés. Son la violencia, la promoción del desarrollo urbano, la industrialización del país y las políticas públicas que marginan al campo, las que contribuyen a que continúe creciendo el urbanismo colombiano, que va en la misma dirección de lo que acontece en América Latina, donde tres de cada cuatro personas viven en las ciudades, varias de ellas verdaderas megalópolis.

Guetos de pobreza

Los problemas originados por el crecimiento desordenado de las ciudades toman cuerpo y se hacen visibles en los llamados tugurios. Allí está el epítome de la marginalidad.

Estos guetos de pobreza normalmente se ubican en terrenos apartados con una geografía bastante quebrada; donde no se respetan los requerimientos mínimos para las vías ni para los espacios comunitarios; donde las viviendas son construidas con materiales precarios, habitadas por familias muy pobres, numerosas y con problemas de desnutrición, analfabetismo

e insalubridad. En esencia, allí existen grupos sociales con bajísimos niveles de desarrollo humano.

Los asentamientos precarios se consolidan de manera ilegal normalmente a través de invasiones, las cuales son una poderosa herramienta política que trafica con las necesidades de vivienda de los más pobres y se convierte en una fuente importante de votos en las jornadas electorales, debido a la esperanza que conserva la gente de lograr algún día una vivienda digna y propia. Esta actividad, aunque castigada penalmente, sigue concitando la atención de inescrupulosos capaces de liderar la toma de terrenos, desafiando la autoridad y en ocasiones con la complacencia de ella.

Además de la ilegalidad, los tugurios presentan el problema de que gran parte de las viviendas se instalan en zonas de riesgo no mitigable, amenazando la vida y la integridad física de los habitantes.

Frente a situaciones como estas, el gobierno no tiene mayores alternativas para actuar, excepto cuando se ha producido la legalización de los barrios que se encuentran en terrenos seguros o que las familias puedan exhibir los títulos que los acrediten como propietarios para poder acceder a ciertos servicios públicos. La otra alternativa de intervención estatal es la reubicación de viviendas y el reasentamiento de familias, procurando no desarraigarlos.

Sin embargo, una vez las condiciones de legalidad se han esclarecido, surge la dificultad de la escasez de recursos en las arcas del Estado. Los altísimos costos para instalar los servicios de acueducto y alcantarillado, por ejemplo, impiden actuaciones rápidas y envolventes. Lo mismo sucede con el servicio de transporte público y la construcción y operación de centros educativos y hospitalarios, no sólo por la cuantías de las inversiones requeridas, sino por la falta de terrenos adecuados e infraestructuras viales.

El caso de Cazucá, un sector de la comuna cuatro de Soacha, en el departamento de Cundinamarca, que congrega 31 barrios, todos ilegales, sirve para dimensionar lo que son los guetos de pobreza y miseria. Allí “viven” 4.300 hogares, casi todos procedentes del desplazamiento, que no tienen título de propiedad de su vivienda. La mayoría no cuenta con agua potable en sus casas, debiéndola tomar de pozos, de la que reparten los carrotanques o de la que venden, a precios exorbitantes, carretilleros que la transportan desde la zona plana. Los servicios de alcantarillado son escasos y prevalecen los pozos sépticos, muy conocidos en las zonas rurales pero bastante escasos en las áreas urbanas. Las habitaciones son construidas con tejas de cartón, esterillas y plásticos, además de piso en tierra o arena.

La pobreza allí es cercana el 70% y el desempleo abierto es del 40%, con una condición más grave, y es que la mayoría de los hogares está en cabeza de mujeres. La convivencia social es especialmente difícil, dado que comparten un mismo territorio diversas manifestaciones y ramificaciones de grupos violentos.

En la intervención para contribuir a la solución de los problemas en este sector están presentes casi todas las agencias de cooperación internacional, sumadas a los esfuerzos gubernamentales. Pero la comunidad no tiene interlocutores fuertes, debido a que está fragmentada y

no cree en las autoridades, lo que conlleva a la imposibilidad tanto de un diálogo abierto como la adopción de soluciones definitivas.

Superar la debilidad institucional en Colombia.

El crecimiento desordenado de las ciudades se debe, en gran medida, a una institucionalidad débil e ineficiente, que no utilizó los instrumentos jurídicos a su alcance y se negó a implementar acciones operativas oportunas para evitar que los centros urbanos llegaran a los extremos caóticos que se están viviendo hoy.

Un elemento que surge de la debilidad institucional es la toma paulatina de terrenos, especialmente aquellos ubicados en las laderas de las montañas que delimitan las ciudades. Ante la mirada de todos los estamentos sociales, esos conglomerados humanos fueron extendiéndose y nunca hubo reacción gubernamental. Las invasiones ya hacen parte del paisaje urbano y muchas de ellas han tenido que ser legalizadas por las autoridades, con unas altas inversiones en la adecuación de terrenos y dotación de servicios públicos.

La imprevisión administrativa facilitó un urbanismo sin control, que se ha tratado de remediar con los Planes de Ordenamiento Territorial y con los Planes Parciales, instrumentos válidos y esenciales, pero que son utilizados de manera ineficiente e irresponsable por muchos tomadores de decisiones políticas, que ven en ellos la posibilidad de afectar, incluso negativamente, importantes áreas urbanas para beneficio de particulares, pero con la bendición de la legalidad.

Es evidente que un gobierno responsable debe pensar en recuperar el control urbano y, en ese sentido, promover las áreas de reserva y los suelos de protección, concebidos como espacios ambientales dentro de las ciudades, que no sólo cumplen con la tarea de proteger recursos naturales, sino prevenir o disminuir los riesgos y los desastres de carácter antrópico.

Existe también la posibilidad de imponer afectaciones urbanísticas, con lo cual sería factible que ciertos predios se pudieran reservar para ejecutar obras públicas necesarias y que impedirían que sus propietarios obtuvieran licencias de construcción o urbanismo. El no haberlo hecho con anterioridad, o no hacerlo hoy, conduce a que el Estado y la sociedad en su conjunto pierdan la oportunidad de tener una relación positiva costo / beneficio y deban hacer, por el contrario, ingentes esfuerzos financieros para readquirir terrenos indispensables para trazar una vía, construir un puente o dotar a un barrio de escenarios recreativos, escuelas y puestos de salud, causándole un grave detrimento a las finanzas públicas.

Otra opción que tienen en las manos los gobiernos es apelar a la enajenación voluntaria o a la expropiación judicial o administrativa, utilizando como argumentos los conceptos de utilidad pública o interés social, en la medida en que el Estado requiera dentro de sus planes acceder a la propiedad de un inmueble específico, o para conjurar una emergencia que pueda desencadenarse en un desastre.

Un aspecto que los gobiernos han dejado al garete es el relativo a las cesiones públicas obligatorias y gratuitas al permitir que se desarrollen urbanizaciones, tanto en los tugurios

como en las zonas normalizadas, sin que entreguen íntegramente este tipo de compensaciones al Estado.

Se sabe, incluso, que muchas cesiones se hacen en terrenos inadecuados e inservibles que no benefician a la comunidad ni a la autoridad administrativa, en un evidente acto de corrupción consentida. Este tipo de alternativas para crear bancos de tierras a nivel local, se deben rescatar aprovechando los programas de legalización de barrios, especialmente en las zonas más deprimidas, con el fin de poder emprender obras de urbanismo.

Otro ejemplo de la ineficiencia institucional es que, a pesar de estar vigentes desde hace veinte años los Bancos de Tierra o Inmobiliarios, no han sido manejados responsablemente e, incluso, no se han creado en muchas regiones del país. Estos Bancos son entidades de carácter público vinculadas a las alcaldías, con patrimonio propio, personería jurídica y autonomía administrativa, que tienen como fin intervenir en las operaciones inmobiliarias para generar suelos disponibles hacia proyectos públicos, especialmente de infraestructura, equipamientos y vivienda de interés social.

Lo que ha ocurrido es que la corrupción ha permeado esta figura, que en lugar de propiciar el fortalecimiento de bancos públicos de tierra, hace que los funcionarios prefieran comprar terrenos de particulares a mayores precios, restringiendo la posibilidad de emprender planes habitacionales para beneficio de un número mayor de pobres.

Los gobiernos territoriales tienen la posibilidad de aplicar instrumentos financieros para contribuir al desarrollo urbano, y aunque algunos generan reacciones sociales negativas, son indispensables para garantizar ciertas obras de interés común y para tener músculo financiero en el sector público. Algunos de estos instrumentos son el gravamen por valorización, la plusvalía, los bonos de reforma urbana y los derechos de construcción

El proceso de recuperación de gobernabilidad urbanística en gran parte del país debe involucrar a distintos estamentos sociales que permitan ejecutar mayores actividades de inspección y vigilancia y ayude a definir cuáles se consideran infracciones urbanísticas y qué costo tienen.

Todas estas acciones se pueden realizar a través de un consejo consultivo de ordenamiento, incentivando que los ciudadanos avancen en el conocimiento de los expedientes urbanos, ejerzan veedurías comunitarias e interpongan acciones populares y de cumplimiento.

Existe un punto de vital importancia que se debe discutir con mayor profundidad y responsabilidad, y es el que tiene que ver con el giro de las transferencias nacionales a los territorios, que se liquida desconociendo el fenómeno de las migraciones sociales y perjudicando gravemente a aquellos municipios que se convierten en receptores de las familias.

Ciudades como Bogotá, por ejemplo, que reciben cerca de 100.000 migrantes cada año -alrededor de 20.000 familias-, tiene que generar recursos para atenderlos con servicios públicos y sociales. Estas personas acrecientan los problemas locales de habitabilidad y el Distrito tiene que asegurar partidas para buscar soluciones reales, sin que logre una compensación adecuada por parte de los dineros de la Nación.

Mientras esto acontece, los municipios que han sido expulsores de población y que, de alguna manera, se han descargado de ciertas responsabilidades, siguen percibiendo, por ejemplo, los dineros del Sistema General de Participaciones como si no hubiera ocurrido migración.

La falta de presupuesto se convierte en una restricción fundamental, que hace que los problemas urbanos se multipliquen de manera permanente, se generen muchas iniquidades y se complique la búsqueda de soluciones para los asentamientos humanos.

Meta para Colombia en los ODM

La meta para Colombia en los Objetivos de Desarrollo del Milenio es reducir a 4% en 2020 el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios. La línea de base en 2003 indicaba que el 19,9% de los hogares del país (aproximadamente 1.49 millones de hogares) estaban en esa condición de precariedad.

Una evaluación realizada por el Departamento Nacional de Planeación sobre el avance de los ODM en Colombia, señala que en 2008 el número de asentamientos precarios había descendido a 1.37 millones de hogares, lo que representaba el 15.2% del total de los hogares del país. Esto se logró porque hubo grandes avances en materia habitacional entre los años 2003 y 2005, pero de ahí en adelante el crecimiento de la oferta ha sido imperceptible, lo cual pone en riesgo el cumplimiento de la meta general.

Los escasos logros en los últimos cinco años en cuanto a la disminución de estos asentamientos humanos tuguriales se explican por la persistencia del desplazamiento forzado de la población y su llegada a las ciudades; la baja oferta de vivienda de interés social y prioritaria; la escasez de tierra urbanizable en las grandes ciudades; una política bastante cuestionada de asignación de subsidios y; la imposibilidad de las familias pobres para acceder al crédito que les asegure el cierre financiero para adquirir su vivienda.

Justo es reconocer que el gobierno ha incrementado en un 60% -aproximadamente- en los últimos cinco años la aprobación de los subsidios para compra de vivienda nueva o usada y construcción en sitio propio, frente a lo que se vivió en el periodo 1998 a 2002. Una parte muy importante de esos dineros girados como subsidios están congelados en cuentas fiduciarias, dado que el modelo de financiamiento utilizado no es el adecuado para que todas las familias beneficiarias hagan uso de él, pues no alcanzan a hacer los cierres financieros respectivos.

A pesar del esfuerzo del gobierno nacional, a nivel territorial no hay el mismo interés o no existen las posibilidades de contar con recursos suficientes para completar el costo de la vivienda. Las familias, por su lado, apenas sí alcanzan un ahorro programado, pero normalmente no son sujetos de crédito en el sistema financiero para completar la cantidad de dinero que les queda faltando.

Existen miles de familias que tienen una carta de aprobación de su subsidio, que no pueden hacer efectiva. Los más perjudicados con esta estrategia de financiamiento de

vivienda son los desplazados, dado que ellos ni siquiera están en capacidad de aportar el ahorro programado, por lo cual muy pocos han logrado solucionar su problema de vivienda.

Para el caso de los desplazados, la Corte Constitucional ha dicho que el gobierno tiene que adoptar todos los mecanismos financieros a su alcance para brindar una habitación digna a estas familias y no sólo un subsidio insuficiente para comprar una vivienda nueva o usada.

En la estrategia de intervenir los asentamientos críticos también figura el mejoramiento de barrios y viviendas, buscando que quienes viven en ellos puedan tener acceso a los servicios públicos y sociales. Esto se complementa con el interés de ejecutar obras de mitigación y adecuación donde es posible, e impulsar el reasentamiento de los hogares cuando hay riesgo no mitigable. En este frente se ha obtenido un relativo éxito, debido a que la estrategia de mejoramiento de viviendas sí ha funcionado, pues con el dinero destinado por las distintas instancias del gobierno se hace caja suficiente para solucionar parte de los problemas de habitabilidad interna.

Con relación a la legalización de barrios, esta es una tarea mucho más lenta debido a las trabas jurídicas que se presentan, en tanto el mejoramiento de barrios es una realidad gracias a la combinación de muchas fuentes de financiación, que van desde los rubros de infraestructura hasta los de saneamiento básico, pasando por amueblamiento urbano.



Garantizar el abastecimiento de agua

El agua dulce del planeta ocupa 40 millones de kilómetros cúbicos. De estos, sólo 120 mil kilómetros cúbicos (0,3%) están disponibles en los ríos y los lagos. El resto, o sea, 39,88 millones de kilómetros cúbicos, están atrapados en pantanos, humedales, glaciares y acuíferos subterráneos. En contraste, 1.260 millones de kilómetros cúbicos son de agua salada no apta para el consumo humano.

Únicamente el 3,17% del total del agua en la tierra es dulce y una porción muy pequeña está a nuestro alcance de manera relativamente fácil para el consumo de la sociedad. La otra porción requiere de un proceso técnico complejo y costoso para ser utilizada.

La cantidad de agua que se encuentra en los ríos, quebradas, lagos y lagunas es relativamente constante debido al Ciclo Hidrológico y comienza cuando el agua se convierte en vapor, fenómeno que se conoce como Evaporación y concluye con la Condensación, que aparece una vez hay una humedad alta que genera cristales que se convierten en gotas de agua que se precipitan a tierra. Este ciclo genera un equilibrio entre el agua que se evapora y el agua que cae al suelo.

El agua que corre superficialmente teóricamente debe alcanzar para atender las necesidades de todos los habitantes del planeta. Estadísticamente, a cada uno de nosotros nos corresponden 9.000 metros cúbicos para consumir durante un año, una cifra que no utiliza ni siquiera un ciudadano promedio norteamericano, considerados los más derrochadores de este recurso al gastar, en promedio, 300 metros cúbicos anualmente.

Esta disponibilidad de agua por individuo bajará debido al crecimiento poblacional. Al comenzar el siglo XXII sería de 6.500 metros cúbicos consumo -año por persona, lo cual no representa riesgo alguno para la población mundial siempre y cuando haya una distribución equilibrada o equitativa entre los habitantes. Pero como esto no ocurre, los efectos sí serán graves para una porción muy importante de la sociedad humana, especialmente la más pobre y marginada.

La mayor parte de las reservas de agua dulce están en el continente americano (41%). En Asia existe un 36%, mientras África participa con el 11% y Europa con el 8%. Sin embargo, tener agua en el territorio no garantiza que la población pueda acceder a ella con facilidad, tal como ocurre con Asia donde, a pesar de su potencialidad hídrica, el 65% de sus habitantes no cuenta con el servicio de acueducto y tienen serias dificultades para conseguir el líquido necesario para su consumo y uso diario.

En África ocurre algo similar, dado que el 27% de su población no tiene agua en sus inmediaciones y debe hacer largas procesiones para adquirirla. En América Latina la situación no es tan difícil, en tanto en Europa toda la gente tiene acceso al líquido potable, lo que demuestra equidad distributiva y desarrollo en términos de infraestructura para su potabilización y transporte.

Hoy, una quinta parte de la población de la tierra, o sea, 1.300 millones de personas, tiene dificultad para acceder al agua potable. De estos, 250 millones consumen un líquido en malas condiciones, que es el responsable de la muerte de cerca de 5 millones de personas al año en el mundo por enfermedades gastrointestinales, donde los más afectados son los niños, la mayoría de ellos africanos y asiáticos.

La Organización Mundial de la Salud ha señalado que la ingesta de agua de mala calidad produce enfermedades mortales y lesiones muy graves que afectan los sistemas de salud pública de los países menos desarrollados, que es donde más se observan estas falencias.

También advierte que las vacunas contra enfermedades relacionadas con el agua, como malaria, dengue e infecciones gastrointestinales, son insuficientes y, en algunos casos, inexistentes. Esta institución asegura que la oferta suficiente de agua produce mejoras sustanciales en la salud de las personas y hace desaparecer infecciones como la sarna o el tracoma, muy propias de las poblaciones pobres, que surgen –precisamente– por las dificultades de acceso a una higiene básica.

Los grandes problemas del agua.

Adicional al infortunio de que 1.300 millones de seres humanos no pueden acceder a agua tratada, aparece un hecho terriblemente inequitativo: el consumo de agua se ha multiplicado por seis en los últimos tres lustros, presionado, de un lado, por el mejoramiento de las condiciones de vida y el fortalecimiento de la infraestructura en países como China, Brasil, Suráfrica e India y; del otro, porque en los países desarrollados el consumo per cápita oscila entre 30 y 57 veces más litros que lo que consumen los habitantes de África Subsahariana.

Uno de los problemas relacionados con el agua es que seguirá escaseando por efectos de la contaminación, debido a las actividades industriales, agropecuarias y familiares que arrojan químicos, residuos sólidos y material de arrastre a ríos y lagos. Se ha comprobado que un litro de agua residual daña ocho litros de agua dulce. Es la razón para que el planeta tenga totalmente contaminada el 10% de su agua superficial disponible.

La situación es tan crítica en este campo del saneamiento hídrico, que el 90% de las aguas

residuales que se producen en las naciones subdesarrolladas y emergentes no reciben ningún tipo de tratamiento, siendo nuevamente las más afectadas las asiáticas y africanas. En Asia, la contaminación de los ríos es tres veces superior a la del promedio mundial. En los países desarrollados, por lo menos el 30% de las aguas contaminadas no son ni tratadas ni recuperadas.

Los estudios también evidencian que cada vez hay menos agua para garantizar el riego en las actividades agrícolas, entre otras razones por las sequías, dificultades para su conducción y la falta de tecnologías para su reutilización, lo cual conlleva a una disminución en la producción alimentaria y a un incremento en los precios de los productos, dos variables que, unidas, explican en gran parte el aumento del hambre en el planeta.

De acuerdo con la FAO, organismo de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, el número de hambrientos en la actualidad está cercano a los 1.000 millones de personas.

Los problemas relacionados con el agua también afectan la generación de energía eléctrica, el transporte fluvial y la pesca. En tanto, las poblaciones ubicadas en zonas marginadas no reciben agua tratada por problemas relacionados con las dificultades técnicas y geográficas para su distribución.

Por todas estas razones es que en América Latina hay poblaciones sin agua, a pesar de que la disponibilidad del recurso frente al número de habitantes es muy alta.

El análisis sobre los problemas del agua también tiene un elemento crucial: gran parte del agua superficial ya no fluye por sus cauces naturales sino por donde las necesidades del hombre o los intereses económicos quieren que vaya. Esa realidad se traduce en el hecho de que el 60 por ciento del agua que contienen los mayores ríos del mundo está atrapado en represas. Hace poco más de medio siglo operaban en el mundo 5.000 embalses⁴⁵ con más de 15 metros de altura. Ese número creció alarmantemente desde 1970, al punto de que hoy existen 36.000 de ellos, la mitad de los cuales están en China, lo que ha originado gravísimos problemas sociales y económicos para comunidades que jamás volvieron a ver pasar por el lecho de sus ríos una sola gota de agua.

Estos embalses, las desviaciones de cuencas abastecedoras, la alta contaminación y la sedimentación son razones para que muchos ríos del mundo hayan experimentado una reducción notable en sus caudales e, incluso, para que algunos hayan desaparecido.

La preocupación mundial por el agua

El agua es un tema sensible que hoy está presente en la agenda de política internacional, en la formulación de políticas públicas nacionales y en las discusiones sobre desarrollo. Se aspira a que haga parte de las prioridades éticas de cada uno de los ciudadanos.

45 El 14 de marzo es el Día Internacional contra los grandes embalse, aprobado en Curitiba, Brasil, al culminar el «Primer Encuentro Internacional de Pueblos Afectados por Represas» en 1997.

Los problemas asociados al agua tomaron unas dimensiones tan gigantescas que dejaron de ser un problema local para convertirse en una prioridad mundial, pasando de ser una preocupación ecológica a tener repercusiones políticas.

En 1992, se cumplió el Dublín la Conferencia Internacional sobre el Agua y el Medio Ambiente. Allí se reconoció que “el agua dulce es un recurso finito y vulnerable, esencial para sostener la vida, el desarrollo y el medio ambiente”. Se propuso que “el aprovechamiento y la gestión del agua debe inspirarse en un planteamiento basado en la participación de los usuarios, los planificadores y los responsables de las decisiones a todos los niveles”. Se dijo que “la mujer desempeña un papel fundamental en el abastecimiento, la gestión y la protección del agua”. Y se concluyó que “el agua tiene un valor económico y debería reconocérsele como un bien económico”

Ocho años más tarde, en La Haya, se produjo la Declaración Ministerial, donde se propuso valorar el agua e intentar fijarle un precio para recuperar los costos de suministro del servicio, teniendo en cuenta la equidad y las necesidades de las poblaciones pobres y vulnerables. Hicieron un llamado para que el agua fuera manejada de manera responsable, implicando a todos los sectores de la sociedad en el proceso de decisión y atendiendo a los intereses de todas las partes. Señalaron que la industria debe producir de manera más limpia y ser respetuosa de la calidad del agua y de las necesidades de otros usuarios. Consideraron necesario evaluar el papel fundamental del agua en la producción de electricidad para atender las crecientes demandas energéticas. Finalmente, indicaron que se debía promover un mejor acceso de todos los ciudadanos a la información y el conocimiento sobre el agua.

En el año 2000, los gobernantes de todo el mundo firmaron la Declaración del Milenio, la cual trazó como uno de sus objetivos: “reducir a la mitad, en 2015, la proporción de personas que carecen de un acceso sostenible a un suministro adecuado y económicamente asequible de agua”.

También en la Cumbre Mundial del Desarrollo Sostenible en 2002, se ratificó el objetivo de reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso al servicio antes de 2015. El esfuerzo que se requiere para llegar a esta meta es más de carácter político que de exigencia económica, dado que las inversiones que se deben emprender para lograr que se cumpla sólo ascienden a \$12.000 millones de dólares anuales.

La apuesta mundial de brindarles agua limpia a 600 millones de personas adicionales durante los quince primeros años de este tercer milenio significa inversiones diarias de 33 millones de dólares. El esfuerzo, como se nota, no es tan grande, pero podría garantizar que 40 millones de personas cada año estuvieran cerca de una infraestructura de acueducto, conectándose a ella de forma permanente.

Sin embargo, el balance a 2010 es insatisfactorio, porque a pesar de los esfuerzos realizados por los distintos países no se han logrado los avances que permitan asegurar que la meta se va a cumplir. Incluso, Naciones Unidas ha dicho en sus publicaciones que “en los últimos 25 años no se ha alcanzado prácticamente ninguno de los objetivos trazados para mejorar la gestión de los recursos hídricos”⁴⁶ y ha agregado en todos los tonos que el tiempo corre y los compromisos

46 El agua en un mundo cambiante. WWDR-3. Estambul, marzo de 2009. Quinto Foro Mundial del Agua. Publicación promovida por Naciones Unidas.

aun no han tomado la dinámica necesaria que permita advertir que se va a llegar a las metas propuestas dentro del plazo fijado.

Gobiernos más comprometidos en la aplicación de soluciones

La organización que reúne a la comunidad de naciones ha enfatizado que los políticos y la sociedad civil deben enterarse sobre las causas y la dimensión de la crisis del agua, para que sus decisiones sean ágiles y eficientes, apunten a lograr que el recurso no sea escaso ni costoso y deje de ser el centro neurálgico de conflictos políticos y sociales.

Algunas de las acciones que se deben emprender por parte de las autoridades, en atención a los acuerdos logrados en México,⁴⁷ son la adopción de un esquema de gestión frente a los consumos industriales y domésticos, el control de la contaminación, el cuidado de la calidad del agua, el tratamiento de las aguas residuales y un mayor compromiso por parte de la comunidad.

La gestión en favor de mejores prácticas para el uso del agua requiere de profesionales calificados que ayuden a que la sociedad pueda comprender la dimensión de los problemas derivados por su utilización irracional. Es indispensable poner a interactuar variables técnicas y actores sociales con el propósito de conocer la tasa de extracción/consumo y el suministro disponible, que son indicadores del uso relativo del agua y de la capacidad de los sistemas hídricos para suministrar los servicios necesarios⁴⁸.

En esencia, lo que se debe lograr es un manejo económico, racional y sostenible del agua, comprendiendo que este recurso no es ilimitado, pero sí sumamente frágil.

Inmiscuir a la comunidad, autoridades gubernamentales y sectores productivos en el diseño, aplicación y seguimiento de políticas relacionadas con la gestión del agua, ayudará a mejorar su uso industrial, agropecuario y doméstico.

Adicionalmente, ha ganado terreno en círculos académicos y políticos la urgencia de dictar normas que impidan que el agua sea privatizada, y propender porque ella permanezca bajo la dirección y control de los gobiernos y las comunidades. Privatizar el agua haría mucho más difícil y crítica la posibilidad de expandir su abastecimiento para que ayude a mejorar la capacidad de los países de atender a las familias y prevenir daños en la salud de los habitantes.

Si todas estas acciones se concretan, además de las necesarias inversiones en infraestructura, será posible garantizar un suministro de 20 litros de agua por persona diariamente que, según la Unicef y la OMS, es una cantidad razonable para sufragar las necesidades de aseo y alimentación.

47 IV Foro Mundial del Agua en Ciudad de México, 2006

48 Informe de las Naciones Unidas sobre el desarrollo de los recursos hídricos en el mundo. 2006

El agua como negocio.

Paralelo al hecho de que la gente no tiene la infraestructura para recibir el agua en sus casas o en lugares cercanos de abastecimiento, muchos gobiernos han tomado la decisión de que este servicio debe ser concesionado, permitiéndoles a los inversionistas privados lucrarse de un gran negocio y prestarlo preferencialmente a los estratos socioeconómicos más altos y tratar de eludir la responsabilidad de ofertarlo entre los más pobres y quienes viven en zonas de difícil acceso.

Estudios realizados por el Banco Mundial concluyen que en los tugurios, donde no hay conexiones de acueducto, el valor del agua, que se traslada en canecas, puede llegar a representar un 20% del gasto familiar, dado que su precio es superior en casi doce veces al que se cobra a quienes sí tienen grifos, lo que es una aberración social.

La experiencia enseña que cuando se privatiza el servicio de acueducto, los concesionarios del servicio se niegan a construir infraestructuras en los sitios alejados donde vive la pobreza, alegando altos costos de inversión y operación y manifestando estar en contra del otorgamiento de tarifas diferenciales a estas familias, porque la tasa de retorno de su capital es muy baja. Dicho de una manera más clara, el agua es un servicio que únicamente se presta a quienes tienen cómo pagarlo y donde la tasa de oportunidad sea competitiva con el resto de rentabilidades que ofrece el mercado, lo que evidentemente atenta contra el derecho humano de tener un mínimo vital diario de este líquido para su uso y consumo.

A toda esta serie de aberraciones que promueven los malos gobiernos, se añade el negocio de las multinacionales de las bebidas, que distribuyen a través de tiendas y supermercados agua embotellada a precios exorbitantes. Este es uno de los más lucrativos negocios del mundo, que se multiplica aceleradamente y cubre varios de los más remotos rincones del planeta. Sus utilidades son cercanas al mil por ciento, ya que las embotelladoras compran muy barato el líquido que se distribuye por las tuberías de los acueductos y los únicos "valores agregados" que aportan son la botella, la tapa y la etiqueta publicitaria.

Un futuro sediento.

En vez de solucionarse la crisis del agua, los signos muestran que se va a acrecentar. Los cálculos más optimistas señalan que al finalizar el siglo XXI podrían estar afectadas por ausencia de agua entre 4.000 y 5.000 millones de personas, gran parte de ellas habitantes de los 50 países más pobres del mundo, e incluso de algunos de los emergentes. Y esto se deberá a que la mayor parte de los nuevos nacimientos ocurrirán en regiones marginadas, donde no se construirán acueductos ni se potabilizará el agua.

A lo anterior se suma el hecho de que se seguirá embalsando el agua con fines económicos, con lo cual desaparecerán muchos ríos y otros verán cambiados sus cursos, dañando gravemente las condiciones de vida a las poblaciones ribereñas, y que el consumo por persona en las naciones desarrolladas no disminuirá de los índices actuales. Surge un nuevo factor: el cambio climático, que está teniendo serias repercusiones sobre la distribución de las lluvias y la geografía hídrica.

La dimensión de la crisis del agua y la búsqueda de soluciones eficaces para superarla son de importancia estratégica para garantizarles sustentabilidad al planeta y supervivencia a los seres

humanos, máxime si se parte de una realidad latente: para 2050, se calcula que habrá un déficit del 57 por ciento de agua para regar los campos que brindan comida a la población del planeta.

Como consecuencia de la crisis del agua, se han empezado a presentar problemas políticos entre los países. Se sabe de casos fronterizos donde proliferan los embalses con fines económicos, dejando a las poblaciones vecinas sin ninguna posibilidad de tener agua suficiente para sus necesidades, lo que lleva a conflictos diplomáticos que podrían agravarse en el futuro.

Meta ODM para Colombia.

El gobierno colombiano fijó la meta de acceso a agua potable en el Conpes Social 91 de 2005. El compromiso se relaciona con vincular a por lo menos 7,7 millones de nuevos habitantes urbanos a los sistemas de acueducto, y a 2,3 millones de habitantes de las zonas rurales a una solución de abastecimiento de agua.

Se pretende que en 2015, a nivel urbano, Colombia logre un cubrimiento de agua potable del 99,4%, lo que significa atender a 36,6 millones de personas. Al cierre de 2008, de acuerdo con la programación diseñada por el gobierno, se tuvo una cobertura de 32 millones de personas.

En el escenario rural, la cobertura actual es de 7,6 millones de personas y el propósito es alcanzar las 9,3 millones de personas, con lo cual el índice de cubrimiento alcanzaría el 81,6%. De acuerdo con las evaluaciones realizadas por Planeación Nacional, se está cumpliendo el cronograma trazado.

La Gran Encuesta de Hogares de 2008 asegura que la expansión del servicio de agua a nivel urbano desde 2003 está por encima de la rata de crecimiento poblacional. Se cree posible cumplir con la Meta del Milenio en cuanto al índice de cobertura.

Es importante destacar que, cuando se habla de abastecimiento de agua, se hace referencia a un acceso de por lo menos 20 litros diarios por persona y a que sea posible obtenerlos en un entorno de menos de un kilómetro de la vivienda del usuario, lo que significa que los datos revelados por el gobierno nacional no necesariamente tienen que ver con la construcción de infraestructura domiciliaria.

A esta conceptualización de lo que significa acceso a una fuente de agua mejorada, que impacta los niveles de cobertura, se debe agregar que el suministro se puede lograr bien por una conexión a la vivienda, o por una fuente pública, o por un pozo perforado, o por un manantial protegido o, por la recolección de agua lluvia.

En otras palabras, la meta trazada en el Conpes 91 no significa que cada hogar tenga en su vivienda conexiones técnicas adecuadas para proveerse de agua, sino que se pueda alcanzar el líquido haciendo recorridos inferiores a un kilómetro para tomarlo de alguna fuente. Esta situación ha desencadenado críticas, pues se considera que una actuación en este sentido desmejora la calidad de vida de las personas, reproduce la pobreza, crea escenarios para la desviación de los recursos económicos que deberían utilizarse en la construcción de infraestructuras de acueducto y amplifica la ocurrencia de enfermedades, ya que el 28% de los municipios del país no cuentan con agua potable y el 72% la ofrecen de mala calidad.



Garantizar la cobertura de saneamiento básico

Las familias, la industria y los sectores agrícolas y pecuarios son los responsables de la contaminación creciente de las fuentes superficiales de agua y, a pesar de la evidencia catastrófica de su existencia, los gobiernos siguen haciendo muy poca inversión para solucionar el problema.

Los excrementos y los residuos líquidos contaminantes que se producen cada año ascienden a 1.500 kilómetros cúbicos y casi todos van a parar directamente a ríos, quebradas, lagos o mares.

Las aguas residuales que logran tener un tratamiento adecuado apenas si llegan al 10% en las naciones pobres, mientras que en los ricos ese indicador sube al 30%. Ambos niveles son lamentables.

Pero el dato más aterrador y crítico es que el 40% de la humanidad no tiene ningún tipo de conexión sanitaria, lo que lleva a que la sociedad en su conjunto se perjudique por la ausencia de una infraestructura de saneamiento adecuada.

Se sabe que en Asia, ochenta de cada cien familias no tienen saneamiento básico en sus viviendas. Una situación menos grave se vive en África Septentrional, mientras que en la mayoría de los países latinoamericanos la situación tiene mejores perspectivas, aunque los impactos siguen siendo marcadamente dañinos.

Un sector de la sociedad se ve afectado por los malos olores. Otro, por el impacto visual. Pero son los más pobres los que llevan la peor parte, dado que no tienen letrinas o fosas sépticas privadas para conducir sus aguas servidas y, cuando pueden acceder a estas instalaciones, es porque son de uso público, lo cual desencadena enfermedades, algunas de las cuales causan miles de muertes cada año alrededor del mundo.

En las regiones más pobres de Colombia y el mundo es común observar que los residuos corren libremente por las calles, dado que los gobiernos no han construido la infraestructura

necesaria para su conducción en forma segura, provocándole daños a la salud de los niños, especialmente a través de enfermedades que afectan su piel y sus vías respiratorias.

El hecho de que 2.600 millones de personas en el mundo no tengan instalaciones técnicamente diseñadas para la eliminación y tratamiento de sus excrementos, es una situación que conlleva, necesariamente, a que las fuentes superficiales de agua se conviertan en alcantarillas. A esto hay que sumarle que los residuos químicos producidos por la industria y la agricultura tampoco tienen desagües eficientes ni interconectores que los lleven a plantas de tratamiento.

Los cálculos de organismos especializados, entre ellos el Banco Mundial, indican que el alto nivel de producción de aguas residuales y su inadecuado tratamiento técnico ha afectado 12.000 kilómetros cúbicos de agua, cifra que representa el 10% del total del agua dulce existente en el mundo.

De continuar con este mismo desequilibrio en el tratamiento de aguas residuales, al finalizar el siglo XXI otros 6.000 kilómetros cúbicos de agua sufrirán daños irreversibles.

Aunque las distintas cumbres ambientales promovidas por Naciones Unidas se han detenido en el análisis de la situación del saneamiento básico – emitiéndose declaraciones que anuncian inversiones para enfrentar esta situación-, los resultados son decepcionantes, al punto de que se cree que unas de las metas del milenio que tendrá más dificultades para alcanzarse es la de *“reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a saneamiento básico”*.

Sin unos sistemas técnicamente adecuados para tratar las aguas residuales, como son letrinas de pozo básicas, letrinas de pozo mejoradas o instalaciones de inodoros equipados con cisternas, la calidad de vida de las personas más pobres de las zonas urbanas y rurales no podrá mejorar.

Las consecuencias directas de un mal saneamiento básico es que la salud se afecta y se menoscaban de forma sistemática las posibilidades de reducir la pobreza.

Los gobiernos, los políticos y la sociedad en general deben tomar decisiones de política pública para alcanzar soluciones eficientes, tanto desde la perspectiva técnica como desde el financiamiento económico.

Naciones Unidas ha elaborado distintos escenarios para determinar las alternativas más costeables, que van desde los 100 hasta los 800 dólares. Por ejemplo, para solucionar de manera efectiva la falta de saneamiento a través de letrinas básicas a nivel mundial, son necesarias inversiones cercanas a los USD 120.000 millones. Si, además, se quieren incluir conexiones con tratamiento para aguas residuales, el costo total podría llegar a US\$480.000 millones.

La situación de Colombia

En el caso de Colombia, la meta fijada en los ODM es incorporar a 9,2 millones de habitantes urbanos y a 1,9 millones de habitantes rurales en soluciones de saneamiento básico.

El gobierno colombiano reporta que, entre 1993 y 2008, se incrementó en 11 puntos porcentuales la cobertura de saneamiento básico en las áreas urbanas del país, y que es

necesario avanzar con una expansión sostenida del 0,67% cada año hasta 2015 hasta lograr la meta propuesta por el gobierno frente a los ODM. El crecimiento de la cobertura permitió pasar del 81,8% al 92,9, o sea, prestándoles el servicio a 30,5 millones de personas. La meta del milenio es cubrir el 97,6%, lo que quiere decir, asegurarle saneamiento a 35,9 millones de habitantes urbanos.

En cuanto a cobertura de servicios de saneamiento en la zona rural, se aumentó en 18,6 puntos porcentuales, al pasar del 51% al 69,6%, lo que significa que a 7,4 millones de personas se les presta el servicio. La meta del milenio es llegar a 8,1 millones de personas, lo cual representa el 75,5% de la población que vive en el campo.

Es importante señalar que, a pesar de los inmensos esfuerzos que realiza el Estado por garantizar un saneamiento adecuado, el 40% de los municipios del país no tiene alcantarillado en pleno funcionamiento y carece de conexiones domiciliarias.

De acuerdo con la Superintendencia de Servicios Públicos, en 2006 sólo el 26% de las aguas residuales generadas en el país recibió algún tipo de tratamiento. El restante 74% se descargó directamente a las fuentes de agua, contaminándolas.

Los esfuerzos realizados por el gobierno se han concentrado en avanzar en planes maestros de alcantarillado y en construcción de letrinas e, incluso, de unidades sanitarias que incluyen sanitario y ducha, tanque de almacenamiento con capacidad de 500 litros de agua, caja de inspección y trampa de grasas para los desechos líquidos y pozo séptico con su respectivo campo de filtración.

Los recursos que se utilizan para mejorar la infraestructura de saneamiento básica provienen del Sistema General de Participación y transferencias por regalías.

Entre los años 2003 y 2008, de acuerdo con las evaluaciones realizadas por Planeación Nacional, la región que mayores avances tuvo en materia de cobertura de saneamiento, teniendo en cuenta la combinación entre lo urbano y lo rural, fue la Atlántica, en tanto la Central sufrió retrasos. Las mayores coberturas se observan en Bogotá, donde llegan al 99,4%, y las menores en la Costa Atlántica donde apenas sí se alcanza el 70,4%



Eliminar las sustancias agotadoras del ozono

Un agujero negro en la ozonosfera de la Antártida fue uno de los puntos focales para que se aprobaran el Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono y el Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias Agotadoras del Ozono. A la amenaza de una duplicación de la radicación por UV-B en la tierra, se sumaron estudios científicos y presiones de organizaciones sociales, que obligaron a los gobiernos a firmar los distintos acuerdos.

En este tema en particular, se han logrado importantes avances, al punto de que Naciones Unidas considera que en 2050 se podría llegar a las concentraciones de Sustancias Agotadoras del Ozono de 1980. Las reducciones en el uso de clorofluorocarbonados, hidroclorofluorocarbonados, disolventes, espumantes, halones, tetracloruro de carbono, metilcloroformo, hidrobromofluorocarbonos, bromoclorometano y bromuro de metilo han sido evidentes.

En el caso colombiano, por ejemplo, la meta propuesta dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es eliminar a 2015 las 1.000 toneladas métricas de las SAO que utilizaba el país en 2003 y a 2008 se habían bajado a 210 toneladas métricas anuales.

Las acciones se han concentrado en programas de reconversión industrial para sustitución tecnológica de las sustancias agotadoras de la capa de ozono, especialmente en la fabricación de equipos de refrigeración y aire acondicionado. Adicionalmente, se está capacitando al personal de Aduanas en el control e identificación de estas sustancias, y se han adoptado instrumentos jurídicos para la regulación de su importación y consumo.

Colombia cuenta con una Unidad Técnica Ozono que se implementó por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD- y es ejecutado por el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. En general, esta Unidad promueve todos los estudios y acciones necesarias para aplicar adecuadamente el Protocolo de Montreal, en coordinación con las autoridades nacionales competentes, la industria y los consumidores, en el marco de las directrices de la política ambiental.



Indicadores para el ODM 7 en Colombia

En Colombia los indicadores aprobados para el cumplimiento del ODM 7 “Sostenibilidad ambiental” fueron los siguientes:

INDICADOR	¿DE QUÉ SE TRATA?	CONCEPCIÓN TÉCNICA DEL INDICADOR	VARIABLE 1	VARIABLE 2	FÓRMULA DE CÁLCULO
Proporción de la superficie cubierta por bosque natural y tasa de deforestación.	Muestra el nivel de deforestación y la afectación de los bosques naturales	Proporción de la superficie de bosques – PSB es el área de bosque natural en un año de referencia como una proporción de la superficie continental del país. Tasa de deforestación -TD es la diferencia entre el área del año inicial de referencia y el año final de bosque natural como un porcentaje de la del año de referencia. La tasa de deforestación anual – TDA se estima como la TD dividida entre el número de años entre los cuales se calcula el cambio en la cobertura.	Superficie total de la cobertura en bosque analizada para el año en referencia	Superficie total de la cobertura analizada en el año de final o de cambio.	$TD = [(A2-A1)/A1] \times 100$ $TDA = TD / (T2-T1)$ A1 = Superficie total de la cobertura analizada para el año en referencia A2 = Superficie total de la cobertura analizada en el año de final o de cambio. T1 = Tiempo inicial o de referencia T2 = Tiempo final o de cambio
Porcentaje de la superficie terrestre bajo protección del sistema de parques nacionales naturales	Conocer cómo está protegiendo el territorio sus áreas verdes a través de reservas o parques naturales	Describe la proporción de la superficie cubierta por bosques o reservas naturales protegidas por ley o norma de uso de suelo con relación al total de la cobertura vegetal del municipio.	Superficie total de la cobertura de bosques y reservas naturales protegidas por ley o norma de uso de suelo analizada para el año en referencia	Superficie total de la cobertura vegetal analizada para el año en referencia	$X = (V1/V2) \times 100$

INDICADOR	¿DE QUÉ SE TRATA?	CONCEPCIÓN TÉCNICA DEL INDICADOR	VARIABLE 1	VARIABLE 2	FÓRMULA DE CÁLCULO
Porcentaje de parques con planes de manejo socialmente acordados	La participación de la comunidad en la decisión sobre sus parques	Número de parques que tiene plan de manejo frente al número de parques existentes	Número de parques que tiene plan de manejo	Número de parques existentes	$X = (V1/V2) * 100$
Cobertura de acueducto	Indica el acceso de las viviendas urbanas y rurales al sistema de acueducto	Viviendas que tienen el servicio de acueducto cuando reciben el agua por tubería u otro ducto conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente puesto que cuenta con un depósito construido para su almacenamiento, frente al total de las viviendas urbanas y rurales.	Número de viviendas en la zona urbana y rural con conexión a acueducto por tubería permanente	Total viviendas urbanas / rurales	$X = (V1/V2) * 100$
Cobertura de alcantarillado, pozos sépticos y letrinas	Indica el acceso de las viviendas urbanas y rurales al sistema de alcantarillado o desfogeo de residuos líquidos	La cobertura es el resultado de dividir el número total de viviendas en las zonas urbanas con conexión a alcantarillado sobre el número total de viviendas urbanas. Lo mismo se aplica para las viviendas en áreas rurales en cuando a conexiones alcantarillado, pozos sépticos y letrinas.	Número total de viviendas en las zonas urbanas y rurales con conexión a alcantarillado, pozos sépticos y letrinas.	Número total de viviendas urbanas y rurales, según el caso.	$X = (V1/V2) * 100$
Déficit cualitativo de vivienda	Medir la existencia de viviendas de baja calidad	Total de viviendas que se encuentran con déficit cualitativo frente al total de viviendas	Número de viviendas con pisos inadecuados + Número de viviendas con paredes inadecuadas	Total de viviendas del municipio	$X = (V1/V2) * 100$
Déficit cuantitativo de vivienda	Establece las necesidades de unidades de vivienda	Es el total de hogares conformados frente a las viviendas existentes en el territorio	Número de hogares del municipio	Número de viviendas del municipio	$X = V1 - V2$



Bibliografía

Banco Mundial, Armonización de la actividad industrial con el medio ambiente. 2002. Editorial Alfaomega.

PNUD y Acción Social, Caja de Herramientas para medir la implementación de los ODM en los territorios. Medir para avanzar. Una guía práctica para construir indicadores locales en ODM. 2008

Naciones Unidas. Declaración del Milenio. Septiembre de 2000, Nueva York. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>

UNFPA, Estado de la población mundial 2004. El consenso de El Cairo, diez años después. 2004

Contraloría General de la República. Estado de los recursos naturales y del ambiente. 2006/207.

PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008. La lucha contra el cambio climático. Solidaridad frente a un mundo dividido. 2008

Informe sobre los ODM en Colombia. Planeación Nacional. Octubre de 2009

Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004. Servicios para los pobres. 2004. Editorial Alfaomega.

López Orozco, Asdrubal y Roberto Dávila Villamizar. El agua y el medio ambiente. Edit. Ministerio Editorial Ltda.

Lovelock, James. La venganza de la tierra. La teoría Gaia y el futuro de la humanidad. Editorial Planeta, 2006

Mahecha Clavijo, Germán. Agua. Serie recursos naturales número 6. Universidad Santo Tomás

Masera, O. México y el cambio climático global. Edit. Ciencia y desarrollo, 1991, Vol. XVII

Propuesta regional de Indicadores complementarios al Objetivo de Desarrollo del Milenio 7: "Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Rayén Quirora Martínez. Estudios estratégicos y prospectivos, CEPAL – Naciones Unidas. ISSN 1680-8770, 2007

Tobón, Humberto. Medio Ambiente: educación y participación ciudadana. Biblioteca ambiental CARDER, 2007.

Weart, Spencer. El calentamiento global: historia de un descubrimiento científico. Editorial Laetoli, 2003.

Objetivos de Desarrollo del Milenio



¡PODEMOS LOGRARLOS!



MDG **IF**

FONDO PARA EL LOGRO DE LOS ODM