

Documento

Conpes Social

91

**Consejo Nacional de Política Económica y Social
República de Colombia
Departamento Nacional de Planeación**

**“METAS Y ESTRATEGIAS DE COLOMBIA PARA EL LOGRO
DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - 2015”**

**Ministerio de Relaciones Exteriores
Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Ministerio de la Protección Social
Ministerio de Educación Nacional
Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
DNP: DDS - PNDH - DDUPA**

Versión aprobada

Bogotá, D.C., 14 de marzo de 2005

INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de un compromiso universal firme para alcanzar el desarrollo, Colombia y 188 naciones más, acordaron en la Cumbre del Milenio de septiembre de 2000 en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, ocho Objetivos de Desarrollo de largo plazo, con la coordinación de Naciones Unidas, el Banco Mundial, el FMI y la OCDE. Cada país se comprometió a definir unas metas nacionales, que puedan ser alcanzadas en el año 2015, para cada uno de los Objetivos. El presente documento somete a consideración del CONPES para la Política Social las metas y estrategias fijadas por Colombia para el logro de dichos objetivos.

1. ANTECEDENTES

El desarrollo colombiano a partir de 1990, se puede describir con la evolución de cada uno de los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano: producto interno, esperanza de vida y educación. En relación con el producto interno, se ha presentado un crecimiento continuo pero lento, exceptuando la crisis de 1999, que produjo un retroceso de cerca de cuatro años del que actualmente se está recuperando. La esperanza de vida de la población colombiana aumentó aproximadamente 5 años durante la década de los noventa, producto de cambios epidemiológicos y demográficos importantes, como las mejoras en la mortalidad infantil y materna y en los servicios de salud, logrando una recuperación paulatina del indicador, aunque con algunas diferencias entre géneros, debido al mayor impacto que sufren los hombres por efecto de la violencia. En educación, el esfuerzo de los últimos 14 años, impulsado por la reforma constitucional de 1991, ha producido notables avances que aunque fueron frenados por la crisis económica, en la actualidad con el énfasis que han tenido las políticas sociales en el tema educativo, se ha logrado una mejora considerable de los indicadores.

Aunque el panorama general es positivo, aún se presentan grandes diferencias entre los distintos grupos poblacionales, convirtiéndose la equidad en el principal reto para el desarrollo humano colombiano. Por departamentos los indicadores de Bogotá son semejantes a Hungría (país de alto desarrollo humano, puesto 38 en el mundo) en tanto los de Chocó se asemejan a Kenia (país de bajo desarrollo humano, puesto 148 en el mundo). Por zonas, la mayor parte de los indicadores en el área rural son inferiores a los de la urbana y entre grupos sociales la distribución por deciles de ingreso es insatisfactoria¹.

¹ PNUD. Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. p.237 a 239. New York. 2003.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio representan para el país la oportunidad de definir de manera precisa y evaluable los retos y avances en la senda del desarrollo. El desafío del siglo XXI es un desarrollo social más acelerado, internacionalmente competitivo, nacionalmente equilibrado, incluyente y en paz.

2. LAS INEQUIDADES DEL DESARROLLO HUMANO EN COLOMBIA

A grandes rasgos, las Metas del Milenio pueden ser cumplidas a nivel nacional pero algunas regiones presentan niveles de rezago que requieren esfuerzos particulares. Por lo tanto, la estrategia consiste en darles cumplimiento con especial énfasis en los ámbitos regional y local que presentan atrasos significativos en el logro de los objetivos que deberán cumplirse para el 2015.

La desigualdad en la distribución de ingresos afecta negativamente el desarrollo humano. En los últimos años, el índice de Gini ha aumentado en el país pasando de 0,544 en 1996, a 0,563 en 2003². Cuando se realiza la corrección por distribución de ingresos, el IDH se reduce en cerca de 13 puntos, es decir, un retroceso de más de 15 años.³ El Desarrollo Humano aumentaría alrededor de 2% por año, si la desigualdad se disminuyera en un 10%⁴.

Como se planteó anteriormente, el desarrollo colombiano se caracteriza por la presencia de grandes diferencias económicas y sociales entre las zonas urbana y rural, entre departamentos y entre grupos de ingreso. En 2001, el IDH rural era 0,096 puntos inferior al de la zona urbana. La brecha en desarrollo humano aunque disminuyó en la última década sigue siendo importante. Al iniciar el siglo XXI el área rural presenta un IDH similar al que tenía el país en 1985.

Uno de los principales avances en la década del noventa ha sido el aumento de la escolaridad y la reducción de la tasa de analfabetismo en el agregado nacional. Sin embargo, en la población más pobre aún persisten altas tasas de analfabetismo. La tasa de analfabetismo del decil más pobre de la población (18.4%) es comparable con la del Congo (puesto 144 en el mundo), mientras que la tasa de analfabetismo del 10% más rico (1.1%) es comparable con la de Italia (puesto 21 en el mundo)⁵. Igualmente, la tasa de analfabetismo rural (16%) es cuatro veces superior a la urbana.

² Encuesta de Hogares, cálculos PNDH.

³ Para realizar la corrección por desigualdad se aplica la metodología introducida por el PNUD en su Informe de 1993. El Índice del PIB se ajusta por $(1 - \text{el coeficiente de Gini})$.

⁴ PNDH/GTZ. Las regiones colombianas frente a los objetivos del Milenio. 2004. Pág. 16. 2004.

⁵ La tasa de analfabetismo se calculó para las personas mayores a 15 años, a partir de la Encuesta de Calidad de Vida 2003.

La diferencia urbano-rural en los ingresos, disminuyó durante la década de los noventa pero aún continúa siendo muy alta. En la zona urbana el ingreso por persona, es cerca de dos veces y medio el del sector rural⁶. El progreso de Colombia es desigual no solo entre áreas urbanas y rurales sino también entre departamentos. A lo largo de los últimos catorce años, dos departamentos se mantienen en los extremos: Chocó como el más atrasado y el Distrito Capital de Bogotá como la región de mayor desarrollo.

Los departamentos de la Costa Pacífica, excluyendo el Valle del Cauca y los departamentos creados por la Constitución Política de 1991, aunque han mejorado notablemente en el acceso a la educación básica y al agua potable, deben mejorar su ritmo de desarrollo para lograr la mayor parte de los objetivos del milenio.

Chocó, Cauca y Nariño se han mantenido como los departamentos con menor desarrollo humano en los últimos catorce años. En el extremo opuesto están Bogotá y Atlántico. En los noventa, Valle del Cauca, Antioquia y Santander lograron avances considerables hasta ubicarse entre los departamentos con mayores niveles de desarrollo humano. Departamentos como Quindío, Huila y Norte de Santander desmejoraron sus condiciones sustancialmente⁷.

3. POLÍTICA SOCIAL DEL ACTUAL GOBIERNO Y OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

El compromiso del país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio no circunscribe su accionar en materia de política social a dichos objetivos. Por el contrario la estrategia en este campo es mucho más amplia, abarca objetivos y metas fundamentales en programas sociales de gran impacto y ha mostrado resultados muy favorables en la construcción y conservación del capital humano, particularmente focalizando la inversión en aquellos grupos poblacionales pobres y vulnerables.

El balance muestra que se están logrando significativos avances respecto a lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 “Hacia un Estado Comunitario”, tanto en materia económica como social. La recuperación de la actividad económica es evidente, mostrando una tasa de crecimiento de la

⁶ Ibidem. pág 17.

⁷ El terremoto de 1999, además de la crisis que ha sufrido la economía cafetera desde los 80's, explica el comportamiento de Quindío; sin embargo, es notable su recuperación con la reconstrucción.

economía de 3.95% en 2003 y en 2004 y la tasa de desempleo promedio anual ha descendido significativamente, pasando de 15.7% en 2002 a 13.6% en 2004.

Asociado a este resultado en la recuperación económica, se aprecia una reducción de la pobreza de 55.8% en 2002 a 51.8% en 2003, al igual que el índice de personas bajo la línea de indigencia, que pasó de 20.8% en el 2002 a 16.6% en el 2003.

Los buenos resultados en materia económica, se han dado simultáneamente con buenos resultados en la estrategia social del Gobierno, sustentadas en las Siete Herramientas de la Reactivación Social (Revolución Educativa, Protección y Seguridad Social, Impulso a la Economía Solidaria, Manejo Social del Campo y de los Servicios Públicos, País de Propietarios y Calidad de Vida Urbana). En particular, estas estrategias se asocian a varios de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y a las metas con las que el país se compromete en el presente documento.

En materia de educación, se busca alcanzar 1.5 millones de nuevos cupos en educación preescolar, básica y media durante el período de gobierno; para el año 2003 se crearon 477.598 nuevos cupos en el sector oficial y, según reportes de las Secretarías de Educación, en 2004 se crearon 256.815 cupos adicionales. Con esto, en lo corrido de la administración, en total se han creado 734.413 nuevos cupos, lo que representa un avance de 49% frente a la meta del cuatrienio. Lo anterior, en términos de tasa de cobertura bruta combinada (básica y media), significó que la educación básica y media pasó de 84,9% en 2002 a 87,3% en 2004⁸.

Los logros obtenidos en materia de cobertura se deben a los avances en reorganización del sector, y a la incorporación de recursos adicionales. Con la reorganización se ha logrado una mejor utilización de los recursos humanos, técnicos y financieros que modificó la relación alumno docente de 26,7 en 2002 a 28,6 en 2003 y a 29,3 estudiantes por docente en el 2004.

Con los recursos adicionales, en especial los provenientes del Fondo Nacional de Regalías, FNR, y del Programa de Educación Rural del Ministerio de Educación Nacional, se han beneficiado más de 93 mil estudiantes en 2004 y a más de 231 mil desde agosto de 2002. Igualmente, se ha apoyado a las entidades territoriales en la formulación de proyectos de infraestructura y dotación escolar (Ley 21/82), y programas de ampliación de cobertura para la población vulnerable (indígenas, desplazados, población

⁸ Esta tasa incluye todos los niveles desde preescolar hasta media; las coberturas que se presentan en los anexos se dividen entre educación básica (preescolar, básica primaria y básica secundaria) y educación media.

rural y niños discapacitados) con los cuales se ha beneficiado a 87 mil alumnos en 2004 y a más de 187.800 desde el inicio del gobierno.

Otro avance significativo está en el tema de alfabetización de adultos, a la fecha se han beneficiado 84.100 personas en 2003 y 68.545 en 2004, lo que representa un avance de 32% de la meta para el cuatrienio. La tasa de analfabetismo, según la Encuesta de Calidad de Vida, e ha registrado una caída de 1.7 puntos porcentuales para el total nacional entre 1997 y 2003, resultado que se explica, principalmente, por la notable reducción de la misma en las zonas rurales de 22,2% a 17,9%.

En materia de seguridad social en salud, el Gobierno ha centrado sus esfuerzos en fortalecer los mecanismos dirigidos a ampliar y mantener la cobertura de afiliación de la población. Esta estrategia es fundamental en el objetivo de brindar protección financiera y posibilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud para toda la población. De esta manera, la consecución de logros en cada una de las objetivos planteados, encuentra en la seguridad social en salud, su principal medio para lograrlo. En el período 2002 - 2006, se registra un total acumulado de 4.7 millones de nuevos afiliados al régimen subsidiado y un total de 1.5 millones de nuevos aportantes al régimen contributivo.

De otra parte, la tasa estimada de mortalidad en menores de 5 años en el año 2000 (último año disponible), deja en evidencia una reducción de casi 10 puntos frente a 1995. En éste contexto, el Ministerio de Protección Social (MPS) ha diseñado e implementado una serie de estrategias dirigidas a incidir en la disminución de la mortalidad en éste grupo de población. Aparte de la operación regular (52 semanas al año) del programa de vacunación y de la garantía de la inversión necesaria para disponer las vacunas e insumos necesarios para su desarrollo, se han desarrollado estrategias complementarias que permitan incrementar las coberturas de vacunación con todos los biológicos que integran el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, particularmente acciones conjuntas del gobierno nacional y las entidades territoriales, a través de jornadas nacionales de vacunación. Como resultado ha sido posible un incremento de la cobertura total de vacunación, pasando de 81.9% en 2002 a 93.1% en 2003. Además, con la introducción de la vacuna pentavalente en el 2002, hoy se cuenta con 200.000 niños más vacunados contra *Haemophilus influenza*, evitando la meningitis, la neumonía y la otitis causada por este agente infeccioso. Además, el MPS llevó a cabo en el 2003 el Proyecto de movilización social para la promoción de la salud de la infancia y prevención de la mortalidad en menores de 5 años con énfasis en el control de la enfermedad diarreica aguda, la infección respiratoria aguda y la promoción de la lactancia materna, con una inversión de \$1.500 millones.

Otro factor importante relacionado con la mortalidad infantil es la prevención y atención de la desnutrición de los menores de 5 años, que se refleja en la disminución de la tasa de desnutrición global de 8.4% en 1995 a 6.7% en el 2000. La próxima medición se tendrá en el 2005 a través de la Encuesta Nacional de demografía y Salud (ENDS) y de la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia.. Entre los logros destacados durante el período 2002- 2004 está el programa de desayunos infantiles, dirigido a niños y niñas entre 6 meses y 5 años de edad, pertenecientes a familias del nivel 1 del SISBEN, que tiene como objetivo mejorar el consumo y aprovechamiento biológico con énfasis en la disponibilidad dietaria de calorías, hierro y calcio y la promoción de hábitos alimentarios con repercusiones en el mantenimiento de la salud. De igual forma, el programa contempla promover acciones tendientes a lograr la obtención del registro civil, el esquema completo de vacunación para la edad, su inclusión y participación en los programas de control de crecimiento y desarrollo, la promoción de la lactancia, el mejoramiento de las condiciones nutricionales, la prevención de enfermedades prevalentes en la infancia y la promoción del control social. Se cuenta con la participación activa de la familia, la comunidad y entes territoriales, en coordinación con organizaciones no gubernamentales y empresas privadas con el propósito de contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de ésta población. La atención inicia en el 2003 con 322.052 beneficiarios y a diciembre de 2004 se han atendido un total de 517.598 niños y niñas. La meta para el cuatrienio 2002 – 2006 es de 1 millón de beneficiarios.

Por otra parte, en cuanto a estrategias para el cuidado integral de la población infantil, se ha logrado mantener el financiamiento y operación de los Hogares de Bienestar a cargo del ICBF en sus diferentes modalidades, los cuales tienen como objetivo propiciar el desarrollo psicosocial, moral y físico de niños y niñas menores de 6 años de familias en condiciones de vulnerabilidad social a través de acciones de formación integral y fortalecimiento a la familia. El Gobierno Nacional ha mantenido la cobertura desde el 2002 en un total anual de 956.061 beneficiarios.

Otra acción importante es el Programa de Restaurantes Escolares, cuyo objetivo es contribuir al acceso, a la asistencia regular y evitar la deserción del sistema escolar de niños que pertenecen a familias con vulnerabilidad social y económica matriculados en establecimientos educativos del sector público. La meta planteada por el gobierno nacional era ampliar la cobertura acumulada en restaurantes escolares con una atención en el cuatrienio de 2.497.114 niños matriculados y lograr la realización de convenios con alcaldías y gobernaciones con el fin de promover el mejoramiento de coberturas y la cualificación de la atención. La cobertura acumulada a 2003 fue de 2.498.679 sobrepasando la meta establecida en un 7% y, para el 2004, la ejecución corresponde a 2.610.981 beneficiarios.

En salud sexual y reproductiva (SSR), el MPS ha implementado un proyecto de Información, Educación y Comunicación masiva e interpersonal para la promoción de la SSR y prevención de la fecundidad en adolescentes bajo el lema “Derechos convertidos en hechos”. Igualmente, se han desarrollado campañas publicitarias, de información y comunicación para la reducción del embarazo en adolescentes y de la mortalidad materna: “free press” (126 publicaciones en 45 días, radio, TV.); línea información gratuita, página web, comerciales de TV y radio y medios impresos. Adicionalmente, se conformaron cuatro centros asociados al Centro Latinoamericano de Atención Perinatal- CLAP, para apoyar la gestión de la política de SSR con énfasis en la vigilancia epidemiológica para reducir la mortalidad materna y perinatal.

Adicionalmente, el MPS inició en el 2004 un proyecto a 4 años, para la promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del SIDA en jóvenes en situación de desplazamiento (600.000 en total), en alianza con el Fondo Global para la lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis, por un monto de US\$ 8.6 millones. Igualmente, se inició el desarrollo del proyecto nacional para la prevención de la transmisión vertical (Madre-Hijo) para el VIH/SIDA, el cual tendrá una inversión de 1.800 Euros y una duración de 4 años.

Para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, el MPS realizó la adquisición y distribución de medicamentos e insumos, por un valor de \$4.732 millones en 2003 y \$8.461 millones en 2004. Adicionalmente, en los municipios de alto riesgo, se está llevando a cabo el fortalecimiento de la vigilancia centinela en complicaciones y mortalidad por malaria. Igualmente, en cooperación con USAID y OPS, se ejecuta el fortalecimiento de la Red de vigilancia amazónica de resistencia a los medicamentos antimaláricos. Finalmente, se aprobó y está en trámite la iniciación de la ejecución del proyecto para la vigilancia y control de la malaria en la Región Andina, en cooperación con el Proyecto Fondo Global.

Finalmente, como elemento adicional en la búsqueda de la reducción de la pobreza, el gobierno nacional ha buscado la continuidad y ampliación de la estrategia de subsidios condicionados a través del programa Familias en Acción. El programa busca atacar determinantes de la pobreza fortaleciendo y protegiendo el capital humano de los hogares, lo que ha mostrado importantes resultados en el mejoramiento de la asistencia escolar, la nutrición infantil, los niveles de cobertura de vacunación y de cuidado y control de crecimiento y desarrollo. Adicionalmente, se aprecian efectos favorables en la participación laboral de mujeres cabeza de hogar y la disminución del trabajo infantil, entre otros. Con una ampliación a 60.000 nuevas familias para los años 2005 y 2006, se tendría un total de 400.000

familias beneficiarias, incluyendo sectores urbano marginales pobres y llegando a municipios capitales en las nuevas entidades territoriales y municipios sin servicio bancario mediante la modalidad de caja extendida.

4. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Los 8 objetivos acordados en la Cumbre del Milenio se especifican en 18 metas y 48 indicadores comunes a todos los países, lo que facilita el seguimiento y evaluación permanente para la comparación a nivel internacional y la identificación de los progresos.

A continuación se presenta para cada uno de los objetivos, las metas generales acordadas por los países en la Cumbre mencionada, precisando para el caso de Colombia, las metas particulares que el país espera alcanzar en el año 2015, así como las principales estrategias que es necesario implementar o fortalecer para su consecución. En términos generales, la línea de base para establecer las metas es 1990; sin embargo, para algunos indicadores el año base se determina de acuerdo con la información disponible que refleje de mejor manera la situación del objetivo⁹.

Para el análisis y la definición de las metas propuestas, se organizó un equipo técnico por cada objetivo, conformado por los ministerios, las agencias del Sistema de Naciones Unidas y las direcciones del Departamento Nacional de Planeación, correspondientes, con el apoyo estadístico del DANE y la coordinación de CEPAL junto con el Programa Nacional de Desarrollo Humano. Para cada objetivo se analizó la evolución de los indicadores en los últimos años y su factibilidad dentro del marco de crecimiento y de las condiciones fiscales estimadas por la Dirección de Estudios Económicos del DNP.

I. OBJETIVO 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

i) Para reducir la pobreza extrema

Meta Universal: Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas con ingreso inferior a 1 dólar diario.

⁹ En ese caso, se precisa la línea y el año base correspondiente.

Metas Nacionales:

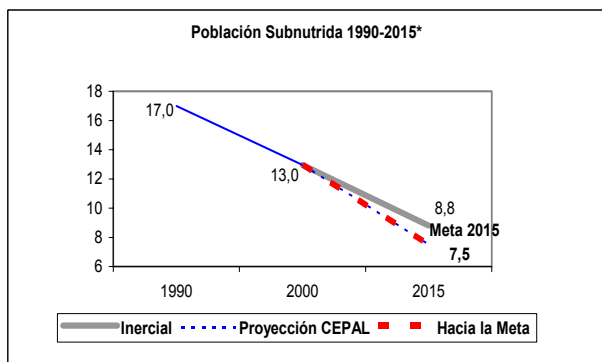
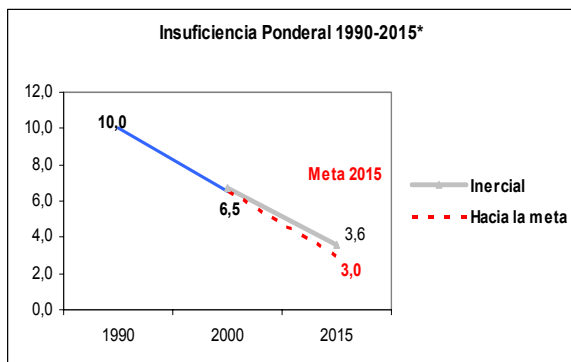
- Reducir a 1.5% el porcentaje de personas con ingreso inferior a 1 dólar con Paridad de Poder Adquisitivo (PPA de 1993). Línea de base 1991: 2.8%
- Reducir a 28.5% el porcentaje de personas en pobreza. Línea de base 1991: 53.8%¹⁰
- Reducir a 8.8% el porcentaje de personas que viven en pobreza extrema (indigencia). Línea de base 1991: 20.4 %¹¹

ii) Para erradicar el Hambre

Meta Universal: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

Metas Nacionales:

- Reducir a 3% los niños menores de 5 años con desnutrición global (peso para la edad). Línea de base 1990: 10%
- Reducir a 7.5% las personas que están por debajo del consumo de energía mínima alimentaria. Línea de base 1990: 17%



iii) Estrategias para la reducción de la pobreza:

En general, se trata de lograr que los esfuerzos de desarrollo por parte del Estado y la sociedad civil colombiana tengan mecanismos explícitos para dar oportunidades preferentes a los pobres. El punto clave es 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; así como desarrollando mecanismos e

¹⁰ Esta meta se calculó con base en el supuesto de un crecimiento económico del 4% en los años 2005 y 2006, y del 6% a partir de 2007.

¹¹ Para el cálculo se mantiene el mismo supuesto de la meta en reducción de pobreza.

instituciones que protejan el capital humano y los activos físicos acumulados por los hogares. Se promoverá el crecimiento de los sectores en los cuales los pobres obtienen trabajo y bienes de consumo, como es el caso de la producción de alimentos y de algunos bienes 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 silvopastoril¹².

El componente principal para la reducción de la pobreza es el reconocimiento de que la forma más eficiente de prevenir, enfrentar y superar los choques que afectan las condiciones de vida de los ciudadanos es el Manejo Social del Riesgo. En Colombia se concreta en la definición y operación del Sistema de la Protección Social que dirigen, por una parte, el Ministerio de la Protección Social, en las áreas de seguridad social (salud, pensiones, riesgos profesionales), formación laboral y empleabilidad, y asistencia social a la familia¹³; y por otra parte, la Presidencia de la República en el manejo de los programas de Asistencia Social a través de la Red de Apoyo Social (RAS). No obstante, el componente de Educación, a cargo del Ministerio de Educación Nacional, es de igual forma un elemento clave dentro del Manejo Social del Riesgo.

Esta orientación general se especifica en varios tipos de programas dentro de la política general de protección y asistencia social, que enfatiza en aquellos que muestren mayores beneficios en la formación de capital humano y que contribuyan de mejor manera a eliminar la trampa de pobreza de los hogares¹⁴:

- Los programas sociales que buscan atención universal, tales como calidad en la educación y seguridad social en salud, tienen efectos claros en la disminución del riesgo de pobreza y en el aumento de la participación activa y productiva en el desarrollo económico y social del país. De esta forma, la principal estrategia para reducir la pobreza es lograr el cumplimiento de las metas establecidas en el resto de objetivos, especialmente en materia de educación y seguridad social en salud.
- Los programas de atención a personas que ya han sido alcanzadas por choques naturales, económicos o de salud, como los implementados por la RAS, condicionan la ayuda del Estado a

¹² DNP. Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006. pg. 228. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia. 2003.

¹³ Conpes Social 3081 de 2000 y Artículo 1 – Decreto 205 de febrero de 2003. La estrategia implica la identificación e implementación de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud, en el marco de las competencias asignadas al Ministerio.

¹⁴ Para el seguimiento del logro de esta estrategia, se aplicará cada tres años la Encuesta de Calidad de Vida y cada diez, la Encuesta de Ingresos y Gastos al sector rural, con el propósito de contar con información necesaria para el desarrollo de los distintos programas.

la formación y conservación de capital humano (asistencia escolar, nutrición, inducción de demanda en servicios de salud preventivos, entre otros) y buscan mitigar y superar los efectos de las crisis individuales y colectivas en los grupos más vulnerables. Para ellos, se propone implementar programas de subsidios condicionados similares al programa Familias en Acción que maneja actualmente la RAS.

Adicionalmente, como elemento constitutivo de todo tipo de programas, se debe hacer énfasis en el seguimiento continuo que permita la evaluación de los avances y el ajuste a las condiciones y necesidades de las poblaciones. Así mismo, se debe mejorar la focalización, para aumentar la eficiencia y eficacia de sus intervenciones, consolidando, actualizando o mejorando el SISBEN, mediante la acción coordinada del DNP y las entidades territoriales¹⁵.

Por otra parte, como elemento transversal de todas las estrategias de los programas de desarrollo social por sectores, se considerará la voz y participación de los pobres. La organización y la participación de la población en el diseño e implementación de políticas y programas, acompañadas de control social efectivo son una parte indispensable de cualquier estrategia para la reducción de la pobreza. Se hace necesario trabajar en la construcción y disposición de medios de información para que dicho ejercicio sea posible y contribuya a crear una nueva ciudadanía y lograr eficacia, eficiencia y sostenibilidad de los programas¹⁶.

Por último, para cortar los mecanismos de transmisión intergeneracional de la pobreza, las estrategias deben tener especial énfasis en beneficios dirigidos a los niños. Se busca que los niños de esta nueva generación, tengan acceso a: nutrición de calidad, cuidado integral, salud básica, educación y socialización.

iv) Estrategias para la erradicación del hambre:

1. Para prevenir la desnutrición infantil se utilizará la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna temprana, capacitación a las madres y mantenimiento del plan de alimentación y nutrición¹⁷.

¹⁵ Se prevé una actualización general, al menos cada cuatro años.

¹⁶ Ibidem p.262

¹⁷ DNP. Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006. pg. 193. Bogotá. Imprenta Nacional de Colombia. 2003.

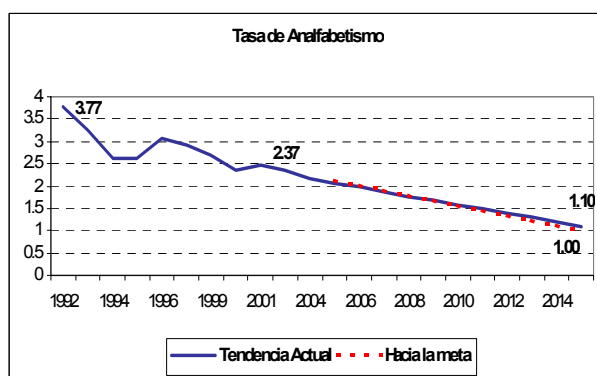
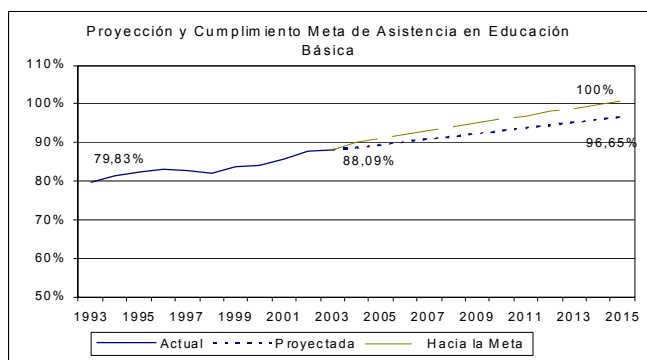
2. Desarrollar e implementar la política de seguridad alimentaria.
3. Realizar estrategias de educación, información y comunicación (EIC), con el fin de promover hábitos de consumo alimentario que contribuyan a una nutrición adecuada en la población.
4. Mantener y expandir programas focalizados para las familias más pobres, con impacto favorable en la nutrición.

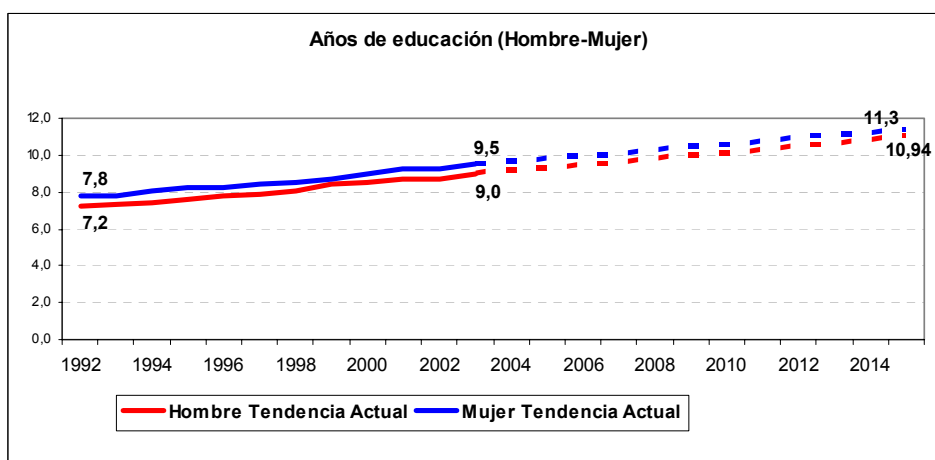
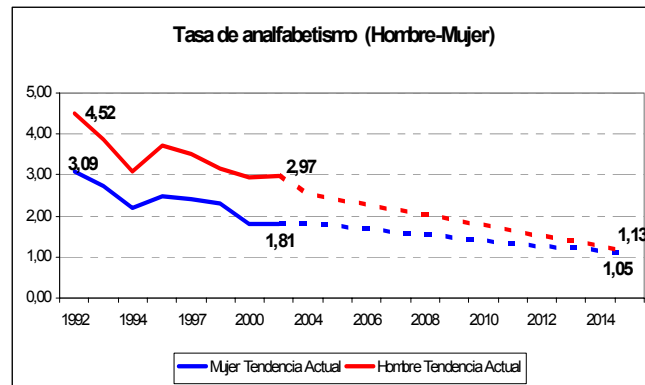
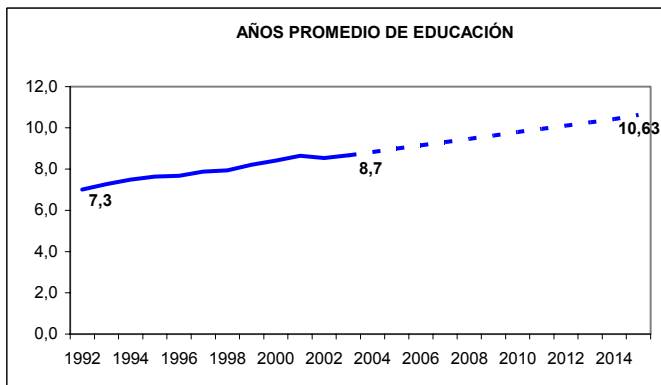
II. OBJETIVO 2: LOGRAR LA EDUCACIÓN PRIMARIA UNIVERSAL

Meta Universal: Lograr que, para el año 2015, los niños y las niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de educación primaria.

Metas Nacionales:

- Tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años. Línea de base 1992: 3.77%
- Tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica (preescolar, básica primaria, básica secundaria) y 93% para educación media. Línea de base 1992: 76.08% y 59.11%, respectivamente.
- Alcanzar en promedio, 10.63 años de educación para la población entre 15 y 24 años. Línea de base 1992: 7 años de educación.
- Disminuir la repetición a 2.3% en educación básica y media. Línea de base 1992: 6.1%





i) Estrategias para el logro de educación básica universal

La estrategia fundamental es concentrarse en los segmentos de la población con menores niveles de educación, sin descuidar los que tienen mejores promedios, así:

1. Acceso universal al sistema educativo de todos los niños a partir de los seis años comenzando en el nivel de preescolar. Se debe dar énfasis a los mecanismos de atención a niños y grupos con atraso escolar y dificultades de aprendizaje. Resulta fundamental en este propósito que el país incorpore tecnologías e instrumentos pedagógicos que estimulen y potencien el desarrollo infantil para lograr una transición adecuada al sistema educativo; para lo anterior, se deberá desarrollar e implementar el componente de educación inicial para los menores de 5 años.
2. Por zonas, dando prioridad a las zonas rurales especialmente en el nivel de secundaria.

3. Por grupos de ingreso, otorgando incentivos económicos, incluyendo mecanismos de subsidios directos a los más pobres, condicionados a su asistencia y permanencia escolar (Programas de Subsidios Condicionados y Fondo Nacional de Regalías, entre otros).
4. Establecer y fortalecer los esquemas de participación privada para la prestación del servicio educativo, dirigidos a la ampliación de cobertura.
5. Implementación de experiencias exitosas y fortalecimiento de los modelos de educación rural (Escuela Nueva, SER, SAT, Metodología de Alfabetización CAFAM, Aceleración del Aprendizaje y Alfabetización de Adultos y Jóvenes, entre otros).
6. La poca pertinencia de la educación como expresión básica de la calidad, es una de las principales causas de la inasistencia escolar especialmente en el nivel de secundaria; así, es necesario trabajar por el mejoramiento de la calidad, comenzando por realizar un monitoreo continuo del avance en el logro, mediante comparaciones nacionales e internacionales. Por lo anterior, el país implementará las pruebas estándares censales Saber y pruebas de Estado, y participará en las pruebas internacionales de calidad.
7. Implementación de sanciones al incumplimiento de la norma de educación básica obligatoria, teniendo en cuenta lo estipulado en la Constitución de 1991.
8. Mejoramiento de la infraestructura escolar mediante el uso adecuado de los recursos correspondientes a la partida de calidad del Sistema General de Participaciones, los recursos asignados por Ley 21 de 1982 y los proyectos de inversión del Ministerio de Educación.
9. Uso de tecnologías de información en básica y media, para el desarrollo de las competencias que necesitan los estudiantes con el fin de lograr el aprovechamiento del desarrollo científico y tecnológico.
10. Promoción de la educación técnica y tecnológica, con el fin de atender las demandas del país para mejorar la competitividad frente al mercado mundial.
11. Fortalecimiento de los sistemas de información y modernización de las entidades territoriales.
12. Uso eficiente de los recursos del sistema general de participaciones.

III. OBJETIVO 3: PROMOVER LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

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 Nacionales:

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, son aún deficientes. En particular se considera prioritario obtener avances en las siguientes áreas:

Violencia de Género:

- Desarrollar, con una periodicidad de al menos cada cinco años, la medición de la magnitud y características de la violencia de pareja en el país y definir las metas anuales de reducción.
- Implementar y mantener en operación una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, 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:

- Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público¹⁸.

i) Estrategias para la promoción de la equidad de género y la autonomía de la mujer:

1. Mantener la aplicación y el análisis al menos cada cinco años del módulo de violencia contra la mujer en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, y promover su aplicación y análisis en departamentos y ciudades.
2. Fortalecer y mantener un programa intersectorial de vigilancia y atención de la violencia intrafamiliar como estrategia de salud pública, especialmente la ejercida por la pareja, iniciando por las cuatro grandes ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga), continuando con las demás capitales de departamento y, posteriormente, con los demás municipios.

¹⁸ Ley 581 de 2000.

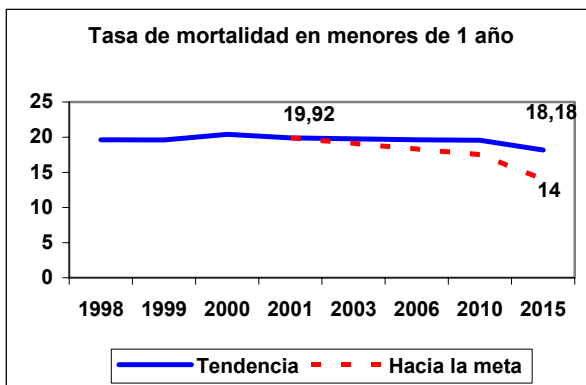
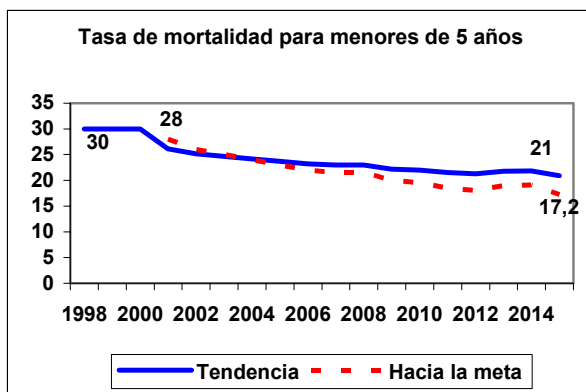
3. Implementar intervenciones de educación, información y comunicación (EIC) con participación de la población en aspectos tales como: igualdad de derechos y deberes de mujeres y hombres, respeto a la diferencia, autoestima y tolerancia. Igualmente información sobre programas y redes institucionales de atención de la violencia.
4. Promover el desarrollo de estrategias de base comunitaria e institucional para la protección de la mujer que vive en situación de violencia y la de sus hijos.
5. Fortalecer la acción interinstitucional de la Política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar, en las áreas de prevención y promoción de factores protectores, de vigilancia y detección temprana y de atención.
6. Establecer procedimientos para que todas las entidades territoriales rindan información oportuna sobre el cumplimiento de la ley 581 de 2000 y lograr que se apliquen las sanciones previstas en la ley.
7. Creación, implementación y evaluación de mecanismos para la recepción y trámite efectivo de denuncias sobre discriminación salarial por género.
8. Incluir dentro del observatorio de mercado laboral, creado por el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de la Protección Social, el seguimiento y la evaluación del empleo desagregado por género.
9. Fortalecer el seguimiento de la participación política de las mujeres y la documentación de la violencia de pareja, en el Observatorio de Asuntos de Género.

IV. OBJETIVO 4: REDUCIR LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

Meta Universal: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

Metas Nacionales:

- Reducir la mortalidad en menores de 5 años, a 17 muertes por 1000 nacidos vivos. Línea de base 1990: 37.4 muertes por 1000 nacidos.
- Reducir la mortalidad en menores de 1 año, a 14 muertes por 1000 nacidos vivos. Línea de base 1990: 30.8 muertes por 1000 nacidos.
- Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en el 95%, con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) para los menores de 5 años, en todos los municipios y distritos del país. Línea de base 1994: 92%, promedio de la vacunación del PAI.



i) Estrategias para la reducción de la mortalidad infantil:

1. La estrategia fundamental es incrementar progresivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud, promoviendo la focalización de los subsidios a la población menor de 5 años, a las mujeres gestantes y a las mujeres en edad fértil. En la medida en que se garantiza la protección financiera a través del seguro de salud, resultan esenciales las estrategias para asegurar el acceso efectivo y la calidad de la atención, así como la acción decidida y permanente de la sociedad para proteger la vida de los niños, estrategias y programas nutricionales efectivos y la vigilancia en salud pública.

2. Impulsar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acuerdo con las competencias institucionales y territoriales, con el fin de incidir en las causas de mortalidad.

3. Mejorar el **acceso** efectivo a las atenciones que garantizan la protección de su salud o el mejoramiento de la misma.
 - Adecuada, oportuna y continua atención del embarazo, el parto y el puerperio.
 - Información efectiva y permanente a la población sobre los contenidos de los planes de beneficios, a los cuales tienen derecho los afiliados a la seguridad social en salud.
 - Eliminación de barreras funcionales y administrativas para el acceso a los servicios de salud.
 - Desarrollo y mejoramiento de la atención materno – infantiles, de acuerdo con el régimen de afiliación.
 - Vigilancia y control sobre el cumplimiento y calidad de las intervenciones definidas como básicas para esta población.
 - Acceso efectivo e inclusión de la población menor de 5 años a las intervenciones de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, de acuerdo con los esquemas de intervención definidos en las normas vigentes.
 - Estrategias que reduzcan las oportunidades perdidas en el acceso y permitan la intervención oportuna de la población infantil, con énfasis en la afectación de las primeras causas de mortalidad en la niñez.
 - Articulación de estrategias nutricionales de intervención con la inmunización y el manejo eficaz de las enfermedades prevalentes en la infancia, incorporando la participación comunitaria en su implementación.

4. Mejorar la **calidad** de la atención para población materno – infantil.

- Mejorar la capacidad del recurso humano en la atención integral y manejo de los riesgos asociados a la mortalidad infantil.
- Inducción de la demanda en intervenciones de mayor impacto y costo – efectividad probada.
- Seguimiento a la adhesión a los esquemas de detección de alteraciones, así como de los procesos terapéuticos en curso.
- Diseñar mecanismos y promover la disposición oportuna y suficiente de insumos críticos para la atención, incluyendo medicamentos para el manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia.
- Coberturas de vacunación útiles con los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones, PAI.

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.

- Desarrollo de iniciativas de enfoque comunitario orientadas a mejorar las competencias de las familias en la prevención y manejo primario de las enfermedades diarreica, respiratoria agudas y el cuidado integral del desarrollo.
- Acciones intersectoriales a favor de la capacidad de intervención autónoma y el empoderamiento de las mujeres y madres en el contexto familiar y social, que repercuten directamente en la salud y desempeño de la población infantil.
- Desarrollo de políticas públicas conducentes a mejorar la seguridad vial y a fortalecer la protección de la población infantil en las vías públicas.
- Estrategias de información y educación para la prevención de accidentes en el hogar durante la primera infancia.

- Implementar y evaluar iniciativas intersectoriales y sociales, en el ámbito municipal, para reducir el maltrato infantil.
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.
- Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna temprana y exclusiva en los ámbitos laborales, institucionales, hospitalarios y comunitarios.
 - Implementación y evaluación de estrategias de seguridad alimentaria y apoyo nutricional, condicionados a logros efectivos en el estado nutricional de los menores de 5 años.
7. Fortalecer la vigilancia en salud pública sobre los eventos que afectan la salud infantil, el acceso y la calidad de las intervenciones.
- Generación y consolidación de modelos para la vigilancia en salud pública de las coberturas de vacunación y de las demás intervenciones de protección específica y detección temprana.
 - Generación de mecanismos de vigilancia de la calidad de la atención a la población infantil, así como de las condiciones de acceso a la misma.
 - Implementación de estrategias de seguimiento a los compromisos del país en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

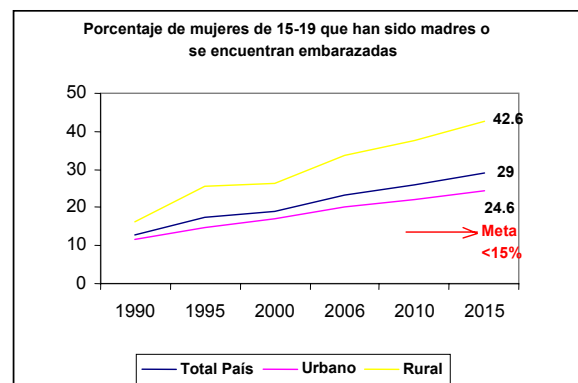
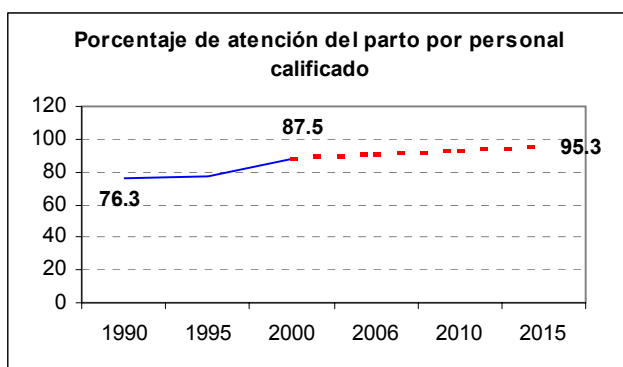
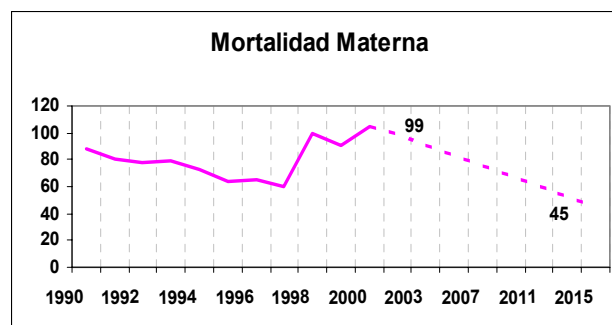
V. OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

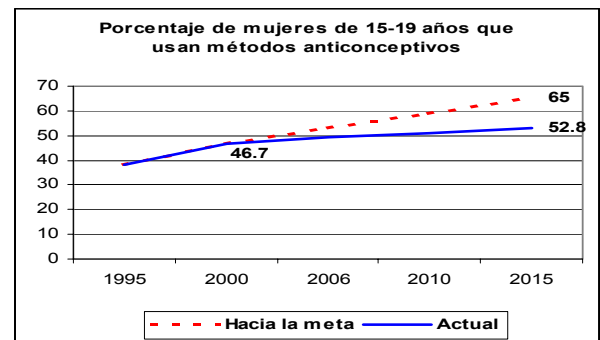
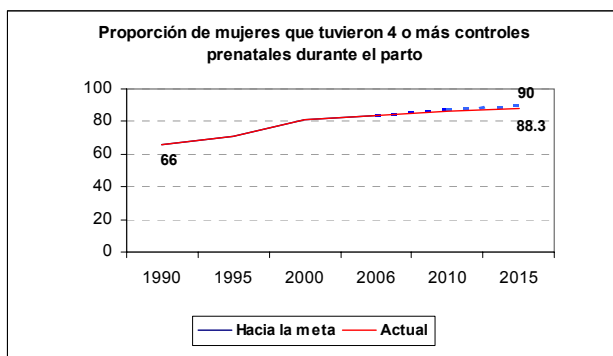
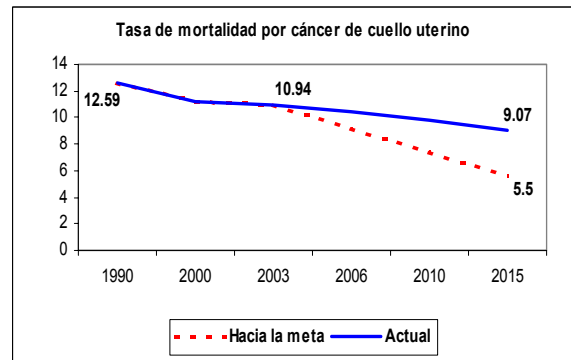
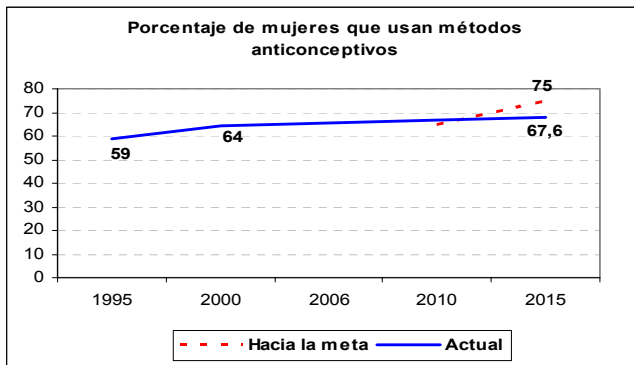
Meta Universal: Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

Metas Nacionales:

- Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos. Línea de base 1998: 100 por 100.000 nacidos vivos

- Incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales. Línea de base 1990: 66%
- Incrementar la atención institucional del parto y por personal calificado al 95%. Línea de base 1990: 76.3% atención institucional del parto; 80.6% atención del parto por personal calificado.
- 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%. Línea de base 1995: 59% y 38.3 %, respectivamente.
- Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo de 15%. Línea de base 1990: 12.8%.
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres. Línea de base 1990: 13 por 100.000 mujeres.





i) Estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres

1. La estrategia fundamental es incrementar progresivamente la cobertura de la afiliación a la seguridad social en salud, promoviendo la focalización de los subsidios a las mujeres gestantes y a las mujeres en edad fértil, tanto en zonas rurales como urbanas. Al igual que en la mortalidad infantil, en la medida en que se garantice la protección financiera a través del seguro de salud, resultan esenciales estrategias adicionales para garantizar el acceso y la calidad.
2. Garantizar el acceso a la atención prenatal, del parto y del puerperio a la población afiliada a la seguridad social en salud y de la población pobre no asegurada, con los estándares de calidad establecidos en las normas vigentes.
 - Implementar mecanismos de comunicación social sobre los beneficios del seguro de salud en materia de salud sexual y reproductiva.
 - Diseñar e implementar herramientas que faciliten la identificación, orientación y adhesión a las intervenciones de detección temprana de alteraciones del embarazo, de atención del parto y de atención del puerperio.

- Fortalecer la vigilancia sobre el cumplimiento y la calidad de las intervenciones relacionadas con la salud materna y de los componentes de atención obstétrica esencial, tanto básica como integral¹⁹.
 - Definir intervenciones mínimas prioritarias para proteger la salud de las mujeres pobres no aseguradas durante el evento reproductivo.
3. Fortalecer la calidad de los servicios obstétricos disponibles en las diferentes regiones del país.
- Implementación de mecanismos de monitoreo de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal.
 - Evaluación e implementación de modelos de atención de la gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, para la identificación y manejo oportuno de los riesgos reproductivos y obstétricos.
 - Capacitación de los equipos de salud en la utilización de procedimientos y tecnologías eficaces.
4. Desarrollar la vigilancia de la mortalidad materna y fortalecer el registro de estadísticas vitales.
- Normalización de la estrategia de vigilancia en salud pública de la mortalidad materna.
 - Capacitación del recurso humano en el manejo operativo del modelo de vigilancia y las técnicas de investigación y análisis de muertes.
 - Investigación de los determinantes de la mortalidad materna en las diferentes regiones del país.
 - Evaluación, seguimiento, control de calidad y retroalimentación continua del diligenciamiento del registro de mortalidad.
5. Promover la utilización de métodos anticonceptivos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, haciendo énfasis y adecuando su operación a las características y necesidades de la población adolescente.

¹⁹ Los componentes claves de la Atención Obstétrica Básica (AOB) son: a) tratamiento del embarazo con problemas (anemia, diabetes); b) tratamiento médico de las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el aborto (hemorragia, septicemia, complicaciones del aborto, eclampsia); c) procedimientos manuales (retirar la placenta, coser desgarros o episiotomías); d) vigilar la dilatación (incluido partógrafo); y e) atención neonatal básica. La AO integral incluye todos los servicios de AO básica, más las intervenciones quirúrgicas, la anestesia y la transfusión sanguínea, y las intervenciones necesarias para los embarazos de alto riesgo y las complicaciones del parto.

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.
7. Fortalecer la vigilancia en salud pública en salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de vigilancia sobre los eventos de interés y sobre el acceso y calidad.

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

- VIH/ SIDA

Meta Universal: Detener y comenzar a reducir, para el año 2015 la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.

Metas Nacionales:

- 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%
- Establecer una línea de base en el quinquenio 2005-2010 para lograr medir la mortalidad por VIH/SIDA y reducirla en 20% durante el quinquenio 2010-2015.
- Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.
- 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%.

i) Estrategias para combatir el VIH-SIDA.

La estrategia fundamental es la implementación y mantenimiento de un Plan Intersectorial para la prevención y control de la epidemia en el país²⁰. El Plan abarca al menos tres ejes temáticos: 1) Coordinación interinstitucional e intersectorial, Evaluación y Monitoreo; 2) Promoción y Prevención; y 3) Atención y Apoyo. Dentro de las principales acciones contempladas se encuentran:

²⁰ Enmarcado dentro de la 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.

- Desarrollo de la vigilancia en salud pública en los aspectos epidemiológicos, demográficos, y de prestación de los servicios de salud (notificación de casos, prevalencias, tamizajes de bancos de sangre, estudios de comportamientos de riesgo).
- Coordinación interinstitucional en los ámbitos nacional y subnacional en acciones de promoción, prevención y orientación y seguimiento de casos.
- Capacitación de docentes en los niveles de educación básica y media para la promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA.
- Implementación de programas de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH/SIDA, entre adolescentes y jóvenes, con participación intersectorial y comunitaria.
- Aplicación de encuestas sobre comportamientos sexuales entre la población general, jóvenes escolarizados y no escolarizados y grupos de riesgo.
- Implementación de estrategias de educación, información y comunicación (EIC) dirigidas a los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad.
- Capacitación de los funcionarios de salud en cuanto a estrategias y prácticas para la reducción de la transmisión madre – hijo.
- Actualización y divulgación de guías de prevención y atención integral en infecciones de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA.
- Consolidación del fondo de medicamentos de bajo costo que posibilite el acceso efectivo a medicamentos antiretrovirales e insumos de laboratorio para el seguimiento de los tratamientos.

- Malaria, dengue y otras enfermedades.

Meta Universal: Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.

Metas Nacionales:

- Reducir en 85% los casos de mortalidad por malaria. Línea de base 1998: 227 casos.
- Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana. Línea de Base 2003: 17,4 / 1.000 habitantes.
- Reducir en 80% los casos de mortalidad por dengue. Línea de base 1998: 229 casos.

- Reducir a menos del 10% y mantener en estos niveles los índices de infestación de Aedes en los municipios categoría especial, 1 y 2 por encima de 1.800 mts. sobre el nivel del mar. Línea de Base 2003: 30%.

ii) Estrategias para combatir la malaria y el dengue

Mejoramiento de la oportunidad y calidad del diagnóstico y tratamiento de la malaria y el dengue.

- Evaluación de la red de diagnóstico existente en las zonas urbana y rural, por tipo de asegurador y laboratorio de salud pública. Ampliación de la red de diagnóstico y tratamiento en zonas con deficiente cobertura. Implementación de mecanismos que permitan verificar su calidad y cobertura.
- Implementación de acciones de comunicación social para mejorar el conocimiento de la población general sobre la presencia de malaria y dengue, los servicios disponibles para su diagnóstico, tratamiento y los mecanismos definidos para su correcta utilización.
- Disposición adecuada de los medicamentos necesarios para el oportuno tratamiento de los casos identificados, de manera que se reduzcan las muertes evitables y se prevengan las complicaciones.
- Fortalecimiento de la vigilancia de los vectores, integrando los ámbitos territoriales y la comunidad; la implementación de metodologías estandarizadas que hagan comparable los resultados entre regiones; la identificación precisa de los vectores implicados en la transmisión de la malaria y el dengue en cada localidad; la evaluación de los criaderos del mosquito para definir las estrategias de control vectorial; mediciones periódicas de los índices de infestación con énfasis en los municipios categoría especial, 1 y 2.
- Acciones de control selectivo de vectores en el ámbito local, por medio de: trabajo comunitario en la definición de las acciones de control selectivo, ajustados a las características de los criaderos existentes, los recursos disponibles y las estrategias de control más eficientes. Disposición oportuna de los equipos, insumos, suministros y recursos humano de apoyo. Fortalecimiento de las competencias de la población para la utilización de medios de protección en el ámbito domiciliar, peridomiciliar y laboral.
- Definición de acciones concurrentes de control de vectores, por parte del nivel departamental y nacional.
- Fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico por laboratorio y en la depuración –confirmación de casos, de tal manera que la vigilancia sea sensible a la identificación oportuna de brotes.

- Implantación de una metodología abreviada de investigación de casos que permita clasificarlos correctamente, e identificar casos importados y casos urbanos de malaria y dengue.
- Implementación de estrategias de vigilancia de base comunitaria en zonas dispersas para facilitar la identificación de casos, orientarlos al diagnóstico y tratamiento y mejorar la calidad de la medición del problema.
- Intensificación de las acciones de vigilancia del evento y entomológica en municipios de frontera.

VII. OBJETIVO 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

- Medio Ambiente:

Meta Universal: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales, y propender por la reducción del agotamiento de los recursos naturales y de la degradación de la calidad del medio ambiente. En particular, en la proporción del país cubierta por bosques naturales, la proporción y el estado de las áreas del país destinada a la conservación de ecosistemas a través de un Sistema de Parques Nacionales Naturales y la eliminación del consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono (SAO).

Meta Nacional:

- Reforestar 30.000 hectáreas de bosques anualmente. Línea de base 2003: 23.000 hectáreas anuales.
- Consolidar las áreas Protegidas del Sistema de Parques Nacionales Naturales, incorporando 165.000 nuevas hectáreas al sistema, y formulando planes de manejo socialmente acordados para la totalidad de las áreas.
- Eliminar para el 2010 el Consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono. Línea Base 2003: Consumo de 1000 ton.

i) Estrategias para cumplir las Metas de Medio Ambiente:

Estrategias para cumplir la meta de reforestación de bosques naturales.

Para cumplir con esta meta se ha planteado una estrategia conjunta entre entidades nacionales y locales, de las cuales se destacan: (i) la operación de crédito - BID 1556/OC-CO aprobada en agosto de 2004, para el Programa de apoyo al Sistema Nacional Ambiental. Este programa asignará recursos por

USD \$14,04 millones para establecer aproximadamente 20.000 has de coberturas forestales, hasta el año 2007; y (ii) Los Planes de Acción Trienales de las Corporaciones Autónomas Regionales que en su conjunto, tienen proyectado establecer 74.000 hectáreas de coberturas forestales para el periodo 2004-2006. Se espera que esta estrategia continúe con dicha tendencia hasta el año 2015.

Estrategia para cumplir las metas de Consolidación de las áreas Protegidas del Sistema de Parques Nacionales Naturales

Para incorporar las 165.000 nuevas hectáreas al Sistema de Parques Nacionales Naturales – SPNN, se cuenta con recursos propios de la Unidad Administrativa Especial de Parques Nacionales Naturales y con recursos de la nación en cabeza de la Unidad. En particular, un proyecto de inversión por 1250 millones de pesos para el 2005, iniciará la financiación de la creación y administración de las nuevas áreas durante el cuatrienio.

Las nuevas áreas proyectadas para integrar al SPNN son, Serranía de los Yariguies, Serranía de los Churumbelos, ampliación de PNN las Orquideas, humedales de Casanare, cerro de Patascoy - Yoco, Selva Florencia y Serranía del Perijá.

Para la formulación de los planes de manejo socialmente acordados, la Unidad de Parques Nacionales cuenta con una metodología que promueve la participación de todos los actores sociales e institucionales involucrados en la conservación de las áreas del SPNN, así como la coordinación interinstitucional para viabilizar e implementar estos procesos de participación en la gestión ambiental. A la fecha se encuentran 48 propuestas de planes de manejo para su socialización.

Estrategia de eliminación para el año 2010 del Consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono

En el Marco del Protocolo de Montreal, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial ha establecido un programa de reducción del Consumo de Sustancias Agotadoras de la Capa de Ozono. Este programa finalizará en el 2010, año para el cual Colombia no consumirá este tipo de sustancias. Se cuenta con recursos de cooperación internacional por USD 4,5 millones de dólares para el desarrollo del Programa.

- Saneamiento Básico:

Meta Universal: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable y saneamiento básico.

Metas Nacionales entre 1990 y 2015:

- Incorporar a la infraestructura de acueducto, a 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.

Indicadores de cobertura: línea de base, actual y meta

Sector	1993	2003	Meta 2015	Nueva Población a Atender 2004-2015
Urbano				
Acueducto	94.6%	97.4%	99.4%	7.7
Alcantarillado	81.8%	90.2%	97.6%	9.2
Rural				
Acueducto	41.1%	66.0%	81.6%	2.3
Saneamiento Básico**	51.0%	57.9%	70.9%	1.9

* Millones de personas.

** Incluye soluciones no convencionales como aljibes, agua sin tratamiento, entre otros

ii) Estrategias para cumplir las metas de saneamiento básico:

Los esfuerzos se focalizarán en aquellos municipios con dificultades particulares en el suministro de agua potable y que no cuentan con esquemas eficientes de gestión.

La estrategia que se plantea para mejorar las condiciones del sector y alcanzar así las metas de cobertura, es integral y comprende tres componentes: i) componente financiero, ii) componente institucional, y iii) componente de estructura empresarial del sector.

Componente financiero

El rezago tarifario debe desaparecer en los municipios en que aún las tarifas no alcanzan a cubrir por lo menos los costos eficientes de administración, operación y mantenimiento. Así mismo, la aplicación de las nuevas metodologías tarifarias y su vigilancia por parte de la Superintendencia de Servicios Públicos

Domiciliarios (SSPD), tendrá un impacto positivo sobre el sector en la medida en que los prestadores identifiquen y utilicen las señales de eficiencia.

Se crearán mecanismos que incentiven un uso más eficiente por parte de los municipios de los recursos del Sistema General de Participaciones.

Mejorar la focalización de subsidios, lo que permite generar más recursos para inversión y llevar el servicio subsidiado a usuarios que antes no lo recibían.

Se promoverán mecanismos que faciliten la vinculación de nuevos inversionistas a través del mercado de capitales, de forma que se logre financiamiento de más largo plazo acorde con las características del sector, que requiere un alto nivel de inversión representado en activos con largas vidas útiles.

Componente institucional

El primer elemento de este componente es el fortalecimiento de los programas del Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial, para hacerlos más eficaces. Este fortalecimiento se debe acompañar de los ajustes institucionales que correspondan para lograr una asignación y utilización más eficiente de los recursos de transferencias a los municipios.

Por otra parte, se apoyará el fortalecimiento de la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios (SSPD) y de la Comisión Reguladora de Agua (CRA) para adelantar acciones encaminadas a la liquidación de empresas y prestadores públicos ineficientes.

Se establecerán, además, los mecanismos para la eficiente recolección, procesamiento y utilización de la información sectorial. La información general a nivel agregado nacional o de grandes regiones se puede obtener de las encuestas elaboradas por el Departamento Nacional de Estadística DANE; sin embargo, para el seguimiento puntual que permita detectar aquellos municipios que presenten las situaciones más críticas y hacia donde deben focalizarse los esfuerzos, se cuenta con un Sistema Único de Información – SUI– que administra la SSPD, el cual se encuentra en una fase de desarrollo.

Adecuación de la estructura empresarial del sector

Mediante el fortalecimiento del Programa de Modernización Empresarial y la promoción de la participación privada desde el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, y a través de los departamentos, se propone liderar procesos de participación privada en asociaciones de municipios o

municipios individuales. Se busca consolidar el esquema adoptado en el país para la prestación de los servicios y asegurar su eficiencia y sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo, buscando en lo posible establecer esquemas regionales que capturen economías de escala, y reduzcan los costos de transacción de los procesos de regulación y control.

También se han desarrollado las empresas comunitarias, que representan comunidades organizadas a nivel local que posibilita la participación de la comunidad en la gestión de los servicios, el desarrollo de pequeñas empresas y la generación de empleo productivo a nivel local. Como elemento adicional, se plantea la implementación de fondos de capitalización social que incorporen mecanismos de recuperación, estabilización y capitalización.

Para el sector rural es necesario fortalecer la adecuación de los diseños estratégicos y la orientación, en proporciones adecuadas, de parte de las transferencias a las zonas rurales con mayor deficiencia de coberturas.

Se establecerá una asistencia técnica adecuada para los acueductos rurales en términos de suministros, obras y capacitación. Es importante adelantar campañas educativas centradas en las condiciones de la calidad del agua, hábitos de higiene y manipulación del agua para consumo.

Se fomentarán esquemas de prestación de servicios mediante formas asociativas para localidades menores a 5.000 habitantes y microempresas o empresas comunitarias para localidades entre 5.000 y 20.000 habitantes. Estas medidas rurales deben ir acompañadas de esquemas de redes de generación de apoyo, cooperación y complementariedad entre ellas. Por parte de las entidades centrales deben mejorar los sistemas de información para la zona rural, incentivar la participación ciudadana e implementar el manejo de tecnologías aplicables al contexto rural.

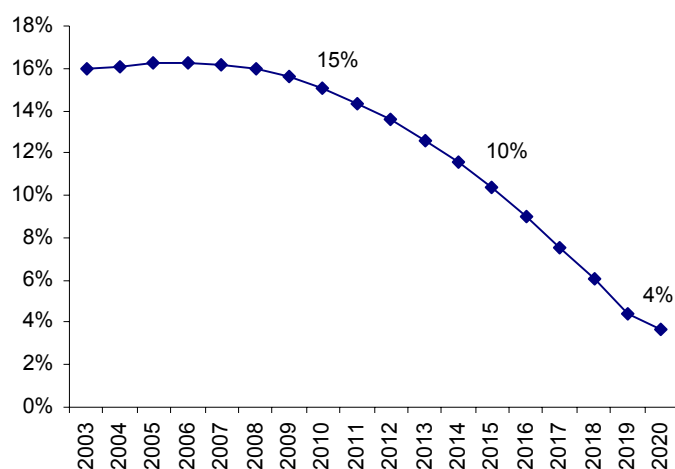
Por último la estrategia se incorpora dentro de un esquema ambiental, buscando proteger las condiciones del recurso hídrico lo cual, dada la escasez de recursos financieros, debe empezar por establecer un orden de prioridad de cuencas, que responda a razones de salud pública principalmente, y en este orden iniciar acciones tendientes a la disminución de la deforestación, control de la contaminación e implementación de sistemas de tratamiento de efluentes.

- Vivienda

Meta Universal: Mejorar considerablemente la vida de los habitantes de tugurios en Colombia.

Meta nacional para el 2020: Reducir a 4% el porcentaje de hogares que habitan en asentamientos precarios. Línea de base 2003: 1.346.000 hogares (16%)

Porcentaje de hogares urbanos en asentamientos precarios



Hogares en asentamientos precarios, 2003

	Miles	%
Hogares en viviendas no susceptibles de mejorar	224	17
Hogares que presentan déficit cualitativo	847	63
Hacinamiento	315	23,4
Materiales Inadecuados	134	9,9
Acueducto	47	3,5
Alcantarillado	350	26,0
Riesgo	274	20,3
Total	1.346	100,0

Fuente: DANE - ECV 2003. Cálculos: DNP-DDUPA

iii) Estrategias para cumplir las metas en Vivienda

La experiencia de las grandes ciudades del país sugiere que el éxito de las intervenciones en asentamientos precarios depende de la articulación de las políticas e inversiones sectoriales (especialmente la de vivienda con agua potable y saneamiento básico), la disponibilidad de recursos, la

adopción de una visión de largo plazo y de la participación de los diferentes niveles de gobierno, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad.

Dado que la tercera parte de los hogares que actualmente habitan en asentamientos precarios presentan déficit sólo en servicios públicos (397.000 hogares), el cumplimiento de la Meta “*Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable y saneamiento básico*” tendrá un gran impacto en la disminución de la proporción de hogares en asentamientos precarios.²¹

En complemento con lo anterior, en vivienda las acciones se concentrarán en evitar la conformación de nuevos asentamientos precarios, logrando que la oferta formal de vivienda sea igual a la formación anual de hogares, y en mejorar las condiciones de la vivienda a cerca de 450.000 hogares. Las estrategias y acciones específicas son:

- **Detener y prevenir la formación de nuevos asentamientos precarios**

Para detener y prevenir la formación de nuevos asentamientos precarios, la estrategia del Gobierno Nacional se sustenta en la combinación de instrumentos de mercado y herramientas de política social, con un componente transversal de fortalecimiento de la gestión institucional. La estrategia puede resumirse en los siguientes puntos:

1. Continuar con el programa del Subsidio Familiar de Vivienda-SFV del Gobierno Nacional, el cual debe orientarse a financiar primordialmente a los hogares con ingresos inferiores a 2 SMLM. Las entidades vinculadas a este programa otorgarán en promedio 73.000 subsidios anuales durante el periodo 2005-2020. De igual forma, se promoverá la entrega de subsidios locales por parte de los entes territoriales para programas de vivienda nueva.
2. Crear mecanismos financieros para atender a los hogares informales (50% de la formación anual de hogares), desarrollando instrumentos adecuados de ahorro y crédito, garantías y esquemas de fondeo para las entidades que atienden esta demanda.
3. Fortalecer el sistema financiero hipotecario, para lo cual se debe: i) garantizar la estabilidad jurídica del sistema; ii) impulsar el ahorro privado; iii) especializar a las entidades en originar,

²¹ Las coberturas proyectadas para las áreas urbanas en el 2015 son: Acueducto (99%) y Alcantarillado (97%). Sin embargo para 2020 se espera una cobertura urbana del 100% en ambos servicios.

administrar y conseguir fondos para créditos hipotecarios; y, iv) profundizar la participación del mercado de capitales.

4. Impulsar el uso planificado del suelo urbano y de expansión de las ciudades a partir de la aplicación de instrumentos de gestión del suelo y de financiación del desarrollo urbano. Para tal propósito, el Gobierno Nacional adelantará los arreglos normativos y prestará asistencia técnica para que las administraciones municipales asuman la formulación de las operaciones urbanas integrales que incluyan proyectos de vivienda social.

- **Atender los asentamientos precarios existentes**

De acuerdo con el marco de política vigente en Colombia, el mejoramiento de asentamientos precarios aparece como competencia directa de los municipios. Para ésto, las administraciones locales contarán con el apoyo de los siguientes programas de la Nación:

1. Asignación de subsidios para mejoramiento de vivienda y reforzamiento estructural a través del Fondo Nacional del Vivienda y las Cajas de Compensación Familiar, en complemento a los que sean asignados por los entes territoriales.
2. Implementación del microcrédito inmobiliario como fuente de financiación de los procesos de mejoramiento integral.
3. Asistencia técnica a los municipios, distritos y departamentos para la elaboración de los programas de mejoramiento integral de barrios y para buscar recursos de cooperación y de crédito con la Banca Multilateral de acuerdo con su capacidad fiscal.
4. Procesos de titulación masiva a través de capacitación y asistencia técnica a las administraciones locales, con lo cual se espera para culminar en el mediano plazo procesos para cerca de 100.000 predios.

VIII. OBJETIVO 8: FOMENTAR UNA SOCIEDAD MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

Metas Universales:

- Desarrollar un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Lograr una buena gestión de los asuntos públicos y la reducción de la pobreza.
- Acceso libre de aranceles, a mercados sin subsidios por parte de los países industrializados, y sin cupos limitantes para las exportaciones de los países menos desarrollados; programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados ; cancelación de la deuda bilateral oficial ; concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan mostrado su determinación de reducir la pobreza
- Encarar de manera general los problemas de la deuda con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.
- En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.
- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos
- En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular, los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Estrategias para Colombia:

- Para efectos de este objetivo, Colombia en las metas relacionadas con salud (objetivos 4, 5 y 6) establece la posibilidad de acceso a medicamentos, a través de la estrategia fundamental de lograr cobertura de afiliación a la seguridad social en salud, del 100%.
- Por otra parte, en cuanto al desarrollo de estrategias para el trabajo digno y productivo, la prioridad del país se concentra en mejorar y mantener el nivel de escolaridad, de acuerdo con lo previsto en el objetivo 2.
- En procura de crear condiciones favorables para la inversión, el crecimiento económico y el desarrollo, Colombia tiene el claro compromiso de desarrollar y poner en práctica mecanismos de integración comercial con otros países y regiones y mantener su tradición de contar con unas finanzas públicas equilibradas.
- De otro lado, la reducción de las inequidades existentes demandará esfuerzos y apoyos de asistencia técnica y cooperación internacional que permitan crear alternativas de gestión, mejorar

la capacidad institucional y realizar seguimiento continuo al desempeño de la Nación y las entidades territoriales.

- En colaboración con el sector privado Colombia logrará coberturas de telefonía fija, móvil y de Internet, acordes a las metas de desarrollo económico del país
- Dispondrá de una infraestructura moderna y confiable para la transmisión de la televisión pública y contará con un sector postal eficiente e integrado a la economía nacional.

5. FINANCIAMIENTO

La financiación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, será una responsabilidad compartida entre el gobierno central y los gobiernos departamentales y municipales, con el apoyo de las empresas privadas, las agencias internacionales y la sociedad civil.

Las estrategias planteadas para el cumplimiento de las metas, deberán ser incluidas en los planes nacionales de desarrollo y se promoverá su inclusión en los planes territoriales, de tal forma que se asegure la inversión del presupuesto nacional y territorial en el cumplimiento de los objetivos. Los Ministerios sectoriales deberán contemplar entre sus programas prioritarios y en la cofinanciación con iniciativas regionales, aquellos relacionados con el logro de los objetivos y metas planteados en el presente documento. Buena parte de los programas actualmente existentes apuntan a dicho propósito y deberán ser consolidados y fortalecidos, además de introducir mejoras en la eficiencia, eficacia, acceso y calidad de dichos programas²².

Como alternativas complementarias los gobiernos nacional y territoriales deberán analizar sus requerimientos de financiamiento externo en concordancia con las normas vigentes en términos de capacidad de endeudamiento y saneamiento fiscal.

De esta forma, las principales fuentes de financiamiento con las que se cuenta para el cumplimiento de los objetivos, incluyen el Sistema General de Participaciones, los eventuales recursos provenientes de crédito externo nacional y territorial y de cooperación y asistencia técnica nacional e internacional, los aportes parafiscales, los recursos propios de la Nación y de las entidades territoriales, los recursos provenientes de las regalías y los aportes de los hogares y de las empresas.

²² Se destacan los programas de cobertura de seguridad social en salud, cobertura educativa, programas de asistencia a la niñez y la familia (a cargo del ICBF y de la Red de Apoyo Social), programas de salud pública, vivienda y saneamiento básico, entre otros.

Las metas y las fuentes de financiación fueron proyectadas bajo el supuesto de un crecimiento anual de la economía del 4%, en los años 2005 y 2006 y luego del 6 % anual a partir de 2007, por lo que la programación de las fuentes estaría sujeta a dicho comportamiento.

La descripción detallada del costo y el financiamiento las distintas metas se presentan en el Anexo 1: Costo y financiamiento de las metas.

6. RECOMENDACIONES

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Relaciones Exteriores, recomiendan al CONPES para la Política Social:

- 1 Adoptar las metas y estrategias planteadas en este documento para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en Colombia.
- 2 Solicitar a los Ministerios correspondientes, desarrollar las acciones tendientes a la implementación, seguimiento y evaluación de las estrategias y metas para el logro de los ODM.

Comparación Internacional de los indicadores de Metas del Milenio							
Indicador	Desarrollo Humano alto			Desarrollo Humano Medio		Desarrollo Humano Bajo	
	Noruega	Argentina	Chile	Colombia	Perú	Kenya	Haití
Población que vive con menos de 1 dólar diario PPA (%)		3.3	<2	2.8*	18.1	23	
Brecha de la pobreza (%)			<0.5	8.1	5.4	6	
Participación del 20% más pobre en los ingresos o consumos nacionales (%)	9.6	3.1	3.3	3.26*	2.9	5.6	
Niños con peso inferior al normal (peso para la edad) (%)		5	1	6.7*	7	23	17
Personas subnutridas (%)			4	13*	11	44	50
Tasa de analfabetismo (15-24 años) (%)		1.4%	1.0%	2.37%*	3.4%	4.2%	33.8%
Proporción de mujeres alfabetizadas con respecto a hombres (15 a 24 años)		1.101	1.082	1.012*	0.880	0.872	0.943
Escaños parlamentarios ocupados por mujeres (%)	36.4	31.3	10.1	10.8	18.3	7.1	9.1
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1000 nacidos vivos)	4	19	12	24*	39	122	123
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1000 nacidos vivos)	4	16	10	19*	30	78	79
Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)(a)	16	82	31	100*	410	1000	680
Partos atendidos por personal sanitario especializado (%)		98	100	87.5*	59	44	24
Tasa de mortalidad por paludismo (muertes por 100.000 habitantes)	0	0	0	158*	1	63	1
Casos de paludismo (casos por 100.000 habitantes)(b)		1		998*	258	545	15
Incidencia del VIH SIDA (%15-49 años) (c)	0.1 [0.0-0.2]	0.7[0.3-1.1]	0.3[0.2-0.5]	0.7[0.4-1.2]	0.5[0.3-0.9]	6.7[4.7-9.6]	5.6[2.5-11.9]
Superficie de tierra cubierta por bosques (%)	28.9	12.7	20.7	48.71*	50.9	30	3.2
Consumo de clorofluorocarbonados que destruyen la capa de ozono (d)	48	3293	470	1020	189	169	169
Población con acceso sostenible a saneamiento mejorado (%)			96	86	71	87	28
Población con acceso sostenible a una fuente de agua mejorada (%)	100		93	91	80	57	46
Líneas telefónicas básicas (por cada 1000 habitantes)	734	219	230	179	66	10	16
Abonados a teléfonos móviles (por cada 1000 habitantes)	844	178	428	106	86	37	17
Usuarios a internet	502.6	112	237.5	46.2	93.5	12.5	9.6
Total del servicio de la deuda (%PIB)		5.7	12	8.6	5.9	3.7	0.8
Total del servicio de la deuda (%de la exportación de bienes y servicios)		18.3	32.9	40.2	32.8	13.6	
Índice de Desarrollo Humano	0.956	0.853	0.839	28.100	0.852	0.488	0.463
Índice de Desarrollo de Género	0.955	0.841	0.83	0.77	0.736	0.486	0.458

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2003/Informe sobre Desarrollo Humano 2004

*Datos para Colombia tomados de los documentos de análisis realizados para el Informe de Metas de Milenio "Hacia una Colombia regionalmente equitativa e incluyente"

(a)La tasa de mortalidad materna son cifras ajustadas por la UNICEF, OMS y FNUAP

- (b) Los datos corresponden a casos de paludismo reportados a la OMS y puede representar solo una fracción de la cifra verdadera, debido a problemas de información completos, a la falta de cobertura completa por parte de servicios sanitarios.
- (c) Los datos se refieren a estimaciones puntuales y del alcance basadas en nuevos modelos de estimación elaborados por ONUSIDA.
- (d) En toneladas métricas PAO- Los datos corresponden a clorofluorocarbonados controlados según el protocolo de Montreal sobre sustancias que provocan el agotamiento de la capa de ozono, medidas en toneladas métricas y multiplicadas por un factor del Potencial del Agotamiento del Ozono)

ANEXO 1:
METAS Y FINANCIAMIENTO DE LOS
OBJETIVOS

ANEXO 2:
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

OBJETIVO 1. Pobreza y Hambre

Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan pobreza extrema		
<i>Indicador</i>	<i>Internacional.. Población cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día (valores PPA 1993)</i>	<i>Nacional. Porcentaje de la población/hogares por debajo de la línea de pobreza</i>
Línea Base	1991	1991
Definición	Porcentaje de la población que vive con menos de \$1 dólar a precios internacionales de 1993. Se denomina también como línea de pobreza absoluta.	Línea de pobreza determina si un hogar cuenta con ingresos suficientes para cubrir una canasta básica de alimentos junto con otros bienes y servicios no alimentarios.
Descripción del cálculo	Se convierten los dólares PPA a su equivalencia en dólares corrientes (basados en el IPC correspondiente a 1993 publicados por el Banco Mundial). Con base en esto se convierten los dólares a moneda local. Con el tercer trimestre de las Encuestas de Hogares se miden los ingresos y se determina quienes ganan menos de 1 dólar diario.	Se emplea la metodología que viene utilizando el DNP para el cálculo de pobreza: Se utiliza la línea de pobreza calculada por el DANE con base en 1988, a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos de 1984 para las áreas urbanas y la línea de pobreza calculada ²³ en los años 80 para el área rural. Estas líneas se comparan con los ingresos de las personas según el tercer trimestre de las Encuestas de Hogares. Los ingresos no reportados son ajustados con una ecuación “Mincer”, y todos los ingresos son ajustados por cuentas nacionales.
Unidad de medida	Porcentaje de personas	Porcentaje de personas
Periodicidad	Anual	Anual
Cubrimiento y nivel de desagregación	Nacional	Nacional, total urbano y rural.
Fuente de información	Dirección de Desarrollo Social/ Departamento Nacional de Planeación. Con base en Encuestas de Hogares DANE	Dirección de Desarrollo Social/ Departamento Nacional de Planeación. Con base en Encuestas de Hogares DANE

****NOTA.** El gobierno nacional con apoyo del BID ha creado la Misión para la Estrategia de Reducción de Pobreza y Desigualdad, cuyo objetivo incluye, entre otros, crear un diagnóstico “oficial” de la pobreza para Colombia. Se espera revisar las líneas de pobreza y los métodos de ajustes a los ingresos.

Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan pobreza extrema	
<i>Indicador</i>	<i>Coficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza)</i>
Línea Base	1991
Definición	Mide el déficit relativo de ingresos de los pobres con respecto al valor de la línea de pobreza PG (Poverty Gap).
Descripción del cálculo	A través del producto de la incidencia (% de pobres) por la intensidad (brecha de ingresos).
Unidad de medida	Distancia de la población pobre a la LP
Periodicidad	Anual
Cubrimiento y nivel de desagregación	Nacional
Fuente de información	Dirección de Desarrollo Social/ Departamento Nacional de Planeación. Con base en Encuestas de Hogares DANE

²³ Cálculo realizado por Libardo Sarmiento

Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan pobreza extrema	
Indicador	<i>Proporción del consumo o ingreso nacional que corresponde a la quinta parte más pobre de la población</i>
Línea Base	1991
Definición	Participación del quintil más pobre en el consumo o ingreso nacional.
Descripción del cálculo	A través de las Encuestas de Hogares se estima el ingreso per cápita del hogar incluyendo los subsidios. Posteriormente se clasifican en cada uno de los quintiles.
Unidad de medida	Porcentaje de la participación de cada decil en el ingreso
Periodicidad	Anual
Cubrimiento y nivel de desagregación	Nacional, total rural y urbano.
Fuente de información	Dirección de Desarrollo Social / Departamento Nacional de Planeación. Con base en Encuestas de Hogares DANE

Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan hambre		
Indicador	<i>Número de niños menores de cinco años de peso inferior al normal</i>	<i>Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria</i>
Línea Base	1990	1990
Definición	Porcentaje de niños por debajo de su peso normal para la edad, conocido como insuficiencia ponderal o desnutrición global	Porcentaje de personas que están por debajo del requerimiento promedio estimado.
Descripción del cálculo	Porcentaje de niños cuyo peso está por debajo dos desviaciones estándares de la media de patrón de referencia para la edad	Estimación de la ingesta calórica y de nutrientes de la población comparada con las necesidades energéticas (cálculo realizado por la FAO). Otra forma proxy de hacer el cálculo es a través de la desnutrición crónica (retardo en crecimiento para la edad por debajo de -2 desviaciones estándar).
Unidad de medida	Porcentaje de los niños menores de 5 años	Porcentaje de la población
Periodicidad	1965-66 1977-80 1986-89 1995 2000	Cálculos de la FAO: 1969-71, 1979-81, 1990-92, 1995-97 y 1998. Por medidas antropométrica los años 1965-66, 1977-80, 1986-89, 1995 y 2000
Cubrimiento	Nacional	Nacional
Nivel de Desagregación	Zona rural y urbana, para las cinco regiones naturales y 14 subregiones	Para desnutrición crónica igual que el anterior indicador. Indicador FAO solo nacional
Fuentes de Información	NDS. Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud	FAO y las mismas del anterior
Agencia de competencia de UN	OPS, PMA, UNICEF	OPS, FAO, PMA

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3.1. Lograr, para el 2015, una tasa de analfabetismo de 1% para personas entre 15 y 24 años		Meta 3.2. Lograr, para el 2015, un aumento de 2 en el número de años promedio de educación para la población entre 15 y 24 años	
<i>Indicador</i>	<i>Tasa de analfabetismo en personas de 15 y 24 años</i>	<i>I.C. Años promedio de educación en personas entre 15 y 24 años</i>	
<i>Indicador Colombia (IC)</i>			
Definición	Es el porcentaje de la población, entre 15 y 24 años, que no sabe escribir ni leer un texto de poca dificultad.	Es el número de años promedio de educación cursados por las personas entre los 15 y 24 años	
Descripción del cálculo	Es el resultado de dividir el número de personas entre 15 y 24 años que no sabe escribir ni leer un texto de poca dificultad entre el total de la población de esa edad.	Es el promedio de los años cursados de la población entre 15 y 24 años.	
Unidad de Medida	Porcentaje de Personas	Años promedio de educación	
Periodicidad	Anual	Anual	
Cubrimiento y Nivel de Desagregación	Nacional, región, departamento, género y nivel de ingreso	Nacional, región, departamento, género y nivel de ingreso	
Fuente de Información	DNP, Encuesta de Calidad de Vida DANE, Encuesta Nacional de Hogares DANE.	DNP, Encuesta de Calidad de Vida DANE, Encuesta Nacional de Hogares	
Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Educación Nacional	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Educación Nacional	

Meta 3.3. Lograr, para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 100% para educación básica (desde 0 hasta 9° grado; incluye preescolar, básica primaria y básica secundaria)		Meta 3.4. Lograr, para el 2015, una tasa de cobertura bruta del 93% para educación media (10° y 11° grado)	
<i>Indicador</i>	<i>Tasa bruta de cobertura por nivel en educación básica</i>	<i>Indicador</i>	<i>Tasa bruta de cobertura por nivel en educación media</i>
<i>Indicador Colombia (IC)</i>	<i>I.C. Tasa de asistencia en educación básica</i>	<i>Indicador Colombia (IC)</i>	<i>I.C. Tasa de asistencia en educación media</i>
Definición	La tasa bruta de cobertura mide la población que se encuentra matriculada en educación básica, frente a la población ubicada en el rango de edad normativo para cursar educación básica.	Definición	La tasa bruta de cobertura mide la población que se encuentra matriculada en educación media, frente a la población ubicada en el rango de edad normativo para cursar educación media.
Descripción del cálculo	La tasa bruta es el resultado de dividir el número total de personas que se encuentren cursando educación básica, sobre el número total de jóvenes entre los 5 y los 15 años de edad.	Descripción del cálculo	La tasa bruta es el resultado de dividir el número total de personas que se encuentren cursando educación media, sobre el número total de jóvenes entre los 15 y 17 años de edad.
Unidad de Medida	Porcentaje de personas	Unidad de Medida	Porcentaje de personas
Periodicidad	Anual	Periodicidad	Anual
Cubrimiento y	Nacional, Región, Departamento,	Cubrimiento y	Nacional, Región, Departamento, Género

Nivel de Desagregación	Género y Nivel de Ingreso	Nivel de Desagregación	y Nivel de Ingreso
Fuente de Información	DNP, Encuesta de Calidad de Vida DANE, Encuesta Nacional de Hogares DANE.	Fuente de Información	DNP, Encuesta de Calidad de Vida DANE, Encuesta Nacional de Hogares DANE.
Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Educación Nacional	Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Educación Nacional

Meta 3.5. Disminuir para el 2015 la repetición a 1% en educación básica y media (desde 0 hasta 11° grado; incluye preescolar, básica primaria, básica secundaria y media)

Indicador Tasa de repetición por nivel en educación básica y media

Indicador Colombia (IC)

Definición	Es el porcentaje de la población que no aprueba un grado escolar de un año a otro.
Descripción del cálculo	La tasa de repitencia es el resultado de dividir el número de personas que no aprueban un grado escolar de básica o media, de un año a otro, sobre el número total de personas que están en ese grado escolar.
Unidad de Medida	% de personas
Periodicidad	Anual
Cubrimiento y Nivel de Desagregación	Nacional, departamental y municipal, por Género y Zona
Fuente de Información	DANE, Registro de Instituciones Educativas, Alumnos y Docentes de Preescolar, Básica (Primaria y Secundaria) y Media - C600.
Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Educación Nacional

OBJETIVO 3. PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER.

Violencia intrafamiliar

Meta	Indicador	Línea de base		Uso para comparación
		Año	Valor	
Documentar en el 2005 la magnitud de la violencia de pareja en el país y definir la meta de reducción del fenómeno al 2015.	<i>Indicador Colombia: Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de maltrato físico o violencia sexual por parte de su pareja en el último año.</i>	2004	Desconocido	Nacional
	<i>I.C. Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de violencia psicológica ejercida por su pareja en el último año.</i>	2004	Desconocido	Nacional
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.	Entidades territoriales operando con estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia de pareja contra la mujer.	2004	0	Nacional

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

<i>Indicador Colombia (IC)</i>	<i>I.C. Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de maltrato físico o violencia sexual por parte de su pareja en el último año.</i>
Descripción:	Expresa la proporción de mujeres unidas que en el último año han estado expuestas a violencia física y sexual por parte de su pareja
Numerador	Número de mujeres casadas o en unión que informaron haber sido maltratadas físicamente o forzadas sexualmente por su pareja.
Denominador	Total de mujeres casadas o en unión que fueron encuestadas.
Unidad de medida	Porcentaje mujeres unidas
Disponibilidad	No existen estimaciones adecuadas de este indicador. Las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud realizadas por Profamilia, estudian las experiencias de violencia de pareja durante la vida, entre mujeres alguna vez unidas.
Periodicidad	Cada cinco años.
Nivel de desagregación	Regional y subregional
Fuente de información	Profamilia.
Agencia de competencia del Gobierno	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Ministerio de la Protección Social
Observaciones, comentarios, limitaciones	La diferencia en la forma de medición del fenómeno hace que este no sea comparable en las tres encuestas disponibles. Ninguna de las encuestas mide este indicador de forma específica. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS, de 2005 realizada por Profamilia, permitirá hacer estimaciones sobre violencia (física, psicológica y sexual) contra la mujer ejercida por la pareja. Este indicador se construye teniendo en cuenta que la respuesta es positiva cuando una o más formas de violencia física y sexual han sido referidas por la mujer para el último año.

<i>Indicador Colombia</i>	<i>Porcentaje de mujeres unidas con experiencia de violencia psicológica ejercida por la pareja en el último año.</i>
Descripción:	Expresa la proporción de mujeres unidas que en el último año han estado expuestas a violencia física y sexual por parte de su pareja.
Numerador	Número de mujeres actualmente unidas que informaron haber experimentado una o más formas de control por parte de la pareja.
Denominador	Total de mujeres actualmente unidas que fueron encuestadas.
Unidad de medida	Porcentaje mujeres
Disponibilidad	No existen estimaciones adecuadas de este indicador. Las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud realizadas por Profamilia, estudian las experiencias de violencia de pareja durante la vida, entre mujeres alguna vez unidas.
Periodicidad	Cada 5 años.
Cobertura	No aplica
Nivel de desagregación	Regional y subregional
Fuente de información	PROFAMILIA.
Agencia de competencia del Gobierno	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – Ministerio de Protección Social
Observaciones, comentarios, limitaciones	Ninguna de las encuestas mide este indicador de forma específica. La encuesta del 2000 estudió la prevalencia de vida de violencia psicológica ejercida por la pareja. La ENDS 2005 permitirá hacer estimaciones sobre violencia psicológica contra la mujer ejercida por la pareja, para el último año.

Meta Colombia: 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.

<i>Indicador Colombia:</i>	<i>I.C. Número de entidades territoriales de carácter municipal y distrital, con estrategias intersectoriales de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia de pareja contra la mujer, operando.</i>
Unidad de medida	Municipios o distrito
Disponibilidad	A la fecha ningún municipio del país tiene una estrategia activa de vigilancia de este evento.
Periodicidad	Anual
Cobertura	No aplica.
Nivel de desagregación	Departamental.
Fuente de información	Ministerio de la Protección Social e ICBF
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la Protección Social e ICBF
Observaciones, comentarios, limitaciones	Los municipios cuentan con una estrategia activa intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar o la violencia de pareja si: → Más de un sector social de los que opera en el municipio genera datos y notifica la ocurrencia de los eventos de violencia de pareja y específicamente contra la mujer. → Existe un proceso normado, conocido y que se aplica para identificar, configurar y notificar la ocurrencia de casos. → Existen procedimientos definidos que se utilizan para el procesamiento de información, desde el almacenamiento primario hasta la disposición de resultados. → Existe y opera una instancia intersectorial para la interpretación permanente de resultados. → Los resultados se han difundido entre los diferentes sectores sociales que deben intervenir en función del problema.

Participación Política

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros	
<i>Indicador</i>	<i>Proporción de mujeres ocupadas en cargos directivos del área administrativa de la rama legislativa (Senado, Cámara, Asambleas y Concejos).</i>
Descripción	Expresa la relación existente entre el número de mujeres ocupadas en cargos directivos y el total de cargos directivos ocupados en el área administrativa de la rama legislativa del poder público, en los niveles nacional, departamental y municipal.
Numerador	Número de mujeres ocupadas en cargos directivos del área administrativa de la rama legislativa.
Denominador	Total de cargos directivos ocupados del área administrativa de la rama legislativa.
Unidad de medida	Porcentaje de participación femenina en cargos directivos del área administrativa de la rama legislativa.
Disponibilidad	Para las entidades del orden nacional, senado y cámara, se cuenta con información reportada al Sistema General de Información Administrativa del DAFP, a diciembre de 2003. Para las entidades legislativas del orden territorial, asambleas y concejos, el informe del DAFP no reporta información del SGIA.
Periodicidad	Anual.
Cobertura	Nacional, departamental, municipal.
Nivel de desagregación	Nacional, departamental, distrital, municipal
Región	Nacional, departamental, distrital, municipal
Urbano/rural	No aplica
Fuente (s) de información	Informe DAFP.
Agencia de competencia del Gobierno	Dirección Administrativa del Congreso Procuraduría General de la Nación Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP.
Persona responsable	
Observaciones, comentarios, limitaciones	Se debe disponer del informe anual reportado por la dirección Administrativa del Congreso, dirigido a la Procuraduría General de la Nación.

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros	
<i>Indicador Colombia:</i>	<i>I.C. Proporción de mujeres de libre nombramiento y remoción, y del máximo nivel decisorio, ocupadas en cargos directivos de la rama judicial (juezas, magistradas, fiscalas, y otros cargos directivos)</i>
Descripción	Expresa la relación existente entre el número de mujeres ocupadas en cargos directivos de libre nombramiento y remoción en la rama judicial y el total de cargos directivos de libre nombramiento y remoción provistos en la rama judicial, en los niveles nacional, departamental y municipal del poder público.
Numerador	Número de mujeres nombradas que ocupan cargos directivos de libre nombramiento y remoción en los distintos organismos de la rama judicial.
Denominador	Total de cargos directivos provistos en la rama judicial.
Unidad de medida	Porcentaje de participación femenina en cargos directivos de la rama judicial.
Disponibilidad	Trimestral.
Periodicidad	Informe anual reportado por el Consejo Superior de la Judicatura, a la Procuraduría General de la Nación.
Cobertura	Nacional y territorial
Nivel de desagregación	Nacional, territorial
Región	Nacional, territorial
Urbano/rural	No aplica
Fuente (s) de información	Informe DAFP.
Agencia de competencia del Gobierno	Consejo Superior de la Judicatura Procuraduría General de la Nación DAFP

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros	
<i>Indicador Colombia</i>	<i>I.C. Proporción de mujeres que ocupan cargos en las altas cortes de la rama Judicial: magistradas de la Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado y el Consejo Superior de la Judicatura.</i>
Descripción	Expresa la relación existente entre el número de mujeres que ocupan cargos dentro de las salas de las altas cortes que integran la rama judicial, y el total de magistrados que conforman dichas salas, en cada uno de los organismos de la rama.
Numerador	Número total de mujeres que integran las distintas salas de los organismos de la rama judicial.
Denominador	Número Total de cargos que integran cada uno de los organismos de la rama judicial.
Unidad de medida	Porcentaje de participación femenina en la composición de las salas que integran los organismos de la rama judicial.
Disponibilidad	Información del Consejo Superior de la Judicatura.
Periodicidad	Anual
Cobertura	Nacional
Nivel de desagregación	Nacional
Región	No aplica
Urbano/rural	No aplica
Fuente (s) de información	Consejo Superior de la Judicatura
Agencia de competencia del Gobierno	Consejo Superior de la Judicatura DAFP a través del SGIA.
Persona responsable	
Observaciones, comentarios, limitaciones	Se presentan los datos contenidos en el Boletín No.1 de 2004, del Observatorio de Asuntos de Género, OAG.

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros	
<i>Indicador Colombia</i>	<i>I. C. Proporción de mujeres que ocupan cargos de elección popular en el nivel nacional y territorial: senadoras, representantes, diputadas, concejales, gobernadoras y alcaldesas.</i>
Descripción	Expresa la relación existente entre el número de mujeres elegidas popularmente en la rama ejecutiva y legislativa y el total de cargos de elección popular provistos.
Numerador	Número total de mujeres elegidas popularmente como concejales, alcaldesas, diputadas, gobernadoras, representantes y senadoras.
Denominador	Total de cargos de elección popular provistos en los distintos niveles territoriales.
Unidad de medida	Porcentaje de participación femenina en cargos de elección popular.
Disponibilidad	Se está desagregando la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil.
Periodicidad	Informe anual reportado por la Registraduría Nacional del Estado Civil, al DAFP.
Cobertura	Nacional
Nivel de desagregación	Nacional, departamental, municipal, distrital.
Región	
Urbano/rural	No aplica
Fuente (s) de información	Registraduría Nacional del Estado Civil
Agencia de competencia del Gobierno	Registraduría Nacional del Estado Civil DAFP
Persona responsable	
Observaciones, comentarios, limitaciones	
Referencias y comparaciones internacionales	Con el fin de realizar comparaciones internacionales, se incluyen los datos y cuadros de información sobre participación política de las mujeres en cargos de elección popular aparecidos en el boletín No. 1 del Observatorio de Asuntos de Género, de mayo de 2004.

Participación económica.

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros	
<i>Indicador Colombia.</i>	<i>I.C. Tasa global de participación de las mujeres en el empleo</i>
Descripción	Expresa la relación existente entre el número de mujeres económicamente activas (empleadas y desempleadas) y el total de personas en edad de trabajar mayores de 12 años en el área urbana y de 10 años en el sector rural.

Numerador	Población de mujeres económicamente activas (PEA).
Denominador	Total de personas en edad de trabajar.
Unidad de medida	Porcentaje
Disponibilidad	Se dispone de información de 1984 al 2000 para siete áreas metropolitanas con datos de la Encuesta Nacional de Hogares y del 2000 al 2004 para trece áreas metropolitanas con cifras de la Encuesta Continua de Hogares, ambas producidas por el DANE.
Periodicidad	Trimestral
Cobertura	Siete áreas metropolitanas de 1984 al 2000 y trece del 2000 al 2004.
Nivel de desagregación	La información está desagregada por sexos y cuatro rangos de edad: 12 a 17, 18 a 24, 25 a 55 y de 56 y más.
Fuente (s) de información	Encuesta Nacional de Hogares y Encuesta Continua de Hogares.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.
Observaciones, comentarios, limitaciones	Para el análisis de este indicador se tomará la información de la Encuesta Continua de Hogares del DANE, debido a que esta es la actual y su metodología y cobertura no son comprobables con ENH. No existe información para el sector rural.

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros

Indicador Colombia I.C. Tasa de desempleo femenino.

Descripción	Expresa la relación existente entre el número de mujeres desempleadas y el total de la población económicamente activa (empleados y desempleados) .
Numerador	Total de mujeres desempleadas.
Denominador	Población económicamente activa (PEA).
Unidad de medida	Porcentaje mujeres desempleadas
Disponibilidad	Se dispone de información de 1.984 a 2.000 para siete áreas metropolitanas con datos de la Encuesta Nacional de Hogares y de 2.000 a 2.004 para 13 áreas metropolitanas con cifras de la Encuesta Continua de Hogares, ambas producidas por el DANE.
Periodicidad	Trimestral
Cobertura	Siete áreas metropolitanas de 1984 al 2000 y trece del 2000 al 2004.
Nivel de desagregación	La información esta desagregada por sexos y cuatro rangos de edad: 12 a 17, 18 a 24, 25 a 55 y de 56 y más.
Fuente (s) de información	Encuesta Nacional de Hogares y Encuesta Continua de Hogares.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.
Observaciones, comentarios, limitaciones	Para el análisis de este indicador se tomará la información de la Encuesta Continua de Hogares del DANE, debido a que esta es la actual y su metodología y cobertura no son comprobables con ENH. No existe información para el sector rural.

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros

Indicador Colombia I.C. Tasa de ocupación femenina

Descripción	Expresa la relación entre el total de mujeres ocupadas y el total de personas en edad de trabajar.
Numerador	Total de mujeres ocupadas
Denominador	Población en edad de trabajar
Unidad de medida	Porcentaje mujeres ocupadas
Disponibilidad	Se dispone de información de 1984 a 2000 para siete áreas metropolitanas con datos de la Encuesta Nacional de Hogares y de 2000 a 2004 para 13 áreas metropolitanas con cifras de la Encuesta Continua de Hogares, ambas producidas por el DANE.
Periodicidad	Trimestral
Cobertura	Siete áreas metropolitanas de 1984 a 2000 y trece de 2000 a 2004.
Nivel de desagregación	La información esta desagregada por sexos y 4 rangos de edad : 12 a 17; 18 a 24 ; 25 a 60 y mas de 60.
Fuente (s) de información	Encuesta Nacional de Hogares y Encuesta Continua de Hogares.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.
Observaciones, comentarios, limitaciones	Para el análisis de este indicador se tomará la información de la Encuesta Continua de Hogares del DANE, debido a que esta es la actual y su metodología y cobertura no son comprobables con ENH. No existe información para el sector rural.

Meta 4. Eliminar las desigualdades entre los géneros	
<i>Indicador Colombia</i>	<i>I.C. Tasa de participación femenina en los ingresos laborales altos.</i>
Descripción	Expresa la relación existente entre el total de mujeres con ingresos laborales altos (más de cuatro salarios mínimos mensuales), con el total de personas que devengan estos ingresos mensuales. Se tomó este rango salarial porque es el mas alto que aparece en la Encuesta Continua de Hogares. Se entiende por ingresos laborales el salario monetario o en especie mensual del empleo principal más los ingresos del empleo secundario.
Numerador	Total de mujeres que devengan más de cuatro salarios mínimos mensuales.
Denominador	Total de personas que devengan más de cuatro salarios mínimos mensuales.
Unidad de medida	Porcentaje mujeres ocupadas
Disponibilidad	Se dispone de información de 1991 al 2000 para siete áreas metropolitanas con datos de la Encuesta Nacional de Hogares y de 2000 al 2004 para 13 áreas metropolitanas con cifras de la Encuesta Continua de Hogares, ambas producidas por el DANE.
Periodicidad	Trimestral
Cobertura	Siete áreas metropolitanas de 1991 al 2000 y trece del 2000 al 2004.
Nivel de desagregación	La información está desagregada por sexos y cuatro rangos salariales que van de menos de un salario mínimo a mas de cuatro.
Género	No aplica
Fuente (s) de información	Encuesta Nacional de Hogares y Encuesta Continua de Hogares.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.

OBJETIVO 4. REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

Metas	Indicador	Línea de base		Uso para comparación
		Año	Valor	
Reducir la mortalidad en menores de 5 años a 17 muertes por 1000 nacidos vivos.	Razón de mortalidad en menores de 5 años (en la niñez)	1990	37,4 por 1000 n.v.	Internacional y nacional
Reducir la mortalidad en menores de 1 año a 14 muertes por 1000 nacidos vivos.	Razón de mortalidad en menores de 1 año (infantil)	1990	30,8 por 1000 n.v.	Comparación internacional y seguimiento nacional
Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en menores de 5 años en el 95% en todos los municipios y distritos del país.	Porcentaje de niños y niñas de 1 año cubiertos por el PAI	1994	82%	Comparación internacional y seguimiento nacional

Meta 5. Reducir la mortalidad en menores de 5 años	
<i>Indicador</i>	<i>Tasa de mortalidad en menores de 5 años</i>
Descripción:	Expresa el número de muertes ocurridas en menores de 5 años por 1000 nacidos vivos. Es una medida de la probabilidad de morir antes de los 5 años de vida.
Numerador:	Número de muertes ocurridas en un año en población menor de 5 años
Denominador:	Total de nacidos vivos para el mismo año
Unidad de medida	1000 nacidos vivos
Disponibilidad	Existen datos disponibles para 1990 y para los años siguientes hasta el 2001, sobre casos de muerte materna. Y Datos sobre nacimientos registrados para el período 1998-2002. Adicionalmente existen mediciones de la mortalidad en menores de 5 en las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, ENDS, de Profamilia, para los años 1990, 1995 y 2000.
Periodicidad	DANE: Anual - Profamilia: Quinquenal
Cobertura	DANE: No establecida – En proceso de estimación. - Profamilia: ENDS 1990: 89% Entre 82% y 96%. ENDS 1995: 92.5% Entre 85.6% y 94.7%. ENDS 2000: 92.5% Entre 89.8 y 94.0%
Nivel de desagregación	DANE: Existe información disponible a nivel departamental - Profamilia: Existe información disponible a nivel regional y subregional.
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones Profamilia. Encuesta Nacionales de Demografía y Salud.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y Ministerio de la protección social
Observaciones, comentarios, limitaciones	Colombia introdujo en 1998 cambios en el sistema de registro de estadísticas vitales, dichos cambios han generado mejoras en la calidad y cobertura de los certificados de defunción y en los registros de nacimientos, razón por la cual se observa un incremento de los casos y las razones estimadas, que hace pensar que las series 1990-1997 y 1998-2001 no son comparables, dado que la primera pueden tener un subregistro mayor al observado en la segunda y la fuente de los denominadores es diferente. Como a la fecha no se encuentra disponible un dato claro sobre el subregistro para cada uno de los años, se construirá el indicador con base en los datos registrados, esperando que a futuro se pueda contar con razones ajustadas a través de un método estándar. Si bien es cierto las estimaciones de mortalidad infantil se encuentran agregadas a nivel regional y subregional y estas no reflejan adecuadamente el comportamiento de la población de las regiones de Orinoquía y amazonía, y del Archipiélago de San Andrés y Providencia, por ser una medida poblacional disponible serán utilizadas como línea de base para 1990. El seguimiento del indicador en la serie tendrá en cuenta las estimaciones por encuesta y por estadísticas vitales desde 1998.
Referencias y comparaciones internacionales.	El Plan de Acción aprobado por la Asamblea General ONU de 2002 sobre Niñez y Adolescencia se planteó como meta entre el 2000 y el 2010 Reducir la tasa de mortalidad de menores de 1 año (infantil) y de menores de 5 años en al menos un tercio. Al respecto presenta los siguientes datos relativos a mortalidad en menores de 5 años para Colombia, como referente: 1985-1990: 35 por 1,000 n.v. 1990-1995: 31 por 1,000 n.v. 2000: 25 por 1,000 n.v. ²⁴ El informe de Desarrollo Humano 2003, presenta los siguientes datos para Colombia: 1990: 36 por 1000 nacidos vivos, 2001: 23 por 1000 nacidos vivos, La CEPAL presenta los siguientes datos: 1990-1995: 47/1000 n.v.; 1995-2000: 39/1000 n.v.; 2000-2005: 33/1000 n.v.

Meta Colombia. Reducir la mortalidad en menores de 1 año	
<i>Indicador Colombia</i>	<i>I.C. Razón de mortalidad en menores de 1 año (mortalidad infantil)</i>
Descripción:	Expresa la relación de las muertes en población menor de 1 año en función de los nacimientos ocurridos en el mismo período. Indica la probabilidad de muerte de la población menor de 1 año.
Numerador	Número de muertes en menores de 1 un año de edad registradas en el período
Denominador	Total de nacidos vivos registros en el mismo período
Unidad de medida	1000 nacidos vivos

²⁴<http://www.unicef.org/co/05-mort.htm>

Meta Colombia. Reducir la mortalidad en menores de 1 año	
<i>Indicador Colombia</i>	<i>I.C. Razón de mortalidad en menores de 1 año (mortalidad infantil)</i>
Disponibilidad	Existen datos disponibles para 1990 y para los años siguientes hasta el 2001, sobre casos de muerte materna. Y Datos sobre nacimientos registrados para el período 1998 – 2002. Existen mediciones de la mortalidad en menores de 1 en las Encuestas Nacional de Demografía y Salud de Profamilia, para los años 1990, 1995 y 2000.
Periodicidad	DANE: Anual - Profamilia: Quinquenal
Cobertura	DANE: No establecida – En proceso de estimación. Profamilia: ENDS 1990: 89% Entre 82% y 96%. ENDS 1995: 92.5% Entre 85.6% y 94.7%. ENDS 2000: 92.5% Entre 89.8 y 94.0%
Nivel de desagregación	DANE: Existe información disponible a nivel departamental Profamilia: Existe información disponible a nivel regional y subregional.
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones. Profamilia. Encuesta Nacionales de Demografía y Salud.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y Ministerio de la protección social
Observaciones, comentarios, limitaciones	Las observaciones realizadas para el primer indicador aplican también para este.
Referencias y comparaciones internacionales.	UNICEF reporta para Colombia los siguientes datos: 1990: 29 por 1,000 n.v.; 1995: 27 por 1,000 n.v.; 2000: 25 por 1,000 n.v.; 2001: 19 por 1.000 n.v. y 2002: 19 por 1.000 n.v. La CEPAL informa para Colombia las siguientes cifras: 1990 – 1995: 35,2/1000 n.v.; 1995-2000: 30/1000 n.v.; 2000-2005: 25.6/1000 n.v. El informe de Desarrollo Humano 2003, presenta los siguientes datos para el país: 1990: 29 por 1000 nacidos vivos; 2001: 19 por 1000 nacidos vivos

Meta Colombia: Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en menores de 5 años en el 95% en todos los municipios y distritos del país

<i>Indicador Colombia</i>	<i>Porcentaje de niños y niñas de un año vacunados con triple viral</i>
Descripción:	Expresa la proporción de niños y niñas de un año que han sido vacunados con triple viral.
Numerador	Número de niños y niñas vacunados contra triple viral
Denominador	Total de niños y niñas de 1 año de edad ²⁵
Unidad de medida	Porcentaje
Disponibilidad	Existen datos desde 1994 y hasta 2003
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental y municipal
Cobertura	No se tiene una estimación clara.
Fuente de información	Registros sistemáticos del programa ampliado de inmunización
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la protección social – Instituto Nacional de Salud
Observaciones, comentarios, limitaciones	Los datos de cobertura que se presentan se calculan con base en una estimación de niños y niñas de 1 año, con base en la estructura de edad de la población de cada departamento proyectadas por el DANE. Para las estimaciones municipales de cobertura de vacunación, se utilizarán las proyecciones estimadas por el DANE de niños y niñas de 1 año de edad por municipio. El proyecto de cálculo de estas proyecciones se encuentra en curso y por tanto los datos corregidos aún no se encuentran disponibles.
Referencias y comparaciones internacionales.	El informe de desarrollo humano 2003 presenta las siguientes cifras para el país: 1990: 82%; 2001: 75%. Para el 2001 Colombia registra uno de los porcentajes mas bajos entre los demás países de América Latina, siendo los más bajos los reportados por Venezuela y Haití. El porcentaje estimado para América Latina es: 1990: 77 2001: 91

Meta Colombia: Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en menores de 5 años en el 95% en todos los municipios y distritos del país.

<i>Indicador Colombia.</i>	<i>I. C. Porcentaje de menores de 1 años vacunados con DPT</i>
Descripción:	Expresa la proporción de niños y niñas menores de 1 año con tres dosis de DPT

²⁵ Los datos de los denominadores corresponden a estimaciones realizadas de la población a vacunar con base en proyecciones departamentales realizadas por el DANE, aplicando la estructura de población establecida en el censo de 1993.

Meta Colombia: Alcanzar y mantener las coberturas de vacunación en menores de 5 años en el 95% en todos los municipios y distritos del país.	
<i>Indicador Colombia.</i>	<i>I. C. Porcentaje de menores de 1 años vacunados con DPT</i>
Numerador	Número de niños y niñas menores de un año vacunados con tres dosis de DPT
Denominador	Total de niños y niñas menores de un año
Unidad de medida	Porcentaje
Disponibilidad	Existen datos desde 1994 y hasta 2002
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental
Cobertura	No establecida. Problemas con denominadores
Fuente de información	Registros sistemáticos del programa ampliado de inmunización
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la protección social – Instituto Nacional de Salud
Observaciones, comentarios, limitaciones	Los denominadores utilizados para el cálculo de esta proporción desde 1994 hasta el 2003, son estimaciones realizadas aplicando la estructura de edad de los departamentos a la población proyectada en cada año por el DANE. Para las estimaciones municipales de cobertura de vacunación, se utilizarán las proyecciones estimadas por el DANE de niños y niñas menores de 1 año de edad por municipio. El proyecto de cálculo de estas proyecciones se encuentra en curso y por tanto los datos corregidos aún no se encuentran disponibles.

OBJETIVO 5: MEJORAMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Meta	Nombre del indicador	Línea de base		Uso en la Comparación
		Año	Valor	
Reducir entre 1990 y el 2015 la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos.	Razón de mortalidad materna	1998	100 por 100.000 nacidos vivos	Internacional
Incrementar entre 1990 y el 2015 el porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales o más al 90%.	Porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales o más.	1990	66%	Nacional
Incrementar entre 1990 y el 2015 la atención institucional del parto al 95%.	Porcentaje de atención institucional del parto	1990	76.3%	Nacional
	Porcentaje de atención del parto por personal calificado	1990	80.6%	Internacional
Detener entre 1990 y el 2015 el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo esta cifra por debajo del 15%.	Porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo de su primer hijo	1990	12.8	Nacional
Incrementar entre 1990 y 2015 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%.	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas.	1995	59%	Nacional
	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas de 15 a 19 años.	1995	38.3%	Nacional
Reducir entre 1990 y el 2015 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres.	Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino	1990	12.59 /100.000 mujeres	Nacional

Indicador	Razón de mortalidad materna (registrada)
Descripción:	Expresa la relación de las muertes de mujeres por causa de la maternidad o de factores asociados a la misma en función de los nacimientos ocurridos en un mismo período. Es una expresión del riesgo de las mujeres de morir por el proceso reproductivo.
Numerador	Número de muertes maternas registradas en un año
Denominador	Total de nacidos vivos registros en el mismo año
Unidad de medida	100.000 nacidos vivos
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales: Nacimientos y defunciones
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE
Observaciones, comentarios, limitaciones	Colombia introdujo en 1998 cambios en el sistema de registro de estadísticas vitales, dichos cambios han generado mejoras en el calidad y cobertura de los certificados de defunción y en los registros de nacimientos, razón por la cual se observa un incremento de los casos y las razones estimadas, que hace pensar que las series 1990 –1997 y 1998 – 2001 no son comparables, dado que la primera pueden tener un subregistro mayor al observado en la segunda y la fuente de los denominadores es diferente. Como a la fecha no se encuentra disponible un dato claro sobre el subregistro para cada uno de los años, se construirá el indicador con base en los datos registrados, esperando que a futuro se pueda contar con razones ajustadas a través de un método estándar. Por las dificultades anotadas la línea de base se construirá con base en los datos registrados para

<i>Indicador</i>	<i>Razón de mortalidad materna (registrada)</i>
	1998.
Referencias y comparaciones internacionales.	El informe de Desarrollo Humano 2003, presenta los siguientes datos: Para Colombia:1995: 120 por 100.000 nacidos vivos ²⁶ Para América Latina y del caribe:1995: 188 por 100.000 nacidos vivos Los datos publicados para Colombia en la división de estadísticas de Naciones Unidas y por la OMS son: 1990: 100 por 100.000 nacidos vivos; 1995: 120 por 100.000 nacidos vivos; 2000: 130 por 100.000 nacidos vivos. Los datos para 1990 y 1995 son estimaciones hechas a través de modelos. El dato de 2000, es un dato derivado de los registros de estadísticas vitales, clasificado como buen registro con incertidumbre en la atribución de la causa de muerte. ²⁷

<i>Indicador</i>	<i>Porcentaje de mujeres con cuatros controles prenatales o más.</i>
Descripción:	Expresa la proporción de mujeres que en el embarazo del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta tuvo cuatro controles prenatales o más. Es un indicador del acceso del control prenatal y de su calidad en términos de la intensidad de las prestaciones.
Numerador	Número de mujeres que recibieron atención prenatal en el embarazo del último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta.
Denominador	Total de mujeres encuestadas cuyo último hijo nacidos vivo entre los 0 y 59 meses anteriores a la encuesta
Unidad de medida	Porcentaje
Disponibilidad	Existen estimaciones por encuesta de hogares para los quinquenios: 1985-1990, 1990- 1995 y 1995 – 2000
Periodicidad	Quinquenal
Cobertura	La cobertura de mujeres en las encuestas es como se presenta: ENDS 1990: 89% Entre 82 y 96. ENDS 1995: 92.5% Entre 85.6% y 94.7% ENDS 2000: 92.5% Entre 89.8 y 94.0%
Nivel de desagregación	Regional para los tres años.
Fuente de información	Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995 y 2000.
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la Protección Social
Observaciones, comentarios, limitaciones	La estimación se hace sobre los nacimientos ocurridos en el período 0 – 59 meses anteriores a la encuesta, incluyéndose los nacimientos en el mes de la entrevista. Sólo se incluye el último nacimiento de hijo vivo de cada mujer. Se considera sólo el recurso humano más calificada cuando se menciona más de una fuente de atención. Las estimaciones no reflejan adecuadamente el comportamiento de la población de las regiones de Orinoquía y amazonía, y del Archipiélago de San Andrés y Providencia. Las estimaciones subregionales pueden tener niveles de error altos. Se corta en 4 controles prenatales o más porque la información se encuentran disponible en esta estructura, técnicamente resulta apropiado hacer el corte en cinco controles prenatales y más, dado que los estudios disponibles en el país indican que concentraciones de 5 controles y más por mujer son intervenciones protectoras , que efectivamente ayudan a reducir el riesgo.

<i>Indicador</i>	<i>Porcentaje de atención institucional de parto</i>
Descripción: a las instituciones de salud para la atención del parto.	Expresa la proporción de los partos atendidos en una institución de salud en un período determinado, expresa el acceso de la población
Numerador	Número de nacimientos ocurridos en los 5 años que preceden la encuesta que son atendidos en una institución de salud. Sólo se incluye el último nacimiento de hijo vivo de cada mujer.
Denominador	Total de nacimientos ocurridos en los 5 años que preceden la encuesta. Sólo se incluye el último nacimiento de hijo vivo de cada mujer.
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Profamilia: Quinquenal - DANE: Año desde 1998
Cobertura	La cobertura de mujeres en las encuestas es como se presenta: ENDS 1990: 89% Entre 82 y 96. ENDS 1995: 92.5% Entre 85.6% y 94.7%. ENDS 2000: 92.5% Entre 89.8 y 94.0%
Nivel de desagregación	Regional para los tres años y subregional para el 1995 y 2000.
Fuente de información	Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995 y 2000

²⁶ Las estimaciones se encuentran ajustadas por subregistro.

²⁷ http://millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi_series_results.aspx?rowID=553

<i>Indicador</i>	<i>Porcentaje de atención institucional de parto</i>
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la Protección Social
Observaciones, comentarios, limitaciones	Las estimaciones no reflejan adecuadamente el comportamiento de la población de las regiones de Orinoquía y amazonía, y del Archipiélago de San Andrés y Providencia. Incluye el último nacimiento de hijo vivo de cada mujer ocurridos entre los 0 – 59 meses anteriores a las fechas de las encuestas. Las estimaciones subregionales pueden tener errores de muestreo altos.

<i>Indicador</i>	<i>Porcentaje de atención del parto por personal calificado</i>
Descripción:	Expresa la proporción de los partos atendidos por personal calificado en un período determinado. A nivel internacional se entiende por personal calificado todo aquel que ha recibido formación especial para la atención segura del parto.
Numerador	Número de nacimientos atendidos por médico o enfermera/partera de los ocurridos en los 5 años que preceden la encuesta. Incluye todos los nacimientos de hijos nacidos vivos.
Denominador	Total de nacimientos ocurridos en el mismo período. Incluye todos los nacimientos de hijos nacidos vivos.
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Profamilia: Quinquenal - DANE: Año desde 1998
Cobertura	La cobertura de mujeres en las encuestas es como se presenta: ENDS 1990: 89% Entre 82 y 96. ENDS 1995: 92.5% Entre 85.6% y 94.7%. ENDS 2000: 92.5% Entre 89.8 y 94.0%
Nivel de desagregación	Profamilia: Regional para los tres años y subregional para el 1995 y 2000.
Fuente de información	Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995 y 2000
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la protección social
Observaciones, comentarios, limitaciones	Las estimaciones no reflejan adecuadamente el comportamiento de la población de las regiones de Orinoquía y Amazonía, y del Archipiélago de San Andrés y Providencia. Incluye todos los nacimientos de hijos nacidos vivos ocurridos entre los 0 – 59 meses anteriores a las fechas de las encuestas. Esta estimación presenta dos dificultades: uno, se incluye como personal calificado a las parteras, sin embargo en Colombia estas no corresponden con el estándar internacional de personal calificado. Dos, la estimación se hace en función de todos los nacimientos entre 0 - 59 meses, lo que limita su comparación con la atención institucional de parto, que se construye en función del último nacido vivo de cada mujer ocurrido en el mismo período.
Referencias y comparaciones internacionales.	El informe de Desarrollo Humano 2003, reporta las siguientes cifras: Para Colombia 1995 – 2001: 86% Para América Latina y del Caribe 1995-2001: 82%

<i>Indicador</i>	<i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas.</i>
Descripción:	Expresa la proporción de mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas que al momento de medición se encontraban haciendo uso de un método anticonceptivo moderno. Es un indicador del nivel de protección anticonceptiva entre las mujeres sexualmente activas
Numerador	Número de mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas que al momento de la encuesta se encontraban utilizando un método anticonceptivo moderno.
Denominador	Total de mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas encuestadas
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Cada 5 años
Cobertura	La cobertura de mujeres en las encuestas es como se presenta: ENDS 1995: 92.5% Entre 85.6% y 94.7%. ENDS 2000: 92.5% Entre 89.8 y 94.0%.
Nivel de desagregación	Nacional en MAU y MSANU para los años 1995 y 2000 y por grupos de edad.
Fuente de información	Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995 y 2000
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la protección social
Observaciones, comentarios, limitaciones	Las estimaciones no reflejan adecuadamente el comportamiento de la población de las regiones de Orinoquía y Amazonía, y del Archipiélago de San Andrés y Providencia. No existen datos desagregados por variables geográficas, las estimaciones son sólo para nivel nacional y por grupos de edad. Las estimaciones regionales, subregionales y por otras variables de interés sólo se refieren a las mujeres actualmente unidas. Este indicador será construido para el total de mujeres y por

<i>Indicador</i>	<i>Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en mujeres actualmente unidas y sexualmente activas no unidas.</i>
	grupos de edad, en consecuencia la meta será planteada baja este mismo nivel de desagregación.

<i>Indicador</i>	<i>Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres y se encuentran embarazadas al momento de la encuesta</i>
Descripción:	Expresa la proporción de mujeres adolescentes que son madres o se encuentran embarazadas en un momento del tiempo. Es un indicador de la exposición de las adolescentes a la maternidad.
Numerador	Número de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o se encuentran en embarazo de su primer hijo en un momento dado.
Denominador	Total de mujeres de 15 a 19 años estudiadas en el mismo momento.
Unidad de medida	Porcentaje
Periodicidad	Cada 5 años
Cobertura	La cobertura de mujeres en las encuestas es como se presenta: ENDS 1990: 89% Entre 82 y 96. ENDS 1995: 92.5% Entre 85.6% y 94.7%. ENDS 2000: 92.5% Entre 89.8 y 94.0%
Nivel de desagregación	Por zona de residencia, región y edad.
Fuente de información	Profamilia. Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1990, 1995 y 2000
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la Protección Social
Observaciones, comentarios, limitaciones	Las estimaciones no reflejan adecuadamente el comportamiento de la población de las regiones de Orinoquía y Amazonía, y del Archipiélago de San Andrés y Providencia.

<i>Indicador</i>	<i>Tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino (población mundial)</i>
Descripción:	Es un indicador de la probabilidad de muerte de las mujeres por esta causa.
Numerador	Número de muertes por cáncer de cuello uterino registradas en un año
Denominador	Total de mujeres a mitad de período.
Unidad de medida	100.000 mujeres
Periodicidad	Anual
Cobertura	No establecida – En proceso de estimación
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales: Defunciones
Agencia de competencia del Gobierno	Instituto Nacional de Cancerología Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE
Observaciones, comentarios, limitaciones	La línea de base se construirá con las estimaciones realizadas por el Instituto nacional de Cancerología para el período 1990 – 1994, con base en los datos del DANE, ajustados por edad.

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta	Indicador	Línea de base		Uso para comparación
		Año	Valor	
Reducir entre 1990 y 2015 los casos de mortalidad registrada por malaria.	Número de muertes por malaria	1998	227	Nacional
Reducir en 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana.	Número de casos de malaria generados en municipios con malaria urbana	2003	17.4 por 1.000	
Reducir en 80% los casos de mortalidad por dengue	Número de muertes por dengue	1998	229	Nacional
Reducir a menos del 10% y mantener en estos niveles los índices aélicos de los municipios categoría E, 1 y 2.	Porcentaje de municipios categoría Especial, 1 y 2, que mantienen los índices aélicos por debajo del 10%	2000	30%	Nacional
Para 2015 haber mantenido la prevalencia de infección por debajo del 1,2%, en población general de 15 a 49 años de edad.	Prevalencia de infección por VIH/Sida en población general	2004	0.7	Internacional
Reducir en 20% la mortalidad por VIH/Sida registrada por el DANE durante el quinquenio 2010-2015, en comparación con la mortalidad reportada en el quinquenio 2005- 2010.	Mortalidad anual por Sida	2005		Internacional
Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.	Incidencia de infección por VIH y/o Sida adquirido por transmisión vertical	2005		
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%.		2000	52%	

Indicador	Número de muertes por malaria
Descripción:	Expresa el volumen absoluto de muertes por malaria ocurridos en el país en un período determinado
Numerador	No aplica
Denominador	No aplica
Unidad de medida	Muertes
Disponibilidad	Existen datos no ajustados para 1990 hasta el 2001
Periodicidad	Anual
Cobertura	No establecida
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales: Defunciones

<i>Indicador</i>	<i>Número de muertes por malaria</i>
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE Instituto Nacional de Salud.
Observaciones, comentarios, limitaciones	Colombia introdujo en 1998 cambios en el sistema de registro de estadísticas vitales, dichos cambios han generado mejoras en la calidad y cobertura de los certificados de defunción y en los registros de nacimientos, razón por la cual se observa un incremento de los casos y las tasas estimadas, que hace pensar que las series 1990 –1997 y 1998 – 2001 no son comparables. Sin embargo es preciso anotar que adicionalmente en 1998, y los años posteriores se observa un incremento en el número de casos y muertes por Malaria como resultado de un comportamiento epidémico de los eventos en el país.
	En tal sentido se documentará el fenómeno desde 1990 pero la línea de base corresponderá a 1998.

<i>Indicador</i>	<i>Razón de mortalidad por malaria</i>
Descripción:	Expresa la relación de las muertes por malaria registrada en función de la población que viven en zonas de riesgo. Es una medida que indica la probabilidad de morir por malaria en población que se encuentra a riesgo
Numerador	Número de muertes por malaria registradas en un año
Denominador	Total de población que vive en áreas de riesgo: los criterios que definen la población a riesgo son los siguientes: Poblaciones rurales de municipios ubicados por debajo de los 1800 metros y para las cuales se cuenta con evidencia histórica de transmisión de malaria. Poblaciones urbanas o urbano marginales de municipios ubicados por debajo de 1800 metros con evidencia de ocurrencia de casos de malaria urbana. Poblaciones urbanas de municipios ubicados por debajo de los 1800 metros con condiciones ambientales de carácter rural o que alta penetración en zona rural por las actividades económicas.
Unidad de medida	1000 personas en riesgo
Disponibilidad	Existen datos no ajustados para 1990 hasta el 2001
Periodicidad	Anual
Cobertura	No establecida
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales: Defunciones. Estimaciones de población con base en DANE y ajustadas por lo criterios propuestos.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE Instituto Nacional de Salud – Denominadores de población en riesgo.
Observaciones, comentarios, limitaciones	Colombia introdujo en 1998 cambios en el sistema de registro de estadísticas vitales, dichos cambios han generado mejoras en la calidad y cobertura de los certificados de defunción y en los registros de nacimientos, razón por la cual se observa un incremento de los casos y las tasas estimadas, que hace pensar que las series 1990 –1997 y 1998 – 2001 no son comparables. Como ha la fecha no se encuentra disponible un dato claro sobre el subregistro para cada uno de los años, se construirá el indicador con base en los datos registrados, esperando que a futuro se pueda contar con tasas ajustadas a través de un método estándar. Como denominador se utilizarán las estimaciones de población a riesgo de Malaria calculadas por el INS con base en las proyecciones de población del DANE y en información epidemiológica y geográfica.
Referencias y comparaciones	La tasa informada para Colombia en el Informe de desarrollo Humano del 2003, es de 0 muertes por 100.000 habitantes.

<i>Indicador</i>	<i>Incidencia de malaria</i>
Descripción:	Expresa la relación de los casos de malaria y la población que viven en zonas de riesgo. Da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población a riesgo.
Numerador	Número de casos de malaria registradas en un año
Denominador	Total de población que vive en áreas de riesgo. Los criterios que definen la población a riesgo son los siguientes: Poblaciones rurales de municipios ubicados por debajo de los 1800 metros y para las cuales

<i>Indicador</i>	<i>Incidencia de malaria</i>
	se cuenta con evidencia histórica de transmisión de malaria. Poblaciones urbanas o urbano marginales de municipios ubicados por debajo de 1800 metros con evidencia de ocurrencia de casos de malaria urbana. Poblaciones urbanas de municipios ubicados por debajo de los 1800 metros con condiciones ambientales de carácter rural o que alta penetración en zona rural por las actividades económicas.
Unidad de medida	100000 habitantes en riesgo
Disponibilidad	Existen datos no ajustados para 1990 hasta el 2001, a través de diferentes fuentes de información.
Periodicidad	Anual
Cobertura	No establecida
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental
Fuente de información	Registros de control de programa. Registros del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE Instituto Nacional de Salud – Denominadores de población en riesgo, con base en poblaciones DANE.
Observaciones, comentarios, limitaciones.	Los datos del numerador corresponden a fuentes diferentes que pueden hacer que la información no sea del todo comparable. Para efectos de la línea de base se utilizará la información brindada desde 1998 por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
Referencias y comparaciones internacionales.	En dato reportado para Colombia En el informe de Desarrollo Humano del 2003 es de 250 casos por 100000 habitantes.

Nombre	<i>Número de casos de malaria en municipios con malaria urbana o alto riesgo de urbanización de la malaria.</i>
Descripción:	Expresa el número absoluto de casos de malaria que ocurren en municipios que tienen focos de malaria urbana o que se encuentran en alto riesgo de urbanización de esta enfermedad
Numerador	No aplica
Denominador	No aplica
Unidad de medida	Casos
Disponibilidad	Existen datos no ajustados
Periodicidad	Anual
Cobertura	No establecida
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel municipal
Fuente de información	Registros de vigilancia de eventos transmisibles.
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la Protección Social – Instituto Nacional de Salud
Observaciones, comentarios, limitaciones	Colombia cuenta con datos desagregados por municipio desde el 2000. La línea de base se construye con base en la información del 2003. Se consideran municipios con alto riesgo de urbanización de la malaria, los que presentan criaderos del mosquito en la zona urbana o periurbana, sean estos naturales o artificiales, cuya población en la cabecera municipal es de 5.000 habitantes o más y que se consideran medios, altos o muy altos productores de casos, es decir con más de 100 reportados en el 2003.

Dengue

<i>Indicador</i>	<i>Número de muertes por dengue</i>
Descripción:	Expresa el volumen absoluto de muertes por dengue ocurridos en el país en un período determinado
Numerador	No aplica
Denominador	No aplica
Unidad de medida	Muertes
Disponibilidad	Existen datos no ajustados para 1990 hasta el 2001
Periodicidad	Anual
Cobertura	No establecida

<i>Indicador</i>	<i>Número de muertes por dengue</i>
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales: Defunciones
Agencia de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE Instituto Nacional de Salud.
Observaciones, comentarios, limitaciones	Igual a lo comentado para la mortalidad por malaria.

<i>Indicador</i>	<i>Porcentaje de municipios E, 1 y 2 en riesgo que mantienen los índices aédicos por debajo del 5%</i>
Descripción:	Expresa la proporción de municipios del país de categoría E, 1 y 2, que tienen índices aédicos que no favorecen la transmisión del dengue, es decir, en los cuales el vector se encuentra controlado.
Numerador	Número de municipios en riesgo de categoría E, 1 y 2 que mantienen los índices aédicos por debajo del 5%
Denominador	Total de municipios en riesgo de transmisión de dengue.
Unidad de medida	Porcentaje
Disponibilidad	No existen estimaciones estandarizadas disponibles.
Periodicidad	En estudio
Cobertura	En estudio
Nivel de desagregación	Debe estimarse para el nivel nacional y por departamentos.
Fuente de información	Registros de vigilancia entomológica
Agencia de competencia del Gobierno	Ministerio de la protección social – Instituto Nacional de Salud
Observaciones, comentarios, limitaciones	Las estimaciones disponibles no corresponden a esfuerzos sistemáticos estandarizados, será necesario que el país, estandarice una metodología de medición permanente que permita documentar el indicador.

VIH/SIDA

<i>Indicador</i>	<i>Prevalencia de infección por VIH/Sida en población general</i>
Descripción:	Expresa la proporción de personas viviendo con la infección por VIH en la población colombiana de 15 a 49 años de edad.
Numerador	Número de infecciones por VIH en personas de 15 a 49 años de edad.
Denominador	Número de personas entre 15 y 49 años que se practican la prueba diagnóstica x 100
Disponibilidad	Existen datos estimados hasta 2004. A comienzos de 2003 la prevalencia en población general de 15 a 49 años se estimaba en 0.4%. EN 2004, se efectuaron nuevas estimaciones con Spectrum, resultando en una prevalencia estimada de 0.7%
Periodicidad	bianual
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental. Esta información puede desagregarse por sexo.
Fuente de información	Estudios de vigilancia centinela. Proyecto Madre-Hijo. Otros estudios de prevalencia.
Agencias de competencia del Gobierno	Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud.
Observaciones, comentarios, limitaciones	La vigilancia centinela se inició en Colombia en 1991 y desde entonces se han efectuado cinco estudios, el último de ellos en 1999. Las estimaciones de prevalencia más recientes se han efectuado utilizando el paquete Spectrum, facilitado por ONUSIDA, OMS y Futures Group.
Referencias y comparaciones internacionales.	Estudios centinela efectuados en Colombia: 1991: 0.06% - 1993: 0.09% - 1995: 0.15% - 1999: 0.35% Prevalencia en otros países de LAC: República Dominicana: 1.9% en 1990, 1.1 en 2000
Agencia de competencia del SNU	ONUSIDA - OPS

<i>Indicador</i>	<i>Mortalidad anual por SIDA</i>
Descripción:	Expresa el número de muertes causadas por el Sida reportadas por el DANE anualmente, en función del total de la población
Numerador	Número de muertes por Sida registradas en un año
Denominador	Total de población
Disponibilidad	Existe información hasta 2003
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental. Puede desagregarse por grupos de edad y por sexo.
Fuente de información	Registros de estadísticas vitales del DANE. Base de datos del INS.
Agencias de competencia del Gobierno	Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE Instituto Nacional de Salud –
Observaciones, comentarios, limitaciones	En el año 2000 se llevó a cabo una revisión de los certificados de defunción del DANE, ajustando la mortalidad anual por Sida mediante la inclusión de las muertes registradas con causas de mortalidad compatibles con Sida. Este ejercicio debe repetirse anualmente para ajustar el indicador.
Agencia de competencia del SNU	ONUSIDA -OPS

<i>Indicador</i>	<i>Incidencia de infección por VIH y/o Sida adquirido por transmisión vertical</i>
Descripción:	Expresa el número de casos de infección por VIH y/o Sida reportados anualmente en menores de cinco años.
Numerador	Número de infecciones por VIH y/o Sida en menores de cinco años
Denominador	Total de Población menor de cinco años
Disponibilidad	Existen datos de los proyectos pilotos regionales y del primer año de actividades del proyecto nacional
Periodicidad	Anual y quinquenal
Nivel de desagregación	Existe información disponible a nivel departamental.
Fuente de información	Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud. Proyecto Madre-Hijo.
Agencias de competencia del Gobierno	Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud.
Observaciones, comentarios, limitaciones	El proyecto de reducción de la transmisión madre-hijo inició actividades a nivel nacional en Abril de 2003. Se espera que con la promoción y oferta permanente de la prueba diagnóstica a las mujeres gestantes, en los años inmediatamente siguientes al inicio del proyecto, a pesar de la alta eficacia de esta intervención, haya un aumento en el número de casos reportados de sida perinatal. Una vez implementada en forma sostenida esta intervención se observará la reducción esperada en la incidencia de Sida perinatal.
Agencia de competencia del SNU	Onusida

<i>Indicador</i>	<i>Cobertura de terapia antiretroviral</i>
Descripción:	Expresa el número de personas recibiendo terapia antiretroviral, en función del número de personas diagnosticadas con VIH y/o Sida que requieren de este tratamiento.
Numerador	Número de personas recibiendo terapia antiretroviral
Denominador	Número de personas diagnosticadas con VIH y/o Sida que requieren tratamiento antiretroviral.
Disponibilidad	Existen datos no ajustados hasta 2002
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	No existe información disponible a nivel departamental. Puede desagregarse por grupos de edad y por sexo.
Fuente de información	EPS, ARS, Direcciones Territoriales de Salud. Fondo Nacional de Medicamentos de Alto Costo.
Agencia de competencia del	Programas Departamentales de VIH/Sida. Ministerio de la Protección Social. Instituto de Seguros Sociales y demás EPS y ARS

<i>Indicador</i>	<i>Cobertura de terapia antiretroviral</i>
Gobierno	
Referencias y comparaciones internacionales.	Brasil, Surafrica:
Agencia de competencia del SNU	Onusida - OPS

OBJETIVO 7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD AMBIENTAL

Cobertura de Bosques Naturales

<i>Indicador 24</i>	Proporción de la superficie cubierta por bosque natural y tasa de deforestación
Descripción:	Proporción de la superficie cubierta por 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.
Numerador	Superficie total de la cobertura analizada para el año en referencia
Denominador	Superficie total de la cobertura analizada en el año de final o de cambio.
Disponibilidad	Información cada 7 años, los últimos en el 2001
Línea Base	48,7%, 2001: Cobertura de Bosques Natural
Periodicidad	Cada 7 años
Nivel de desagregación	Por tipo de cobertura.
Fuente de información	IDEAM – Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
Referencias y comparaciones internacionales.	Brasil, Argentina, Estados Unidos, Europa
Agencia de competencia del SNU	PNUMA

Metodología de estimación de proporción de la superficie cubierta por bosque natural y tasa de deforestación.

- *Proporción de la superficie cubierta por 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.

$$TD = [(A2-A1)/A1] \times 100$$

$$TDA = TD / (T2-T1)$$

Donde:

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

Áreas Protegidas

<i>Indicador 25a</i>	Porcentaje de la superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales Naturales
Descripción:	Este indicador incorpora aquellas áreas que son administradas por la Unidad Administrativa Especial del Sistema de Parques Nacionales Naturales - UAESPNN, entidad adscrita al Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial - MAVDT.
Numerador	Área del Sistema de Parques Nacionales Naturales
Denominador	Área Total Continental del País.
Línea Base	9%, 2003
Disponibilidad	Información anual. Último año 2004
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Por parques
Fuente de información	Unidad de Parques Nacionales Naturales – Ministerio de Ambiente, Vivienda y Dillo Territ.

<i>Indicador 25a</i>	Porcentaje de la superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales Naturales
Referencias y comparaciones internacionales.	Brasil, Argentina, Estados Unidos, Europa
Agencia de competencia del SNU	PNUMA

Metodología de estimación del porcentaje de la superficie del Sistema de Parques Nacionales Naturales.

Proporción de la superficie terrestre bajo protección del Sistema de Parques Nacionales Naturales – PSPNN.

$PSPNN = (AS/AT) \times 100$ donde AS = Área del SPNN y AT = Área continental del país.

Planes de Manejo Socialmente Acordados

<i>Indicador 25b</i>	Porcentaje de Parques con Planes de manejo Socialmente Acordados
Descripción:	Es la cantidad de parques del sistema de parques que tiene planes de manejo socialmente acordados.
Numerador	Parques con Planes de Manejo Socialmente Acordados
Denominador	Totalidad de Parques Nacionales Naturales
Línea Base	0%, 2004
Disponibilidad	Información anual. Último año 2004
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Por parques
Fuente de información	Unidad de Parques Nacionales Naturales – Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial
Agencia de competencia del SNU	PNUMA

Consumo de CFC que agotan la Capa de Ozono (SAO)

<i>Indicador 26</i>	Consumo de CFC que agotan la Capa de Ozono (SAO)
Descripción:	La medición del indicador se efectúa mediante el reporte de las importaciones realizadas por las empresas que consumen las sustancias para la industria de refrigerantes.
Línea Base	1000 ton.
Disponibilidad	Información anual. Último año 2003
Periodicidad	Anual
Nivel de desagregación	Por empresa
Fuente de información	Los registros de consumo de estas sustancias son suministrados por la DIAN a la Unidad Técnica de Ozono del Ministerio de Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial - MAVDT.
Agencia de competencia del SNU	PNUMA

Indicadores de Saneamiento básico:

En el sector urbano:

- *Porcentaje de hogares con acceso a agua mediante conexión a sistemas de acueducto.*
- *Porcentaje de hogares conectados a sistemas de alcantarillado.*

En el sector rural:

- *Porcentaje de hogares con acceso a agua mediante conexión a sistemas de acueducto.*
- *Suma de los porcentajes de hogares conectados a alcantarillado o a soluciones individuales como pozos sépticos o letrinas.*

Es relevante incluir para el sector rural algunas soluciones individuales de disposición de excretas y aguas residuales, debido a que parte de la población rural se asienta de forma dispersa, en cuyo caso el tendido y operación de sistemas de redes públicas de alcantarillado puede resultar excesivamente costoso, en detrimento de mayores coberturas con sistemas no convencionales pero que ofrecen niveles aceptables de seguridad. Se define como población dispersa la población ubicada en asentamientos de menos de 20 viviendas.

En cuanto al acceso a agua potable en el sector rural, la meta de cobertura se plantea teniendo como universo el 70% de la población rural, considerando que esta es la proporción de población ubicada en asentamientos no dispersos. Sistemas de abastecimiento alternativos se promoverán para población rural dispersa, pero se excluye de la definición de metas en materia de acceso a agua potable por no contar con fuentes de información confiables que permitan discriminar entre soluciones que garanticen el acceso a agua segura y las que no lo hacen.

La línea de base para establecer las metas corresponde al año de 1993 y la fuente de información para la evaluación de los indicadores es la Encuesta de Calidad de Vida que adelanta el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Objetivo 7. Garantizar la Sostenibilidad Ambiental			
Meta 10.1. Lograr para el 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 1993 carecían de fuentes mejoradas de abastecimiento de agua en las zonas urbanas.		Meta 10.2. Lograr para el 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 1993 carecían de fuentes mejoradas de abastecimiento de agua en las zonas rurales.	
<i>Indicador</i>	<i>Cobertura de acueducto</i>	<i>Indicador</i>	<i>Cobertura de Acueducto</i>
Definición	Porcentaje de viviendas con conexión a acueducto del total de viviendas.	Definición	Porcentaje de viviendas de la zona rural con conexión a acueducto del total de viviendas rurales.
Línea Base	1993	Línea Base	1993
Descripción del cálculo	Es el resultado de dividir el número de viviendas de la zona urbana con conexión a acueducto sobre el total de viviendas urbanas. Se considera que tiene el servicio de acueducto cuando recibe el agua por tubería u otro ducto que está conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente puesto que cuenta con un depósito construido para su almacenamiento	Descripción del cálculo	Es el resultado de dividir el número de viviendas de la zona rural con conexión a acueducto sobre el total de viviendas rurales. Se considera que tiene el servicio de acueducto cuando recibe el agua por tubería u otro ducto que está conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente puesto que cuenta con un depósito construido para su almacenamiento
Unidad de Medida	% de viviendas	Unidad de Medida	% de viviendas
Periodicidad	Dependiendo de la fuente, anual o quinquenal	Periodicidad	Dependiendo de la fuente, anual o quinquenal
Cubrimiento y Nivel de Desagregación	Nacional, por Región, por Área Metropolitana y por Nivel de Ingreso	Cubrimiento y Nivel de Desagregación	Nacional, por Región, y por Nivel de Ingreso
Fuente de Información	DANE: Encuesta de Calidad de Vida, y Encuesta Nacional de Hogares.	Fuente de Información	DANE: Encuesta de Calidad de Vida, y Encuesta Nacional de Hogares.
Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial	Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial

Meta 10.3. Lograr, para el 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 1993 carecían de acceso a sistemas mejorados de disposición de excretas en las zonas urbanas.		Meta 10.4. Lograr, para el 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas que en 1993 carecían de acceso a sistemas mejorados de disposición de excretas en las zonas rurales.	
<i>Indicador</i>	<i>Cobertura de Alcantarillado</i>	<i>Indicador</i>	<i>Cobertura de Alcantarillado + Pozos Sépticos + Letrinas</i>
Línea Base	1993	Línea Base	1993
Definición	Porcentaje de viviendas con conexión a alcantarillado entendido como la conexión a un sistema público o comunal de desagüe que permite la eliminación de residuos y aguas negras	Definición	Porcentaje de viviendas con conexión a alcantarillado o a pozo séptico o que dispongan de letrinas
Descripción del cálculo	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	Descripción del cálculo	Este indicador corresponde a la suma de el número de viviendas cuyos hogares principales* dispongan de un sanitario conectado a alcantarillado o a pozo séptico o de una letrina.
Unidad de Medida	% de viviendas	Unidad de Medida	% de viviendas
Periodicidad	Anual	Periodicidad	Anual
Cubrimiento y Nivel de Desagregación	Nacional, por Región, por Área Metropolitana y por Nivel de Ingreso	Cubrimiento y Nivel de Desagregación	Nacional, por Región, y por Nivel de Ingreso
Género	Existen datos por género del jefe de hogar	Género	Existen datos por género del jefe de hogar
Fuente de Información	DANE: Encuesta de Calidad de Vida, y Encuesta Nacional de Hogares.	Fuente de Información	DANE: Encuesta de Calidad de Vida, y Encuesta Nacional de Hogares.
Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial	Agencia de competencia del gobierno	Departamento Nacional de Planeación, DANE, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial