GOBIERNO DE COLOMBIA

INFORME NACIONAL VOLUNTARIO SOBRE AVANCES EN LA IMPLEMENTACIÓN CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO

26 de marzo de 2018

Bogotá, Colombia

Tabla de contenido

I. Introducción 4

II. Proceso de elaboración del informe y mecanismo de coordinación nacional 4

III. Contexto: descripción del país y trayectoria nacional en el tratamiento de temas de población y desarrollo 5

IV. Implementación nacional del Consenso de Montevideo 10

1. Capítulo A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos 10

2. Capítulo B: Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes 10

3. Capítulo C: Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos 13

4. Capítulo E: Igualdad de género 16

5. Capítulo F: La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes 18

6. Capítulo H: Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos 19

7. Capítulo I: Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial .. 21

8. Acciones comunes a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes 22

VI. Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva 25

1. Autonomía reproductiva y salud materna 25

1.1. Anticoncepción 25

1.2. Atención preconcepcional 27

1.3. Atención prenatal 27

1.4. Atención del parto 28

1.5. Atención postparto 28

1.6. Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE. 29

2. Fecundidad adolescente 31

3. VIH/SIDA 35

4. Violencias de género 38

1.1. Violencia psicológica 39

1.2. Violencia física 40

1.3. Violencia sexual 40

1.4. Violencia económica 41

1.5. Feminicidio 42

1.6. Acciones para la prevención, atención y sanción de las violencias de género 42
5. Enfoque diferencial 44
5.1 Acciones en salud sexual y reproductiva de las personas en situación de discapacidad 45
5.2 Acciones en salud sexual y reproductiva de la comunidad LGBT 47
VIII. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad 50
1. Descentralización 50
2. Planeación urbana 51
3. Ordenamiento territorial 54
4. Enfoque de brechas y derechos humanos en la planificación 61
5. Vulnerabilidad, riesgo y cambio climático 64
5.1. Gestión del Riesgo 64
5.2. Política de Cambio Climático 65

I. Introducción

En 1994 todos los Estados Miembro de Naciones Unidas nos comprometimos a implementar el Plan de Acción de El Cairo, lo que en últimas implica comprometerse con garantizar a todas las personas una vida sin discriminación, en condiciones de equidad, sin pobreza y con pleno respeto a los derechos humanos.

En este sentido, la región demostró su compromiso con el Consenso de Montevideo, que es el acuerdo más avanzado con el que contamos actualmente en los temas asociados a la agenda de población y desarrollo. Así, los países de América Latina y el Caribe han demostrado tener una visión común de la agenda de población y desarrollo y la manera en que los diferentes temas que la componen deben proyectarse a futuro para alcanzar sus objetivos. Es por esta razón que para Colombia la plena implementación del Consenso de Montevideo es la meta.

Este informe voluntario tiene el ánimo de reportar los avances nacionales que hemos alcanzado en la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, pero también sobre la visión de los temas, los retos que el contexto nacional impone y la forma en la que hemos decidido afrontarlos.

Por esta razón, Colombia decidió que el informe nacional no solo va a dar un reporte de las medidas adoptadas para el cumplimiento de los diferentes compromisos. Tanto el país como la región requieren un análisis específico y profundo de los temas, contemplando el contexto del país, las necesidades, las medidas adoptadas, los retos persistentes y las buenas prácticas. Considerando la limitación de espacio, se tomó la decisión de hacer un reporte general de los avances en los diferentes capítulos, y posteriormente profundizar en dos capítulos específicos: Acceso Universal a servicios de salud sexual y reproductiva; y Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad.

La razón de profundizar en este primer informe voluntario en el capítulo sobre salud sexual y reproductiva consiste en que el Consenso de Montevideo es el principal compromiso internacional que tiene el país en la materia y es el más ambicioso, de manera que se debe destacar y resaltar el aporte que el capítulo hace a la política nacional.

El tema de desigualdad territorial, fue escogido porque es una prioridad para Colombia que este capítulo del Consenso sea visibilizado y se fortalezcan las interrelaciones que tiene con sus demás componentes. Se debe dar la importancia que requiere el entorno en el que las poblaciones y las dinámicas poblacionales se conforman y desarrollan. Como se verá en el informe, para Colombia este es un tema clave porque los agregados nacionales muestran mejorías absolutas, sin embargo, los retos se encuentran al diferenciar los territorios, y solo observando los retos, estos podrán ser debidamente atendidos.

II. Proceso de elaboración del informe y mecanismo de coordinación nacional

En Colombia, la agenda de población y desarrollo es transversal a las funciones, competencias y prioridades de múltiples entidades nacionales, razón por la cual el Ministerio de Relaciones Exteriores es el punto focal que articula el trabajo de las entidades en torno a los compromisos internacionales asociados a la agenda de población y desarrollo a nivel nacional, y su posicionamiento en el país.

Así, la elaboración del presente informe se desarrolló en el marco de un comité interinstitucional conformado por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, con el apoyo de la Oficina Nacional del Fondo de Población de Naciones Unidas.

El mencionado comité se conformó en 2016 para la elaboración del Análisis de Situación Poblacional –ASP- Colombia (2017-2018), para el cual se definieron 3 objetivos dentro del cual se encuentra la

elaboración del presente informe con el fin de articular el trabajo y proporcionar información actualizada y pertinente con base en fuentes de datos confiables.

Así mismo, se realizaron dos reuniones de amplia participación nacional y territorial de organizaciones de sociedad civil, academia, entidades sectoriales y expertos temáticos. Las reuniones constaron de un espacio de presentación del análisis de la información contenida en las políticas públicas nacionales y la información nacional disponible, especialmente aquella presentada en la más reciente Encuesta Nacional de Demografía y Salud (realizada en 2015, y cuyos resultados fueron dados a conocer en 2017), junto con el aporte de dos consultores. Posteriormente, en las reuniones se abrió un espacio de construcción conjunta de los principales avances, retos y buenas prácticas. Después de las reuniones, el borrador del informe fue compartido con los participantes para comentarios y retroalimentación, con base en lo cual se entrega esta versión final.

Finalmente, vale la pena destacar que este informe constituyó una oportunidad para la reflexión nacional frente a la agenda y sus diferentes componentes, frente a los logros, los retos y los pasos a seguir para alcanzar la plena implementación del Consenso de Montevideo, tal y como se manifiesta a lo largo del mismo.

III. Contexto: descripción del país y trayectoria nacional en el tratamiento de temas de población y desarrollo

Colombia es un país que a 2017 se proyecta que cuenta con una población de 49.3 millones de habitantes, y puede decirse que es el segundo país de mayor volumen de población de América del Sur después de Brasil, y el tercero de ALC después de Brasil y México (CELADE, 2017). Debido al descenso en la tasa de crecimiento poblacional, se estima que el volumen de población aumente lentamente, sobrepasando los 50 millones en 2020, y llegando a 55,4 millones en 2050 cuando se estabiliza con el crecimiento nulo.

El crecimiento de la población rural y urbana es muy disímil. Puede decirse que la población rural prácticamente se mantiene constante entre inicios de la década de 1980 y de la década de 2000, para luego empezar a descender en términos absolutos. Este comportamiento contrasta fuertemente con el crecimiento acelerado de la población urbana. Mientras se espera que la población rural descienda de 9,8 millones en 2017 a 6,5 millones en 2050, la población urbana aumentará de 39,3 a 48,9 millones en el mismo periodo. Este crecimiento diferencial por zona hace que la distribución de la población por zona se revierta entre 1950 y 2050: mientras en 1950 el 61% de la población vivía en zonas rurales, hacia 1960 la distribución era similar, mientras que en 2017 el 80% es urbano y en 2050 será el 88%.

Con el fin de contextualizar la información que se presenta a lo largo del informe, a continuación, se presentan algunas características del país que han incidido directamente sobre la implementación del Consenso en sus diversos componentes.

Proceso de paz:

Es necesario destacar que durante el primer periodo presidencial de Juan Manuel Santos se abrió la negociación con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el grupo guerrillero más antiguo y más grande del continente americano, y en 2016 el Gobierno de Colombia logró firmar el Acuerdo de Paz con esta guerrilla. Así mismo, en julio de 2017, culminó la etapa final de desarme, bajo la supervisión del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas.

Sin embargo, las oportunidades que abre la paz no están desprovistas de desafíos, los cuales debemos abordar de manera decidida para lograr que la reforma rural integral contenida en los acuerdos de paz sea sostenible y se logre la generación de oportunidades productivas y/o laborales, sí como el potencial de producción de alimentos para el bienestar de la población, principalmente de aquellos

que han sido víctimas del conflicto armado. Las regiones que hoy albergan los principales ecosistemas de Colombia han sido también las regiones donde se llevó a cabo el conflicto armado.

En este sentido, el Plan Nacional de Desarrollo – PND "Todos por un nuevo país" propuesto por el actual presidente Juan Manuel Santos en su segundo gobierno (2014-2018) se diseñó alrededor de tres pilares: paz, equidad y educación. Con esto se ratifica el compromiso del actual gobierno con la consolidación del proceso de paz, al mismo tiempo que enfatiza en el interés por cerrar las brechas de desarrollo que existen entre las regiones del país. De hecho, el PND tiene una orientación territorial que responde a las necesidades particulares de cada región: 1) Caribe próspero, equitativo y sin pobreza extrema; 2) Eje Cafetero y Antioquia: capital humano innovador en territorios incluyentes; 3) Conectividad para la integración y el desarrollo productivo sostenible de la región Centro-Oriente y Bogotá, D. C.; 4) Pacífico: desarrollo socioeconómico con equidad, integración y sostenibilidad ambiental; 5) Medio ambiente, agroindustria y desarrollo humano: crecimiento y bienestar para los Llanos; 6) El Centro-Sur-Amazonía de Colombia, tierra de oportunidades y paz: desarrollo del campo y conservación ambiental (DNP, 2015b).

Así, más allá de los retos, la convicción del país está orientada a alcanzar una paz estable y duradera que permita a todas las personas y poblaciones desarrollarse libremente, con un ejercicio pleno de sus derechos humanos, y en un entorno que así lo permita. Así, el proceso de paz es clave para el cumplimiento del Consenso de Montevideo en el país.

Contexto económico:

Desde finales de los noventa, “Colombia pasó de ser un país de ingreso medio-bajo a un país de ingreso medio-alto" (Ministerio de Hacienda, 2011: 22), y se caracteriza por tener una política económica estable y una estructura productiva con promisorio desarrollo. Pese a esto, se han evidenciado restricciones estructurales en el crecimiento económico que han impedido un crecimiento potencial por encima del 4,5% (DNP y GGGI, 2017).

Así, el desempeño de la economía colombiana en el período 2005-2017 evidencia un comportamiento positivo, con un crecimiento sostenido del PIB de 4,2% en promedio[i]. Dentro de las actividades productivas que dinamizaron la economía durante este periodo se destaca el crecimiento de sectores como servicios financieros, construcción (promovido por los gobiernos de este periodo con programas de impulso a la vivienda), servicios sociales y el comercio. Al mismo tiempo, los sectores de la minería y la extracción de hidrocarburos, que había repuntado significativamente a finales de la primera década, sufrieron impactos en los últimos años debido a la caída de los precios internacionales de los *commodities*.

Es importante destacar que la tendencia de crecimiento económico ha contado con dos importantes momentos de desaceleración:

El primer evento de desaceleración fue producto de la crisis del sistema financiero internacional, provocada por la recesión del sector inmobiliario de los Estados Unidos. A su vez se generaron problemas de liquidez en el mercado financiero y desaceleraron tanto la actividad productiva como la producción industrial a nivel mundial. En consecuencia, se vieron visiblemente afectados el intercambio comercial y la demanda externa, incidiendo en una reducción de los precios internacionales de los productos básicos (Ministerio de Hacienda, 2009).

El segundo momento de desaceleración experimentado por la economía colombiana resultó de la caída de los precios del petróleo, que en 2014 y a lo largo de 2015 llegaron a mínimos históricos. Esto, unido a un crecimiento de la economía mundial menor de lo esperado, redujo los precios de las exportaciones, incidiendo en los gastos del gobierno, el ingreso disponible y la inversión.

Pese a ello, la economía colombiana ha logrado conjugar factores favorables como una alta inversión tanto privada como púbica junto con una política fiscal responsable para contrarrestar efectos negativos en el desempeño del país. Para ello, los gobiernos han sobrellevado los impactos

implementando una serie de reformas tanto macroeconómicas como tributarias para hacer frente a la compleja coyuntura al tiempo que se promueve un ajuste gradual, promoviendo en últimas, una economía más resistente a los choques externos.

Mercado laboral[ii]

Comparado con el contexto latinoamericano, el mercado de trabajo colombiano guarda un comportamiento similar al de la región caracterizado por fenómenos como un aumento de los niveles de ocupación, la disminución en las tasas de desempleo y los esfuerzos por disminuir la informalidad, que ha mostrado lentos avances en un escenario donde es una de las principales preocupaciones de los gobiernos en materia laboral. (CEPAL y OIT, 2015).

La dinámica del mercado de trabajo se relaciona estrechamente y se ve afectada por los ciclos económicos del país. Así, la relación entre el aumento del desempleo y las dos crisis del periodo de estudio se corresponden con los dos momentos de desaceleración de la economía. En este período, el mercado de trabajo se contextualiza en una coyuntura del país precedido por altas tasas de desempleo, pues fue hasta la década de 2000 que las altas tasas comenzaron a ceder hasta encontrar cifras de un dígito, siendo de 9,6% en el año 2013.

Los cambios en la Tasa General de Participación laboral (TGP) encuentran también su explicación en las contracciones de la economía. El período 2008-2009 registra un aumento en la participación de la población femenina y otros miembros de los hogares distintos a sus jefes, la cual puede interpretarse como consecuencia de la reducción en los ingresos del jefe del hogar. Por su parte, la segunda recesión económica, no evidencia aumentos significativos en la TGP para el período 2015-2016. Sin embargo, sí es evidente un aumento en la Tasa de Desempleo (TD), volviendo a alcanzar un 9,2% en 2016.[iii]

En lo que respecta a las tasas de desempleo, Colombia presenta una tendencia de disminución del desempleo para el período 2005-2016, logrando cifras de un dígito desde 2013 y llegando a la menor tasa de desempleo en 2015, fluctuando entre 13,5% (nivel alcanzado en 2005) y 8,9% (alcanzado en 2015). A pesar de la tendencia decreciente, ha habido dos ligeros aumentos, uno en el período 2008-2009 y en 2016, coincidiendo con los momentos de contracción de la economía.

Pese a lo anterior, las cifras sobre informalidad evidencian los retos del país en materia de mejoramiento del mercado laboral, las que alcanzaron un 53,3% en 2009, y presentan como el punto más bajo 2016 con un 48,6%[iv]. Los sectores con mayor informalidad son comercio, hoteles y restaurantes, y construcción. Colombia tiene una de las tasas de informalidad laboral más altas de la región; siendo este fenómeno objeto de especial atención en Latinoamérica y el Caribe, pues según la OIT "si bien este fenómeno se ha reducido moderadamente en años recientes, aún existen alrededor de 130 millones de trabajadores con empleo informal en la región" (OIT, 2014).

El impulso a la formalización del empleo se ha enmarcado en la creación de políticas dentro de las que se resaltan el Plan de Impulso a la Productividad y el Empleo - PIPE 1.0 y 2.0, consistentes en un impulso al crecimiento de la economía y la generación de empleo formal, promoviendo los sectores de industria, agricultura, minero-energético y turismo, y fortaleciendo la infraestructura educativa. Asimismo, se ha creado legislación encaminada a fomentar la generación de empleo como la Ley 1429 de 2010 o Ley de Formalización y Generación de Empleo, y la Ley 1607 de 2012 o Reforma Tributaria de 2012 con la que se incentivó la contratación formal disminuyendo cargas parafiscales a las empresas y la Ley de Jóvenes o Ley 1780 de 2016 con la que se busca impulsar la generación de empleo para jóvenes entre 18 y 28 años.

Pobreza

La medición de la pobreza en Colombia se realiza a partir de dos metodologías, una directa y otra indirecta. La primera de estas corresponde a la pobreza multidimensional, mientras que la segunda a la pobreza monetaria. Estas fueron ajustadas en el año 2010 como resultado de la Misión para el

Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP), integrada por expertos nacionales e internacionales, el DNP y el DANE.

Pobreza monetaria: en el período 2008-2016, hubo una disminución de la incidencia de la pobreza monetaria a nivel nacional equivalente a 14 puntos porcentuales (en adelante p.p.), pasando de 42% a 28%, siendo esta una reducción promedio de 1.5p.p. anual. En general, es un periodo que presenta una tendencia decreciente con un ligero aumento en el último año de 2 p.p., al pasar de 27,8% en 2015 a 28% en 2016.

La reducción de la pobreza se refleja tanto en el ámbito urbano como en el rural. En el período comprendido entre los años 2008 y 2016 la pobreza monetaria tuvo una reducción de 12,5 p.p. (37,4% a 24,9%) en el dominio urbano, al tiempo que se redujo 18 p.p. (56,6% a 38,6) en el dominio rural. Asimismo, se observa que, en el aumento del último año, dicha tendencia se conserva en el ámbito rural, al haber pasado de 40,3% en 2015 a 38,6% en 2016, es decir, la incidencia de la pobreza descendió 1,7 p.p., mientras que en el ámbito urbano aumentó 0,8p.p., pasando de 24,1% a 24,9%. Este resultado podría explicarse por la desaceleración de la economía en este período.

Pobreza monetaria extrema: a nivel nacional entre 2008 y 2016, la pobreza monetaria extrema pasó de 16,4% a 8,5%, esto es, una reducción de 7,9 p.p., presentando una tendencia de reducción sostenida hasta el año 2015. En el último año, la incidencia de la pobreza monetaria extrema aumentó 0,6 p.p. (7,9% a 8,5%).

En las zonas urbanas, la pobreza monetaria extrema tuvo una reducción de 5,6 p.p. (pasó de 11,2% a 5,6%) entre 2008 y 2016. En las zonas rurales esta reducción fue de 14,5 p.p., al pasar de 32,6% a 18,1%. En el período 2015-2016, el aumento de la pobreza monetaria extrema se dio tanto en el dominio urbano como en el rural, con mayor variación en el primero de estos, pues tuvo un aumento de 0,7 p.p. (de 4,9% a 5,6%). La variación en el dominio rural fue de 0,1 p.p. (18% a 18,1%).

Coeficiente de Gini: Según las estimaciones del Banco Mundial[v], el país tiene el segundo coeficiente de Gini más alto de la región. Entre 2008 y 2016 este ha mostrado una tendencia decreciente a nivel nacional pasando de 0,567 a 0,517, implicando esto una reducción de 0,05 puntos.

La reducción de este coeficiente en los dominios urbano y rural muestra que en la zona urbana el Gini disminuyó 0,04 puntos en el mismo período, al disminuir de 0,542 a 0,495. En el área rural, la disminución fue de 0,03 puntos, pasando de 0,489 a 0,458.

Pobreza multidimensional: el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) tiene en cuenta cinco dimensiones (salud, condiciones educativas del hogar, condiciones de la niñez y la juventud, trabajo y acceso a servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda), de los que se desprenden quince indicadores para su cálculo. Estos se obtienen a partir de la información obtenida en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y se calcula a partir de los lineamientos producidos en la Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad - MESEP.

Para el período 2010-2016, la pobreza multidimensional nacional tuvo una reducción de 12,6 p.p. al pasar de 30,4% a 17,8. En el último año, continuó la tendencia de reducción, con una variación de 2,4 p.p., de 20,2% a 17,8%. En el dominio urbano hubo una variación de 11,4 p.p. en la pobreza multidimensional entre 2010 y 2016, al pasar de 23,5% a 12,1%; en el último año esa variación fue de 2,3 p.p. (14,4% a 12,1%). En el dominio rural la variación del total del período 2010-2016 es de 15,5 p.p. (53,1% a 37,6%), mientras que en el período 2015-2016, la reducción de la pobreza multidimensional fue de 2,4 p.p. (40% a 37,6%).

Gasto social, con énfasis en educación y salud[vi]

El gasto social es entendido como el presupuesto del Estado para la provisión de servicios que le son inherentes y que inciden en el bienestar de la población en general, como lo son la salud y la educación. Sumado a ello debe tenerse en cuenta que, al estar determinado constitucionalmente, el

gasto social en Colombia crece proporcionalmente como un porcentaje del PIB ligado al crecimiento del presupuesto público (Rodríguez Pabón, 2014).

Según la finalidad del gasto social[vii], Colombia destina la mayor parte de las apropiaciones a protección social, partidas que incluyen los aportes al sistema pensional, así como para subsidios de distinta índole y distintos programas sociales. Como porcentaje del PIB, este ha sido el segundo componente con mayor crecimiento en el período 2009-2016, con un aumento de 0.6 puntos porcentuales (pasó de ser el 8,3% del PIB al 8,9%); pues la salud fue la finalidad que tuvo mayor crecimiento en el período de referencia (pasó de representar el 4,1% del PIB, a ser el 4,9%) con una variación de 0.8 puntos porcentuales. Así, el gasto social ha correspondido, en promedio, el 68,5% respecto del gasto total del gobierno y siendo 2016 el año con el mayor porcentaje, con un 69,5%.

En todos los años del período 2009-2016 se evidencia un mayor gasto en la protección social, equivalente en promedio al 30% del gasto total del gobierno y 8,6% del PIB. Con una diferencia bastante amplia, la segunda finalidad a la que se destina el gasto social es la de salud, a la cual se le ha destinado un promedio de 16,4% del gasto total del gobierno en el mismo período y con cifras que han oscilado entre el 4,1% del PIB en 2009 y 4,9% en 2016. En tercer lugar, se encuentra educación, con un promedio del 16% del total del gasto social del gobierno, con cifras que oscilaron entre un 4,4% y un 4,6% del PIB.

Con otras diferencias significativas se encuentran las finalidades de actividades recreativas, cultura y deporte, vivienda y espacio público y protección del medio ambiente. Estas tres suman el 1,7% del PIB en 2016, siendo una tendencia similar en todos los años del período observado.

Frente al gasto social total, esta información evidencia una distribución promedio para el período 2009-2016 en la cual salud y educación equivalen al 47,3% de todo el gasto social, siendo el primero de 23,9% y el segundo 23,4%. A la protección social le es destinando el mayor porcentaje del gasto social total (43,8%), mientras que actividades recreativas, cultura y deporte (3,5%), vivienda y espacio público (2,8%) y protección del medio ambiente (2,4%) representan los menores porcentajes de la distribución del gasto social total.

IV. Implementación nacional del Consenso de Montevideo

Para Colombia, la prioridad en materia de población y desarrollo es alcanzar la plena implementación del Consenso de Montevideo, razón por la cual todos los compromisos allí adquiridos son de gran relevancia.

A continuación, se presenta información destacada de siete capítulos del Consenso, los cuales se espera desarrollar a profundidad en futuros informes voluntarios.

1. Capítulo A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos

En el caso de los asuntos de población y desarrollo, Colombia ha registrado avances significativos en la integración e incorporación de la dinámica de población en la definición de políticas para el desarrollo sostenible del orden nacional y territorial conforme a las medidas 4 y 5 del Consenso de Montevideo.

Desde 2012 el Gobierno nacional ha venido entregando orientaciones y lineamientos metodológicos a los gobiernos territoriales para incluir en la formulación de los planes de desarrollo el análisis de la dinámica de población como insumo de la definición de las apuestas de desarrollo para el periodo de gobierno 2012-2015, en particular se destaca el lineamiento en esta materia contenido en el paquete de guías para la gestión pública territorial[viii] para todos los municipios y departamentos del país.

Por otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolló unos lineamientos conceptuales, metodológicos y operativos para la formulación de los planes territoriales de salud a partir de la Estrategia PASE a la Equidad en salud con el propósito de implementar el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 a nivel territorial. Como resultado de esta apuesta, el Ministerio expidió la Resolución 1536 de 2015, en la cual se establecen disposiciones para adelantar el proceso de planeación integral en salud incorporando el análisis y comprensión de las dinámicas de población. Esta apuesta significó el desarrollo de una estrategia de asistencia técnica y formación activa directa en los 32 departamentos y 5 Distritos del país. De manera complementaria el Ministerio, a través de las secretarías de salud departamentales, tuvo una incidencia en los 1102 municipios que hoy cuentan con planes territoriales de salud formulados a partir de la Estrategia PASE a la Equidad en salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con las entidades de control han definido un sistema de monitoreo y evaluación de los planes territoriales de salud, el cual permite orientar las acciones de asistencia técnica desde el gobierno nacional hacia los territorios en el marco del principio de complementariedad entre las distintas escalas de gobierno.

De manera complementaria este proceso aporta significativos avances en la formulación participativa de los procesos de planeación integral en salud, pues contó con la participación de líderes de la sociedad civil.

2. Capítulo B: Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes

Colombia está comprometida con los jóvenes, adolescentes, niños y niñas, quienes son agentes importantes del futuro de los países, pero más allá de eso, son el presente de nuestras sociedades y como presente tenemos que respetarlos como sujetos de derechos con necesidades específicas.

Niñez y adolescencia

En el país se adelantan medidas centradas en la niñez, y especialmente en favor de la niñez que está en condición de mayor vulnerabilidad. Estas medidas son decisivas en la lucha contra la desigualdad

y son un requisito indispensable para romper con el ciclo intergeneracional de la pobreza, así como para avanzar en la consolidación de sociedades más equitativas, con mayor movilidad social, menos violentas y más prosperas.

En este sentido, Colombia cuenta con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, entidad que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias. Así mismo, esta entidad coordina el Sistema Nacional de Bienestar Familiar, el cual articula los esfuerzos sectoriales y los programas y políticas asociadas a la niñez y adolescencia, y promueve la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas (Decreto 936 de 2013).

Así mismo, el ICBF cuenta con un Observatorio del Bienestar de la Niñez, el cual consiste en una estrategia metodológica que apropia los instrumentos necesarios para obtener, consolidar y sistematizar datos, hacer análisis, seguimiento y producción de información que permita una toma de decisiones documentada y debidamente informada. El observatorio integra visiones de expertos y entidades en torno a las diferentes políticas nacionales, y produce datos en torno a las políticas para el seguimiento a su implementación. De manera autónoma, el ICBF cuenta con más de 20 políticas y programas en torno a protección, nutrición, niñez y adolescencia, y familias y comunidades. Las políticas cuentan con enfoque diferencial.

Adicionalmente, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para la atención integral de la primera infancia para la vigencia 2017 se aumentan en 154.164 millones, correspondientes al crecimiento de la economía por encima del 4%, tal como lo establece la Constitución Nacional.

Vale la pena destacar que para Colombia la inversión en la niñez, particularmente en los primeros 5 años de vida, es la más importante que puede hacer una sociedad, debido a que durante este periodo se desarrollan la mayoría de conexiones cerebrales, las habilidades básicas del lenguaje, la motricidad, el pensamiento simbólico y las bases de las interacciones sociales. Adicionalmente, esta inversión tiene el mayor periodo de retorno y repercute en un mayor impacto social a largo plazo[ix].

Entre las principales iniciativas que se destacan en el país, se destaca la Ley 1804 de 2016, por medio de la cual se establece la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre. Esta política sienta las bases conceptuales, técnicas y de gestión para garantizar el desarrollo integral, en el marco de la Doctrina de la Protección Integral.

Con la Ley se busca fortalecer el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a cinco años de edad, así como la materialización del Estado Social de Derecho. A 2018 los retos de la Estrategia de Cero a Siempre son:

- Atender integralmente a 1.5 millones de niños y niñas.
- Cualificar 110.000 agentes de atención integral adicionales.
- Producir 6.8 millones de libros.
- Instalar 300 salas de lectura.
- Fortalecer la calidad de los servicios de atención integral con el mejoramiento de unidades de servicio y el tránsito del 50% de los hogares comunitarios a la atención integral.

La última Encuesta Nacional de la Situación Nutricional- ENSIN 2015-, evidencia, entre otros, los siguientes datos de niños y niñas entre los 0 y los 4 años[x]:

- *La desnutrición crónica, que mide el retraso en la talla para la edad, disminuyó de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015. En 1990, uno de cada cuatro niños tenía desnutrición crónica, mientras que hoy solo es uno de cada diez.*

- *Colombia continúa dentro de la meta de 5% establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre desnutrición aguda o indicador de peso para la talla. En 2015 alcanzó 2,3%, superior al 0,9% presentado en 2010.*
- *La desnutrición global, que marca el peso para la edad, afecta a 3,7% de los menores del país, menos de la mitad del registro de 1990, cuando impactaba a 8,6% de los menores de 5 años.*
- *El 72 por ciento de los menores de 2 años de edad recibió lactancia materna en su primera hora de vida, con lo que Colombia superó la meta establecida por la OMS y el UNICEF de mejorar el inicio temprano de la lactancia materna.*
- *Aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS.*
- *El 41% de niños de seis a 23 meses de edad amamantados y no amamantados tienen una dieta mínima aceptable, que contempla frecuencia y variedad de alimentos mínimos.*
- *Tres de cada diez niños y dos de cada diez niñas de tres a cinco años de edad practican actividades de juego que generan sudoración y aumento de la respiración (juego activo).*

Estos resultados evidencian las áreas en las que se debe reforzar el trabajo del gobierno, así como las áreas en las que se evidencian resultados positivos, cuya tendencia se debe mantener.

El reconocimiento y la garantía del pleno ejercicio de los derechos de los niños, niñas y adolescentes también es prioridad en Colombia, previniendo su vulnerabilidad y gestionando la activación de rutas de restablecimiento, reconociéndolos como sujetos de derechos y promocionando la corresponsabilidad de la familia, sociedad y Estado en su protección integral.

Por otra parte, se encuentra la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia, el cual tiene por objeto establecer normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento.

Juventud

Según la Ley 1622 de 2013 “Estatuto de Ciudadanía Juvenil”, la definición de joven en Colombia es toda persona entre 14 y 28 años cumplidos en proceso de consolidación de su autonomía intelectual, física, moral, económica, social y cultural que hace parte de una comunidad política y en ese sentido ejerce su ciudadanía. Actualmente, también se implementa la Estrategia de atención integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la infancia y la adolescencia, 2015-2025. Así mismo, el Ministerio de Salud está implementando el Modelo de Servicio de Salud para Adolescente y Jóvenes, con el cual se busca que las instituciones de salud generen espacios y formas de atención integral y diferencial para la población entre 10 y 29 años y sean capaces de dar respuesta a las expectativas y necesidades de salud que les afectan; con el fortalecimiento de este modelo de atención en salud, Colombia ha logrado disminuir las cifras de embarazo en adolescentes.

El país es consciente de que la única forma para que los jóvenes rompan con el ciclo de la pobreza y la violencia en ciertos contextos, es otorgándoles la oportunidad de insertarse de forma adecuada en el mercado laboral mediante la garantía de una educación de calidad y una formación para el trabajo, pero también a través de políticas que promuevan de forma eficaz el empleo y el emprendimiento juvenil.

Así, en el año 2013 el Departamento Nacional de Planeación expidió el documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social para la juventud – CONPES 173 de 2013-, que tiene entre sus líneas estratégicas la generación de capital social, la ampliación de las capacidades y competencias de los jóvenes, la generación de oportunidades para los jóvenes rurales, la transición

de los jóvenes al mundo laboral en condiciones dignas y el acceso de los jóvenes al emprendimiento, la innovación y la tecnología.

Adicionalmente, desde 2015 Colombia implementa el programa “40 mil primeros empleos” mediante el cual se ha logrado vincular laboralmente a más de 15 mil jóvenes dando como incentivo a los empresarios la retribución de los costos de los seis primeros meses de salario, prestaciones y seguridad social, con el compromiso de retener por otros seis meses al menos al 60 por ciento de los jóvenes contratados. Sin embargo, el empleo juvenil sigue siendo un gran reto para el país, pues la tasa de desempleo en jóvenes colombianos entre 16 a 24 años es el doble que el promedio nacional.

En mayo de 2016 Colombia sancionó la Ley Projoven, que busca promover la generación de empleo y el emprendimiento juvenil a través del desarrollo de medidas para la eliminación de las barreras del mercado laboral para los jóvenes, los incentivos para las empresas que contraten jóvenes y el fomento al emprendimiento juvenil.

Colombia tiene en marcha varios programas de transferencias monetarias condicionadas que benefician a la juventud en condición de pobreza y vulnerabilidad, entre estos se cuentan la Red Unidos, los programas en favor de jóvenes víctimas, jóvenes de comunidades indígenas y jóvenes con medida de protección del ICBF, y el Programa Jóvenes en acción que apoya la manutención de jóvenes que reciben formación para el trabajo en instituciones como el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA.

En términos de educación, también se destaca la implementación del Programa Ser Pilo Paga, que es una herramienta clave para la movilidad social pues gracias a él, los jóvenes de escasos recursos pueden acceder a las mejores universidades del país a formarse como profesionales. Este proyecto espera consolidarse como política de Estado a través de su transformación en Ley de la República.

En el tema específico del mantenimiento de la paz, la prevención de la violencia y el apoyo a la cohesión social, la Agencia Colombiana para la Reintegración de Personas y Grupos Alzados en Armas -ACR, apoya la participación y el liderazgo de mujeres y hombres en el mantenimiento de la paz, dese la Ruta de Reintegración, definida como “el conjunto de condiciones, beneficios, estrategias, metodologías y acciones definidos por la Agencia Colombiana para la Reintegración de Personas y Grupos Alzados en Armas, concertados con la persona en proceso de reintegración, para promover el desarrollo de capacidades, la superación de la situación de vulnerabilidad y el ejercicio autónomo de la ciudadanía”.[xi] A través de la mencionada Ruta se impulsa a los hombres y mujeres en general, que en el caso de los excombatientes son en su mayoría jóvenes, para que desarrollen una ciudadanía activa, participativa y transformadora desde la cual se promueva una participación con incidencia política en el bienestar colectivo

Finalmente vale la pena destacar la existencia del Sistema Nacional de Información en Juventud y Adolescencia en Colombia - JUACO, una plataforma tecnológica especializada en la adolescencia y la juventud colombiana a través de la cual se gestiona información y datos relevantes sobre dicha población, y contiene metodologías y técnicas para el tratamiento de temas diversos con enfoque de juventud.

3. Capítulo C: Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

Los países de la región estamos llamados a afrontar cambios demográficos que, entre otras, llevan a que la proporción de personas mayores en la población sea cada vez más alta. Esto es un logro de los países, pero también es un reto que debemos anticipar y afrontar para garantizar sus derechos, su inclusión social y la no discriminación.

En 2007 se formuló la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2007 - 2019, actualizada entre los años 2014 y 2015. Esta es una Política Pública, de Estado que fue debidamente concertada y articula a todos los estamentos del gobierno y a las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los

colombianos. Esta política se complementa con desarrollos normativos como la Ley 1850 del 19 de julio de 2017 que aborda medidas como el establecimiento del programa de asistencia a personas mayores (Art. 12), y establece como delito el maltrato a personas mayores de 60 años.[xii]

Adicionalmente, a la fecha se encuentra en proceso de ajuste el Plan de Acción de la Política, con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento -SABE Colombia-, publicados en 2016. Esto implica que las entidades nacionales y territoriales, acorde con la política nacional, deben incluir en sus planes de desarrollo estrategias para garantizar el ejercicio de los derechos a partir del enfoque diferencial, que reconoce la existencia en el país de poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, orientación sexual y condición de discapacidad.

A continuación, se sintetizan por eje estratégico los principales avances de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, que se han logrado desde 2007 hasta 2015:

- Eje de promoción y garantía de los derechos humanos de las personas adultas mayores:

Fueron expedidas las siguientes normas: Ley 1171 de 2007, según la cual se establecen beneficios para las personas mayores tales como descuentos en instituciones educativas, espectáculos, transporte público, sitios turísticos, ingreso gratuito a bienes de interés cultural, ventanillas preferenciales, asientos preferenciales en transporte público y prioridad en consulta médica y atención en consultorios jurídicos. La Ley 1251 de 2008, por la cual se fijan normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores y se incluyen directrices generales para la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. La Ley 1276 de 2009, ordena la protección de las personas adultas mayores, a través de los centros vida o centros día, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida. La Ley 1315 de 2009, determina las condiciones mínimas para garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad a las personas adultas mayores en instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social (centros de protección, centros día e instituciones de atención).

En desarrollo de la Directriz de enfoque diferencial para goce efectivo de derechos de las Personas Adultas Mayores en desplazamiento forzado, se realizó el diseño y formulación de la directriz a comienzos del año 2011 y a finales de ese mismo año se inició la coordinación y articulación con Ley 1448 de 2011, Ley de Víctimas. Dentro de este proceso, en 2013, se llevó a cabo la capacitación de actores territoriales a través de talleres regionales. El proceso finalizó con la propuesta de un modelo de atención de personas adultas mayores víctimas, alineado con lo previsto por la Ley 1448 de 2011.

Por otro lado, se avanzó en la participación ciudadana e integración social de las personas mayores mediante la difusión, capacitación y aplicación de la Metodología Integrada de Participación Social de y para Personas Adultas Mayores – MIPSAM, en siete áreas temáticas: familia, salud, educación, ambiente, utilización del tiempo libre, deporte, actividad física, generación de ingresos y participación. También se gestionó la conformación y el fortalecimiento de los consejos departamentales, distritales y municipales de personas mayores, incluyendo a instituciones públicas y privadas con responsabilidades en temáticas de envejecimiento humano y vejez, a representantes de las personas mayores y sus organizaciones. Por último, se concluyó a finales de 2013, el proyecto de Decreto reglamentario de la Ley 1251 de 2008, estableciendo el Consejo Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Dentro del proceso de diseño e implementación de políticas locales de envejecimiento y vejez fueron formuladas políticas en 14 entidades territoriales.

- Eje de protección social integral:

En materia de seguridad de ingresos, a través del Programa de Protección Social del Adulto Mayor – PPSAM, actualmente Colombia Mayor, beneficia a más de 1’400.000 personas en condición de vulnerabilidad a través de la entrega de subsidios bimestrales destinados a financiar sus necesidades

básicas y a mejorar su calidad de vida. Colombia espera que este programa llegue a la cobertura universal dentro de los próximos 5 años.

La afiliación al sistema general de seguridad social en salud para personas de 60 años o más a 2014 fue de 5.323.427 personas, para una cobertura en salud de personas adultas mayores cercana al 96%. De las personas afiliadas a salud el 48.7% pertenecen al régimen subsidiado de salud, el 47.9% hacen parte del régimen contributivo de salud y el 3.2% a regímenes de excepción.

- Eje de envejecimiento activo:

En desarrollo de la línea de promoción de hábitos y estilos de vida saludables fue incluida dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la dimensión transversal de Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables, con seis componentes, entre ellos "Envejecimiento y Vejez". Para este último componente fueron definidas metas, dentro de las cuales se destacan: 1) a 2021 se logra en el 80% de los departamentos, el desarrollo de programas de estilos de vida saludables para personas mayores en los centros días y centros de protección, en el marco del plan nacional de recreación y la política nacional de envejecimiento y vejez, y 2) a 2021 Colombia contará con un modelo de envejecimiento activo promovido y adoptado a nivel nacional y territorial.

En la línea de espacios y entornos saludables del eje de envejecimiento activo se gestionó el Programa Nacional Nuevo Comienzo: otro motivo para vivir, el cual incentiva la participación en actividades recreativas que muestran el resultado de una vivencia que involucra lo físico, emocional y sicológico de las personas mayores, incorporando elementos relacionados con la cultura, costumbres, tradiciones, artesanías, danzas y música. Otro programa importante es la Estrategia Nacional de Recreación para y con Personas Mayores, que ofrece espacios regulares de recreación y aprovechamiento del tiempo libre, a través de las cuales se benefician más de 100.000 personas mayores.

- Eje de formación de talento humano e investigación:

Además del apoyo a iniciativas de investigación, se destacan los esfuerzos de Colombia por capacitar a los cuidadores, mediante la implementación de programas nacionales como el Técnico en Asistencia Integral a Personas Mayores, liderado por el SENA, con carácter gratuito y disponible en todo el territorio nacional, mediante el cual se ha logrado la capacitación de más de 700 personas.

Disponibilidad de información

El gobierno colombiano ha realizado importantes esfuerzos en la recolección de datos que permitan dar cuenta de la situación de las personas mayores en el país. En este sentido, fue realizada la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento – SABE Colombia 2015, con el apoyo de instituciones académicas con el fin de explorar y evaluar interdisciplinariamente, y con énfasis en variables socioeconómicas y de salud, la situación de las personas mayores en áreas urbanas y rurales, partiendo de los determinantes del envejecimiento activo.

Los resultados de esta encuesta resultan clave para entender el estado de salud de las personas mayores de 60 años y de gran utilidad para: enfocar la atención en salud a sus necesidades, optimizar sus oportunidades de participación, protección y seguridad social, y planificar la respuesta a eventos asociados al rápido crecimiento de esta población y el mejoramiento de su calidad de vida.

Esto permitió establecer que la media de la población es de 69 años, que 8 de cada 10 personas mayores viven en la zona urbana, que más del 95% se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que un 70% de las personas mayores reportó haber recibido dinero durante el último mes, entre otros datos de suma importancia que permitirán orientar la creación de políticas públicas.

4. Capítulo E: Igualdad de género

Colombia ha logrado consolidar un robusto y sólido entramado normativo y de política pública en favor de las mujeres, especialmente en lo relacionado con la garantía del pleno ejercicio de sus derechos, incluyendo medidas positivas que permiten su empoderamiento, y contribuyen a la igualdad de género, la erradicación de la violencia y discriminación contra las mujeres, y que reconocen el papel protagónico de la mujer en la consolidación de la paz.

En este sentido, es preciso mencionar la Política Pública Nacional de Equidad de Género para las Mujeres. Este documento aprobado en 2013, es la hoja de ruta sobre los asuntos de género en el país, en tanto contiene un conjunto de acciones estratégicas que han permitido que el país avance en la reivindicación de la mujer y su papel en diferentes sectores de la sociedad.

La Política define seis ejes interconectados entre sí, los cuales reflejan las principales áreas en las que las mujeres se ven afectadas y requieren una intervención sostenida, los ejes son: (i) Transformación cultural y construcción de paz; (ii) Autonomía económica y acceso a activos; (iii) Participación en escenarios de poder y toma de decisiones; (iv) Salud y derechos sexuales y reproductivos; (v) Enfoque de género en la educación; y (vi) el Plan para garantizar una vida libre de violencias.

En términos de representatividad política se ha adelantado varias acciones:

- El porcentaje de mujeres candidatas a cargos públicos pasó de menos de 20% en 2011 a 36,5% en 2015. El porcentaje de escaños ocupados por mujeres en el Congreso de la República pasó de 16,7 a 22,6 en Senado y de 12,7 a 19,9 en Cámara de Representantes, entre 2010 y 2016. Se percibe que estrategias como *Más Mujeres, Más Democracia*[xiii] han contribuido a estos resultados.
- El país avanzó en la reducción de las brechas en el mercado laboral. La tasa de participación femenina pasó de 52,8% en el último trimestre de 2010 a 55,4% en el mismo período de 2016, mientras el desempleo se redujo de 14,6% a 10,7% en el mismo lapso de tiempo.
- En 2016 y en cumplimiento de la Ley 581 de 2000 conocida como la Ley de Cuotas, la mujer ocupó el 38% de los cargos directivos del Máximo Nivel Decisorio y el 41% de Otro Nivel Decisorio.
- En 2016, la mujer tuvo una participación del 51% del total de los empleos de la Rama Ejecutiva del Orden Nacional.

Vale la pena destacar que Colombia cuenta con la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, la cual estableció en el país la Comisión Intersectorial para la Implementación de la Política Pública Nacional de Equidad de Género. Esta Comisión es la instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados en la ejecución de la Política Pública, a su vez, la Comisión tiene la función de orientar el diseño e implementación de un sistema de control que permita hacer seguimiento al cumplimiento de las metas y resultados propuestos.

De esta Comisión se derivan diferentes subcomités que han permitido impulsar la incorporación de nuevos aspectos en las acciones del Gobierno nacional para el avance de las mujeres, como por ejemplo el subcomité de presupuestos con enfoque de género. Así mismo, gracias a las rendiciones de cuentas de la Comisión, las cuales se realizan desde 2013, diferentes entidades que la conforman han creado grupos de género para su fortalecimiento institucional.

Adicionalmente, esta política contiene un plan de acción que individualiza y especifica las responsabilidades de cada institución, lo que facilita el seguimiento y la rendición de cuentas con la participación de diferentes actores del orden nacional y territorial, así como el fortalecimiento de sus capacidades en los asuntos de mujer.

Adicional a lo anterior, en el país se instaló el Comité de Seguimiento a la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y

discriminación contra las mujeres y se dictan otras disposiciones. El Comité es un espacio integrado por dos organismos de control (Procuraduría General de la Nación y Defensoría del Pueblo), la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y representantes de organizaciones de mujeres. Desde su creación, el Comité ha realizado 30 sesiones que han permitido realizar seguimiento, análisis y recomendaciones a la ejecución de las diferentes políticas en favor de la igualdad de género.

En esta materia, es importante mencionar que esta Política será sometida a evaluación por mandato de la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"; esta evaluación tiene un carácter participativo y permitirá la medición del funcionamiento de la misma, igualmente se convertirá en un insumo para su retroalimentación.

Finalmente, con el fin de contar con información relevante en términos de enfoque diferencial desde la perspectiva de género, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 incluyó un formulario de hombres que permite identificar las condiciones demográficas y obtener información sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva. Así mismo, la encuesta avanzó en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos incluyendo preguntas que permitieron dar cuenta de la orientación sexual y la identidad de género de las personas encuestadas.

Género y paz

Es importante resaltar la experiencia de Colombia en la firma del Acuerdo para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera entre el Gobierno colombiano y las FARC, en el que las mujeres tuvieron un rol relevante durante su negociación y lo están teniendo en la fase de implementación.

Este Acuerdo, con la creación de la Subcomisión de Género, considera las preocupaciones y necesidades de las mujeres víctimas del conflicto armado. El texto final del Acuerdo incluye medidas específicas para crear condiciones para que mujeres y personas con identidad sexual diversa puedan acceder en igualdad de condiciones a los beneficios de vivir en un país sin conflicto armado.

Para el cumplimiento de lo anterior, el Gobierno creo en julio de este año la Instancia Especial para contribuir a garantizar el enfoque de género en la implementación del Acuerdo Final, la cual está conformada por 7 mujeres propuestas por organizaciones de mujeres colombianas nacionales y territoriales, de las cuales: 4 son de organizaciones territoriales (1 de ellas es víctima del conflicto armado), 2 de carácter nacional, y 1 mujer propuesta por organizaciones LGBTI.

Esta instancia es uno de los mayores logros del proceso de paz, y trabajará de la mano de la Comisión de Seguimiento y Verificación del Acuerdo de Paz (Csivi) para hacer seguimiento a que lo acordado en cuanto a enfoque de género en La Habana, efectivamente se cumpla en la implementación.

Retos

Es importante reconocer que en Colombia aún persisten algunos desafíos que necesitan de la toda la atención gubernamental. El primero de ellos hace referencia a las dificultades en la implementación de las medidas de atención establecidas en la Ley 1257 de 2008, por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres y se dictan otras disposiciones.

La mencionada Ley, dispone que las mujeres víctimas reciban medidas de atención integral, diferenciada, pertinente, adecuada y con coordinación de todos los responsables a través de servicios con cobertura suficiente, accesible y de calidad garantizando entre otras la habitación y alimentación de la víctima a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sin embargo, algunos territorios, en desarrollo de sus responsabilidades, han invertido recursos propios para asumir esta función de la cual son corresponsables. Actualmente, en el país se trabaja en proyectos normativos que permitan resolver la contradicción normativa y por tanto sumar los recursos de la nación a los recursos de los entes territoriales para atender este reto.

El segundo desafío que el país enfrenta, es el bajo nivel de sentencias en casos de violencias de género. Pese al amplio marco normativo para garantizar los derechos humanos de las mujeres, aún persisten ciertos imaginarios de género que invisibilizan y desatienden la violencia de género.

Aunado a lo anterior, la independencia de la rama judicial del poder público, si bien es una importante condición de nuestro sistema democrático, genera retos para que el país cuente con cifras precisas que den cuenta de la magnitud de este fenómeno.

Para responder a este desafío, el Gobierno realiza esfuerzos para formar operadores de justicia en materia de género, así como para el fortalecimiento de las Comisarias de Familia, como instituciones que ayudan a mitigar este problema en tanto son consideradas la puerta de acceso de las mujeres a la justicia.

Frente a esto es de destacar el importante papel que realizan las organizaciones de mujeres, ya que su trabajo ha contribuido a sentar precedentes jurisprudenciales en favor de las mujeres, como, por ejemplo, la sentencia C-297/16, de la Corte Constitucional, la cual defendió y desarrolló el sentido de la Ley de Feminicidio.

5. Capítulo F: La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes

El alto dinamismo de las migraciones internacionales debe ser analizado de manera integral, dejando a un lado análisis que se basan en coyunturas económicas y no permiten ver la integralidad del fenómeno.

Las crisis económicas muchas veces se traducen en posiciones que estigmatizan a los migrantes y olvidan que se debe reconocer al fenómeno migratorio como dinámico, constante y en continuo crecimiento, el cual se profundiza bajo las bases de la globalización y la división internacional del trabajo.

Son varios los motivos que determinan que la inmigración contribuya positivamente al crecimiento económico de los países de destino. Primero, la llegada de inmigrantes genera más consumo y en muchas ocasiones contribuye a mejorar la productividad de la economía. Los inmigrantes también contribuyen al ahorro, ya que en general tienen una fuerte propensión marginal a ahorrar. Más importante aún, la inmigración ayuda a aumentar la eficiencia económica y la productividad, ya que permite transferir trabajadores de áreas improductivas a sectores productivos de la economía, aumentando la productividad laboral. Igualmente, el arribo de inmigrantes ayuda a evitar cuellos de botella en la producción, ya que estas personas pueden cubrir plazas de trabajo que por diversas razones el mercado laboral no está en capacidad de llenar.

Al contrario de lo que muchas veces se presupone, los países de destino requieren migrantes por razones demográficas: el envejecimiento de su población en general, el descenso de la población infantil y el descenso de la población adulta en edad productiva. Por lo tanto, es muy probable que la inmigración genere más beneficios a la población nativa de los que aquella recibirá de ésta. En esta perspectiva, mejorar las condiciones de acogida y facilitar la adaptación de los inmigrantes, más que un acto solidario, es un acto de reciprocidad.

El hecho migratorio como fenómeno trasnacional implica la existencia de un proceso de doble vía en el cual el migrante se adapta a la sociedad de destino y a una nueva realidad, pero a la vez mantiene un lazo permanente con su lugar de origen. Estas circunstancias dan lugar a la necesidad de generar políticas públicas que acompañen el proceso de integración en zonas de destino y que a la vez mantengan el vínculo con el país de origen.

En la Agenda 2030 hemos reconocido a los migrantes como un grupo poblacional vulnerable, que debe ser empoderado. La dignidad de la persona migrante debe ser una variable fundamental si buscamos una migración ordenada, regulada y en condiciones seguras.

Si bien es importante resaltar la importancia de los programas de inclusión de los migrantes, no es menos importante resaltar la pertinencia de los programas de vinculación de los países hacia sus nacionales, Colombia es líder regional en el establecimiento de programas de vinculación. El migrante debe tener la posibilidad de no perder sus lazos con su país de origen, esto solamente se logra mediante la promoción de iniciativas de vinculación de la migración.

Es hora de avanzar hacia un sistema de movilidad internacional segura y transparente, que proteja los derechos de todos los migrantes, aumente su contribución positiva al desarrollo, fomente la cohesión en ambientes multiculturales y mejore la percepción pública de los migrantes como miembros vitales de nuestra sociedad

Adicionalmente, es importante contar con mecanismos que permitan un trabajo articulado entre los diferentes niveles de gobierno. Mediante Decreto 1239 de 2003, se creó la Comisión Nacional Intersectorial de Migración (CNIM) como un órgano para la coordinación y orientación en la ejecución de la política migratoria del país.

Por otra parte, el Ministerio de Relaciones Exteriores cuenta con una estrategia de acompañamiento a los Gobiernos Locales en el tema de la atención a los migrantes retornados. En consecuencia, se cuenta con nueve redes interinstitucionales de atención al migrante en las regiones del país de mayor experiencia migratoria, con el fin de promover la articulación entre varias instituciones públicas, privadas, organizaciones sociales y gremiales a nivel municipal y departamental para constituir una red de apoyo, atención y servicios a la población retornada.

El trabajo de estas redes se concentra en el análisis de su funcionamiento, revisión de los protocolos de atención, definición de rutas de atención humanitaria para población colombiana retornada.

De igual manera, se presta asistencia humanitaria a población retornada en condiciones de vulnerabilidad, a través del convenio con la Cruz Roja, se brinda asistencia humanitaria de emergencia (transporte a su lugar de origen, alojamiento, alimentación, kit de supervivencia, medicamentos y atención médica de urgencia) a los connacionales que retornan en condiciones de extrema vulnerabilidad.

Esta estrategia también busca apoyar a los connacionales en el fomento de iniciativas productivas, con esta acción se ha buscado generar fuentes de financiación para las iniciativas productivas de la población que retorna al país, buscando incentivar el emprendimiento y las iniciativas empresariales de esta población y su inserción al sector productivo.

6. Capítulo H: Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos

Colombia es un país pluriétnico y multilingüe en el que se diferencian cuatro grupos étnicos reconocidos: indígenas, raizales, afrocolombianos y Rom o gitanos, por lo que somos uno de los Estados más diversos de América. Es así como en nuestro país se han reconocido 87 pueblos indígenas, cuyo origen es anterior a la conformación de la nación y su poblamiento data alrededor de “30.000 años antes de la era presente” (Arango y Sánchez, 2004: 33). Se destacan por la conservación de sus tradiciones ancestrales y sus lenguas, las cuales son constitucionalmente reconocidas siendo un total de 64 lenguas y dialectos agrupados en 13 familias lingüísticas a los cuales se les ha adjudicado 34 millones de hectáreas, que corresponden al 30% del territorio nacional.

La diversidad cultural se encuentra reconocida en la Constitución Política en cerca de 30 artículos referidos a los grupos étnicos, mediante los cuales se promueve y protege la identidad cultural, las tradiciones lingüísticas propias y los territorios. A partir de este marco normativo superior, se ha dado un desarrollo legislativo, judicial y administrativo para la pervivencia de las culturas bajo los principios del respeto y reconocimiento del derecho a la diferencia.

Territorios Indígenas

Para el Estado colombiano es fundamental el reconocimiento de los territorios tradicionales de los pueblos indígenas. El acceso indígena a la propiedad colectiva o individual de la tierra está regulado por disposiciones legales y administrativas que garantizan tal derecho en armonía con los fines del Estado, y con principios como la función social y ecológica de la propiedad. La propiedad colectiva de los territorios, conocidos como resguardos indígenas, está amparada en los artículos 63 y 329 de la Constitución Política de 1991. En ellos se establece que estas tierras son de propiedad colectiva de los pueblos indígenas que las ocupan y que son inalienables, imprescriptibles e inembargables (DNP, 2010a). Ahora bien, constitucionalmente se ha consagrado que el subsuelo y los recursos naturales no renovables son propiedad del Estado para conservar y garantizar su utilidad pública en beneficio de toda la nación.

De acuerdo con información de la Agencia Nacional de Tierras – ANT, en la actualidad existen 719 resguardos legalmente constituidos, y estos se encuentran en 29 departamentos del país. Los resguardos titulados, cuya propiedad es imprescriptible, inembargable e intransferible. Según la Ley 715 de 2001, los resguardos indígenas reciben un porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones del presupuesto del país mediante transferencias proporcionales a su población, obtenidas de las proyecciones de población indígena residente en resguardos y calculadas por el DANE (DANE, 2012).

En consonancia con lo anterior y de acuerdo con la información obtenida en el Censo General 2005, la mayor parte de esta población se ubica en el área rural del país, bien sea dentro de sus resguardos indígenas legalmente constituidos, en parcialidades indígenas o en territorios no delimitados legalmente.[xiv]

Es así como puede afirmarse que se encuentra población indígena en todos los departamentos del país, y aquellos que concentran la mayor cantidad de personas indígenas son La Guajira (20% del total de población indígena del país), Cauca (18%), Córdoba (11%) y Nariño (11%). Sin embargo, los departamentos con mayor participación de población indígena del total de su población son: Guainía (61,6% del total de población del departamento), Vaupés (58,1%), La Guajira (42,1%), Amazonas (40,4%), Vichada (39,6%), Cauca (21%) y Putumayo (18,7%) (DNP, 2010a).

Se destaca que, en estos territorios, los pueblos indígenas ejercen su propia organización política, social y judicial. Por mandato constitucional, sus autoridades se reconocen como autoridades estatales públicas de carácter especial y, en materia judicial, se reconoce la jurisdicción especial indígena. Los resguardos participan del sistema de transferencias presupuestales del Gobierno central.

De igual manera, conforme al mandato contenido en la Constitución, la Fuerza Pública está en la obligación de hacer presencia en cualquier lugar del territorio nacional para brindar y garantizar a todos los habitantes la protección y respeto a su vida, honra y bienes, tanto individuales como colectivos. La protección de los derechos de las comunidades indígenas y su integridad dependen en gran medida de la seguridad en sus territorios. En este sentido, se han expedido instrucciones a la Fuerza Pública para dar cumplimiento a la obligación de protección de los derechos de estas comunidades.

Plan Nacional de Salud

El Decreto 1973 de 2013 crea la subcomisión de salud de la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos Indígenas y Organizaciones Indígenas -MPC-, la cual tiene por objeto orientar, formular, contribuir a la construcción e implementación de las políticas públicas de salud de los Pueblos Indígenas, con la participación de la Comunidad y sus autoridades en las diferentes instancias de decisión.

En la Subcomisión se está trabajando en la construcción de un Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural SISPI, que garantiza el derecho fundamental a la salud de los Pueblos Indígenas de manera integral, con respeto a las diferencias culturales y a los conocimientos de la medicina tradicional propia, administrados por sus Autoridades Tradicionales. Actualmente se ha avanzado en los indicadores y metas del Plan Nacional de Desarrollo y el Capítulo Indígena del Plan Decenal de Salud Pública. La Secretaría Técnica de dicha Subcomisión se ejerce de manera conjunta entre el Ministerio de Salud y el Delegado Indígena por la MPC.

Adicionalmente, para avanzar en el cumplimiento de compromisos del gobierno con las comunidades indígenas y como etapa de transición hacia la consolidación del SISPI, el Ministerio de salud emitió el Decreto 1848 de 2017 que establece un sistema de habilitación especial para las EPS indígenas, que comprende el conjunto de requisitos y procedimientos que determinen las condiciones administrativas, científicas, técnicas, culturales y financieras, para garantizar el acceso a los servicios de salud con enfoque diferencial a sus afiliados, atendiendo las particularidades socioculturales y geográficas de los pueblos indígenas.

7. Capítulo I: Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial

Las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras provienen de las poblaciones esclavizadas que llegaron al territorio colombiano desde el siglo XVI. Están integrada por tres grupos distintos: raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, palenqueros de San Basilio de Palenque y las comunidades negras o afrocolombianas que residen principalmente -mas no exclusivamente- en el andén pacífico, la región caribe y en grandes ciudades o cabeceras municipales (DANE, 2007). Conservan dos lenguas tradicionales: palenquero y creole sanandresano. En Colombia, según el censo 2005, se autoreconocieron como población afrocolombiana, negra, palenquera y raizal 4.281.182 personas, lo que representa el 10,5% del total nacional.

En la Constitución de 1991 estas comunidades fueron reconocidas como un grupo étnico del país, incluyendo además en su Artículo Transitorio 55 un mandato que llevase a reconocer la propiedad colectiva de la tierra a las comunidades que habitaban las tierras baldías en las zonas rurales ribereñas de los ríos de la cuenca del Pacífico. Ello dio paso a la Ley 70 de 1993 la cual reconoce las formas propias de organización social de las comunidades negras en estructuras que reciben el nombre de consejos comunitarios, así como la posesión colectiva de la tierra en una figura denominada territorios colectivos de comunidades negras. Según información de la ANT, existen en la actualidad 188 territorios colectivos de comunidades negras titulados, en 8 departamentos del país.

Para el Estado, la garantía de los derechos de los grupos étnicos se ha convertido en un propósito común en el que confluye la acción de todas las instituciones, las cuales han venido trabajando de forma coordinada, articulando acciones e incorporando el enfoque diferencial y multidiverso en sus diversos programas.

Lo anterior considerando que las mayores concentraciones de este grupo poblacional se encuentran en las regiones Pacífica y Caribe, y en menor medida en las grandes ciudades de la región andina. Al respecto, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo indica que:

> "[…] si se observa la distribución de la población afrocolombiana en el territorio no ya por departamentos, sino por regiones, se encuentran diversos niveles de concentración. Los afrodescendientes tienen presencia en el 97% de los 1.102 municipios del país, pero la mayor parte de ellos (90,4%) se concentra en 201 municipios (18%) […]. Los afrocolombianos se aglomeran hoy principalmente en las grandes ciudades donde son importantes en número, pero minoría en términos absolutos. Medellín por ejemplo tiene cerca de 140.000 que representan solamente el 6,5% de su población, pero en número superan la población afrodescendiente de Tumaco (129.491) donde representan en 88,8% de su población; Bogotá, con el 1,5% tiene tantos afrocolombianos como Quibdó (100.000), 95,3%. Cali (542.936), Cartagena (319.373), Barranquilla (146.578)" (PNUD, 2012: 33).

Así, Colombia se ha dirigido al fortalecimiento institucional y legislativo, y actualmente cuenta con toda una institucionalidad dedicada a la formulación de políticas a favor de los grupos étnicos. Esto ha reflejado aportes positivos con la implementación del Decenio Afrodescendiente y el Plan de Acción para las Américas, que ratifican la voluntad de lograr la erradicación de toda forma de discriminación y fortalecer los derechos de la población afrodescendiente.

Colombia desarrolla acciones enfocadas en: Reconocimiento, desde la formulación e implementación de políticas públicas para el desarrollo de los afrodescendientes; Justicia, desde los derechos culturales, sociales y económicos de los gestores, actores y población afrocolombiana; y desarrollo desde la generación de capacidades para una mejor oferta y aprovechamiento de las oportunidades para la población afro. En sintonía con líderes y gestores culturales locales, se impulsan espacios de diálogo cultural en las diferentes regiones del país para llevar el mensaje del Decenio Afro a las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palanqueras.

Se han conformado planes regionales que incluyen diferentes actividades públicas que prevén encuentros para que la sociedad se sensibilice sobre la diversidad cultural y étnica del país y la necesidad de respetarla. Los programas regionales están diseñados en Medellín, Palmira y Bogotá y existe un plan específico para el Departamento de Antioquia.

Colombia busca el reconocimiento de las manifestaciones culturales e identidades de las comunidades afrocolombianas, negras, raizales y palenqueras. Una de las actividades de mayor éxito es la declaración del mes de mayo como el "*mes de la afrocolombianidad*", lo que ha permitido en los últimos años hacer visible la herencia africana de los colombianos, propiciando espacios de diálogo y la interacción entre las comunidades, los académicos, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general.

En el último año, y en el marco de la política de diversidad cultural colombiana, se instauraron las mesas de los abuelos, que representan una herramienta de reconocimiento de los saberes tradicionales de los grupos étnicos, de su participación y contribución a la identidad del país a lo largo de su historia como nación. Es un homenaje en vida a la experiencia cultural de hombres y mujeres portadores de la herencia ancestral africana que pervive en Colombia, ya que son los abuelos y sabedores tradicionales los protagonistas principales en esta estrategia.

8. <u>Acciones comunes a pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes</u>

Conflicto Armado y Proceso de Paz

El Estado colombiano reconoce el impacto diferencial que ha tenido el conflicto armado interno en relación con la garantía de los derechos de los pueblos étnicos, motivo por el cual se han diseñado medidas de reparación colectiva que garanticen el resarcimiento del daño, a partir de una perspectiva intercultural.

Es así como se destaca que el Acuerdo Final de Paz incorpora un enfoque de diversidad étnica y cultural, que permite la atención diferencial para los pueblos indígenas y las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Lo anterior responde al ejercicio enriquecedor de participación en las Mesas de Conversación en La Habana, y que permitió que en las consultas directas tuviesen representación víctimas de los pueblos indígenas.

De esta forma es importante resaltar que el Acuerdo Final de Paz incorpora, en el punto 6.2 "Capítulo Étnico", la creación de una Alta Instancia con Pueblos Étnicos para el seguimiento de la implementación de lo pactado, y en el que tendrán participación de delegados de pueblos indígenas, junto con representantes del Gobierno Nacional y las FARC.

Finalmente, es voluntad del Estado colombiano reiterar, en este escenario, el compromiso por la garantía del pleno ejercicio y disfrute de los derechos fundamentales consagrados en nuestro ordenamiento interno, así como continuar trabajando de manera decidida en el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de igualdad y lucha contra la discriminación.

Consulta Previa

El Estado colombiano, siguiendo los lineamientos de la jurisprudencia constitucional, y en concordancia con el Convenio 169 de la OIT, del cual hace parte Colombia (Ley 21 de 1991), debe llevar a cabo procesos de consulta previa como requisito indispensable para la realización de proyectos, actos administrativos e incluso iniciativas legislativas que se desarrollen en los territorios indígenas y de comunidades negras.

Es importante destacar que, en el periodo comprendido entre julio de 2014 a la fecha, el Gobierno Nacional ha protocolizado 664 acuerdos de consulta previa con pueblos indígenas, incluidos el Plan Nacional de Desarrollo y la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y sus respectivos decretos reglamentarios.

Mecanismos y Estrategias de Participación

En Colombia mediante Decreto 1387 de 1996, se creó la Mesa Permanente de Concertación con los Pueblos Indígenas y Organizaciones Indígenas -MPC-, que tiene por objeto concertar entre las Organizaciones Indígenas y el Estado todas las decisiones administrativas y legislativas susceptibles de afectarlos, garantizando el derecho fundamental a la consulta previa, de acuerdo con los principios establecidos en el Convenio 169 de la OIT, y los pronunciamientos de la Corte Constitucional sobre la materia.

En este espacio participan 5 asociaciones a nivel nacional: Autoridades Indígenas de Colombia AICO, Organización Nacional Indígena de Colombia ONIC, Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana OPIAC, Confederación Indígena Tayrona CIT y Autoridades Tradicionales de Colombia-Gobierno Mayor. Adicionalmente en las regiones existen organizaciones indígenas que reúnen varios resguardos o comunidades.

Igualmente, en Colombia existen otros espacios de participación con los pueblos indígenas donde se adoptan decisiones concertadas, como la Comisión Nacional de Trabajo y Concertación de Educación para Pueblos Indígenas CONTCEPI, la Subcomisión de Salud de la MPC, la Comisión de Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas, la Mesa Regional Amazónica, la Mesa de Concertación con el Pueblo Awá, la Mesa de Diálogo y Concertación para el pueblo Wayúu.

En estas mesas de concertación se han adelantado procesos de consulta previa de varias iniciativas legislativas, desde el Plan Nacional de Desarrollo, la Ley de víctimas, el proyecto de ley de tierras y desarrollo rural, el censo nacional agropecuario, el proceso de consulta del Censo Nacional de

población y vivienda, hasta los decretos de ley para la implementación de los acuerdos de paz por procedimiento especializado fast track.

En el caso de las comunidades afrodescendientes, tras la sentencia de la Corte Constitucional T-576/2014 la instancia desde la cual se da la interlocución oficial del gobierno con las comunidades es el Espacio Nacional de Consulta Previa de las Comunidades Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras.

Etno-educación

En Colombia se viene implementando la política pública de *etno-educación*, entendida como "*un proceso social permanente de reflexión y construcción colectiva, mediante el cual grupos étnicos fortalecen su autonomía en el marco de la interculturalidad, posibilitando la interiorización y producción de valores, de conocimientos y el desarrollo de habilidades y destrezas conforme a su realidad cultural, expresada en su proyecto de vida*"[xv].

La *etno-educación* como sistema permite atender las necesidades culturales, sociales y políticas de los integrantes de las comunidades étnicas de forma tal que puedan desempeñarse adecuadamente en su medio, así como proyectar su identidad hacia otros grupos poblacionales.

El Ministerio de Educación Nacional, particularmente el Equipo de Atención Educativa a Grupos Étnicos, es el encargado de la construcción concertada de los proyectos y modelos etno-educativos e interculturales con las comunidades y de manera articulada con las Secretarias de Educación. Para ello se ha diseñado una ruta de acompañamiento para la construcción, diseño, formulación e implementación de proyectos etno educativos propios, comunitarios y/o interculturales.

Esta acción permite involucrar a la comunidad educativa como sujetos pedagógicos; se propende por la permanencia cultural, el respeto territorial y el ejercicio de la autonomía; al tiempo que permite identificar los conocimientos propios, la tradición, la cultura y la educación propia como ejercicio de prospectiva para garantizar la pervivencia física y cultural del grupo étnico y recoge los lineamientos y contenidos oficiales visto a luz de la pertinencia.

El objetivo fundamental de esta política es contribuir a la formación de personas y comunidades autónomas, con capacidad de construir proyecto de vida, conforme a su realidad cultural en el contexto de interculturalidad.

Los proyectos y modelos etno educativos, comunitarios, de educación propia o intercultural, según la denominación de cada pueblo, en articulación con las secretarías de educación departamentales, comprende tres etapas: 1) Formulación del proyecto, 2) Diseño del modelo pedagógico e 3) Implementación y expansión del modelo; que incluye el acompañamiento pedagógico, la formación de etno educadores, la sistematización de las experiencias y los reajustes de los modelos ya construidos.

VI. Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva

El capítulo sobre Acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva del Consenso de Montevideo es clave en tanto contiene los compromisos internacionales más ambiciosos en la materia. Su plena implementación es la manera de llegar a tener sociedades más equitativas, con protección de derechos y libres de discriminación, además de sanas y plenas.

1. Autonomía reproductiva y salud materna

La salud materna hace parte de las atenciones que debe recibir una mujer que decide ejercer sus derechos reproductivos, así como también lo son, las acciones en salud e información que se le deben brindar a quien voluntariamente decide interrumpir un embarazo (IVE). De acuerdo con la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) de 2014, "la libertad sexual y la libertad reproductiva se materializan a través de las decisiones personales como máxima expresión de la libertad individual y ciudadana en los contextos laicos. Estas libertades deben contar con condiciones esenciales como conocimiento, razón, discernimiento, voluntad, asunción de límites y sobre las consecuencias de la decisión"[xvi].

En este sentido, la implementación de la política ha fortalecido las acciones de divulgación y empoderamiento de las mujeres y jóvenes en el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos. En el tema de salud materna, se han intensificado las acciones de capacitación al personal de salud para la captación temprana y la atención de la consulta prenatal y la atención de las emergencias obstétricas.

La razón de Mortalidad Materna (MM) en Colombia ha tenido una variabilidad importante en los últimos años. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en el año 2000 se produjeron 104 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, en 2005 se redujo a 70 muertes maternas, y para el 2015 se estiman 47,6[xvii]. Respecto a las causas directas de la mortalidad materna, en Colombia estas se han mantenido estáticas en la última década: el 35% corresponde a eclampsia; 25% a complicaciones durante el trabajo de parto y en el parto; 16% a embarazo terminado en aborto; 9% a otras complicaciones del embarazo; 8% a complicaciones del puerperio y 7% a hemorragias. Estas complicaciones no necesariamente son predecibles, pero casi todas pueden ser evitables[xviii].

La mortalidad materna por causas relacionadas con el aborto también puede prevenirse mediante la implementación de los servicios de salud para IVE libres de riesgos y barreras; con el fortalecimiento de los servicios postaborto, y a través del mejoramiento del acceso a métodos anticonceptivos modernos para prevenir los embarazos no deseados. Así las cosas, a continuación, se describen los desarrollos hechos desde el sector salud para que las mujeres gestantes puedan ejercer el derecho a gozar del grado máximo de salud; y el derecho a la autonomía reproductiva.

A través de la Resolución 429 de 2016[xix], se introduce el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)[xx], el cual contiene las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)[xxi], una de las cuales es la Ruta Materno Perinatal, la cual busca que la salud materna esté centrada en la provisión de servicios de forma integral, entendiéndose por integral la atención en salud que incluye el abordaje de aspectos médicos y biopsicosociales relevantes para responder a las necesidades y preferencias de la mujer gestante. Por lo tanto, esta ruta busca dar respuesta a los diferenciales ya mencionados y así reducir las brechas territoriales y por condiciones habitacionales.

1.1. Anticoncepción

Atendiendo a los principios de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014), la anticoncepción es parte sustantiva de la realización del derecho a la libertad sexual y libertad reproductiva. Elementos como contar con información suficiente para tomar decisiones informadas y autónomas, y tener la posibilidad de escoger y acceder en el menor tiempo

posible el método anticonceptivo moderno que atienda las necesidades y preferencias de cada persona es fundamental.

Desde 1990 la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ha registrado que el conocimiento de los métodos anticonceptivos modernos por parte de las mujeres en edad reproductiva es prácticamente universal. En 1990 dicho conocimiento era del 98.2%, para el 2015 es del 99.7%, siendo el condón masculino (98.6%), seguido por la píldora (97.6%) los de mayor recordación. Así mismo, se evidencia un aumento significativo en el nivel de uso de los métodos anticonceptivos de las mujeres unidas entre 1990 y 2015[xxii].

Al producirse un aumento en el uso de los métodos modernos, hay una reducción en el uso de los métodos tradicionales, es así como en 2010 el 4.3% de las mujeres en edad reproductiva dijo estar haciendo uso de un método tradicional, y en 2015 lo declaró solo el 3.5%. No obstante, para el 2015 hay diferenciales significativos en esta materia[xxiii]. El uso de métodos modernos es menor la región Atlántica (69.1%) y en la Amazonía y la Orinoquía (74.0%). Y el uso de métodos tradicionales es mayor entre las mujeres sin educación (7.4%); aquellas quienes se encuentran en el quintil más alto de riqueza (6.5%); y quienes tienen 5 hijos/as o más (6.7%)[xxiv].

Adicionalmente, se reporta un aumento en la información suministrada en el momento de la prescripción de un método anticonceptivo. En 2010 el 54.3% de las usuarias de métodos modernos recibió información sobre los posibles efectos secundarios y el 44.1% sobre qué hacer en caso de experimentarlos. Para el 2015 los porcentajes ascienden al 65.5% y 54.8% respectivamente[xxv].

Si bien los datos evidencian un aumento en el conocimiento y uso informado de los métodos anticonceptivos modernos, aún se observan diferencias entre la fecundidad deseada (1.6 hijos por mujer) y la observada (2.0 hijos por mujer). Es así como la diferencia entre la fecundidad deseada y observada es mayor en la zona rural, en las regiones Atlántica, Pacífica y en la Amazonia y la Orinoquia, así como entre las mujeres sin educación y más pobres, tal y como lo muestra la tabla a continuación.

Tabla 1
Tasa global de fecundidad deseada y observada

Características	**Tasa de fecundidad deseada**	**Tasa de fecundidad observada**
Zona		
Urbana	1,5	1,8
Rural	1,9	2,6
Educación		
Sin educación	2,9	3,9
Primaria	2,2	3,0
Secundaria	1,7	2,1
Superior	1,4	1,6
Quintil de riqueza		
Más bajo	2,0	2,8
Bajo	1,8	2,3
Medio	1,6	1,9
Alto	1,4	1,5
Más alto	1,2	1,3

Fuente: ENDS - 2015

Los diferenciales hacen referencia a la focalización de las acciones que en adelante se deben emprender, no obstante, es de resaltar que a nivel nacional la tasa deseada y la tasa observada están muy próximas, lo que evidencia que se han hecho esfuerzos tanto para fortalecer el acceso a los

métodos anticonceptivos, como en la promoción y concientización de la planificación de los embarazos, y la reducción los embarazos no deseados.

Algunos de los acciones adelantadas a la fecha tienen que ver con la Resolución 5926 de 2014[xxvi] a partir de la cual se incluyen los métodos anticonceptivos definitivos y de corto plazo en el Plan Obligatorio de Salud (POS)[xxvii], y se refuerzan los lineamientos de la consulta de planificación familiar, la cual ya había sido adoptada en la Guía para la atención en planificación familiar para hombres y mujeres, la cual hace parte de las *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*[xxviii], las cuales a su vez responde a lo estipulado en la Resolución 412 de 2000[xxix]. De igual modo se emitieron las Resoluciones 00769[xxx] y 01973 de 2008[xxxi], a través de las cuales se modifican y fortalecen los servicios de planificación familiar para hombres y mujeres.

1.2. Atención preconcepcional

La atención preconcepcional implica identificar condiciones biológicas (físicas y mentales) y hábitos del comportamiento o sociales que pueden convertirse en riesgos para la salud de la mujer y para los resultados de un embarazo; y busca modificar esos patrones a través de una estrategia de prevención para optimizar el resultado perinatal y materno[xxxii].

Es por ello que el país ha venido trabajando desde hace más de 10 años en la consolidación de un paquete de servicios de detección e intervención del riesgo preconcepcional, en este proceso se han generado protocolos nacionales para la provisión de este servicio y se ha incluido dentro de la reforma de la norma técnica nacional de protección específica y detección temprana la atención preconcepcional como obligatoria. Sin embargo, no existe en el país, información de una fuente administrativa con representatividad nacional que dé cuenta de la oferta actual de estos servicios.

1.3. Atención prenatal

En Colombia las mujeres gestantes son sujetos de especial protección. Así lo declara la Constitución Política del 1991 en su artículo 43[xxxiii]; y recientemente el artículo 11 de la Ley Estatutaria de Salud de 2015, según el cual, para las mujeres en estado de embarazo se deben adoptar medidas que garanticen el acceso a los servicios de salud durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para la garantía de sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud[xxxiv].

Atendiendo las directrices tanto de la Constitución Política como de la Ley Estatutaria, así como a los compromisos internacionales hechos en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo; el país, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado una serie de acciones que han redundado en el aumento progresivo de la atención prenatal a nivel nacional en aras de la reducción de la morbimortalidad materna, como por ejemplo la implementación del Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema[xxxv], el cual se concibió como una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud obstétricos a través de los procesos de habilitación, acreditación, monitoreo y auditoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad[xxxvi].

A partir de la ENDS 2015, se pudo establecer que la atención prenatal ha estado a cargo en su mayoría de los profesionales de la salud, es así como el 92,9% de los controles prenatales fueron atendido por un médico o médica, el 4.3% por personal de enfermería, y el 0.2% por auxiliares de enfermería.

Es de anotar que cuando se trata de gestantes menores de 20 años, es decir de embarazos tempranos, la atención prenatal por parte de un médico o médica disminuye en casi 4 puntos porcentuales (89.3%); por ello, y conscientes de que los riesgos para la vida y la salud de las adolescentes son mayores, en 2014 se diseñó e implemento el Protocolo de Atención de la Menor de 15 Años Embarazada[xxxvii], el cual se basa en el reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, y en la importancia de establecer acciones diferencias en el marco de la atención en salud materna.

Cuando se analiza la cobertura de controles prenatales por grupo étnico, de acuerdo al registro de nacidos vivos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, se encuentra que la tendencia al aumento que se había observado en las otras categorías como ascendente, en población indígena desde el año 2008 no se observa ningún cambio, es más, se observa en la resultante un descenso en la cobertura medida en el año 2015 en el que solo supera el 55%. En lo referente a los controles por un profesional de la salud, se evidencia que en departamentos como Guainía, Cauca y Valle es menor, y que hay una mayor participación de las comadronas y parteras en el cuidado de las mujeres gestantes (Guainía 3.1%, Cauca 0.5% y Valle 0.2%)[xxxviii]. Este se debe en parte a que en dichos departamentos hay una alta presencia de comunidades indígenas y afro, quienes ponen en práctica uso de saberes ancestrales y prácticas culturales en pro de la salud materna.

1.4. Atención del parto

De acuerdo con el sistema de estadísticas vitales del DANE, la atención institucional del parto y la atención del parto por personal calificado, han ido en aumento progresivo desde 1998. Desde luego este aumento ha sido mayor en centros poblados o en los cascos urbanos, no obstante, entre el 2010 (87.5%) y el 2015 (90%) se produjo un aumento de partos institucionalizados en la zona rural de 2.5 puntos porcentuales[xxxix].

Al igual que en la atención preconcepcional y la atención prenatal, aunque todos estos indicadores trazan una pendiente positiva, son las inequidades territoriales, por nivel educativo e índice de riqueza (ver tabla # 2), las que suponen un reto en para el cumplimiento de las metas nacionales y los compromisos internacionales en cuanto a la mejora integral de la salud materna.

Tabla 2
Partos Institucionalizados 2015. Mujeres de 13 a 49 años

Zona	
Urbana	99.4%
Rural	90.0%
Educación de la madre	
Sin educación	63.6%
Primaria	91.4%
Secundaria	97.9%
Superior	99.7%
Quintil de riqueza	
Más bajo	88.8%
Bajo	99.1%
Medio	99.5%
Alto	99.5%
Más alto	100%
TOTAL	**96.9**

Fuente: ENDS – 2015

1.5. Atención postparto

De acuerdo con la ENDS 2015, el 47.5% de las atenciones postnatal se produjeron en un hospital público; el 40.1% se hizo a través de la gestión de la EPS, y solo el 10.6% se hicieron en una clínica privada, lo que evidencia el mejoramiento en la cobertura de este servicio por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En la zona rural el 75% de los controles médicos postparto están a cargo de los hospitales públicos; de igual modo el 80.4% de las mujeres que recientemente tuvieron un hijo o hija y que se encuentran en el quintil de riqueza más bajo acudieron a este mismo proveedor de servicios, así como el 76.1% de las madres sin educación.

En el ciclo de vida reproductivo de una mujer, el posparto es uno de los momentos más vulnerables, y con el fin de reducir la morbimortalidad postnatal, el Ministerio de Salud y Protección Social cuenta

desde 2013 con la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio[xl].

Un componente fundamental de la atención postnatal, es la asesoría en anticoncepción, ya que ésta permite a las mujeres decidir si desean o no tener otro hijo o hija; así como el espaciamiento de los embarazos, razón por la cual también es clave brindar esta asesoría en atención postnatal. Si bien, la asesoría en anticoncepción durante el puerperio es un mecanismo para el ejercicio del derecho a la autonomía reproductiva, en la ENDS 2015 se encontró que solo al 52.6 de las mujeres que tuvieron un hijo en los últimos 5 años (2010 – 2015) se les dio información sobre el uso de métodos anticonceptivos. De estas, el 59.2% recibió dicha información después del parto; y son las mujeres de la zona urbana (58.4%), que habitan en la ciudad de Bogotá (48.3%); y las del quintil de riqueza más alto (54%) quienes recibieron en menor medida dicha información durante el puerperio[xli].

1.6. Interrupción Voluntaria del Embarazo –IVE.

La Corte Constitucional de Colombia, a través de la sentencia C-355 de 2006[xlii], reconoció el derecho fundamental que tienen las mujeres, adolescentes y niñas a interrumpir de manera voluntaria el embarazo en tres circunstancias: i. cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por el médico; ii. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida; y iii. Cuando el embarazo sea el resultado de una violación sexual, transferencia de óvulo fecundado no consentida o incesto.[xliii] A partir de la mencionada sentencia se ha contado con desarrollo jurisprudencial y un marco regulatorio para su implementación.

En este sentido, desde mayo de 2006 el aborto está permitido en Colombia bajo las tres causales mencionadas. Este desarrollo normativo ha permitido avanzar en la garantía del derecho a la autonomía reproductiva, fortaleciendo las acciones en salud materna, en aras de que produzca un impacto sustancial en la reducción de la morbimortalidad materna.

Se estima que cada año se producen 56 millones de abortos inducidos a nivel mundial, y que la tasa de aborto es de 35 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva. Entre 2010 y 2014, el número anual de abortos disminuyó hasta 44 millones en las regiones desarrolladas, sin embargo, aumentó en las regiones en desarrollo, de 39 a 50 millones, lo que supone que la proporción de abortos que ocurrió en las regiones en desarrollo creció de 77% a 88%[xliv].

Según Faundes, hay una estrecha relación entre la reducción del aborto inseguro y marcos normativos favorables, que faciliten el acceso a servicios de aborto seguros y oportunos[xlv]. En la mayoría de los países desarrollados el aborto está permitido y hay una menor tasa de aborto inseguro, por el contrario, en los países en vías de desarrollo hay un mayor número de embarazos no deseados ni planeados que refuerzan la práctica del aborto inseguro, ya que hay leyes mucho más restrictivas.

El sistema de registro colombiano no permite precisar qué proporción de los abortos médicos corresponden a Interrupciones Voluntarias del Embarazo, es decir a procedimientos de aborto de conformidad con el marco legal establecido por la Corte Constitucional. Por esta razón, y considerando la necesidad de contar con información confiable y actualizada, se están adelantando acciones para el registro de las IVE incluyendo datos desagregados por causal de IVE, motivo de consulta, asignación de códigos para procedimientos de IVE con uso de medicamentos y para procedimientos en embarazos de más de 22 semanas.

Con el fin de mejorar la información con la que se cuenta en esta materia, la ENDS 2015 indagó por el tipo de terminación del último embarazo. Según esta fuente el 90.4% de los embarazos se llevaron a término, el 6.8% declaró haber tenido una pérdida o aborto espontáneo, el 1.3% corresponden a terminaciones por embarazos extrauterinos, el 0,3% a muertes fetales, y el 1,1% a interrupciones del embarazo o abortos inducidos. Quienes declararon que la terminación del embrazo se debió a un aborto inducido, el 28.5% fue atendida en un hospital o puesto de salud, el 13.3% por la EPS, el 11.8% en una clínica privada, y el 26.1% dijo no haber recibido atención médica.

Para dar cumplimiento al marco constitucional que permite interrumpir un embarazo en Colombia y en ejercicio de su función de rectoría y al amparo de la reglamentación general de servicios de salud definida para el país, el Ministerio de Salud y Protección Social ha desarrollado una serie de lineamientos técnicos para prestadores de servicios de salud, que les permitan contar con directrices claras y actualizadas a la tecnología disponible, para la prestación del servicio en forma adecuada y así garantizar el este derecho constitucionalmente amparado.

Entre los avances más destacados se encuentran el Protocolo para la Prevención del Aborto Inseguro en Colombia[xlvi], es la revisión y adaptación para Colombia, del documento de la OMS "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud". También se elaboró Lineamiento técnico para la Atención del Post aborto y sus complicaciones[xlvii], el cual busca garantizar la calidad e integralidad de la atención en los casos de aborto en curso o postaborto que llegan a las instituciones de salud; así como el Lineamiento técnico para Atención integral de la IVE en primer nivel de complejidad[xlviii] y el instrumento para orientación en rutas y responsabilidades en IVE, los cuales tienen como fin último de que todas las mujeres tengan acceso a este servicio en las mejores condiciones y sin dilaciones.

De igual modo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho una apuesta por la integralidad en la atención cuando una mujer decide ejercer su derecho a la IVE. Para tal efecto se diseñó e implementó el Lineamiento Técnico para Orientación y Asesoría en IVE[xlix] dirigido a profesionales de la salud, entendido como en una herramienta para el proceso de acompañamiento de las mujeres, que permita mejorar los resultados en la vivencia de la decisión, garantizar los derechos reproductivos en condiciones seguras, y fortalecer aspectos preventivos en salud sexual y reproductiva. Aunque persisten algunos retos y barreras, estas guías y lineamiento buscan orientar la prestación del servicio de salud.

Finalmente, en 2016 se expide la Resolución 6408, "por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Captación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)"[l]; en la Resolución se disponen la inclusión de los procedimientos para la interrupción voluntaria del embarazo, en el plan de beneficios de salud, ya sea del régimen contributivo o subsidiado.

Los protocolos y lineamentos mencionados son una respuesta a algunas de las barreras identificadas por organizaciones de la sociedad civil para la garantía del derecho a la IVE, en la medida en que buscan corregir las fallas en el acceso de servicios de calidad de manera integral y oportuna[li]. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, en seguimiento a la implementación de la Sentencia 355, identificó tres grandes categorías de barreras de acceso a la IVE, a saber: (i) las que tienen que ver con la falta de conocimiento del marco normativo vigente por parte de actores del sector salud, justicia y protección; (ii) las que se producen como resultado de interpretaciones restrictivas de este marco legal; y, (iii) las que tienen lugar cuando se presentan fallas individuales o institucionales en la prestación del servicio.[lii]

Sin embargo, para atender otras de las barreras identificadas, específicamente aquellas que tienen que ver con el desconocimiento y falta de información de la normatividad vigente por parte del personal de salud y los agentes del SGSSS, se han diseñado un programa para el fortalecimiento de capacidades del talento humano en salud, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo contenidos relacionados con el alcance de aplicación de las causales definidas en la Sentencia C-355/06, con énfasis en causal salud y sus aspectos normativos, de acuerdo a lo dispuesto por la Corte Constitucional, mediante la sentencia T-388 de 2009[liii]; y abordado los aspectos médicos, psicológicos y técnicos para la prestación de servicios integrales IVE con énfasis en el primer nivel de atención, la consulta médica inicial y la relación médico/paciente, la reserva historia clínica para la IVE, así como el deber de determinar y documentar las causales.

Respecto al desconocimiento del derecho a la IVE por parte de las mujeres, recientemente se han

difundido una serie de videos, a través de los cuales se ofrece información a las mujeres sobre su derecho a decidir sobre la continuación del embarazo ante alguna de las causales despenalizadas en el país por la Corte Constitucional. La campaña "Derecho sin Barreras" es de vital importancia ya que busca aumentar el nivel de conocimiento sobre la despenalización del aborto en Colombia, el cual según la ENDS 2015 es del 56.1% para el total nacional de las mujeres en edad reproductiva.

No obstante, una vez más los esfuerzos deben ahondarse para reducir las brechas por zona, nivel educativo y quintil de riqueza (ver tabla 3), especialmente en lo que respecta a la causal salud, la cual debe ser abordada desde la definición integral de salud de la OMS adoptada por la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006[liv].

Tabla 3
Conocimiento sobre la Sentencia C-355 de 2006 y las causales despenalizadas: Mujeres

	Sentencia C-355/06	**Salvar la vida de la mujer**	**Está en riesgo la salud física**	**Está en riesgo la salud mental**	**Embarazo por violación**	**Malformaciones fetales graves**
Zona						
Urbana	60.4%	77.3%	62.3%	39.7%	87.7%	86.8%
Rural	40.0%	76.4%	60.0%	45.3%	82.4%	81.7%
Nivel educativo						
Sin educación	11.6%	66.1%	47.8%	53.5%	68.8%	77.1%
Primaria	29.1%	75.7%	63.3%	52.5%	77.6%	81.7%
Secundaria	54.65	76.1%	61.4%	42.5%	85.7%	82.7%
Superior	72.9%	78.7%	62.4%	35.9%	90.2%	90.7%
Quintil de riqueza						
Más bajo	35.4%	75.5%	59.2%	46.6%	82.2%	80.2%
Bajo	48.9%	78.1%	61.2%	45.4%	84.5%	84.4%
Medio	57.8%	76.4%	61.4%	41.1%	87.7%	85.0%
Alto	65.2%	77.5%	62.3%	37.5%	87.4%	87.6%
Más alto	70.4%	77.6%	63.9%	36.7%	89.5%	89.3%

Fuente: ENDS 2015

Los datos evidencian importantes avances respecto al acceso universal a la salud sexual y reproductiva en términos de autonomía reproductiva y salud materna. Se ha reducido el número de muertes maternas, ha aumentado el uso de métodos anticonceptivos modernos, se ha fortalecido la red de prestación de servicios para la atención del parto y el postparto; y la despenalización parcial del aborto es sin duda un avance significativo en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

De igual modo, la información anteriormente descrita hace referencia a la necesidad de abandonar los promedios generales o nacionales, y comenzar a trabajar en el los diferencias, lo esfuerzos se deben redoblar para reducir las brechas entre las zonas urbana y rural, para mejorar los niveles de educación, y las condiciones de vida de las mujeres, pues estos son sin duda determinantes de su salud.

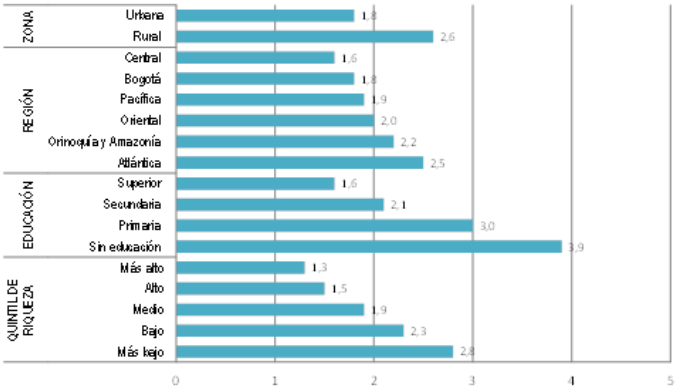
2. Fecundidad adolescente

De acuerdo con las estimaciones de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud la tasa global de fecundidad se ha reducido sustancialmente en Colombia desde mediados del siglo XX. En 1962, en promedio una mujer podía tener hasta 7 hijos. Para mediados de los años 80, la tasa de redujo a la mitad, es decir las mujeres tenían en promedio 3,7 hijos. Para finales del siglo la tasa se había reducido casi en un 60%[lv].

La reducción de la fecundidad se atribuye al aumento de la prevalencia anticonceptiva, y en particular al uso de métodos modernos, tal y como se mencionó en el apartado anterior. De acuerdo con serie de las ENDS, en 1990 el 54,6% de las mujeres unidas de 15 a 49 años usaba algún método

anticonceptivo moderno, para el 2015 lo hacía el 76%; y según el Ministerio de Salud y Protección Social, para este mismo año, el uso de métodos modernos llega al 80% entre las mujeres que tienen más 30 años, y al 71% entre las mujeres de 20 a 24 años[lvi]. La fecundidad es mayor en las mujeres que no tienen educación y que están en el quintil de riqueza más bajo; así como en la región Atlántica y la Amazonía y la Orinoquia, tal y como lo muestra la siguiente gráfica:

Gráfico 2
Tasa Global de Fecundidad. Mujeres de 15 a 49 años

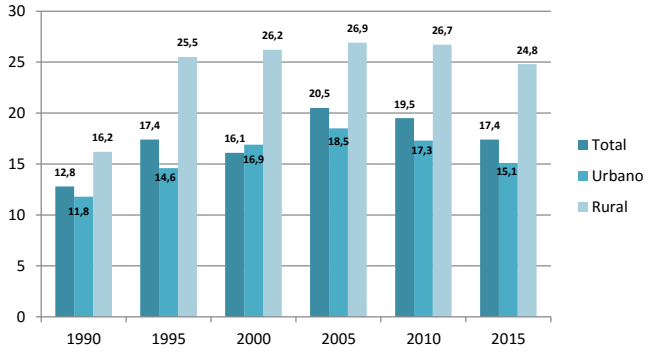


Fuente: ENDS 2015

Cuando se analiza el comportamiento de la fecundidad por edad, se observa que entre 1990 y 2005, hubo un aumento de casi ocho puntos porcentuales al pasar de 12,8 a 20,5 el porcentaje de adolescentes que ya eran madres o que estaban gestando[lvii]. El vertiginoso aumento del embarazo adolescente hizo que los esfuerzos de país se volcaran hacia la reducción de este indicador por estar directamente relacionado con el circulo de la pobreza, ya que por lo general la madre adolescente abandona los estudios, lo que reduce sus posibilidades de ingreso al mercado laboral calificado; lo que a su vez redundará en su bienestar y condiciones de vida de su hijo/a.

Los esfuerzos intersectoriales, del orden nacional y territorial, anidados a políticas públicas de gran impacto como el CONPES Social y el Plan Nacional de Desarrollo, redundaron en la reducción del embarazo adolescentes que para el 2010 se redujo en un punto porcentual (19,5%), y para 2015 en más de tres puntos porcentuales (17,4%). La reducción del embarazo adolescente también fue significativa en algunos de los departamentos, los cuales reportaron diferencias de al menos 6 puntos porcentuales, tales como: Amazonas (35,4% en 2010 y 25,8% en 2015); Vichada (31,3% en 2010 y 24,9% en 2015); La Guajira (25.8% en 2010 y 18,8% en 2015); Cesar (26,7% en 2010 y 20,2% en 2015); y Valle (18,3% en 2010 y 11,7% en 2015)[lviii].

Gráfico 3
Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años madres o embarazadas (1990 – 2005)



Fuente: ENDS 1990 - 2005

Así las cosas, desde 2005 se encausaron gran parte de los esfuerzos en acciones para reducir los factores de riesgo del embarazo adolescente como el inicio de las relaciones sexuales, así como las uniones a temprana edad, y para aumentar los factores protectores como la asistencia escolar, así como la educación sexual formal e informal[lix].

Respecto al inicio de las relaciones sexuales, si bien la edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres es de 17.7 años, es decir casi cuando tienen la mayoría de edad; según la ENDS 2015, ha habido un aumento en el porcentaje de mujeres que inician su vida sexual antes de los 15 años. En 1990 el 6,2% de las mujeres de 20 a 24 años tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años, para el 2005 dicha proporción era del 11,8 y en 2015 fue el 14.1%. Con respecto a las uniones, se observó que en 1990 el 37.3% de las mujeres de 20 a 24 años tuvo su primera unión antes de los 20 años, y para el 2005 hubo un aumento de 1,4 puntos porcentuales (38,7%). Para el 2015 el porcentaje fue de 39.6%[lx].

De acuerdo con Flores (2013) la prevalencia del embarazo ha permanecido constante entre las adolescentes alguna vez unidas (alrededor de 84%) mientras que ha disminuido entre las adolescentes nunca unidas con inicio de relaciones sexuales, de 33 % a 21 % entre 1995 y 2010, por lo que son las adolescentes alguna vez unidas las que tiene un mayor riesgo de tener un embarazo a temprana edad, y un embarazo subsecuente, tal y como se explica más adelante.

A pesar del aumento de adolescentes escolarizadas, el embarazo a temprana edad es la segunda causa de la deserción escolar de las mujeres entre los 13 y los 24 años (6,9%), después de las dificultades económicas para pagar la matrícula (7,3%), y seguida por haberse graduado y no querer estudiar más (5,6%)[lxi].

A partir de la medición de 2010, la ENDS incorporó preguntas sobre educación para la sexualidad. Al respecto se encontró que el 80% de las mujeres de 15 a 59 años habían participado en actividades de educación sexual, siendo el colegio el lugar en el que se produjeron la mayoría de dichas actividades (93%). Sin embargo, con el ánimo de establecer no solo si han recibido o no información sobre sexualidad, en 2015 se ahondó en los contenidos, las fuentes, y la calidad de dicha información[lxii].

El 97,2% de las adolescentes han recibido información sobre sexualidad, especialmente sobre los cambios que se presentan en la pubertad (89,9%), el funcionamiento de los órganos sexuales (85,2%) y sobre la exigencia del uso del condón durante las relaciones sexuales (83,6%), sin embargo, han recibido menos información sobre las relaciones afectivas (67,5%), y sobre placer y erotismo (47,6%). En consecuencia, las adolescentes consideran que la sexualidad se limita a tener relaciones sexuales (33,9%) o hacer el amor (28%), y la perciben en menor medida como un aspecto de la identidad (26,3%), lo cual tiene un impacto sobre la forma en la que las jóvenes viven su sexualidad y definen o no mecanismos de autocuidado, por lo tanto, previenen o no un embarazo a temprana edad.

Acciones para la reducción del embarazo adolescente

En 2005 Colombia alcanza el porcentaje más alto de adolescentes madres o en periodo de gestación, convirtiéndose en uno de los países con las tasas de embarazo adolescentes más altas de la región. Para ese momento, en América Latina y el Caribe, una de cada tres jóvenes era madre antes de cumplir 20 años.

Ante esta situación, el país emprende varias acciones. El primer gran esfuerzo en materia de política pública fue la elaboración, implementación y evaluación del CONPES 147 de 2011 el cual se contiene los lineamientos generales para poner en marcha una estrategia nacional para la prevención del embarazo en la adolescencia. El documento prioriza cuatro tipos de intervención para el cumplimiento de este objetivo: a) proyectos de vida, b) la permanencia escolar, c) la formación en educación para la sexualidad a edades tempranas y la culminación del ciclo educativo. El CONPES además instaba

a las entidades a trascender los enfoques biológicos y de riesgo planteados hasta el momento, y al reconocimiento de las diferencias culturales, regionales y poblacionales.

Se dio inicio a la Estrategia priorizando 192 municipios[lxiii], 71 de ellos pertenecientes a entidades territoriales que contaban con Equipos Técnicos Regionales Intersectoriales del Proyecto Educativo Institucional para la Sexualidad y la Construcción de Ciudadanía (PESCC) para coordinar la puesta en marcha de acciones de protección y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, con la participación de los sectores de educación y salud, y en algunos casos de protección, cultura, organizaciones sociales y ONGS[lxiv].

A partir de la experiencia de la prueba piloto, y atendiendo al descenso de la tasa específicas de fecundidad adolescente (15 a 19 años) ocurrido entre el 2005 y el 2014, se establece en el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, que, a partir de la asistencia técnica brindada por el Gobierno Nacional, los alcaldes y gobernadores incluirán en sus planes de desarrollo 2016 – 2019, políticas, programas y proyectos vinculados con la política de prevención del embarazo en la adolescencia.

Con el fin de facilitar la implementación de la Estrategia, como primera medida, el Ministerio de Salud y Protección Social, diseñó y difundió a nivel nacional el Manual Operativo del CONPES 147, el cual tenía como objetivo servir de guía metodológica para para la implementación de los lineamientos técnicos y operativos previstos en la estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para niños/as, adolescentes y jóvenes de 6-19 años.[lxv]

En segundo lugar, fortaleció el sistema de servicios de salud para que adolescentes y jóvenes accedieran a información suficiente, atención de calidad en salud sexual y salud reproductiva, y acceso a métodos anticonceptivos, a través de la implementación de los Servicios de Salud Amigables para Adolescentes Jóvenes (SSAAJ) en los 33 departamentos del país. Los servicios se prestan en tres modalidades: a) consulta diferenciada con un profesional de la salud especializado, c) servicios amigables, los cuales refieren un equipo de profesionales que en el marco general de la prestación de servicios de salud brindan servicios para jóvenes en salud sexual y salud reproductiva; y c) centros amigables, que son espacios independientes especializados en la atención a jóvenes y adolescentes[lxvi].

El fortalecimiento se los servicios en salud sexual y salud reproductiva para jóvenes no solo se encuentra disponible en todo el país, sino que da cuenta del modelo conceptual y de los enfoques priorizados en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, es decir, en el marco del modelo de determinantes sociales de la salud y el en enfoque diferencial.

Retos

No obstante, los avances, aún hay diferencias claras que denotan brechas entre las zonas, las regiones y nivel educativo. Por ejemplo, las adolescentes con menores recursos económicos, las que solo han alcanzado la primaria como nivel educativo y las que viven en la zona rural; son quienes presentan los porcentajes más altos de embarazos y maternidades a temprana edad.

Otros de los indicadores en los que se deben enfocar los esfuerzos de política pública, es sin duda el embarazo de niñas. Según el sistema de estadísticas vitales del DANE, en 2010 hubo 6.315 nacimientos de madres entre los 10 a 14 años, y en 2015 fueron 6.045 los nacimientos. Cabe aclarar que dicho embarazos, de acuerdo al Código Penal, son resultados de actos de violencia sexual; abusos que por lo general se producen por las asimetrías de poder derivadas de la diferencia de edad entre la niña y el padre del hijo/a. De acuerdo con la siguiente tabla, el 4,6% de las adolescentes madres era por lo menos 20 años menos que el padre del hijo o hija en el momento su nacimiento; el 19,5% era por lo menos 10 años menor; y un 44.6%, al menos 6 años menos. Es decir, casi la mitad de las adolescentes de (13 a 19 años) que ya son madres están en condiciones de asimetría de poder respecto a su pareja, o padre del hijo/a, particularmente las adolescentes madres que viven en áreas urbanas.

Tabla 4
Diferencia de edad entre el padre y la madre (13 a 19 años) al nacimiento del primer hijo/a

	< 0 años	0 - 2 años	3 - 5 años	6 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 + años
Urbana	2.3	21.9	35.6	22.1	10.5	3.6	3.9
Rural	0.6	16.4	30.6	30.4	11.8	4.4	5.8
Total	**1.7%**	**20.0%**	**33.8%**	**25.1%**	**11.0%**	**3.9%**	**4.6%**

Fuente: ENDS. 2015

De acuerdo con ENDS 2015, el 18.8% de las adolescentes entre los 15 y los 19 años alguna vez han estado embarazadas. Este indicador da cuenta entonces de las pérdidas o abortos, y evidencia que nos solo se debe trabajar por la disminución del número de adolescentes que son madres a temprana edad, sino por la vivencia de una sexualidad responsable y placentera. Cabe anotar que al abordar el embarazo adolescente también se busca reducir los índices de morbimortalidad materna.

Embarazo subsecuente: Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) existe mayor probabilidad de embarazo subsiguiente en las siguientes situaciones: "uniones estables, en especial con pareja mayor; mal desenlace obstétrico en el primer embarazo; primer embarazo deseado, porque se desea tener más hijos; débil apoyo económico y afectivo del padre del bebé y de la familia, que obliga a la adolescente a buscar alternativas para su supervivencia y la de su hijo, incluida la búsqueda de una nueva relación estable o sometimiento a situaciones de explotación sexual comercial; falta de información sobre anticoncepción y carencia de una red de apoyo que la oriente sobre el comienzo de su uso y, por último, no retorno a la escuela en los seis primeros meses después de abandonarla, ya que en estos casos la maternidad y la paternidad ocupan un lugar importante en el proyecto de vida"[lxvii].

Embarazo infantil: El país ha hecho importantes esfuerzos para reducir el embarazo adolescente, como la Estrategia Integral para la prevención del embarazo en la infancia y la adolescencia, la cual estaría coordinada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Salud y Protección Social. Desde el momento en el que se presentó el pico más alto (20,5% en 2005), ha habido una disminución de más de 3 puntos porcentuales para total nacional a 2015; sin embargo, en este momento es preciso abordar los diferenciales (edad, sexo, nivel educativo, zona, quintil de riqueza y región), y dar respuesta efectiva al embarazo en la niñez.

Para tal efecto, recientemente el Estado colombiano puso en marcha la "Estrategia de Atención Integral para niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia 2015 - 2025". Es una estrategia intersectorial, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el ICBF, que trasciende el enfoque de la salud pública, abordando el embarazo adolescente como un fenómeno de alta complejidad social y como un indicador del desarrollo ya que este tiene implicaciones en el curso de vida de las personas (en especial de las mujeres, sus familias y sus comunidades), y es determinante de la reproducción de lógicas de pobreza y de limitaciones en el desarrollo de capacidades, inequidades de género y exclusión.

La estrategia está orientada a promover el desarrollo integral de las niñas/os y adolescentes mediante: la prevención temprana y trabajo con cuidadores (niños/as de 6 a 9 años), la prevención de abuso sexual y activación de rutas de atención (niños/as de 10 a 14 años); proyecto de vida, iniciativas juveniles (niños y niñas de 15 a 19 años); y prevención de embarazo subsiguiente.

3. VIH/SIDA

De acuerdo con la clasificación de la OMS, la epidemia del VIH/Sida en Colombia es concentrada, ya que la prevalencia para la población de 15 a 49 años es de 0,4; es decir menor al 1%, y no se ha extendido a la población en general, sino que se presenta, en su mayoría, en grupos específicos como usuarios de drogas inyectables; habitantes de calle, trabajadoras sexuales, y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entre otras.

En Colombia, y de acuerdo con los datos de notificación de VIH y sida al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), los casos de VIH/Sida han venido en aumento: en 2012 se reportaron 37.325 para el 2016 se registraron 73.464 casos.

Los esfuerzos para la prevención y tratamiento del VIH/Sida se remontan al Decreto 1543 de 1997 a través del cual se reglamentó el manejo de la infección VIH/Sida y otras infecciones de Transmisión Sexual (ITS), así como a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003, a partir de la cual se definieron acciones para la promoción de factores protectores y prevención de riesgos; el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las ITS con énfasis en las poblaciones clave; y el fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

Para 2006 y a partir de la Resolución 3442 de 2006 se diseña el Plan de Gestión Programática en VIH/Sida[lxviii] el cual provee directrices para contener la epidemia del VIH; detectar tempranamente la infección por VIH; detener la progresión del VIH a Sida y la aparición de resistencias al tratamiento con antirretrovirales; así como para monitorear y evaluar las acciones en la materia. Así mismo, el Plan de Gestión busca fortalecer esfuerzos hechos en materia de acceso a servicios de salud y a medicamentos, incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) a través del Acuerdo 228 de 2002[lxix].

En el marco de los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021, el cual se basa en el Modelo de los Determinantes Sociales de la Salud, y concibe la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, se produce la actualización de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014. Razón por la cual se establece como meta, reducir en un 2% la transmisión materno infantil, para lo cual se implementa la Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil (TMI) del VIH y de la Sífilis Congénita en 2013[lxx].

En lo que respecta al fortalecimiento de los sistemas de información, desde 1983 el país cuenta con Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública[lxxi] (SIVIGILA), a través del cual se registran los casos y las atenciones a pacientes con VIH y Sida. También se cuenta con un sólido sistema de estadísticas vitales a cargo del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), el cual reporta las defunciones por VIH/Sida.

Ahora bien, uno de los desarrollos de la Resolución 3442 de 2006, fue la consolidación de Observatorio Nacional de la Gestión Programática en ITS –VIH / SIDA, el cual contiene todas las guías de atención y pautas para la asesoría en VIH; los lineamientos de la política de reducción de la TMI, y aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, el seguimiento y evaluación de los principales indicadores de gestión en el área.

A partir del seguimiento a dicho indicadores, el Observatorio ha identificado una serie de necesidades de información sobre la epidemia en Colombia, las cuales han sido abordadas con investigaciones lideradas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) es otra de las fuentes de información con las que cuenta el país desde 1990 para abordar aspectos tales como el conocimiento comprensivo del VIH, la prevalencia en el uso de métodos de barrera para la prevención del VIH, realización de la prueba, y el acceso a la consejería.

Ahora bien, con el fin de avanzar en los compromisos hechos en el marco del Consenso de Montevideo para la prevención, atención y reducción del VIH/Sida, Colombia ha puesto en marcha y ha fortalecido acciones que han redundado en el incremento del conocimiento sobre el virus, en la implementación de protocolos para la eliminación de la trasmisión materno infantil; en el mejoramiento de la atención y acceso oportuno a los tratamientos de las personas que viven con el virus, así como en la mejora de los sistemas de seguimiento y reporte.

El marco de acción es el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS y el VIH/Sida 2014 – 2017. El Plan plantea el logro de 10 objetivos organizados alrededor de cuatro ejes temáticos; el cual busca atender las “particularidades de la epidemia en el país, dar continuidad a aquellos desarrollos alcanzados que

necesitan consolidarse en el tiempo, fortalecer aquellos elementos que requieren de mayor atención y renovar los compromisos de respuesta a las poblaciones de mayor vulnerabilidad"[lxxii]. Las acciones del Plan se centran en la prevención y atención

Avances en la implementación

Respecto a la prevención es preciso destacar el impacto de las acciones que se han adelantado para la eliminación de la trasmisión materno-infantil. Entre el 2008 y el 2015, esta forma de trasmisión del VIH se redujo en 3,1 puntos porcentuales. Cabe anotar que entre 2010 y 2015, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud[lxxiii] reporta un aumento de casi 3 puntos porcentuales en el conocimiento sobre la TMI del VIH (20,4% y 23,2% respectivamente)

De otra parte, el conocimiento sobre las formas de trasmisión y sobre los síntomas del virus, es uno de los mecanismos más importantes para su prevención y eficaz atención. Al respecto se sabe que el conocimiento comprensivo sobre el VIH/Sida[lxxiv] ha ido en aumento durante los últimos 5 años: en 2010 el 27% de las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) reportó tener dicho conocimiento. Para el 2015 se reporta un aumento de 10 puntos porcentuales (38%); y según la ENDS 2015, el 33,7% de los hombres de 13 a 49 cuentan con dicho conocimiento.

En lo que respecta a las poblaciones clave, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha implementado una serie de acciones que han impactado las estadísticas de morbi/mortalidad por VIH. Así mismo, a lo largo del 2016 se han adelantado varios estudios para determinar la prevalencia el VIH en habitantes de calle y mujeres trabajadoras sexuales. Para el primer grupo poblacional se encontró una prevalencia global de 4,6%. La menor prevalencia de VIH fue para la ciudad de Cali 2,6%, en tanto que la mayor correspondió a la ciudad de Barranquilla 9,6%. Por sexo, se observa que las prevalencias de VIH más altas, con excepción de Bucaramanga, corresponden a las mujeres, con porcentajes entre el 3,6% para las mujeres de Bucaramanga y el 16,7% para las de Barranquilla. Por su parte la prevalencia más alta de VIH/Sida en mujeres trabajadoras sexuales se encontraron en Cali (1,7%) y la menor en Bogotá (0,4%).

Sobre las acciones para la reducción del estigma sobre las personas que viven con el virus, en 2010 solo el 15,3% de las mujeres de 15 a 49 años refería actitudes no discriminatorias. Para el 2015, el 22,8% de las mujeres dice no discriminar a esta población, así como el 21% de los hombres (13 a 49 años). Sin embargo, son las personas con orientaciones sexuales diversas (mujeres homosexuales con 29% y bisexuales con el 24,7%) quienes refieren menos actitudes discriminatorias respecto a las personas que viven con el VIH/Sida[lxxv]. Cabe anotar que si bien en 2015 se reportan actitudes más positivas hacia la población que vive con el virus, es preciso avanzar en esta materia.

Para la atención a las personas que viven con el virus se diseñaron dos Guías de Práctica Clínica basada en la evidencia que contienen recomendaciones para el diagnóstico, la valoración inicial, el manejo y el seguimiento de personas con 13 años de edad o más (incluidas las gestantes), con infección por VIH/Sida para los diferentes niveles de atención. De igual modo, se han puesto en marcha campañas para incentivar la realización de la prueba la cual busca facilitar el diagnóstico oportuno, de acuerdo a lo establecido por la Resolución 2338 de 2013[lxxvi]. Según la ENDS, para el 2010 menos del 40% de las mujeres en edad reproductiva se hizo la prueba del VIH/Sida y recibió el resultado. Para el 2015 casi el 52% de este grupo poblacional se hizo la prueba y obtuvo el resultado[lxxvii].

A lo largo del mismo periodo de referencia también se reportan mejoras en la atención a mujeres gestantes. En 2010 el 45,3% de las mujeres gestantes recibieron asesoría en VIH/Sida, le ofrecieron hacerse la prueba, la aceptó, y recibió el resultado. Para el 2015 hubo un aumento de más de 10 puntos porcentuales (53,1%)[lxxviii].

De acuerdo con el registro de la cuenta de alto costo, al 76,8% de las personas diagnosticadas se les hizo asesoría y recibieron tratamiento antirretroviral (TAR). En términos de cobertura, el 91,3% de

las mujeres y el 91,5% de los hombres que viven con el virus accedieron a los antiretrovirales. Esta fuente también reporta la distribución por tipo de régimen. Esta información es de suma importancia, ya que el tratamiento está disponible para todas las personas independientemente de si aporta o no al sistema, lo que supone universalidad en la atención y tratamiento al VIH.

Finalmente, dentro de las acciones de atención que a su vez hacen parte de los mecanismos de prevención, es la entrega de un método de barrera, específicamente de condones en el marco de la atención a las personas que viven con el virus del VIH. Al respecto se encontró que al 80,5% de esta población se le suministraron condones, el 13,8% no recibió preservativos, y sobre el 5,55 restante no hay información.

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS y el VIH/Sida 2014 – 2017 y sus desarrollos son una respuesta a los acuerdos 38 y 39 del Consenso de Montevideo en la medida en que promueven la prevención y detección oportuna del VIH/Sida, así como el acceso a servicios de calidad que atiendan a las necesidades específicas de las poblaciones clave. Las acciones son a su vez una apuesta por la eliminación de la TMI, y por la adopción de prácticas seguras como el uso del condón, y la realización voluntaria y periódica de la prueba para la detección del virus. Si bien hay importantes mejoras en términos de prevención y atención, es preciso aunar esfuerzo para detener y disminuir en el número de nuevos casos, la discriminación hacia los grupos clave o en los que hay una mayor incidencia del virus; así como para el fortalecimiento y uso de los sistemas de información.

Tabla 5
Indicadores de gestión de riesgo 2012 - 2016

INDICADOR	2012	2013	2014	2015	2016
% de mujeres gestantes tamizadas para VIH	61,3	86,2	70,5	78,9	85,5
% de menores de 6 meses con profilaxis postnatal para VIH	77,0	82,8	96,3	92,1	92,8
% de cobertura TAR indicada	98,4	100	95,5	95,9	94,2

Fuente: MSPS cuenta de alto costo

4. Violencias de género

La violencia de género es una de las expresiones más claras de la inequidad, responde a imaginarios y prácticas que refuerzan la subvaloración de lo femenino y la sobrevaloración de lo masculino. En Colombia, la violencia contra las mujeres es uno de los problemas de mayor impacto en salud pública y política pública, considerando que representa una violación a los derechos humanos.

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en 2015 fueron asesinadas 970 mujeres, se registraron 47.248 casos de violencia de pareja en el país; y el 73% de los casos de violencia sexual que se presentaron en dicho periodo correspondió a niñas de 0 a 14 años, siendo las mujeres las que más casos registran de este tipo de violencias.

Atendiendo a las dimensiones de este fenómeno, el país ha hecho esfuerzos para prevenir y sancionar los diferentes tipos de violencias contra las mujeres. Los esfuerzos se remontan la Ley 294 de 1996[lxxix] así como a la tipificación de este tipo de violencias como delito a través Ley 500 de 2000 o Código Penal, así como la tipificación del acoso sexual[lxxx]. No obstante, con el fin de dar respuesta a su complejidad y diferentes expresiones, en 2008 se expide la Ley 1257[lxxxi], o ley por una vida libre de violencias contra las mujeres, la cual define 4 tipos de violencia: física, psicológica, sexual y económica o patrimonial, e incluye el acoso sexual como uno una de las formas en las que se ejerce la violencia contra las mujeres.

La violencia de género se registra en el país desde 1990 a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), mecanismo mediante el cual, mujeres encuestadas en edad reproductiva (15 a 49 años) declaran haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja u otra persona

diferente a su pareja. El país también cuenta con el registro de los casos que llegan a Medicina Legal, estos pueden ser remitidos por el sistema de salud, una vez la mujer solicita atención médica como consecuencia de la violencia; o por el sector justicia, cuando la víctima denuncia los hechos violentos. Cabe aclarar que las atenciones en salud por esta causa también son registradas en el RIPS (Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud)[lxxxii], y por ser un evento de vigilancia en salud pública, también se reporta al Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA.[lxxxiii]

Con el fin de describir el comportamiento de la violencia de género en Colombia, a continuación de hace un análisis por tipo de violencia haciendo uso ya sea de la información de la ENDS, de los dictámenes medico legales o de la información del SIVIGILA a las violencias que son ejercidas por la pareja y expareja, siendo esta persona el primer agresor en las mujeres, especialmente cuando son adultas.

De acuerdo con el Sistema Integrado de Información de Violencias de Género – SIVIGE, por violencia de género se entiende "cualquier acción o conducta que se desarrolle a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género que sobrevaloran lo relacionado con lo masculino y subvaloran lo relacionado con lo femenino"[lxxxiv]. Esta definición no solo incluye a las mujeres, sino también a las personas con identidades de género y orientaciones sexuales que son discriminados y feminizados por no hacer parte de las hetero-normatividad impuesta por la sociedad; pero para efectos del presente informe solo se abordaran las violencias que afectan a las mujeres y cuyo principal agresor ha sido su pareja o ex pareja, como se mencionó con anterioridad.

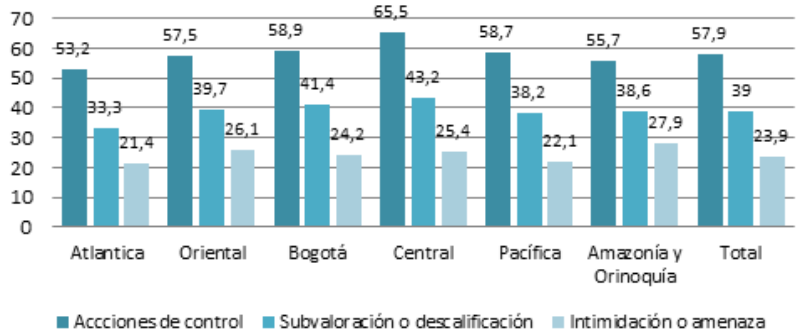
1.1. Violencia psicológica

De acuerdo con la Ley 1257 de 2008, la violencia psicológica hace referencia al daño proveniente de la acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza, directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que implique un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal.

Según la ENDS 2005, el 65,7% de las mujeres en edad reproductiva dijeron haber sufrido algún tipo de maltrato o control por parte de su pareja. Para el 2010 el porcentaje no varió sustancialmente (65,3%) y fueron las mujeres entre los 15 y los 19 años (68,2%), anteriormente unidas (82%); de las zonas urbanas (66,8%); y con educación primaria (66,7%), quienes reportaron los mayores niveles de violencia psicológica. Pero en aras de tener una mejor compresión de este tipo de violencia, en la ENDS 2015 se establecieron diferentes subcategorías de la violencia psicológica; es así como el 64.1% de las mujeres de 13 a 59 años reportaron acciones de control; el 39% se ha sentido subvalorada o descalificada; y el 23,9% ha recibido amenazas por parte de su pareja. Tal y como lo evidencia la gráfica a continuación, los diferentes formas en las que se ejerce la violencia psicológica se presentan con mayor frecuente en la región Central.

Gráfico 5

Porcentaje mujeres de 15 a 49 años que han sufrido violencia psicológica por su pareja



Fuente: ENDS 2015

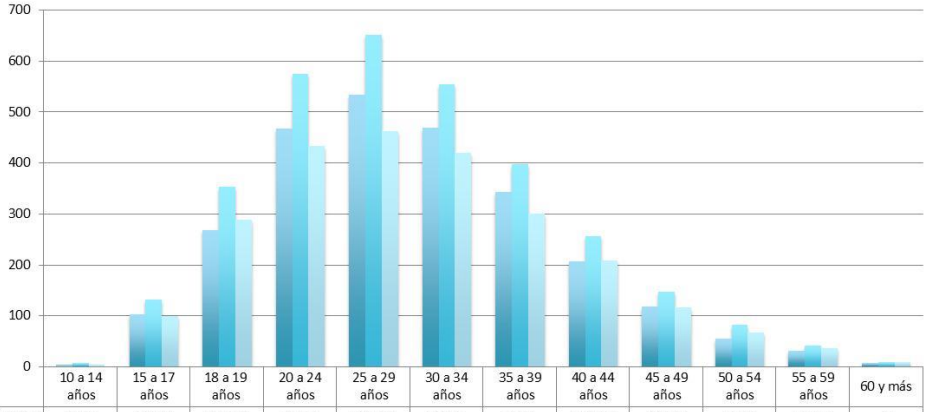
1.2. Violencia física

La Ley 1257 de 2008 también conceptualizó la violencia física describiéndola como el daño o sufrimiento físico que genere riesgo o disminución de la integridad corporal de una persona. Al igual que con la violencia psicológica, la ENDS reporta que para los años 2005 y 2010 el porcentaje de violencia física contra las mujeres por parte de su pareja fue 27,5% a 27,7% respectivamente. La medición en 2015 se ajustó ya que en años anteriores la violencia sexual estaba contemplada como un tipo de violencia física. Atendiendo a dicho cambio (razón por la cual los totales de la serie 1990–2010 no son comparables con los totales de 2015), se encontró que para 2015 el 31,9%, de las mujeres de 13 a 49 años dijo haber sido víctima de algún tipo de violencias física.

De acuerdo con la ENDS 2015, la violencia física se presenta con mayor frecuencia en la zona urbana (32,7%), en la región Pacífica y en la Amazonía y la Orinoquía (35,7%), cuando las mujeres han cursado la secundaria (35,3%), y en el quintil de riqueza bajo (36.9%). De igual modo se pudo determinar que los golpes con la mano (21,4%) y los empujones (28,8%) son las formas de violencia más frecuentes.

Ahora bien, respecto a los casos de violencia que han sido reportados por Medicina Legal, se evidencia que la tasa de violencia de pareja durante los últimos 10 años (2005 – 2015), se redujo pasando de 255,02 en el año 2015 a una tasa de 202,57 por 100.000 mujeres en el año 2015, 52,45 eventos menos. El reporte de la violencia de pareja se hace desde la edad de 10 años en adelante. Tal y como lo muestra el gráfico a continuación, en la mayoría de las edades se registró un descenso significativo en las tasas reportadas en el año 2015 en comparación al año 2005. Para las edades de 15 a 17 años, 50 a 59 años y 60 y más, las tasas se mantuvieron estables durante los últimos 10 años y algunas de las tasas del 2015 se reportan igual que para el año 2005 como las reportadas en las edades de 15 a 17 años, 40 a 44 años y 45 a 49 años. En las edades donde las tasas de violencia de pareja siguen siendo las más altas durante los últimos 10 años son 25 a 29 años, con una tasa en el año 2015 de 462.14 por 100.000 mujeres.

Gráfico 6
Tasa de Violencia de Pareja Colombia 2005 - 2015



	10 a 14 años	15 a 17 años	18 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 y más
AÑO 2005	3,65	102,11	267,37	467,3	533,59	469,01	342,1	206,18	117,09	54,62	31,76	8
AÑO 2010	6,42	131,22	353	574,21	650,97	554,69	397,43	255,75	146,43	82,76	41,9	8,97
AÑO 2015	3,96	98,46	288,26	432,51	462,14	419,72	299,33	208,02	116,68	66,55	36,69	8,25

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

1.3. Violencia sexual

La violencia sexual se entiende como el "daño o sufrimiento sexual que se produce por la acción consistente en obligar a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal.

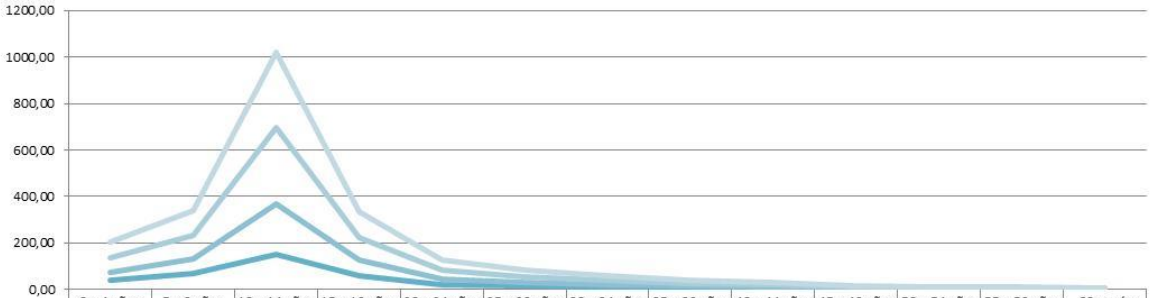
Igualmente, se considerará daño o sufrimiento sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas"[lxxxv].

En 2005 el 11,5% de las mujeres en edad reproductiva dijeron haber sido violadas por su pareja, en 2010 dicho porcentaje se redujo casi dos puntos porcentuales (9,7%), y en 2015 dicho indicador fue del 7,6%. La ENDS 2015, da cuenta de que la violencia sexual se presenta con mayor frecuencia en: las mujeres de 45 a 49 años (11,4%); en el área urbana (7,8%), cuando las mujeres solo han cursado la primaria (9,6%), y las mujeres que se encuentran en el quintil bajo de riqueza (8,8%).

Ahora bien, según Medicina legal, y a pesar de la disminución del fenómeno que muestra la ENDS, la tasa de dictámenes sexológicos por presunta violencia sexual se incrementó para el año 2015. La tasa pasó de 71,58 por 100.000 mujeres en el año 2005, a 77,35 en el año 2015. Para la edad de 10 a 14 años pasó de una tasa de 287.19 por 100.000 niñas a 365.05 entre 2005 y 2015. En las otras edades cuando las mujeres ya son adultas entre los 18 a 60 años, la tendencia de la tasa es lineal.

Al igual que lo referido por las otras fuentes, en el caso de las atenciones en salud, las niñas de 10 a 14 años presentan las tasas más altas de violencia sexual en los cuatro años: para el año 2012 se reportó una tasa de 152.77 por 100.000 niñas y para el año 2015 la tasa fue de 325.19 en estas edades. Es de resaltar que, como consecuencia del aumento de casos de niñas abusadas sexualmente, 6.045 niñas entre los 10 y los 14 años fueron madres en el año 2015.

Gráfico 7
Tasa de violencia sexual en mujeres: SIVIGILA de Violencias de Género



	0 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	50 a 54 años	55 a 59 años	60 y más
2015	69,46	108,96	325,19	107,46	41,32	30,17	19,41	13,41	10,11	5,64	3,56	3,41	2,68
2014	60,00	100,58	325,45	100,43	38,10	23,55	16,64	9,22	8,12	4,32	3,28	2,13	2,25
2013	36,81	62,30	217,33	64,33	25,66	15,44	10,26	6,44	5,27	2,87	1,80	1,85	0,96
2012	37,88	67,55	152,77	60,11	20,76	14,78	11,04	8,38	5,09	3,79	2,40	1,26	1,38

Fuente: INS 2012 - 2015

1.4. Violencia económica

Una de los tipos de violencia más difíciles de registrar, prevenir, sancionar y reparar es la violencia económica. El país cuenta con rutas de atención intersectorial para los otros tres tipos de violencia ya mencionados, pero aún no hay avances respecto a la atención de la violencia económica, no obstante, se ha dado un primer paso en términos de caracterización. Es así como para la ENDS 2015 se reclasificaron algunas preguntas del formulario y se introdujeron otras para poder tener un descriptivo de este fenómeno a partir de la definición de daño patrimonial dada por la Ley 1257: "pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o económicos destinados a satisfacer las necesidades de la mujer"[lxxxvi].

De acuerdo con la tabla que se presenta a continuación el 31,1% de las mujeres ha experimentado violencia económica por parte de su pareja, particularmente cuando esta se gasta el dinero destinado para la casa y en segundo lugar prohibiéndole trabajar o estudiar, lo que afecta de manera considerable la autonomía de las mujeres.

Tabla 6
Violencia económica contra las mujeres 2015

Tipo de violencia económica	Porcentaje
Le ha vigilado como gasta el dinero	13,5%
Le ha amenazado con quitarle el apoyo económico	10,5%
Le ha prohibido trabajar/estudiar	14,0%
Se gastó el dinero necesario para la casa	16,2%
Se ha adueñado de bienes y propiedades	4,4%
TOTAL	**31,1%**

Fuente: ENDS 2015

1.5. Feminicidio

Con el fin de atender y prevenir todos los tipos de violencia contra las mujeres en 2016 se configuró y reglamentó el delito de Feminicidio como un delito autónomo, mediante la ley 1761 de 2015[lxxxvii], el cual se define como:

> "*Quien causare la muerte a una mujer, por su condición de ser mujer o por motivos de su identidad de género o en donde haya concurrido o antecedido cualquiera de las siguientes circunstancias: a) Tener o haber tenido una relación familiar, íntima o de convivencia con la víctima, de amistad, de compañerismo o de trabajo y ser perpetrador de un ciclo de violencia física, sexual, psicológica o patrimonial que antecedió el crimen contra ella; b) Ejercer sobre el cuerpo y la vida de la mujer actos de instrumentalización de género o sexual o acciones de opresión y dominio sobre sus decisiones vitales y su sexualidad; c) Cometer el delito en aprovechamiento de las relaciones de poder ejercidas sobre la mujer, expresado en la jerarquización personal, económica, sexual, militar, política o sociocultural; d) Cometer el delito para generar terror o humillación a quien se considere enemigo; y e) Que existan antecedentes o indicios de cualquier tipo de violencia o amenaza en el ámbito doméstico, familiar, laboral o escolar por parte del sujeto activo en contra de la víctima o de violencia de género cometida por el autor contra la víctima, independientemente de que el hecho haya sido denunciado o no*".

Si bien la tipificación del delito es reciente, lo casos de homicidios de mujeres por su condición de ser mujeres o por motivos de su identidad de género, se registran desde hace 12 años. Desde 2005 y hasta 2016 se produjeron un total de 1.367 casos, es decir que anualmente 114 mujeres son asesinadas, 9 mensuales y 2,25 semanales. De igual modo entre el año 2009 y 2014 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reportó un total de 8.020 necropsias, de las cuales son en su mayoría mujeres entre los 20 a 24 años[lxxxviii].

1.6. Acciones para la prevención, atención y sanción de las violencias de género

Una de las fortalezas de la Ley 1257 de 2008 fue definir que el abordaje de la prevención y atención a las violencias de género debe hacerse de manera intersectorial, así algunos de los sectores, como el de la salud y la justicia tengan mayor participación a lo largo de la ruta de atención**.**

Es así como, en aras de garantizar la atención integral a las víctimas de violencias de género, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) lidera el proceso de coordinación interinstitucional e intersectorial para el abordaje integral de las víctimas de violencias de género tanto a nivel nacional como territorial.

Para tal efecto, a nivel central se consolidó el Mecanismo Articulador para el abordaje integral de las violencias de género - especialmente de niñas, niños, adolescentes y mujeres; y a nivel territorial se

han fortalecido 27 comités departamentales, 5 distritales y 621 municipales para el abordaje integral de las violencias de género, a través de la Guía Metodológica para el abordaje intersectorial de las violencias de género; y un curso de autoformación dirigido a servidoras y servidores públicos de los sectores de salud, justicia, protección y educación.

A nivel comunitario, el MSPS diseño una metodología para realizar capacitaciones sobre Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos (DSDR) y una vida libre de violencias para su exigibilidad, dirigidas a organizaciones de base comunitarias de mujeres, veedurías y asociaciones de usuarios de salud. Es así como para el periodo reportado 2013 – 2016, se capacitaron 885 personas (736 mujeres y 149 hombres líderes) de 449 organizaciones de base comunitarias, veedurías y asociaciones de usuarios de salud de 16 departamentos del país[lxxxix]. Así mismo se cuenta con desarrollos normativos dentro de los que se destacan el Decreto 1033 de 2014 que establece la ruta de atención integral intersectorial para las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas; la Resolución 459 de 2012 que adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual como de obligatorio cumplimiento para la atención de las víctimas de violencia sexual por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; así como la Resolución 4568 de 2014 que adopta el Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos[xc].

Atendiendo lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud y en el Plan Nacional de Desarrollo, el MSPS formalizó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) a través de la Resolución 429 de 2016, y se diseñó la Ruta integral de atención al grupo poblacional en riesgo de violencias, la cual incluye el abordaje integral de i) la violencia relacionada con el conflicto, ii) las violencias de género y, iii) la violencia por conflicto social, dentro de estas rutas se crearon dos rutas específicas, una, para violencia sexual y la segunda, para víctimas y sobrevinientes de ataques con agentes químicos.

Una de las acciones interinstitucionales e intersectoriales de mayor impacto ha sido la consolidación e implementación del Sistema Integral de Información de las Violencias de Género –SIVIGE- que actualmente cuenta con cinco fuentes de información: Registro Único de Víctimas; el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Violencias de Género; el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, el Registro de Afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social y El registro de Información de Violencia Sexual por parte del Sistema de Información SICLICO del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Esta herramienta de análisis hace parte del Observatorio Nacional de Violencias – Línea de Violencias de Género a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

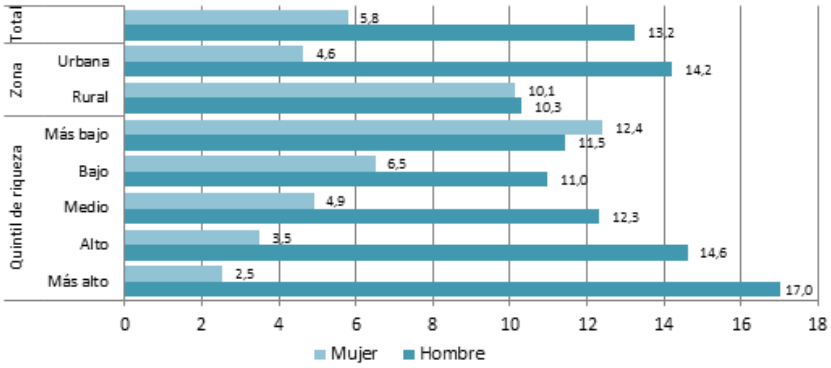
La articulación de estas fuentes permite hacer análisis de las violencias de género identificando las atenciones en salud, los diagnósticos clínicos, el aseguramiento de las víctimas, y los hechos victimizantes antes en el marco del conflicto armado, entre otros. A través del SIVIGE, se busca unificar conceptos y variables para el análisis de las violencias de género, es aras de tener mayor claridad sobre las formas en las que estas se producen y reproducen; esta información permitirá dirigir políticas, programas, estrategias y acciones en el territorio nacional que incidan el abordaje integral de las violencias de género. Dichos esfuerzos, y de acuerdo a los datos expuesto anteriormente, deben enfatizar las acciones para reducir, en primer lugar, la violencia sexual en niñas y adolescentes, acciones que redundaran en indicadores tales como el embarazo adolescente y la morbimortalidad materna. Así mismo, se requieren esfuerzos en la detección ya atención de la violencia psicológica; y diseñar un mecanismo de identificación y atención a las mujeres víctimas de las violencias económica y patrimonial.

De igual forma, la Ley 1761 de 2015 establece que el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), en coordinación con el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), adoptarán un Sistema Nacional de Recopilación de Datos sobre los hechos relacionados con la violencia de género en el país, para lo cual se han venido realizando

diagnósticos para el fortalecimiento de la calidad estadística de los registros administrativos y recopilar los indicadores producidos por las entidades involucradas.

Finalmente, se debe trabajar en la eliminación de los imaginarios y estereotipos que legitiman la violencia de género, ya que según la ENDS 2015, el 13,2% de los hombres y el 5,8% de las mujeres cree que algunas veces se justifica pegarles a las mujeres; y que una mujer deba aguantar la violencia de pareja para mantener la familia unida. Estos imaginarios son más frecuentes en la zona rural y en el quintil de riqueza más bajo, sin embargo, el 17% de los hombres del quintil de riqueza más alto está de acuerdo con estos dos enunciados.

Gráfico 9
Legitimación de la violencia contra las mujeres



Fuente: ENDS 2015

5. Enfoque diferencial

Las acciones en salud sexual y reproductiva han dejado de enmarcarse en el enfoque preventivo y paliativo. Con la introducción del enfoque de derechos humanos, la salud sexual y reproductiva se traduce en uno de los derechos que se debe garantizar para el ejercer de manera libre, placentera y responsable la sexualidad. El viraje hacia el enfoque de derechos también ha puesto de manifiesto que hay diferentes formas de percibir y ejercer la sexualidad y la reproducción, y que por lo tanto una política pública en esta materia debe atender todos estos diferenciales.

En términos de derechos sexuales y reproductivos es preciso considerar que la forma en la que las personas asumen su sexualidad está medida por sus condiciones de vida, creencias, orientación sexual, identidad de género y situación de salud, entre otras. Con el fin de atender a estos diferenciales, el Plan Decenal de Salud Pública se construyó no solo desde el enfoque de derechos, atendiendo al enfoque diferencial, priorizando la salud sexual y reproductiva como una dimensión esencial de la salud pública, al apostarle a la eliminación de: a) las barreras para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductivas, barreas como las territoriales, culturales y físicas; y de b) la discriminación a poblaciones como la LGBT.

En términos de enfoque diferencial de género se han hecho avances para fortalecer los servicios y la información que requieren mujeres y hombres para la toma de decisiones informadas sobre su sexualidad. En lo que respecta al ciclo de vida, también se ofrecen servicios que atiendan a las necesidades de las personas según la edad, es así como se han consolidado Servicios de Salud Amigables para Jóvenes y Adolescentes en todos los departamentos del país, los cuales incluyen la atención a niños y niñas menores de 14 años. Para las mujeres en edad reproductiva existen servicios de anticoncepción, atención preconcepcional, y protocolos para la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, protocolo para la interrupción voluntaria del embarazo y para la atención postaborto. Y para las personas de 60 años o, a través del Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) 2015[xci], se determinaron sus percepciones y necesidades en salud sexual y reproductiva.

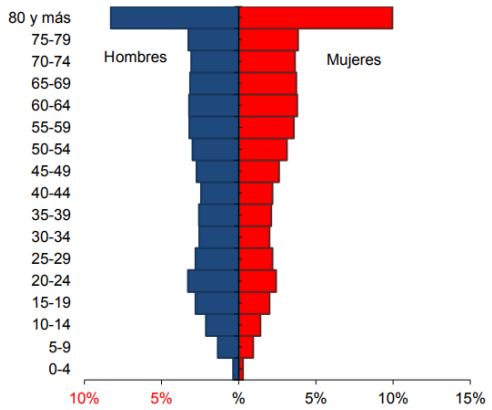
En lo que respecta al enfoque diferencial por etnia, el MSPS también ha hecho estudios particularmente en salud materna, ya que uno los indicadores de morbimortalidad en mujeres gestantes indígenas y afro son preocupantes; así como los índices de embarazo adolescente y el matrimonio a temprana edad. De otra parte, el sistema de salud cuenta con entidades prestadoras de servicios de salud especializadas en atención a población indígena, así como servicios amigables para jóvenes con este enfoque. Es de anotar que el abordaje del enfoque diferencial por pertenencia étnica también se hace teniendo en cuenta el enfoque de poblaciones, el cual consiste en identificar, comprender y tomar en consideración las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos de competencia de los territorios, a fin de responder a los problemas que de allí se derivan[xcii].

Con el fin de describir a fondo los avances en la implementación del enfoque diferencial en salud, a continuación, se presentan las acciones adelantadas para la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas en situación de discapacidad, y de la población de personas con orientación sexual diversa, o comunidad LGBT.

5.1 Acciones en salud sexual y reproductiva de las personas en situación de discapacidad

A partir de los datos del Censo DANE 2005 se pudo establecer que en el país 2.624.898 personas tenían dificultad permanente para realizar alguna de las actividades indagadas, este dato representa el 6.3% de la población colombiana del 2005. Ahora bien, en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD) hay con un total de 1.296.870 personas registradas entre 2002 y diciembre de 2016. El 49,61% (637.939) son mujeres y el restante 50,39% (647.879) hombres; el 18,24% (233.247) tiene 80 años y más y el 54,60% (698.341) entre los 15 y 65 años[xciii].

Gráfico 10
Estructura poblacional de las personas con discapacidad



Fuente: RLCPD. Datos disponibles en el cubo de discapacidad del MSPS, 2016

Por su parte, la ENDS 2015, reveló que el 9,8% de las personas no pueden o tienen mucha dificultad para realizar alguna de las actividades relacionadas con las capacidades y habilidades básicas para su subsistencia, autocuidado y participación en el hogar y la comunidad. Si bien la forma en que se hizo la pregunta difiere entre las dos fuentes de información, el dato de la ENDS 2015 revela un aumento en la prevalencia de discapacidad de más de tres puntos porcentuales que es coherente con la tendencia al aumento mostrada por los referentes estadísticos internacionales[xciv]. Así mismo se evidencia que son las personas de 60 años o más, las que presenta mayores dificultades para desempeñarse.

Para garantizar los derechos de las personas con discapacidad, en el país se han desarrollado diferentes instrumentos como la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social o CONPES Social 166 de 2013; la ley Estatutaria 1618 de 2013 que genera obligaciones relacionadas con el

reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad; Ley Estatutaria 1618 de 2013 que expone las barreras actitudinales, comunicativas y físicas que dificultan el acceso a servicios, sitios e información a las personas con discapacidad; la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria en Salud que hace especial referencia a la población con discapacidad como sujetos de especial protección urgiendo a las instituciones del sector salud a definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que garanticen las mejores condiciones para su atención.

De igual modo, el Plan Decenal de Salud Pública se incorpora la discapacidad como un componente de la dimensión transversal de gestión diferencial de poblaciones vulnerables y se "reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho, con necesidades y expectativas específicas que requieren de la intervención transectorial, sectorial y comunitaria, así como de su participación activa para consolidar mejores condiciones de vida enmarcadas en la inclusión social"[xcv]. Por ello, y específicamente con el fin de atender las necesidades de esta población en salud sexual y salud reproductiva y dar respuesta a la orden de la Sentencia T-573 de 2016 proferida por la Corte Constitucional, el MSPS, emitió la Resolución 1904 de 2017.

La resolución es producto de un ejercicio de construcción colectiva, en el que participaron organizaciones de personas con discapacidad, que trabajan por los derechos de las personas con discapacidad, entidades públicas relevantes en su ejercicio, la academia, entre otros. Tiene como objeto la adopción de directrices reencaminadas a garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos y señalar las obligaciones correlativas que surjan para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) respecto de la provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguardias que les permita tomar decisiones informadas en esta materia para el acceso a los respectivos servicios. Finalmente, la Resolución establece que la capacidad jurídica debe presumirse en todos los casos.

Las acciones más relevantes que promueve la resolución para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población con discapacidad se resumen a continuación:

Tabla 7
Resumen Resolución 1904 de 2017

Acción	Descripción
Capacidad jurídica de las personas con discapacidad y consentimiento informado	Para que se lleve a cabo cualquier procedimiento ya sea diagnóstico o terapéutico, debe existir la autorización del usuario(a) a través del consentimiento libre e informado.
Procedimiento de esterilización	Todos los procedimientos de esterilización deben contar con el consentimiento informado del usuario(a), esto en aras de la garantía del derecho a la autonomía reproductiva.
Provisión de apoyos, ajustes razonables y salvaguarda	La entidades territoriales, departamentales y distritales deben: a) apropiar o desarrollar los mecanismos necesarios para que las personas con discapacidad puedan tener información suficiente y de calidad para tomas decisiones sobre su SSR; b) Capacitar al personal médico en atención diferencial para responder a las necesidades de la población con discapacidad; c) disponer de procedimientos para la eliminación de barreras actitudinales en el trato y suministro de información, y d) efectuar los ajustes razonables para la accesibilidad del entorno físico; y parara asignación de turnos y entrega de información
	Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) deberán: a) identificar dentro de su población asegurada las personas con discapacidad con el objeto de orientar el suministro de apoyos y la provisión de ajustes razonables; b) asegurar que la red que presta servicios

de SSR incluya apoyos y ajustes razonables para la atención de personas con discapacidad; y c) implementar las acciones de salvaguarda encaminadas a proteger la voluntad y preferencias de la persona con discapacidad ; y d) incluir de manera progresiva los procedimiento en SSR que requiera la población con discapacidad.

Dentro de las acciones previstas en la resolución están las de vigilancia y control de los entes territoriales, esto con el fin de asegurar su adecuada implementación. Adicional al seguimiento y evaluación, es preciso, en el corto plazo contar con un diagnóstico mucho más preciso sobre las necesidades en salud sexual y salud reproductiva de esta población desagregada por los diferentes tipos de discapacidad a fin de fortalecer los servicios y la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad. Ahora se debe afrontar el reto de implementar eta normatividad, y difundirla entre las entidades prestadoras de servicios de salud. En este aspecto, es clave la educación sobre sexualidad e información accesible para personas con discapacidad.

5.2 Acciones en salud sexual y reproductiva de la comunidad LGBT

Uno de los retos en salud sexual y salud reproductiva es atender a la población con orientación sexual e identidad de género diversa, ya que implica superar el esquema binario: hombre / mujer, y dar cabida y atender las necesidades de otras formas de vivir la sexualidad y la identidad. Es por ello que dos de los principios de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y derechos Reproductivos (2014), son la diversidad y no discriminación, y la igualdad y equidad. Por diversidad se entiende que "cada persona es diferente y por lo tanto cuenta con una identidad íntimamente vinculada con la dignidad humana. Las condiciones y características de esta identidad pueden configurar grupos, lo cual obliga a que, en la garantía de los derechos de igualdad y libertad, se reconozca que no debe haber discriminación en razón a la vivencia de ninguna particularidad en el sentido de lo humano"[xcvi]

Por su parte la política concibe la igualdad como la aceptación de la condición humana, donde todas las personas al mismo tiempo son iguales, únicas y diversas, es decir, iguales en la diferencia. La equidad es una característica del abordaje de diferentes aspectos de las relaciones humanas que comprenden las relaciones intergenéricas, conocida como equidad de género; las relaciones económicas y sociales y se alude a la equidad social y política[xcvii]. En este sentido, la Ley Estatutaria en Salud afirma[xcviii] que el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos en contexto de vulnerabilidad y de los sujetos de especial protección.

Un primer avance para la garantía de los derechos de las personas con orientaciones e identidades de género diversas, es conocer la población y cuáles son sus necesidades en salud y percepciones, así como las percepciones que tiene la población general sobre esta comunidad. Para tal efecto en la ENDS 2015 se introdujeron preguntas sobre orientación sexual, identidad de género, educación sexual en la diversidad; y se fortalecieron las preguntas introducidas en 2010 sobre el respeto de los derechos de la comunidad LGBT y de las parejas del mismo sexo.

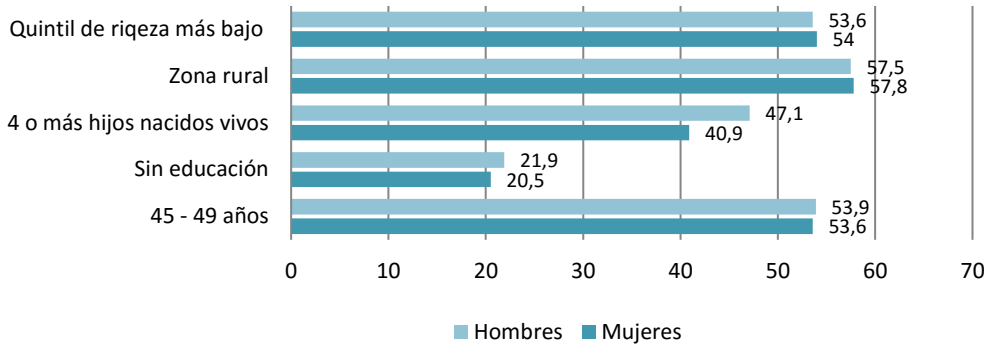
Sobre las características de la comunidad LGBT, se estableció que el 0,4% de las mujeres se declara como homosexual, y el 0,6% como bisexual. Por su parte el 1.2% de los hombres es homosexual y el 0,6% bisexual. La ENDS 2015 también da cuenta de que el 1,7% de las mujeres convive una pareja del mismo sexo, así como el 1,1% de los hombres.

En términos de educación sexual se encontró que el 95,1% de las mujeres en edad reproductiva y el 94,4% de los hombres de 13 a 49 años han recibido información sobre sexualidad. De estos el 70,3% de las mujeres y el 69,8% de los hombres cuentan con información sobre orientación sexual. Pero al observar los diferenciales, se evidencia que son las personas entre los 45 y los 49, sin educación, con

más de 4 hijos, de la zona rural y del quintil de riqueza más bajo quienes han tenido menos acceso a temas de diversidad sexual. También han recibido en menos medida las personas de los departamentos de Magdalena, Sucre, Vichada, Vaupés y Guaviare.

Finalmente, se destaca que el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior se encuentran realizando de la mano de organizaciones de la sociedad civil la "Guía de buenas prácticas para la atención de personas trans en Colombia"

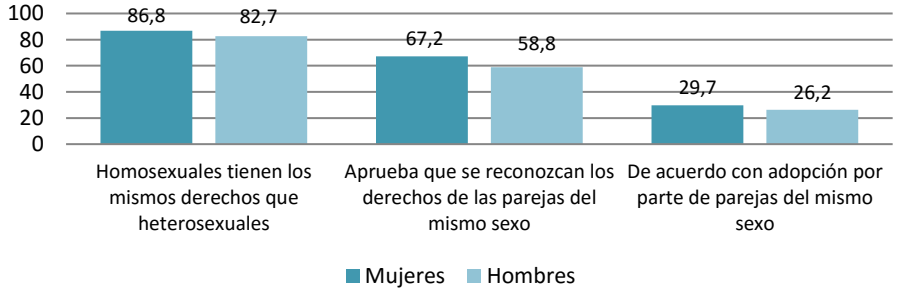
Gráfico 11
Mujeres y hombres que han recibido información sobre orientación sexual



Fuente: ENDS 2015

Ahora bien, respecto al reconocimiento de la igualdad de derechos para la población LGBT es de anotar que cuando se hace referencia a la generalidad de los derechos, hay gran aceptación por parte de la población general, pero cuando se consulta de manera específica por los derechos de las parejas del mismo sexo y por la posibilidad de que estas adopten, el porcentaje de acuerdo se reduce significativamente. Hay mayor favorabilidad sobre el reconocimiento de los derechos de las personas homosexuales por parte de las mujeres; así como también en la zona urbana, en la región central y en Bogotá, entre quienes tiene educación superior y quienes se encuentran en el quintil más alto de riqueza.

Gráfico 12
Acuerdo con derechos de la comunidad LGBT



Fuente: ENDS 2015

Otro de los hallazgos importantes para fortalecer las acciones de no discriminación contra la población LGBT, fue el determinar si mujeres y hombres han presenciado acto de discriminación ocurridos en razón de la orientación sexual e identidad de género. Dichos actos de discriminación han sido perpetrados en su mayoría por los amigos/as (35,8% mujeres y 42,2% hombres) de LGBT y ocurren con mayor frecuencia en el ámbito escolar o centros de enseñanza (30,7% mujeres y 33,5% hombres). Un porcentaje menos de mujeres (3,2%) y hombres (3,1%) declararon que también han visto actos de discriminación por orientación sexual en los servicios de salud. Los actos de

discriminación por parte del sector salud, estos se presentaron en su mayoría en la región Atlántica y en Bogotá; y en los departamentos de La Guajira, Cesar y Atlántico.

Para reducir los hechos de discriminación en el marco de la prestación de los servicios de salud y fortalecer los servicios de salud sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud y Protección Social, a la fecha ha puesto en marcha tres acciones. La primera tiene que ver con el proceso de capacitación y apropiación de la política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014) a nivel central y territorial y por parte de todos los agentes del sistema, particularmente de quienes prestan los servicios de salud.

En segundo lugar, implementó la Estrategia de Atención integral para niños, niñas y adolescentes con énfasis en prevención del embarazo en la adolescencia, en el cual se trabaja el tema de autonomía, identidad de género y orientación sexual y acciones para la prevención, discriminación y estigma de los y las adolescentes. La implementación de estas estrategias permite que tanto el personal médico como usuarios estén sensibilizados frete al tema de tal modo que se reduzcan las barreras de acceso y se dé respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población LGBT.

En tercer lugar, y atendiendo precisamente a los requerimientos de las personas transgenero, se han incluido nuevas tecnologías en salud para la transformación y adaptación corporal, en el marco del nuevo Modelo Integral para la atención Salud (MIAS), a través de la Resolución 6408 de 2016[xcix]. Esta última también contempla a) consultas por médico general o especialista de primera vez, y control o seguimiento, b) tratamiento hormonal, y c) procedimientos quirúrgicos. En este momento se está trabajando en el diseño de los lineamientos para que los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud puedan atender desde el enfoque de derechos y diferencial a las personas transgenero.

En términos generales los avances para la incorporación del enfoque diferencial para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, tienen que ver con caracterización e identificación de necesidades; y se han hecho algunos esfuerzos para diseñar o fortalecer servicios diferenciales. No obstante, los retos son de gran envergadura, ya que estas comunidades o grupos de población, son diversos en su interior. Es decir, las personas con discapacidad tienen dificultades diversas, y en esa medida el sistema de salud debe poder atender tanto a una persona con una discapacidad física como cognitiva, o a una mujer homosexual y a una mujer transgenero. O, por ejemplo, debe tener la capacidad de entender y adaptar los servicios a las cosmovisiones sobre la maternidad de los pueblos indígenas, así como de las mujeres afro, o raizales.

En ese orden de ideas, en adelante las acciones deben ser no solo normativas, sino de direccionamiento y acompañamiento a todo el sistema, para dar respuesta a las particularidades de cada uno de estos grupos en sus territorios o espacios identitarios.

VIII. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad

Los asentamientos humanos y los territorios son los entornos en los que las personas, poblaciones y comunidades se desarrollan, y como tal tienen la capacidad de generar las condiciones necesaria para garantizar sus derechos y capacidades, o de generar obstáculos a su plena realización.

En este sentido, se considera que este capítulo del Consenso es clave, y las dinámicas poblacionales deben leerse de manera articulada como los territorios, así como los territorios deben pensarse y planearse conforme a sus habitantes y sus necesidades.

En este sentido, este capítulo del informe hace una breve introducción al tema de descentralización, permitiendo contextualizar el enfoque de la planificación urbana en Colombia y el ordenamiento territorial. Finalmente se destacan dos estrategias de planeación con enfoque de derechos humanos.

1. Descentralización

En el Acuerdo 78 del Consenso de Montevideo los países se comprometen a *ampliar y perfeccionar los procesos de descentralización, desconcentración y planificación participativa en los ámbitos subnacionales y locales, favoreciendo la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios básicos, educación y salud, incluida la salud sexual y la salud reproductiva y la prevención de la violencia contra las niñas, adolescentes y mujeres.*

En esta línea, es importante resaltar el proceso de descentralización que se ha venido consolidando en Colombia desde hace más de tres décadas. Dada esta trayectoria que ha tenido el tema, en el Estado colombiano existe una conciencia amplia de la necesidad de la descentralización y se vienen adoptando políticas e instrumentos tendientes a su profundización. Este proceso de descentralización constituye un marco indispensable para examinar todas las políticas y acciones que se llevan a cabo en el país, dirigidas al desarrollo de los territorios. Por ello se reseñan brevemente sus antecedentes.

La Constitución avanzó en tres formas complementarias de descentralización: la descentralización administrativa, la descentralización fiscal y la descentralización política[c]. Para ello, estableció una nueva división territorial del país: Región, Departamento, Provincia, Municipio, Distrito Capital, Distritos turísticos y elevó a los territorios indígenas a la categoría de entidades territoriales. Definió una nueva distribución de recursos y competencias entre los niveles del gobierno, ordenó las transferencias del orden central al territorial y creó el fondo de regalías, reconociendo a las entidades territoriales como beneficiarias[ci]. Expandió la descentralización política, la vinculó con la participación ciudadana y amplió a los gobernadores la elección popular de mandatarios (Gutiérrez Sanín, 2010). Durante las décadas del 90 y 2000, sucesivas normas reglamentaron y adecuaron los preceptos constitucionales sobre la descentralización[cii].

Los procesos de descentralización buscan una serie de objetivos/ventajas, entre los cuales destacan: el aumento de la eficiencia del Estado derivado de una mejor distribución de las funciones y competencias; la identificación cercana de los problemas y por tanto mayor rapidez y pertinencia de las acciones de respuesta; y la profundización de la democracia, en la medida en que abre espacios para la participación de sectores tradicionalmente excluidos. Sin embargo, y de acuerdo con el DNP (2002), los objetivos de la descentralización en Colombia se extienden a: *mejorar el desarrollo económico, reducir la pobreza, propender por la estabilidad macroeconómica, mejorar la seguridad social, aumentar la capacidad institucional, contrarrestar la corrupción, fortalecer la gobernabilidad e incrementar la inversión en infraestructura para la provisión de los servicios sociales*. Es decir, la descentralización se concibe como una estrategia de desarrollo regional equilibrado.

Evaluaciones del proceso de descentralización elaboradas una década y dos décadas después de la Constitución, coinciden en reconocer que la mayoría de las ventajas esperadas han sido alcanzadas:

mejoró la distribución de competencias entre el gobierno nacional y las entidades territoriales; estas últimas asumieron la prestación de servicios públicos locales, con especial énfasis en la educación y la salud; la elección de alcaldes y gobernadores había mejorado la gestión de los gobernantes; había una mayor estabilidad institucional; los recursos recibidos por transferencias habían crecido y ello otorgaba a los gobernantes mayor capacidad para cumplir con sus funciones y responder a las demandas; incluso se otorga a la descentralización un papel fundamental en la reducción de la pobreza (DNP, 2002).

No obstante, la descentralización permanece como *una estrategia perfectible pero válida para el desarrollo del país, como alternativa de progreso e instrumento para la paz* (DNP, 2002), y que se deben enfrentar varios retos hacia adelante entre los cuales están el fortalecimiento de las instituciones municipales; la creación de una instancia intermedia entre el municipio y la nación; el diseño de esquemas aún más flexibles y diferenciales, que tengan en cuenta las especificidades de las regiones y la reconsideración del esquema de regalías de manera que la coincidencia de grandes recursos con presencia débil del Estado no contribuya al fortalecimiento de la ilegalidad (Gutiérrez Sanín, 2010)

El Acuerdo 78 del Consenso de Montevideo, refuerza la necesidad de *ampliar y perfeccionar los procesos de descentralización, desconcentración y planificación participativa en los ámbitos subnacionales y locales.* En consonancia con este acuerdo, el gobierno colombiano ha venido tomando medidas sistemáticas tendientes a profundizar los procesos de descentralización y participación, como se refleja en una buena cantidad de instrumentos, normas y acciones algunos de los cuales se expondrán más adelante.

2. Planeación urbana

Desde mediados del siglo pasado, el país experimenta un rápido proceso de urbanización. Este proceso de urbanización se caracteriza por una alta concentración en las ciudades principales y, en el caso de Colombia, la concentración no se presenta sólo en la ciudad capital, sino en cuatro ciudades: Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla. Estas ciudades tuvieron crecimientos poblacionales muy elevados en el pasado, superando el 6% anual hacia 1973, cuando actuaron como polos de atracción de un flujo muy intenso de población que emigraba de las áreas rurales del país. Como resultado, la concentración de la población en este conjunto de ciudades es alta (DNP, 2014).

De acuerdo con la Misión del Sistema de Ciudades (DNP, 2014a), la concentración de población en Bogotá está aumentando. El índice de primacía urbana de Bogotá frente a las cinco ciudades que le siguen en tamaño era de 1.08 en 1985, en 2005 se ubicaba en 1.25 y en 2010 en 1.28. La nueva concentración de la población en Bogotá se interrelaciona con el aumento de la importancia económica y política de la capital, pero también con la pérdida de dinamismo de las otras ciudades principales.

Otro rasgo particular de Colombia en el ámbito de América Latina ha sido la presencia de varias ciudades intermedias, pero de gran importancia para sus entornos como Bucaramanga, Cartagena, Pereira y Manizales, entre otras[ciii]. Si bien algunas de estas ciudades perdieron, otros centros intermedios vienen cobrando importancia, vinculada a la localización de nuevas actividades económicas, como son los casos de Cartagena, Santa Marta, Turbo y Buenaventura, puertos vinculados al comercio internacional; Villavicencio, Riohacha, Valledupar, vinculados a la minería de hidrocarburos y carbón y Apartadó como nuevo centro agroindustrial (DNP, 2014a).

Desde el punto de vista económico, se aprecia que las ciudades son *el motor del crecimiento*, ya que actualmente el 85% de PIB nacional se genera en ellas y se encuentra una relación fuerte y positiva entre el nivel de urbanización y la riqueza de los colombianos (DNP, 2014 CONPES). Además, como se ha observado en muchas partes del mundo, las ciudades, favorecen la actividad productiva y comercial, la disponibilidad de servicios y la reducción de la pobreza (UNFPA, 2007).

Sistema de Ciudades

En reconocimiento de la importancia de las ciudades para el desarrollo del país, el Gobierno Nacional se planteó la necesidad de *establecer una política de largo plazo para consolidar el Sistema de Ciudades, que aproveche de menor manera los beneficios de la aglomeración y la urbanización y como instrumento para cerrar las brechas regionales en materia de equidad y pobreza*.[civ] Con este objetivo, el DNP conformó en 2012 la "Misión del Sistema de Ciudades"

La Misión realizó una caracterización del sistema de ciudades del país con base en cuatro criterios: las relaciones funcionales entre los municipios, el tamaño poblacional, la función pública, administrativa de los municipios y la importancia estratégica de los municipios en las regiones. Con base en ello, identificó las *ciudades funcionales* o *aglomeraciones urbanas*[cv] entendidas como el conjunto de ciudades y sus centros urbanos contiguos (incluidos sus territorios de influencia) entre los que existen relaciones funcionales en términos de actividades económicas, oferta y demanda de servicios. Usualmente las ciudades funcionales se encuentran concentradas en torno a una ciudad principal o núcleo (DNP, 2014b). Con base en el tamaño poblacional, se incluyeron las ciudades de 100.000 o más habitantes, las capitales de departamento y las ciudades menores de 100.000 habitantes que cuentan con jerarquía estratégica a nivel regional.

Como elemento muy relevante desde el punto de vista poblacional, la Misión analiza las tendencias demográficas de las ciudades y encuentra que la transformación por edad de su población, específicamente la vigencia del bono demográfico en unas ciudades y el envejecimiento en otras, tienen implicaciones sobre su desempeño, y plantea retos diferenciales a los sistemas de seguridad social y los mercados de trabajo y en cuanto a las demandas sectoriales como las de vivienda y servicios públicos y señala recomendaciones de políticas sociales de acuerdo con dicha clasificación.

Todo lo anterior resalta la importancia que las ciudades tienen para el país, tanto desde el punto de vista económico como social y poblacional. Y considerando la importancia de tener una mejor planeación urbana y comprender las dinámicas de las ciudades y de la población que las habita, en 2014 fue expedido el Conpes 3819 (DNP, 2014b), el cual concentra la Política Nacional para consolidar el Sistema de Ciudades en Colombia.

En conclusión, el Sistema de Ciudades para Colombia está compuesto por 56 ciudades, 18 ciudades funcionales y 38 uninodales[cvi]. Las 38 ciudades uninodales comprenden 16 ciudades de más 100.000 habitantes, 8 capitales de departamento con menos de 100.000 habitantes y 14 ciudades de importancia funcional subregional. La población total del sistema de ciudades es de alrededor de 30 millones de personas que constituyen el 65% de la población total del país y el 80% de la población urbana del país. Las proyecciones indican que a 2050 el sistema de ciudades tendría 18 millones de personas más que deben ser atendidos (servicios, infraestructuras, etc.)

El objetivo central de la política es *fortalecer el Sistema de Ciudades como motor de crecimiento del país, promoviendo la competitividad regional y nacional, el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos y la sostenibilidad ambiental, en un contexto de equidad y post conflicto.* Para alcanzar este objetivo el país debe trabajar sobre seis ejes de política y los siguientes seis objetivos de largo plazo: *planear el Sistema de Ciudades con una visión sostenible; mejorar la conectividad física y digital para fomentar el desarrollo productivo; fortalecer los factores locales que promueven la productividad y competitividad del Sistema de Ciudades; disminuir las brechas sociales y mejorar la equidad en áreas urbanas y rurales del Sistema de Ciudades; identificar instrumentos para el financiamiento adecuado y eficiente de las actuaciones urbanas; promover y facilitar el trabajo conjunto entre las entidades territoriales y con el Gobierno Nacional.* (DNP, 2014b).

La política también identifica algunos retos que busca subsanar a través de su implementación. Por ejemplo, cerca del 80% de la población del país está localizada en cuencas con déficit de agua. También se constata el desbordamiento de las ciudades a los municipios vecinos, el progresivo alejamiento de la frontera agrícola hacia las periferias, el incremento de la presencia de zonas rurales

con poco uso y ocupaciones informales o formales de baja densidad el rezago de la infraestructura vial nacional y el déficit de conectividad física inter e intra urbana.

En este sentido, uno de los principales ejes de política dentro del Sistema de Ciudades es el referente a la Calidad de vida, que contiene la estrategia de fortalecimiento y diferenciación de las políticas sociales de acuerdo con las características demográficas (bono demográfico) de las ciudades.

Los resultados del análisis de esta estrategia mostraron que, en términos demográficos, las ciudades no se comportan de la misma manera debido a dinámicas propias de fecundidad, envejecimiento, migración y actividad económica, y se identificaron seis tipos de ciudades: Ciudades mayores (de mayor envejecimiento); Maduras (en envejecimiento rápido); Adultas (en pleno bono demográfico); jóvenes y grandes (alta proporción de jóvenes); adolescentes (apenas empieza el bono, alta dependencia de menores de 15 años) y embrionarias (no han iniciado el bono). Los diferentes tipos de ciudades se asocian con estructuras etarias diferentes y por lo tanto con demandas diferenciadas de servicios de educación, salud, protección social y cuidado de las personas dependientes. (DNP, 2014b).

Tabla 8 – Categorías demográficas Sistema de Ciudades

CATEGORÍA	TASA DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA		TASA DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA < 15 AÑOS		TASA DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA ≥ 65 AÑOS		NÚMERO DE DEPENDIENTES POR CADA 3 ACTIVOS		ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO		EDAD PROMEDIO (ESTIMADA)	
	2013	2035	2013	2035	2013	2035	2013	2035	2013	2035	2013	2035
MAYORES	44,7	52,1	33,4	27	11,4	25,1	1,3	1,6	34,7	94	33,6	40
MADURAS	47	55,5	34,6	29,3	12,4	26,3	1,4	1,7	35,8	89,6	33,3	39,1
ADULTAS	46,9	47,8	35,6	26,7	11,3	21,1	1,4	1,4	31,8	79,2	32,3	38,3
GRANDES Y JÓVENES	50,1	49,9	40,5	31	9,6	18,8	1,5	1,5	23,7	60,8	30,9	36,6
ADOLESCENTES	55,2	50,4	46	33,1	9,1	17,3	1,7	1,5	20	52,4	29,3	34,9
EMBRIONARIAS	74,1	59,7	65,7	47	8,3	12,7	2,2	1,8	12,7	27	25,3	29,9

Departamento Nacional de Planeación, 2016

Las diferencias entre las ciudades imponen la necesidad de hacer ajustes a las políticas públicas para que respondan a la demanda diferenciada de servicios de educación, salud, protección social y cuidado de personas dependientes. En este sentido, la política identifica los siguientes justes:

- En las ciudades "mayores", que presentan el bono demográfico más avanzado con mayor dependencia demográfica de mayores de 65 años y mayor velocidad de envejecimiento, las políticas se deben enfocar en desarrollos en calidad de la educación, desarrollos en el mercado de trabajo, programas de cuidado, particularmente con adulto mayor; y programas para atracción de jóvenes para prolongar el bono.
- En las ciudades "maduras", que presentan un bono demográfico relativamente avanzado, con tendencia fuerte al envejecimiento, se debe trabajar en consolidar los servicios sociales, mejoramiento de la calidad de la educación, ya que algunos rezagos son críticos. También es importante trabajar en el fortalecimiento institucional de atención y desarrollar programas de cuidado para adultos mayores.
- Las ciudades "adultas", que están en pleno bono demográfico, con necesidad de crecimiento y ahorro, se deben enfocar las políticas hacia la consolidación de sus logros sociales (educación), desarrollo del mercado de trabajo con mayor calidad (formalidad y productividad), logro de mejores resultados en pobreza ciudadana y monetaria e iniciar con programas de cuidado para adulto mayor.

- Las ciudades “grandes y jóvenes”, que presentan altas tasas de dependencia demográfica, especialmente de menores (el bono apenas comienza), con importantes deficiencias sociales (calidad educativa, alta informalidad laboral, y niveles de pobreza intermedios y altos), deben trabajar en superar el déficit social, desarrollar programas anti pobreza y programas dirigidos a reducir el déficit en vivienda y servicios públicos. También se requiere definir rutas productivas y de empleo.
- Las ciudades “adolescentes” que apenas han iniciado el periodo de bono demográfico y presentan altas tasas de dependencia de menores, deben trabajar en acelerar el cumplimiento de logros mínimos en servicios y capacidades sociales y anticiparse al aprovechamiento de bono demográfico (atención al menor, educación y mejoramiento del empleo).
- Las ciudades “embrionarias”, que no han iniciado el bono demográfico y que presentan altas tasas de dependencia de menores, deben enfocar las políticas a alcanzar metas mínimas de universalidad del desarrollo social (salud, educación, vivienda, servicios públicos), hasta llegar a promedios urbanos de hoy. Inversión importante en primera infancia, educación y servicios públicos. También el fortalecimiento de su institucionalidad.

De manera transversal a todos los tipos de ciudades se identificó la necesidad de disminuir la desocupación de jóvenes y mujeres, de incrementar los niveles de productividad y reducir la informalidad. Si bien la tasa de ocupación entre los distintos grupos de ciudades se encuentra alrededor de 55% con poca variación, la proporción de ocupados asalariados y formales varía fuertemente entre las ciudades. Mientras el 46% de los ocupados en las ciudades “mayores” son formales, este porcentaje se reduce a 30% para las ciudades “jóvenes y grandes”. Respecto a los niveles de desocupación, en todos los casos es evidente el mayor nivel de desempleo en mujeres y aún más en jóvenes que es en promedio 1.8 veces el total. Llama la atención los altos niveles de desempleo de las ciudades “maduras” que tienen tasas de 28% para jóvenes y de 20% para mujeres (DNP, 2014b).

En tal sentido, los grandes retos están en reducir la informalidad del mercado laboral y promover la inserción laboral de las mujeres y los jóvenes.

Para la implementación de la política del Sistema de Ciudades, el CONPES establece un plan de acción y asigna las tareas a los respectivos sectores según sus competencias. El seguimiento y evaluación del plan de acción corresponde al DNP. (DNP, 2014b).

De cara al Consenso de Montevideo, la política del Sistema de Ciudades se alinea claramente con los acuerdos 76 y 77 en la medida que constituye uno de los *instrumentos de gestión territorial y urbana* y que *busca construir territorios más articulados, integrados y cohesionados* y se enfoca claramente a reducir las brechas de acceso a los servicios sociales y a la *igualación de oportunidades dentro de las ciudades, entre zonas urbanas y rurales* y entre las diferentes categorías de ciudades y asentamientos, definidas no solo por su tamaño sino también por su estructura demográfica.

Aparte de ello, es muy importante resaltar, la inclusión de la estructura demográfica y el bono demográfico como parte de las dimensiones por medio de las cuales se clasifican las ciudades y se proponen las políticas diferenciales en todas las demás dimensiones. Esto da cuenta de una toma de conciencia sobre la importancia de incorporar la dinámica demográfica en la planificación del desarrollo sostenible y va en línea con el Acuerdo 4, sobre *la plena integración de la población y su dinámica en la planificación del desarrollo sostenible, las políticas sectoriales y las políticas y programas públicos en general ―en particular en los planes de desarrollo y ordenamiento territorial― a escala nacional y subnacional.*

3. Ordenamiento territorial

Junto con la descentralización, Colombia ha avanzado significativamente en la generación de un marco normativo e instrumental para el Ordenamiento del Territorio. La Ley 388 de 1997, Ley de

Ordenamiento Territorial, que recientemente cumplió 20 años de vigencia, ha sido paradigmática en este sentido. Entre los objetivos de la ley están: establecer mecanismos que permitan a los municipios, "(…) *promover el ordenamiento de su territorio, el uso equitativo y racional del suelo, la preservación y defensa del patrimonio ecológico y cultural localizado en su ámbito territorial y la prevención de desastres en asentamientos de alto riesgo, así como la ejecución de acciones urbanísticas eficientes.* La Ley también busca garantizar que *la utilización del suelo por parte de sus propietarios se ajuste a la función social de la propiedad y permita hacer efectivos los derechos constitucionales a la vivienda y a los servicios públicos domiciliarios.* (…)*"*

La Ley adopta como principios la función ecológica de la propiedad, la prevalencia del interés general sobre el particular, y la distribución equitativa de las cargas y los beneficios. Categoriza al ordenamiento territorial como una *función pública* que tiene los siguientes fines: " (i) *Posibilitar a los habitantes el acceso a las vías públicas, infraestructuras de transporte y demás espacios públicos, y su destinación al uso común, y hacer efectivos los derechos constitucionales de la vivienda y los servicios públicos domiciliarios; (ii) atender los procesos de cambio en el uso del suelo y adecuarlo en aras del interés común, procurando su utilización racional en armonía con la función social de la propiedad a la cual le es inherente una función ecológica, buscando el desarrollo sostenible; (iii) propender por el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación del patrimonio cultural y natural y (iv) mejorar la seguridad de los asentamientos humanos ante los riesgos naturales".*

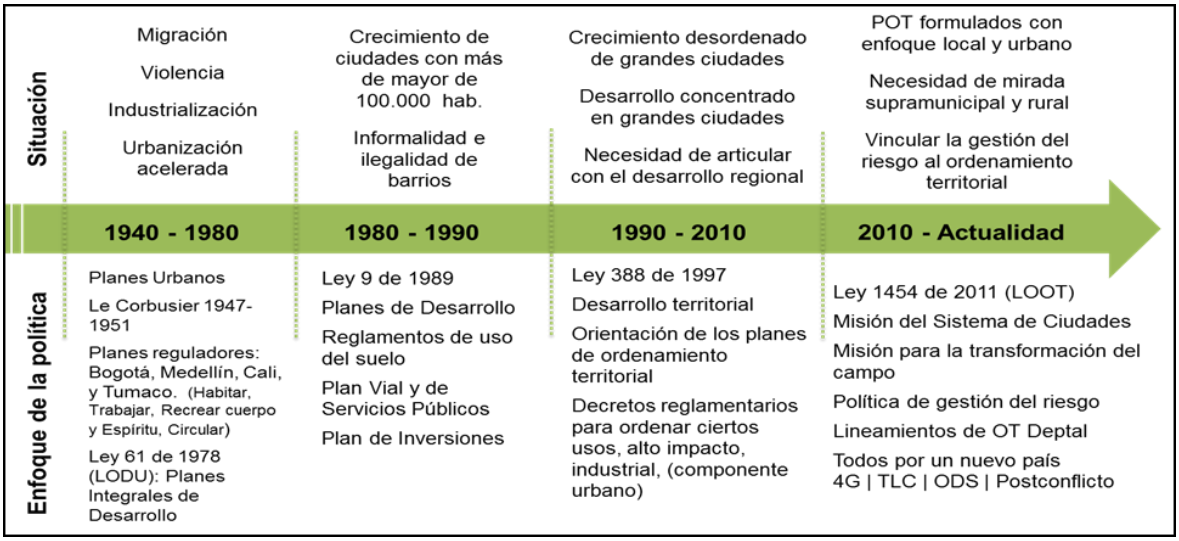
Además, establece que el ordenamiento territorial "(…) *deberá atender las condiciones de diversidad étnica y cultural, reconociendo el pluralismo y el respeto a la diferencia; e incorporará instrumentos que permitan regular las dinámicas de transformación territorial de manera que se optimice la utilización de los recursos naturales y humanos para el logro de condiciones de vida dignas para la población actual y las generaciones futuras."*

La Ley incluye una visión general de derechos humanos, de desarrollo sostenible y de multiculturalidad. Pero también incluye una visión de relación entre los instrumentos al establecer que los planes de ordenamiento municipales y distritales complementan a los planes de desarrollo económico y social con la dimensión territorial. Finalmente, enfatiza la necesidad de dar un tratamiento integral a las acciones de ordenamiento.

Para el cumplimiento de los fines descritos, la Ley crea, los Planes de Ordenamiento Territorial POT[cvii] como el instrumento de planificación de obligatorio cumplimiento. La Ley define el POT como: "(…) *el conjunto de objetivos, directrices, políticas, estrategias, metas, programas, actuaciones y normas adoptadas para orientar y administrar el desarrollo físico del territorio y la utilización del suelo (...)"*. Los planes de ordenamiento territorial contemplan tres componentes: General, Urbano y Rural.; sus contenidos tienen vigencias de corto, mediano y largo plazo. La vigencia del componente de corto plazo es de al menos un período constitucional de la administración municipal o distrital (4 años), el de mediano plazo de dos períodos (8 años) y el de largo plazo 3 períodos (12 años).

Después de la Ley 388, el marco normativo para el ordenamiento territorial se complementa con diversas leyes entre las que se destaca la Ley 1454 de 2011, Ley Orgánica de Ordenamiento Territorial LOOT, que, entre otros asuntos, asigna competencias a los departamentos en materia de ordenamiento territorial; adopta los Planes Departamentales de Ordenamiento Territorial (POD); define competencias en materia de ordenamiento territorial entre la nación, las entidades territoriales y las áreas metropolitanas y establece, como competencia de las áreas metropolitanas, la definición y expedición de directrices y orientaciones específicas para armonizar el ordenamiento del territorio de los municipios que las integran. A partir de esta ley se incorpora a la legislación los Planes Metropolitanos de Ordenamiento Territorial, PEMOT. También crea la Comisión de Ordenamiento Territorial (COT) como instancia técnica y asesora tanto del gobierno nacional como del Congreso en materia de descentralización y ordenamiento territorial.

Tabla 9: Evolución de la legislación urbanística en Colombia



Departamento Nacional de Planeación, 2016

Formulación de POT de primera generación

Colombia inicia su ejercicio de formulación de POT finalizando la década de los 90, logrando con ello que 1099 de 1102 (99,7%) municipios de Colombia hoy cuenten con su instrumento de planificación. Sin embargo, para el año 2016 el 83% de los municipios tenían vencida la vigencia de su componente de largo plazo (Ministerio de Vivienda, 2017: 40).

Este ejercicio de primera generación de POT ha sido recientemente evaluado por el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio (Ministerio de Vivienda, 2017) , con el fin de determinar las principales falencias en el desarrollo e implementación de estos instrumentos y en la búsqueda de cómo mejorar esta primera aproximación al ordenamiento territorial, sobre todo de cara a la necesidad de actualización. Los avances más significativos del ejercicio, los cuales han marcado una diferencia significativa frente a la manera en que se concibe el territorio son:

- El reconocimiento de los asuntos estructurales del territorio, como son las áreas protegidas, como parte de la estructura ecológica o base ambiental, y su relación con el modelo de ocupación de los territorios de los municipios. Más aún se ha comprendido que la consideración de la base ecológica no solo se limita al reconocimiento de las aéreas protegidas sino también comprende la gestión de la estructura ecológica, lo que inclusive, en municipios más avanzados se extiende hasta el manejo de pagos y compensaciones por servicios ambientales.
- Un fuerte compromiso de las autoridades municipales con *la dotación de las infraestructuras que contribuyen al cierre de brechas, principalmente las coberturas de acueducto y alcantarillado.*
- El desarrollo de *los temas de gestión de riesgo y amenazas*. Se considera clave la decisión de exigir los estudios de riesgos y amenazas en las revisiones de los POT, puesto que estos permiten entender y visibilizar donde deben crecer los municipios y cuáles deben ser los modelos de ocupación, y que esos modelos de ocupación reconozcan la existencia de riesgos y la necesidad de que las medidas de mitigación formen parte integral de la programación de proyectos.
- En la muestra de POT de municipios menores 30.000 habitantes se notó también que las autoridades *son mesuradas en el manejo de las áreas de expansión para evitar que el municipio crezca de manera desordenada* y contribuyendo de esa manera a una urbanización sostenible.
- La incorporación del tema del espacio público. En Colombia los déficits de espacio público son altos comparados con los estándares. La OMS habla de 10 metros de espacio público por

habitante. En Colombia ningún municipio llega a diez metros, el promedio es 5 metros, pero ya hay un reconocimiento de la importancia del tema.

Así mismo, se ha identificado retos importantes que deben ser subsanados en la segunda generación de POT:

- Se debe fortalecer la visión de corto, mediano y largo plazo en el Plan en los diferentes componentes: Como se cita en el Documento Conpes 3870 (DNP, 2016), el Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio[cviii] encontró que de 103 POT examinados, *el 60% presentó un deficiente planteamiento en materia de visión, política y estrategias generales. Ningún POT reguló usos en el suelo suburbano y tan sólo el 3% planteó una visión o modelo territorial, la cual fue calificada como deficiente. Únicamente el 1% consideró determinantes regionales, lo que impide la articulación con municipios vecinos. Por otro lado, el 32% de los POT definió el perímetro de suelo urbano sin considerar la provisión de servicios públicos. El 34% definió suelos de expansión sin establecer restricciones de uso densidad y garantía de servicios públicos. El 29% identificaron y categorizaron amenazas y un 52% determinó deficientemente los suelos de protección, incluso el 14% no los consideró.*
- Se debe fortalecer el componente rural: Con respecto al tema rural, el 56% presentó deficiencias en el componente rural y el 52% en la definición de áreas de conservación y protección de los recursos naturales. Apenas el 3% de los POT incluyó reglamentación para centros poblados rurales, pero la misma fue técnicamente deficiente. El 57% presentó deficiencias en la definición de áreas de producción agropecuaria, forestal y minera. Solo el 1% incluyó reglamentación para vivienda campestre y ninguno reguló usos en el suelo suburbano.
- Se debe fortalecer la capacidad técnica y financiera de las autoridades municipales para realizarlos. Por ser el primer ejercicio de POT, no había experiencia en el tema, y la elaboración se encargó a equipos técnicos externos que en ocasiones no contaron con suficiente conocimiento del municipio. Tampoco se contaba con información y cartografía al nivel de detalle requerido para localizar territorialmente los problemas a encarar.
- Se debe fortalecer la implementación: Las evaluaciones coinciden en que la implementación de los POT fue baja. Si bien se desarrollan proyectos para el cierre de brechas en servicios públicos y atención de temas ambientales, en su mayoría no son los vinculados al POT, sino al plan de desarrollo.
- Los municipios no hicieron uso de las herramientas que les proporciona la Ley para la repartición de cargas y beneficios. Solo las ciudades principales y algunas capitales han hecho uso de estas herramientas. De esa manera, los municipios continúan asumiendo la carga de todo el desarrollo de la infraestructura pública. Es necesaria una labor pedagógica para que las autoridades de los municipios conozcan y utilicen mecanismos de planificación que les ayudarían a realizar la tarea.

Estas consideraciones son clave para el reto actual que enfrenta el país en la mayoría de los municipios. Sólo 30 de los 1102 municipios del país han formulado los POT de segunda generación, es decir los POT revisados, incorporando la nueva normativa disponible. La mayoría de los que han formulado son ciudades grandes o capitales, entre ellos Armenia, Pereira, Medellín y Manizales. El mayor avance incorporado en estos POTS es el tema de la gestión de riesgo. Estos cuentan con mapas de amenazas, y definición de las acciones que deben hacer para mitigar.

Programa POT Modernos

Como respuesta a este escenario, el Gobierno Nacional formuló y emprendió la implementación del Programa Nacional para la Formulación y Actualización de Planes de Ordenamiento Territorial: POT/POD Modernos, que busca que *los planes de ordenamiento territorial sean instrumentos efectivos de planeación que permitan superar las restricciones identificadas en el desarrollo de la primera generación del instrumento.*

POT Modernos es un programa nacional coordinado por el Departamento Nacional de Planeación – DNP que tiene por objetivo la promoción, el fomento y la consolidación real y efectiva del concepto, objeto y principios rectores del ordenamiento territorial, así como del balance o equilibrio territorial de los municipios, distritos y departamentos en las próximas décadas de manera sostenible, esto es: sustentables ambientalmente, equitativos socialmente y productivos y competitivos económicamente.

En el marco de los procesos de revisión ordinaria de los POT y adopción de los POD que como regla general darán comienzo en gran parte de los municipios del país en el presente cuatrienio (2016 – 2019), el Programa pretende proporcionar a los gobiernos locales (municipales, distritales y departamentales), y a los profesionales que los asisten, herramientas técnicas y acompañamiento para la formulación, actualización e implementación de sus Planes de Ordenamiento Territorial – POT y la formulación e implementación de los Planes de Ordenamiento Departamental – POD.

El programa prevé una nueva generación de POT que contribuyan a:

- Consolidar una línea base de información,
- Organizar y optimizar los procesos de planificación5, y garantizar la previsión e implementación de efectivos y viables procesos e instrumentos de gestión del suelo6 y financiamiento del ordenamiento territorial7,
- Fomentar la importancia de los POT y de los POD como instrumentos base del ordenamiento territorial, que inciden en el desarrollo territorial y en consecuencia su interrelación con los planes de desarrollo frente a los programas y proyectos estratégicos previstos tanto en los POT y POD como en los planes de desarrollo y los planes de acción sectorial que de ellos derivan, incluso desde la coherencia y coordinación en las inversiones que se realicen, y
- Facilitar la implementación y puesta en ejecución de esos instrumentos a través del fortalecimiento institucional de las entidades territoriales.

En este sentido, se espera que esta segunda generación de POT y los POD que se adopten por primera vez, se conviertan en los instrumentos de planificación fundamentales y orientadores de la gestión y el financiamiento relacionado con el desarrollo integral del territorio en sus diferentes ámbitos: rural, urbano y de protección principalmente.

El programa consta de dos componentes: uno *de alcance nacional, orientado a articular las entidades del nivel nacional para consolidar los lineamientos de ordenamiento territorial y mejorar la provisión de insumos técnicos y metodologías, que sirven de insumos para la elaboración de POT y POD*. El segundo *de alcance territorial, ofrece asistencia técnica focalizada a un conjunto de entidades territoriales y brinda un acompañamiento técnico y financiero en la actualización y formulación de planes de ordenamiento territorial.* (DNP, 2016).

En su enfoque se destaca una mirada integral e integrada de los asentamientos urbanos y rurales; la promoción del respeto de las tradiciones y cultura locales; el uso adecuado y sustentable de las áreas protegidas y los recursos marino pesqueros. Se busca garantizar *la equidad social espacial* mediante *soportes territoriales* que incluyen el espacio público, los equipamientos, la infraestructura de servicios públicos y los sistemas de movilidad acordes con la dinámica de la población.

Entre los fundamentos estratégicos del Programa POT/POD Modernos se destacan: la necesidad de una mirada supramunicipal (departamental, metropolitana, regional) de los problemas y potencialidades; la necesidad de una visión integral de las dinámicas territoriales (escalar, temática e institucional); la necesidad de procesos de participación y el fortalecimiento real de las entidades territoriales.

El Programa pretende promover el desarrollo integral de municipios y distritos, a partir de la incorporación de aspectos estratégicos que deben hacer parte integral de los contenidos de los POT:

• Desarrollo territorial sostenible, que incorpore en las directrices de ocupación del territorio, los aspectos espaciales asociados a lo social, ambiental y económico;

• Integrar el área rural con el área urbana mediante unas mejores condiciones de infraestructura

• Redes de transporte integradas que permita la conectividad de los mercados de trabajo urbanos y rurales no solo en el ámbito municipal sino en el departamental, regional y/o metropolitano.

• Oferta de suelo urbano adecuada y disponible que responda a información objetiva sobre crecimiento poblacional, necesidades reales de suelo urbano.

• Garantía de protección y recuperación de suelos con valores ambientales que identifique y fortalezca la estructura ecológica del territorio.

• Mitigación de la amenaza, vulnerabilidad y riesgo natural y antrópico

• Previsión del manejo normativo diferenciado de zonas físicas o áreas morfológicas homogéneas a ordenar, mediante tratamientos urbanísticos

• Mezcla en los usos del suelo, aunado a la promoción de núcleos urbanos densos y compactos

• Fortalecer a los programas y proyectos definidos y asociados al programa de ejecución como eje y agenda fundamental del desarrollo.

• Articular la inversión sectorial con los POT, así como los recursos destinados a infraestructura no prevista en el POT, con el fin de coordinar, articular y optimizar los esfuerzos e inversiones de recursos públicos;

• Promoción del espacio público de calidad que garantice la previsión, gestión, construcción y mantenimiento de espacio público efectivo y accesible a los ciudadanos.

• Fortalecimiento institucional de los municipios para mejorar el proceso de desarrollo territorial en la formulación, implementación, evaluación y seguimiento del POT.

• Armonizar el POT municipal con: (i) los instrumentos de ordenamiento supramunicipal (ii) los instrumentos municipales y supramunicipales en materia de desarrollo territorial (iii) los planes de manejo o de ordenamiento ambiental y; (iv) los planes nacionales, departamentales y municipales de gestión del riesgo de desastres.

• Homologación de instrumentos de planificación intermedia o complementaria y previsión, fortalecimiento y garantía de puesta en ejecución de instrumentos de gestión del suelo y de financiamiento del ordenamiento y desarrollo territorial

• Articulación de los diferentes sistemas de información asociados o con incidencia en el ordenamiento territorial y articulación y uso eficiente de los mecanismos de seguimiento y evaluación

Debe señalarse que, si el Programa POT Modernos se lleva a cabo de una manera eficaz e incluyente, puede y debe ser capaz de ayudar a las Entidades Territoriales – ET a hacer frente a muchos de sus problemas de desarrollo más apremiantes. Si se implementa con éxito, esta iniciativa de hecho puede contribuir de manera importante al desarrollo económico, social y político del país en los próximos años.

De cara al Consenso de Montevideo, el Programa POT /POD Modernos se alinea claramente con los acuerdos 76 y 77 en la medida en que los POT hacen parte de los *planes, políticas e instrumentos de gestión territorial y urbana.* Así mismo, el Programa enfatiza, *el enfoque de sostenibilidad y riesgo ambiental*, el respeto de la diversidad cultural, la inclusión de *todos los territorios, sin ningún tipo de discriminación*, y en el énfasis que se coloca en *la igualación de las oportunidades dentro de las*

ciudades, entre zonas urbanas y rurales, entre ciudades pequeñas, intermedias y grandes y entre población dispersa y la que habita en pequeños asentamientos rurales.

Ordenamiento territorial y construcción de paz

El 24 de noviembre de 2016 el Gobierno Nacional suscribió con el grupo armado FARC-EP el Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera (Acuerdo Final, 2016). El Acuerdo I, Reforma Rural Integral: hacia un nuevo campo colombiano (Acuerdo I), que hace parte de dicho Acuerdo Final, se plantea como objetivo realizar una transformación estructural del campo. La reforma rural integral (RRI) sienta las bases para esa transformación. Busca el cierre de las brechas con la ciudad, crear condiciones de bienestar para la población rural, integrar las regiones, contribuir a erradicar la pobreza, promover la igualdad y asegurar el pleno disfrute de los derechos de ciudadanía.

El Acuerdo I, adopta los enfoques territoriales, diferencial, de género, multicultural, de sostenibilidad y de participación. Estos enfoques implican el reconocimiento del papel protagónico y de las necesidades, características y particularidades económicas, culturales y sociales de actores como las comunidades; la economía campesina, familiar y comunitaria; las mujeres en su rol productivo y reproductivo; las comunidades indígenas y demás comunidades étnicas; las niñas, niños, mujeres y hombres, incluyendo personas con orientación sexual e identidad de género diversa.

El enfoque territorial implica priorizar los territorios, comunidades y población más afectados por el conflicto, la pobreza y el abandono, con énfasis en pequeños y medianos productores y productoras y en los derechos de los niños y niñas, de las mujeres, y de las personas adultas mayores.

Como instrumento para su ejecución, el Acuerdo I señala la creación de Programas de Desarrollo con enfoque Territorial (PDET), los cuales fueron creados por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 893 del 28 de mayo de 2017. La planeación, la ejecución y el seguimiento a los planes y programas se adelantarán con la activa participación de las comunidades, que es además garantía de transparencia unida a la rendición de cuentas, a la veeduría ciudadana y a la vigilancia especial de los organismos competentes.

Para el cumplimiento de sus objetivos, los PDET, se instrumentalizarán mediante un Plan de Acción para la Transformación Regional (PATR), de construcción participativa, que incluyen los enfoques territorial, diferencial, reparador y de género; un capítulo de programas y proyectos que orientará la discusión de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo de Paz y bajo los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación. Así mismo, incluirá indicadores y metas para el seguimiento y evaluación y mecanismos de rendición de cuentas y control social.

El Decreto fija los criterios para la priorización de las áreas más necesitadas, con base en los niveles de pobreza, en especial la pobreza extrema y de necesidades insatisfechas, el grado de afectación derivado del conflicto, la debilidad de la institucionalidad administrativa y de la capacidad de gestión y la presencia de cultivos de uso ilícito y de otras economías ilegítimas. De esa manera se definen 16 zonas del país que cubren 170 municipios, en donde se ejecutarán PDET. Así mismo, reglamenta los planes de acción para la ejecución de los PDET[cix], denominados Planes de Acción para la Transformación Regional (PATR)[cx], así como los mecanismos de consulta previstos cuando estos programas y planes de acción se desarrollen en territorios de pueblos y comunidades étnicas.

En cuanto a la implementación de los PDET, de acuerdo con el Informe al Congreso presentado por el Presidente de la República (Presidencia de la República, 2017), se ha avanzado en la creación de una nueva institucionalidad para el sector agropecuario, compuesta por tres instituciones: La Agencia de Desarrollo Rural (ADR), que *es la encargada de ejecutar la política de desarrollo agropecuario y rural con enfoque territorial para mejorar las condiciones de vida y aumentar la competitividad del Campo*; la Agencia Nacional de Tierras (ANT) que *tiene a cargo el reto de garantizar el acceso a la tierra como factor productivo en condiciones de equidad y para todos los colombianos*, y la

Agencia de Renovación del Territorio (ART) que *tiene a su cargo la reactivación económica y social de los municipios afectados por el conflicto con el acompañamiento de la Fuerza Pública y el despliegue del Sistema Integral de Seguridad Rural y a través de la implementación de los Planes de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET) que hoy ya se construyen con las comunidades.*

Además, de acuerdo con el mismo informe, c*on el objetivo de definir reglas claras para transar y acceder a la propiedad sobre la tierra, se convocó a la academia quien, con el trabajo de tres expertos, generará recomendaciones sobre reformas que permitan regularizar los derechos de propiedad, garantizar la función social, promover el uso productivo de la tierra y facilitar el acceso a quienes no la tienen* (Presidencia de la República, 2017),

En cuanto a los PDET, el informe del Presidente reporta como avances la sanción del Decreto-Ley 893 de 2017 que da paso a la creación de los PDET como instrumento de planificación y gestión, así mismo se formalizó el listado de municipios priorizados de esta estrategia. Así mismo, reporta que, a mayo de 2017, se realizaron más de 50 talleres participativos con las comunidades y entidades territoriales, en los que se han priorizado 418 iniciativas de proyectos de pequeña infraestructura comunitaria. Estos proyectos beneficiarán a 15 departamentos, 51 municipios y 53 núcleos veredales.

De cara al Consenso de Montevideo, los Programas de Desarrollo con enfoque Territorial, PDET, se alinean claramente con los acuerdos 76 y 77 por los siguientes motivos: a) los PDET hacen parte de los *planes, políticas e instrumentos de gestión territorial y urbana,* b) Los objetivos de los PDET se orientan a la mayor integración y articulación entre territorios, en particular entre las áreas rurales y urbanas[cxi]; c) están centrados en las personas y comunidades, dentro del marco de los derechos humanos y adoptan perspectiva de género y enfoque de sostenibilidad y d) se orientan a promover el desarrollo, el bienestar (buen vivir) en las áreas rurales y a equiparar el acceso a servicios y oportunidades con las áreas urbanas. Así mismo, se alinea con el Acuerdo 1 del Consenso, en la medida que contribuyen a profundizar las políticas públicas y adelantar acciones para erradicar la pobreza y la exclusión de las áreas rurales.

4. Enfoque de brechas y derechos humanos en la planificación

El Plan Nacional de Desarrollo de Colombia para el período 2014-2018 (PND), proporciona un marco para las políticas económicas y sociales del país, marco que es coherente con los Acuerdos 77 al 83 del Consenso de Montevideo. El plan tiene una estructuración territorial, es decir, parte de la necesidad de que las políticas y estrategias se reconozcan y atiendan las especificidades de los diferentes territorios del país. Así mismo, adopta un enfoque de cierre de brechas y entre sus pilares están la construcción de una paz sostenible bajo un enfoque de goce efectivo de los derechos; transformaciones de fondo para promover la equidad; y promover la educación como poderoso instrumento de igualdad social y crecimiento económico (DNP, S/Fa, DNP, S/Fb).

En cuanto al enfoque de derechos humanos, el PND incluye una estrategia de fortalecimiento de los roles del Estado para el goce efectivo de los derechos de todos los habitantes del territorio. La estrategia incluye acciones para promover la prestación, administración y acceso a los servicios de justicia con un enfoque sistémico y territorial, fortalecer las instituciones democráticas para la promoción, respeto y protección de derechos humanos y avanzar hacia la garantía del goce efectivo de derechos de las víctimas en Colombia. (DNP, S/Fa, DNP, S/Fb).

En el tema de brechas, varias de las estrategias y objetivos del PND proporcionan un marco para el diseño de políticas y acciones relevantes a los Acuerdos 77 y 78 del Consenso de Montevideo. Dentro de la estrategia de Movilidad Social se plantea reducir las brechas poblacionales y territoriales en materia de ingresos, en la provisión de servicios de calidad en salud, educación, servicios públicos, vivienda, agua potable y saneamiento básico, infraestructura y conectividad; con énfasis en la igualación de oportunidades entre los ámbitos urbanos y rurales (DNP, S/Fa, DNP, S/Fb).

Así, tal y como lo evidencia el PND, Colombia enfrenta una alta desigualdad en las condiciones de vida de su población. En parte, esto responde a las divisiones territoriales, y se retroalimenta por una inequitativa distribución espacial de las actividades y de los bienes y servicios sociales, creando una "trampa espacial de pobreza" (Galvis y Meisel, 2010).

Los factores particulares del país que han sido identificados en el país como habilitantes de la desigualdad son: la compleja configuración geográfica y las consiguientes dificultades de dotación de infraestructura que fomentan la segmentación de las actividades, aspectos culturales fuertemente arraigados en las diferentes regiones y el conflicto armado. El conflicto ha afectado principalmente a las áreas rurales y a los asentamientos más pequeños del país, aumentando la vulnerabilidad de esos asentamientos a la pobreza, y ha producido la pérdida por muerte o por desplazamiento de una parte importante de la población en edad de trabajar.

El rezago de las áreas rurales abarca *"el acceso a servicios de acueducto y alcantarillado, el elevado déficit cuantitativo y cualitativo de vivienda, las formas de distribución de la propiedad, y en general, las brechas de calidad de vida de las áreas rurales frente a las cabeceras municipales…"*. (DNP, 2015a). Estas desigualdades abarcan también a los niveles educativos, la deserción escolar, el acceso a los servicios públicos y las condiciones físicas de las viviendas, y la disponibilidad de bienes de consumo duradero y quintiles de riqueza, como puede comprobarse con datos recientes como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.[cxii]

El reconocimiento de las disparidades territoriales existentes y de la necesidad de su reducción como requisito para el logro del desarrollo, ha motivado un esfuerzo sostenido para dotar a los entes territoriales de una base instrumental, normativa y técnica para el diseño y el desarrollo de políticas públicas que respondan cada vez más a las necesidades y prioridades de cada territorio, así como para la participación de los actores locales en la formulación y en el control de dichas políticas.

Considerando la importancia de trabajar más en los territorios para cerrar las brechas y desigualdades que limitan el desarrollo de la población y su pleno goce de derechos, a continuación, se destacan dos políticas que, con enfoque de derechos humanos, le apuestan a igualar las oportunidades de todas las personas y poblaciones.

Estrategia PASE al Desarrollo

La estrategia PASE fue formulada en Colombia como respuesta a, por un lado, a la necesidad de incorporar los factores demográficos en las estrategias de desarrollo, la planificación, la adopción de decisiones y la asignación de recursos en todos los niveles (Internacional, regional, nacional y local) con el fin de mejorar la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, de acuerdo con los lineamientos surgidos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994). Por otro lado, esta necesidad se reforzaba por el proceso de descentralización que, como se ha visto, se venía desarrollando en el país y que planteaba repensar la planificación del desarrollo para su aplicación local.

La estrategia fue desarrollada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) junto con la Universidad Externado de Colombia y las entidades de planificación del Estado colombiano. Se trata de un modelo conceptual, metodológico, técnico y tecnológico para comprender las relaciones entre población, ambiente, economía y sociedad dentro de los procesos de planificación y gestión del desarrollo integral. Busca fortalecer las capacidades de las personas, las instituciones, las organizaciones y la sociedad como un todo, para el conocimiento de las dinámicas de población y su incorporación en la gestión integral del desarrollo.

La estrategia funciona convocando a las autoridades (equipos de gobierno) locales, instancias de planificación y representantes de la sociedad civil e incluso el sector privado, para conformar "Grupos de Expertos Locales en Población & Desarrollo" (GELP&D) a quienes se dirigen acciones de fortalecimiento de sus capacidades para la comprensión de la dinámica demográfica y sus

interrelaciones con las otras dimensiones del desarrollo, así como para la planificación. Para ello se trabaja en asocio con instituciones del Estado de diferentes niveles (Nacional, regional y local), la academia, otras agencias de cooperación de nivel nacional e internacional y el sector privado.

La metodología propone una secuencia lógica de identificación, comprensión y respuesta. Durante el proceso se allega información, se analiza críticamente, se identifican tensiones y se proponen respuestas. En el proceso, los equipos locales desarrollan competencias críticas en el manejo de información sociodemográfica, en la lectura de indicadores y en la identificación de las implicaciones que tiene el tamaño, crecimiento, estructura, distribución y movilidad de la población sobre los procesos de planeación del desarrollo.

Esta secuencia metodológica fue adoptada por la entidad rectora de la planeación en Colombia que es el Departamento de Planeación Nacional como orientación metodológica para la formulación de planes de desarrollo para la vigencia 2012 – 2015. Además de posibilitar procesos de planeación de desarrollo local, la propuesta metodológica del modelo ha permitido dejar capacidad instalada en los territorios.

Como resultados, se ha difundido el modelo a unas 1400 personas de diferentes departamentos y se ha suministrado asistencia técnica y formación activa para la planeación con perspectiva poblacional a cerca de 130 municipios de 12 Departamentos en donde se han formado con certificación académica cerca de 400 personas y se ha publicado una serie de guías y documentos de soporte conceptual y técnico.

Estrategia PASE a la equidad en salud

El Ministerio de Salud y Protección Social adoptó la Estrategia PASE a la Equidad en Salud en la formulación de los Planes Territoriales de Salud (PTS), los que constituyen la puesta en funcionamiento a nivel territorial del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)[cxiii]. La estrategia consta de 5 procesos, 17 pasos y más de 40 actividades.

El PDSP, *reconoce la salud como un derecho fundamental*, que hace parte *de los derechos económicos, sociales y culturales.* Comprende la salud, *como un hecho ligado a las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales que, de acuerdo con el enfoque diferencial, se encuentran inmersos en sus propias dinámicas culturales, económicas, políticas, étnicas, de género, de ciclo de vida o de vulnerabilidad*. (MSPS, UEXT, UNFPA, 2014).

En este marco, la estrategia PASE define los determinantes de la salud como *las condiciones, situaciones o circunstancias que hacen parte del bienestar, calidad de vida y el desarrollo humano, que ejercen influencia sobre la salud de las personas presentes en el territorio en un momento histórico específico y que influyen en el estado de salud de su población.* Clasifica los determinantes de la salud en determinantes estructurales como las *condiciones presentes en los territorios sobre las cuales se tiene escasa o ninguna capacidad de control o transformación a corto y mediano plazo. Estos determinantes corresponden, en general, a los patrones y modelos macro, meso y micro de organización económica, social, política y cultural y a las formaciones y estructuras ambientales que limitan, restringen, potencian o facilitan el logro de un estado deseable de bienestar y salud;* y determinantes intermediarios, que son *aquellas condiciones sobre las que se tiene alguna capacidad de respuesta y control a mediano y corto plazo.* Los determinantes de la salud *se traducen en condiciones de vida, estilos de vida y pautas de comportamiento que definen las posibilidades de goce del derecho a la salud* (MSPS, UEXT, UNFPA, 2014)

La Estrategia PASE a la equidad en Salud se soporta también en el modelo de balances de las tensiones que se generan en las interacciones entre las dinámicas poblacionales, ambientales, sociales y económicas (Modelo BIT-PASE)[cxiv]. En la adaptación de este modelo a la salud, se entiende que el estado de salud de una población está directamente relacionado con las situaciones y condiciones presentes en un territorio particular que ejercen influencia sobre la salud de las personas.

La estrategia presta especial atención a los *determinantes poblacionales de la salud*, referentes al crecimiento poblacional, el envejecimiento, la transformación de la estructura por edad, la transición epidemiológica asociada y los efectos de todos estos procesos sobre el estado de salud y las demandas en materia de salud. Para esto, la Estrategia trata de identificar de manera participativa el juego de relaciones que determinan la situación de salud en una comunidad, en un contexto y un momento histórico específicos y generar una respuesta también participativa, sectorial, transectorial y comunitaria a la situación de salud en el territorio, soportándose en las características de éste.

Así, entre las ventajas de la aplicación de la estrategia PASE a la planeación del sector salud, está la construcción participativa. En cuanto a la información para la detección de las tensiones, la misma se construye participativamente, *con base en las fuentes oficiales, que se complementan y cualifica mediante los aportes de los actores locales, de manera que la confluencia de saberes permita el diálogo analítico entre la información disponible en las instituciones de salud y aquella que aporta la participación de los actores clave* (MSPS, UEXT, UNFPA, S/F). El análisis BIT PASE aporta a la entidad territorial un diagnóstico completo y validado de su situación de salud.

Se espera que en el periodo 2016- 2019 la estrategia PASE a la Equidad en salud se utilice para la formulación de los PTS en 38 Departamentos y 1100 municipios de Colombia. A final de 2016 se contó con un proceso de evaluación, el cual arrojó que 32 departamentos y 6 municipios incorporaron las dinámicas de población en los PTS. Considerando que recoge las dimensiones prioritarias del PDSP y por tanto la dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos es una de las dimensiones que cruzan la matriz para la identificación de tensiones. En esa medida, el instrumento permitirá definir situaciones como el embarazo adolescente, la mortalidad materna, los derechos de la población LGBT y demás que generen tensión en el territorio. Los planes territoriales de salud construidos mediante la estrategia, reflejarán y tratarán de dar respuesta a dichas situaciones de tensión.

5. Vulnerabilidad, riesgo y cambio climático

5.1. Gestión del Riesgo

Desde 1988 Colombia cuenta con una organización formal para la gestión integral del riesgo, el "Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres" (SNPAD) creado por la Ley 46 de ese año y estructurado por el Decreto Extraordinario 919 de 1989. Se trataba de un sistema descentralizado, diseñados para operar a través de comités interinstitucionales, que no se limitaban al sector público. Reconocía el *carácter social* del desastre y la necesidad de respuestas transdiciplinarias, interinstitucionales y participativas. Los municipios eran los entes territoriales competentes para atender las emergencias, planificar las respuestas y atender la reconstrucción. El sistema contaba con un Plan Nacional para la prevención y atención de desastres, aprobado por Decreto 93 de 1998, que constituye un marco de política en el tema, vinculado a la planificación del desarrollo (CEPAL, BID, 2007).

La norma vigente, la Ley 1523 de 2012 tiene como objetivo general el de llevar a cabo el proceso social de la gestión del riesgo con el propósito de ofrecer a la población en el territorio colombiano mejorar la seguridad, el bienestar, y la calidad de vida. Así mismo, la visión actual del país refuerza su carácter de política de desarrollo, y su consiguiente vinculación con la planificación del desarrollo: *La gestión del riesgo se constituye en una política de desarrollo indispensable para asegurar la sostenibilidad, la seguridad territorial, los derechos e intereses colectivos, mejorar la calidad de vida de las poblaciones y las comunidades en riesgo y, por lo tanto, está intrínsecamente asociada con la planificación del desarrollo seguro, con la gestión ambiental territorial sostenible, en todos los niveles de gobierno y la efectiva participación de la población* (Ley 1523 de 2012) [cxv].

La Ley crea el Consejo Nacional para la Gestión del Riesgo como instancia superior encargada con funciones de orientar y aprobar las políticas y los planes nacionales de gestión del riesgo y los planes específicos de acción para la recuperación posterior a situaciones de desastre. Así mismo, asigna funciones a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, crea el Comité Nacional para el Conocimiento del Riesgo y el Comité Nacional para la Reducción del Riesgo, el Comité Nacional para el Manejo de Desastres y, como instancias de coordinación territorial crea los Consejos Departamentales, Distritales y Municipales de Gestión del Riesgo de Desastres y define su composición, funciones y funcionamiento.

Pero es importante destacar que la visión del riesgo en Colombia no solo está orientada a la atención de desastres, sino que principalmente está orientada a la prevención de los mismos a través de la incorporación de la gestión del riesgo en la planeación nacional y territorial. Además, la norma promueve el tratamiento integral de los instrumentos de planificación puesto que establece que los programas *y proyectos de estos planes se integrarán en los POT, en los planes de manejo de cuencas y de desarrollo territorial, y demás herramientas de planificación del desarrollo.*

Finalmente, la norma establece el Sistema Nacional de Información para la Gestión del Riesgo de Desastres y designa a la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres la función de ponerlo en marcha, mantenerlo actualizado y funcional. Así mismo establece Sistemas de Información en los Niveles Regionales, Departamentales, Distritales y Municipales, bajo responsabilidad de las autoridades de las respectivas jurisdicciones.

Como puede apreciarse, las normas vigentes para la gestión del riesgo en Colombia se alinean adecuadamente con los Acuerdos 81, 82 y 83 del Consenso de Montevideo, en la medida que se promueve la integración, en los instrumentos de planificación y el ordenamiento del territorio, objetivos tendientes a *prevenir y mitigar el impacto de los desastres socioambientales y combatir la vulnerabilidad ambiental de las personas… así como la mitigación y adaptación a los efectos del cambio climático* (Acuerdo 81). Así mismo, la norma vigente establece la necesidad de que los instrumentos de planificación den *respuestas integrales, con un enfoque multidimensional de protección antes, durante y después de los eventos* (Acuerdo 82).

De acuerdo con el Resumen Ejecutivo de la implementación de los procesos de gestión del riesgo de desastres (UNGRD, 2015), por sus condiciones topográficas, climáticas y geológicas, Colombia está expuesta a múltiples amenazas, de allí que la frecuencia de los eventos y la necesidad de intervención de las autoridades sea muy alta.

Entre 2005 y 2013 se presentaron 18.344 emergencias de las cuales el 47% estaba asociado con el fenómeno recurrente del Niño. El último fenómeno de la niña en 2010-2011 se inundaron más de 3.5 millones de hectáreas y 3.2 millones de personas fueron damnificadas; el total de daños por el fenómeno alcanzó 11.2 billones de pesos equivalentes a más de 6.000 millones de dólares. Por otro lado, el 44% del territorio y el 86% de la población colombiana se localiza en zonas de amenaza sísmica alta o media. Así mismo hay por lo menos 1.9 millones de personas en la zona de influencia de volcanes, y 240.000 personas en zonas de amenaza alta (UNGRD, 2015).

Teniendo en cuenta esto y en cumplimiento de las normas ya descritas, la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres ha orientado su esfuerzo a la implementación de la gestión integral del riesgo a través del desarrollo de procesos que promueven el conocimiento del riesgo, la reducción del riesgo y el manejo de desastres.[cxvi]

5.2. Política de Cambio Climático

Colombia es un país con una alta vulnerabilidad al cambio climático, por sus características físicas, geográficas, económicas, sociales y de biodiversidad, lo que implica que para el país, es de vital importancia generar la capacidad de entender las consecuencias que denotan los cambios en el clima, evaluando las amenazas sobre las

comunidades vulnerables, previendo los impactos sobre los territorios, ecosistemas y economías, moderando los daños potenciales, tomando ventaja de las oportunidades y enfrentando las consecuencias de un fenómeno como el cambio climático y sus impactos para el país. (MADS, 2017)

La Política Nacional de Cambio Climático fue adoptada en junio de 2015. El objetivo es incorporar la gestión del cambio climático en las decisiones públicas y privadas para avanzar en una senda de desarrollo resiliente al clima y baja en carbono, que reduzca los riesgos del cambio climático y permita aprovechar las oportunidades que este genera. La política considera *primordial adoptar una visión territorial, que valore articuladamente iniciativas sectoriales de desarrollo, como base para lograr una gestión del cambio climático acertada y efectiva.* (MADS, 2017).

La política se propone adelantar cuatro estrategias territoriales, dos sectoriales y cuatro instrumentales. Las territoriales son: desarrollo urbano resiliente al clima y bajo en carbono; desarrollo rural resiliente al clima y bajo en carbono, y manejo y conservación de ecosistemas y sus servicios ecosistémicos para el desarrollo bajo en carbono y resiliente al clima. Las estrategias sectoriales son: desarrollo minero-energético bajo en carbono y resiliente al clima; y desarrollo de infraestructura estratégica resiliente al clima y baja en carbono. Las estrategias instrumentales se refieren a: información, ciencia, tecnología e innovación; educación, formación y sensibilización a públicos; planificación de la gestión del cambio climático y financiación e instrumentos económicos (MADS, 2017).

Un aspecto muy relevante en el marco de los instrumentos de planificación territorial es que la política se orienta a la inclusión e implementación de acciones de adaptación y mitigación al cambio climático *dentro de los instrumentos de planificación territorial*: planes de desarrollo municipal, planes de ordenamiento territorial, planes regionales de gestión del riesgo de desastres, entre otros.

La política incluye un esquema de articulación interinstitucional y un plan con las acciones requeridas y los responsables institucionales. Dentro del contexto institucional de la política es necesario incluir el Sistema Nacional de Cambio Climático (SISCLIMA), que fue creado por el Decreto 298 de 2016, el cual será la instancia de coordinación, articulación, seguimiento y evaluación de las políticas, normas y demás instrumentos de gestión en materia de adaptación al cambio climático y de mitigación de gases de efecto invernadero.

Entre las líneas de acción que plantea la política se destacan, por ejemplo, en virtud de su relación con el Consenso de Montevideo: reducir el riesgo climático por desabastecimiento hídrico, brindar alternativas de transporte público eficientes e integrados bajos en carbono y resilientes al clima e incentivos para vehículos de bajas emisiones, y la implementación de modos no motorizados; disminuir la exposición a inundaciones y las emisiones por transporte mediante la expansión controlada de ciudades de forma más compacta e interconectada y modelos de desarrollo urbano compacto. Promover la conservación de la estructura ecológica principal y el manejo del paisaje, a través de la construcción y mantenimiento de espacios públicos urbanos verdes. Incentivar el desarrollo de sistemas urbanos ahorradores de recursos naturales en cuya expansión se planifique la integración con los ecosistemas potencialmente afectados y de sistemas de transporte, viales y de generación de energía de bajo impacto ambiental.

Las estrategias propuestas se alinean con el acuerdo 80 en lo concerniente a los sistemas de ciudades que incluyan la *sostenibilidad ambiental, favoreciendo una transición energética y procesos de producción y consumo sostenible, teniendo en consideración externalidades sociales y ambientales.* Así mismo, con el Acuerdo 81, en lo concerniente a que se formulen políticas que *consideren entre sus objetivos evitar el uso de zonas vulnerables y protegidas, y prevenir y mitigar el impacto de los desastres socioambientales y combatir la vulnerabilidad ambiental de las personas y comunidades de grupos étnicos y raciales discriminados, así como la mitigación y adaptación a los efectos del cambio climático.*

Bibliografía

Acuerdo Final (2016). Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera, Bogotá, 24 noviembre 2016.

Arango Ochoa, Raúl y Sánchez, Enrique (2004). *Los pueblos indígenas de Colombia en el umbral del nuevo milenio.* Bogotá: Departamento Nacional de Planeación - DNP.

Cárdenas, Mauricio (2016). *Introducción a la economía colombiana (3ª ed)*. Bogotá: Fedesarollo, Alfaomega Colombiana.

CELADE (2017). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2016. División de Población de la CEPAL.

CEPAL, BID (2007). Información para la gestión de riesgo de desastres. Estudio de caso de cinco países. Colombia. Naciones Unidas y Bid, Ciudad de México, diciembre 2007.

CEPAL. (2012). Panorama Social de América Latina. Recuperado el 20 de agosto de 2017, de Capítulo V. Autonomía e independencia: el cuidado de las personas con discapacidad: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1247/1/S2012959_es.pdf

CEPAL/OIT (2015). *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

CEPAL (2015b) Panorama del Desarrollo Territorial en América Latina y el Caribe, Pactos para la Igualdad Territorial. Santiago de Chile, CEPAL, noviembre 2015.

CPN, 1991. Constitución Política de Colombia. Consultada en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125

Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE (2007a). *Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica.* Bogotá: DANE.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2007b). Proyecciones de población. Recuperado el 5 de Agosto de 2017, de Análisis de contexto de los cambios demográficos: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/conciliacenso/2Cambios_demograficos.pdf

Departamento Nacional de Planeación - DNP (2010a). *Aspectos básicos grupo étnico indígena.* Bogotá: DNP-DDTS

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2010b). Proyecciones nacionales de población 2005-2020. Recuperado el 19 de agosto de 2017, de http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE (2012). *Atlas estadístico.* Bogotá: DANE.

Departamento Nacional de Planeación (2002). *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década.* Tomo I. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional de Planeación (2014a). *Documento Conpes 3819, Consejo Nacional de Política Económica y Social.* Versión aprobada: 21 de octubre de 2014. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional de Planeación (2014b). *Misión Sistema de Ciudades. Una política para el Sistema de Ciudades Colombino con visión de largo plazo*. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional de Planeación (2015a). *Análisis Resultados Pobreza Monetaria 2010-2014*. Bogotá: DNP, Dirección de Desarrollo Social.

Departamento Nacional de Planeación – DNP (2015b). *Plan Nacional de Desarrollo 'Todos por un nuevo país'*. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional de Planeación – DNP (2015c). *El campo colombiano, un camino hacia el bienestar y la paz. Misión para la Transformación del campo*. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional de Planeación – DNP (2016). *Conpes 3870, Consejo Nacional de Política Económica y Social.* Versión aprobada: 24 de octubre de 2016. Bogotá: DNP.

Departamento Nacional de Planeación – DNP e Instituto Global de Crecimiento Verde – GGGI (2017). *Diagnóstico de Crecimiento Verde. Análisis macroeconómico y evaluación del potencial de crecimiento verde*. Bogotá: DNP.

Galvis, Luis A. y Adolfo Meisel Roca, 2010, Persistencia de las Desigualdades Regionales en Colombia, Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, No. 120, Banco de la República, Cartagena, Enero 2010.

González-Quintero, Nestor Iván; Daza-Báez Nancy Aireth; y Garavito-Calderón, Nidia Esperanza (2014). Determinantes y perfiles de la participación laboral en Colombia: 2002-2013. Archivos de Economía. Documento 415. Dirección de Estudios Económicos. DNP. 17 de junio 2014.

Gutiérrez Sanín, 2010, Instituciones y Territorio: La Descentralización en Colombia, en: 25 Años de la Descentralización en Colombia, Konrad Adenauer Stintuf, Bogotá, abril 2010.

Marengoni A, A. S. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev., 10(4):430-439. doi: 10.1016/j.arr.2011.03.003.

Melo-Becerra, Ligia Alba y Ramos-Forero, Jorge Enrique (2017). *El gasto público en Colombia: algunos aspectos sobre su tamaño, evolución y estructura.* Borradores de economía 1003. Bogotá: Banco de la República

Menéndez J, G. A. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Pan American journal of public health. 17(5-6):353-361.

Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible (2017). *Política Nacional de Cambio Climático. Documento para tomadores de decisión.* Bogotá: MADS.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2010). *Marco Fiscal de Mediano Plazo 2010.* Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Ministerio de Hacienda y Crédito Público (2011). *Marco Fiscal de Mediano Plazo 2011.* Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Cómo va la protección social. Obtenido de Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20SALUD.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Guía Metodológica para Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales Nacionales en Salud. Recuperado el 19 de Agosto de 2017, de https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20metodol%C3%B3gica%20para%20registros,%20observatorios,%20sistemas%20de%20seguimientos%20y%20salas%20situacionales%20nacionales%20en%20salud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de salud pública PDSP. Recuperado el 19 de Agosto de 2017, de La salud en Colombia la construyes tú: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Externado de Colombia y UNFPA (2014). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Estrategia PASE a la equidad en Salud*. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, diciembre 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social, U. C. (2015). Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Análisis de Situación de Salud ASIS Colombia 2016. Recuperado el 5 de agosto de 2017, de Dirección de Epidemiología y Demografía: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de atención integral en salud. Recuperado el 5 de agosto de 2017, de Un sistema de salud al servicio de la gente: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Análisis de Situación de Salud Colombia, (ASIS). Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). ABC Monitoreo de la calidad. Recuperado el 13 de Agosto de 2017, de Resolución 256 de 2016: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abece-resolucion-256-de-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, O. D. (2017). Observatorio Nacional de Discapacidad. Obtenido de http://ondiscapacidad.minsalud.gov.co/observatorio/Paginas/Que-es-el-Observatorio.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. (2017). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Recuperado el 6 de agosto de 2017, de https://profamilia.org.co/investigaciones/ends/

Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorito (2017). *20 Años de ordenamiento territorial en Colombia: Experiencias, desafíos y herramientas para los actores territoriales.* Bogotá, Colombia.

OIT (2014). Panorama Laboral Temático: Transición a la formalidad en América Latina y el Caribe. Lima: OIT, Oficina regional para América Latina y el Caribe.

OMS 2016. Nota descriptiva sobre la mortalidad materna. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

OPS 2013. Guía para la salud materna y neonatal: atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata. Bogotá. 2013. Obtenido de: http://www.paho.org/coL/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2015&alias=1748-libro-aiepi-2014-ver-web&Itemid=688

OMS 2016. Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Ginebra. 2016. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/es/

OMS. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Recuperado el 12 de agosto de 2017, de Investigaciones para una cobertura sanitaria universal: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85763/1/9789240691223_spa.pdf?ua=1

OMS. (Noviembre de 2016). Declaración de Shangai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado el 12 de agosto de 2017, de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1

OMS, O. M. (2016). Carga mundial de enfermedad. Recuperado el 5 de agosto de 2017, de http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/

Peñaloza, E. (2014). Estimación de la carga de enfermedad para Colombia 2010. (P. U. Javeriana, Ed.) Recuperado el 6 de agosto de 2017, de http://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD (2012). *Los afrocolombianos frente a los objetivos de desarrollo del milenio*. Bogotá – PNUD.

Rodríguez Pabón, Lelio (2014). *Consideraciones sobre el gasto público social.* IM-Pertinente. 2(2), 129-169.

Unicef. (2016). Estado mundial de la infancia 2016. Recuperado el 5 de agosto de 2017, de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_SOWC_2016_Spanish.pdf

(WHO). (2015). World Health Report 2015. Recuperado el 5 de Agosto de 2017. Obtenido de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2015.pdf?ua=1

Zambrano, Fabio y Olivier Bernard, 1993, Ciudad y Territorio. El proceso de Poblamiento en Colombia. Academia de Historia de Bogotá, Instituto Francés de Estudios Andinos, Fundación de Estudios Históricos Misión Colombia, Bogotá, mayo, 1993.

[i] Departamento Nacional de Planeación. (2018) Análisis de Situación Poblacional de Colombia. Pendiente de publicación.

[ii] Para el período observado se dio un cambio en la metodología de medición sobre el mercado laboral. La Encuesta Nacional de Hogares (ENH), aplicada desde 1970, tuvo algunos cambios relevantes en el año 2000, y pasó a llamarse Encuesta Continua de Hogares (ECH). En 2006, esta se ajustó con el fin de disminuir el error muestral, ampliar la cobertura y obtener información relacionada con ingresos y gastos de los hogares, además del mercado laboral, pasando a denominarse como Gran Encuesta Integrada de Hogares.

[iii] Aunque no es posible establecer una relación de causalidad directa entre los cambios en el comportamiento de la participación laboral y factores estructurales como la educación o la experiencia laboral, es posible afirmar que, al igual que en otros países de América Latina, esta tendencia ha sido jalonada por la participación laboral femenina, la que puede explicarse en gran medida como consecuencia de un mayor acceso a la educación de las mujeres, los cambios culturales en la división del trabajo entre hombres y mujeres y la productividad en las labores domésticas (Cárdenas, 2016).

[iv] Cifras correspondientes al total de 23 ciudades y áreas metropolitanas. Fuente: DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares.

[v] Datos a 2015. Información disponible en DataBank http://databank.worldbank.org/data/home.aspx

[vi] El DANE es la entidad encargada de publicar el gasto social anualmente, el cual se realiza a partir de información oficial del gasto público, que incluye el gasto público social –en adelante GPS-. En este escenario, se cuentan con datos disponibles para la construcción de este apartado a partir del año 2009, teniendo la del año 2015 provisional y preliminar la del 2016.

[vii] Según Melo-Becerra y Ramos-Forero, el gasto social por finalidad "corresponde a una clasificación de las asignaciones presupuestales para las diferentes actividades y funciones que desarrolla el gobierno como la defensa nacional, la protección social, la infraestructura, y los servicios de educación y de salud pública" (Melo-becerra y Ramos-Forero, 2017: 23).

[viii]https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Gu%C3%ADa%20Elaboraci%C3%B3n%20Planes%20de%20Desarrollo%202012-2015.pdf

[ix] Basado en los fundamentos políticos, técnicos y de gestión de la Estrategia de Cero a Siempre (2013): http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Fundamientos-politicos-tecnicos-gestion-de-cero-a-siempre.pdf

[x] Ministerio de Salud y Protección Social. (2017) "Gobierno presenta Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015". Nota de prensa consultada en: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Gobierno-presenta-Encuesta-Nacional-de-Situaci%C3%B3n-Nutricional-de-Colombia-ENSIN-2015.aspx el 16 de febrero de 2018.

[xi] Resolución 1356 de 2016 proferida por la Agencia Colombiana para la Reintegración de Personas y Grupos Alzados en Armas.

[xii] Se destaca que esta Ley establece como delito el maltrato por descuido, negligencia o abandono en personas mayores de 60 años, o genere afectación en sus necesidades de higiene, vestuario, alimentación y salud. El incurrir en este delito acarrea sanciones de entre 4 y 8 años de prisión y una multa de 1 a 5 salarios mínimos mensuales vigentes. En el caso en que quien incurra en esta conducta sea por parte de una institución a cargo de su cuidado, se cancelarán sus permisos de funcionamiento y se multará hasta con 20 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Este tipo de sanciones se implementarán de la mano con una ruta de atención inmediata para la persona mayor.

[xiii] Es una estrategia liderada por el Ministerio del Interior que tiene como objetivo promover el liderazgo, la inclusión y la participación política de las mujeres en el marco de las diferentes elecciones del país.

[xiv] Es importante precisar que no toda la población indígena o afrodescendiente reside en los territorios de titulación colectiva como resguardos o territorios colectivos

[xv] Ministerio de Educación Nacional. 1996

[xvi] Ministerio de Salud y Protección Social. De acuerdo con la Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2013, p. 50. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf

[xvii] Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de la Salud. Colombia 2016, pág. 57

[xviii] Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención preconcepcional. Bogotá, 2014., pg. 13. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf

[xix] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

[xx] Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf

[xxi] Para mayor información consulte: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx

[xxii] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015.

[xxiii] En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015, los rangos de edad corresponden a las mujeres entre los 13 a los 49 años. En las mediciones anteriores dicho rango era de 15 a 49 años de edad.

[xxiv] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.

[xxv] Ibíd.

[xxvi] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5926 de 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205926%20de%202014.pdf. La Resolución 5926 de 2014, fue modificada por la Resolución 6408 de 2016, por medio de la cual se modifica el Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC.

[xxvii] Los métodos anticonceptivos disponibles en el POS son: 1. Implantes subdérmicos. 2. Dispositivos intrauterinos. 3. Inyectables. 4. Píldoras. 5. Métodos de barrera: condón de látex masculino y condón femenino. 6. Anillo vaginal. 7. Parche transdérmico. 8. Esterilización masculina y femenina.

[xxviii] Ministerio de Salud y Protección Social. Las Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud Pública. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DE%20LEPRA.pdf

[xxix] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 de 2000. Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf

[xxx] Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf

[xxxi] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 001973 de 2008, por medio de la cual se modifica la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30746

[xxxii] Ibíd.

[xxxiii] Constitución Política de Colombia. Artículo 43: "La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada".

[xxxiv] Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1750 de 2015. Ley Estatutaria de Salud. Disponible en: http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201751%20DE%202015.pdf

[xxxv] Instituto Nacional de Salud. Modelo de Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. Disponible en: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Morbilidad%20Materna%20Extrema.pdf

[xxxvi] Para mayor información ver: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

[xxxvii] Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de Atención de la menor de 15 años embarazada https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf

[xxxviii] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.

[xxxix] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015., pg. 194

[xl] Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_embarazo/GPC_embarazo_completa.aspx

[xli] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.
[xlii] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006. Jaime Araujo Rentería. República de Colombia.
[xliii] En este sentido, consultar: Ministerio de Salud y Protección Social. *ABECÉ, Línea salud materna-derecho a la maternidad. Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres.* En: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf
[xliv] Aborto inducido a nivel mundial. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf
[xlv] Faundes Aníbal. Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n4/a14v76n4.pdf
[xlvi] Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo para la prevención del aborto inseguro en Colombia 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf
[xlvii] Ministerio de Salud y Protección Social. Atención Post Aborto (APA) y sus complicaciones Documento Técnico para prestadores de servicios de salud. 2014. Disponible en: https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/18-Colombia-Health-sector-protocol-on-post-abortion-care-and-complications-Ministry-of-health-2014.pdf
[xlviii] Ministerio de Salud y Protección Social. Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad Documento técnico para prestadores de servicios de salud. 2014. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf
[xlix] Ministerio de Salud y Protección Social. Orientación y asesoría para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) Documento Técnico para prestadores de servicios de salud. 2014. Disponible en: http://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/19-Colombia-Health-sector-protocol-on-guidance-and-counselling-on-voluntary-interruption-of-pregnancy-Ministry-of-Health-2014.pdf
[l] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf
[li] Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Barreras para la garantía del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo Intervención de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Debate de control político sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Sesión Comisión Séptima del Senado de la República. 16 de septiembre de 201. Disponible en: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2016/11/intervencin-debate-control-poltico-septiembre-2014.pdf
[lii] González Vélez, Ana Cristina y Castro, Laura. "Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia". La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia), 2017. http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2017/05/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf
[liii] Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388 de 2009, en la cual se establece que "las personas profesionales de la salud y, en general, el personal de salud que atienda la solicitud de las mujeres relativa a la interrupción voluntaria de su embarazo están obligados a ofrecer plena garantía de confidencialidad y, en consecuencia, a respetar el derecho de las mujeres a la intimidad y a la dignidad".
[liv] De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
[lv] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015
[lvi] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990. 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015.
[lvii] Ibíd.
[lviii] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015.
[lix] Carmen Elisa Flórez y Victoria Eugenia Soto. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. En: http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf
[lx] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990. 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015
[lxi] Ibíd.
[lxii] Ibíd.
[lxiii] Priorización de municipios a partir de la información del DANE (2009) sobre proporción de nacidos vivos de mujeres entre los 10 y 19 años en los municipios, sobre el total nacional de nacidos vivos de mujeres entre 10 y 19 años, según su lugar de residencia.

[lxiv] Departamento Nacional de Planeación. "Evaluación de procesos de implementación de la Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para niños, niñas, adolescentes y jóvenes entre 6 y 19 años, en una muestra de municipios piloto, así como el levantamiento de una línea base, para en posteriores seguimientos, evaluar los resultados en población beneficiaria. Bogotá, agosto de 2014.
[lxv] Ministerio de Salud y protección Social. CONPES Social 147 de 2012. Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Manual operativo. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/AJ-Conpes-147-Manual-Operativo.pdf
[lxvi] Ministerio de Salud y Protección Social. Presentación: Desarrollos y logros. Liderazgo compartido MSPS – ICBF en la Implementación de la Estrategia de Atención Integral a niñas, niños y adolescentes. Énfasis en Prevención del Embarazo en la Adolescencia 2015 – 2025. 2015
[lxvii] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Propuesta de orientaciones a las entidades territoriales en la garantía o restablecimiento de derechos de las/los adolescentes que ya son madres/padres. Bogotá, 2015. Pág., 42
[lxviii] Ministerio de la Protección Social, Resolución 3442 de 2006. Para mayor información ver: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20GESTION%20PROGRAMATICA%20VIH%20SIDA.pdf
[lxix] Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 228 de 2002, Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.
[lxx] Para mayor información ver: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamento-transmision-materno-infantil-vih-2013.pdf
[lxxi] Para mayor información ver: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx
[lxxii] Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS y el VIH/Sida 2014 – 2017. Disponible en: http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/colombia/plan-nacional-respuesta-its-2014-2017.pdf
[lxxiii] Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015
[lxxiv] El conocimiento comprensivo significa que la persona sabe que el riesgo de contraer el virus se reduce si: se usa condón durante las relaciones sexuales, se tiene una sola pareja sexual que no tenga el virus, sabe que una persona que viva con el virus del VIH puede verse saludable; y si rechazan al menos dos ideas erróneas sobre la trasmisión del VIH/Sida
[lxxv] ENDS 2015, pg. 318
[lxxvi] Resolución 2338 de 2013.
[lxxvii] ENDS 2015, p. 335
[lxxviii] ENDS 2015, pg. 344
[lxxix] Congreso de la República de Colombia, Ley 294 de 1996. Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar. Disponible en: http://historico.equidadmujer.gov.co/Normativa/LeyesFavorables/Nacionales/Ley294-16jul1996.pdf
[lxxx] Congreso de la República de Colombia, Ley 599 de 2000, por la cual se expide el código penal. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6388
[lxxxi] Congreso de la República de Colombia, Ley 1257 de 2008, "Por la cual se normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra mujeres, se reforma el código penal, de procedimiento penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Disponible en: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054
[lxxxii] Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, se define como el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control y como soporte de la venta de servicios. Para mayor información ver: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf
[lxxxiii] El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, fue creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana. Para mayor información ver: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/sivigila.aspx

[lxxxiv] Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer e Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género –SIVIGE, Marco normativo, conceptual y operativo. 2016.
[lxxxv] Congreso de la República de Colombia, Ley 1257 de 2008
[lxxxvi] Congreso de la República de Colombia, Ley 1257 de 2008.
[lxxxvii] Ley 1761 de 2015, por medio de la cual se crea el tipo penal de Feminicidio como delito autónomo y se dictan otras disposiciones; o Ley Rosa Elvira Cely.
[lxxxviii] Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Masatugó – Forecnsis de mujeres, 2016
[lxxxix] Valle del Cauca, Cauca, Arauca, Meta, Putumayo, Magdalena, Sucre, Bolívar, Tolima, Córdoba, Nariño, Huila, Guajira, Vaupés, Caquetá y Chocó y Distrito de Buenaventura.
[xc] También se han emitido: Resolución 2003 de 2014; el Decreto 1033 de 2014; la Circular 031 de 2014; la Circular 016 de 2014 y la Resolución 1904 de 2017.
[xci] Para mayor información consulte: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Encuesta-SABE-sera-base-para-formular-politica-de-envejecimiento-y-vejez-en-Colombia.aspx
[xcii] Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública 2010 - 2021
[xciii] Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de la Salud Colombiana 2016, pág. 11.
[xciv] De acuerdo con la CEPAL (2012), en América Latina y el Caribe aproximadamente 66 millones de personas de la Región (12%) vivirían con por lo menos una discapacidad. La prevalencia en Latinoamérica varía de un 5,1% en México a un 23,9% en Brasil mientras que en el Caribe varía de un 2,9% en Bahamas a un 6,9% en Aruba.
[xcv] Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de Salud Pública 2010 - 2021
[xcvi] Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf
[xcvii] Ibíd.
[xcviii] Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutarias 1751, por la cual se reglamenta el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%201751%20DE%202015.pdf
[xcix] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 de 2016, por al cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Disponible en: http://achc.org.co/documentos/prensa/resoluci%C3%B3n%206408%20de%202016.pdf
[c] La descentralización política es la transferencia a las entidades territoriales, de la capacidad de elección de sus gobernantes y de la toma de decisiones sobre las políticas de desarrollo; el objetivo principal es la democratización de la gestión local mediante la ampliación de espacios de participación; la descentralización administrativa es la transferencia de funciones, recursos y capacidad de decisión del Gobierno Central, a los gobiernos territoriales para la provisión de determinados servicios públicos y sociales y para la realización de obras públicas (DNP, 2002); la descentralización fiscal es la transferencia de recursos del gobierno central a los entes territoriales.
[ci] Título XII, artículos 356 a 364.
[cii] Ley 60 de 1993; Ley 617 de 2000, otorga alivios a la deuda territorial a través de utilización de recursos del fondo de ahorro y estabilización petrolera; acto legislativo 01 de 2001racionaliza el régimen de transferencias reglamenta los artículos 356 y 357 de la CPN, ley 715 de 2001 promueve mayor eficiencia en el gasto en educación y salud; acto legislativo No. 4 de 2007 modificó el destino y la asignación de los recursos del sistema general de participaciones y crea un sistema de monitoreo, seguimiento y control al gasto de las entidades territoriales.
[ciii] La presencia de estas ciudades intermedias se valoraba muy positivamente en los modelos de desarrollo económico y en los análisis de distribución espacial. Se esperaba que actuaran como “polos de desarrollo” que permitieran distribuir de una manera más amplia en el territorio las actividades económicas y los beneficios del desarrollo.
[civ] CONPES 3819 (DNP, 2014b)
[cv] De acuerdo con el CONPES 3819 (DNP, 2014b) las Ciudades funcionales (o aglomeración urbana) se conforman: *cuando las relaciones funcionales se extienden por fuera de las fronteras administrativas y una/s terminan por absorber a otras ciudades más pequeñas, proceso en el que también es absorbido el suelo semiurbano y el rural, y en algunos casos se presentan casos de fusión con otras ciudades intermedias lo cual*

resulta en grandes conurbaciones. También se conocen como "Áreas urbanas funcionales" relacionadas con indicadores de densidad poblacional para identificar las ciudades centrales o nodos, y flujos de viaje con motivos laborales para identificar las zonas alrededor de las ciudades cuyos mercados laborales están altamente integrados con ciudades centrales.

[cvi] Las ciudades uninodales, corresponden a *aquellos centros urbanos cuya área funcional aún se mantiene dentro del límite político-administrativo que define su municipio.* (DNP, 2014b).

[cvii] La Ley 388 definió tres tipos de instrumentos de diferente complejidad, dependiendo de la población de los municipios: los Esquemas de Ordenamiento Territorial EOT, para municipios con población menor de 30.000 habitantes, los Planeas Básicos de Ordenamiento Territorial PBOT, para municipios de entre 30.000 y 100.000 habitantes y los Planes de Ordenamiento Territorial POT, para municipios con más de 100.000 habitantes. En lo que sigue, nos referiremos a los tres tipos de manera general como POT.

[cviii] 20 años de ordenamiento territorial en Colombia – Ministerio de Vivienda Ciudad y Territorio – 2017.

[cix] Las zonas o subregiones son: Alto Patía y norte del Cauca; Arauca; Bajo Cauca y Nordeste antioqueño; Catatumbo; Chocó; Cuenca del Caguán y Piedemonte caqueteño; Macarena-Guaviare; Montes de María; Pacífico medio; Pacífico y frontera nariñense; Putumayo; Sierra Nevada-Perijá; Sur de Bolívar; Sur de Córdoba; Sur del Tolima y Urabá Antioqueño.

[cx] Los PATR tendrán en cuenta como mínimo: 1. Lineamientos metodológicos que garanticen su construcción participativa, 2. Un diagnóstico participativo elaborado con las comunidades que identifiquen las necesidades en el territorio. 3. Una visión del territorio que permita definir líneas de acción para su transformación. 4. Enfoque territorial que reconozca las características socio-históricas, culturales, ambientales y productivas de los territorios y sus habitantes, sus necesidades diferenciadas y la vocación de los suelos, de conformidad con las normas orgánicas de planeación y ordenamiento territorial. 5. El enfoque diferencial que incorpore la perspectiva étnica y cultural de los pueblos y comunidades de los territorios. 6.El enfoque reparador del PDET. 7. Enfoque de género que reconozca las necesidades particulares de las mujeres rurales. 8. Un capítulo de programas y proyectos, que orienten la ejecución, de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo Final y bajo los lineamientos del Departamento Nacional de Planeación. 9. Un capítulo de indicadores y metas para el seguimiento y evaluación. 10. Mecanismos de rendición de cuentas y control social, que incluyan herramientas de difusión y acceso a la información.

[cxi] Si bien el Decreto 893 no lo especifica, el Acuerdo de Paz señala que los PDET buscan *el desarrollo y la integración de las regiones abandonadas y golpeadas por el conflicto, implementando inversiones públicas progresivas, concertadas con las comunidades, con el fin de lograr la convergencia entre la calidad de vida rural y urbana, y fortalecer los encadenamientos entre la ciudad y el campo.* No se establece como se va a lograr este objetivo.

[cxii] Ver análisis al respecto en MSPS, Profamilia, 2017. Encuesta de Demografía y Salud, ENDS, Colombia, 2015. Capítulo 3.

[cxiii] El Plan Decenal de Salud Pública 2010-2021 (MSPS, 2010), fue establecido por la Ley 1438 de 2011. La estrategia PASE a la Equidad en Salud fue adoptada como lineamiento nacional vinculante mediante la resolución 1536 de 2015.

[cxiv] La estrategia PASE a la equidad en Salud constituye una adaptación, al sector salud, de la estrategia más amplia PASE al Desarrollo, y del modelo BIT PASE. Esta estrategia fue desarrollada mediante trabajo conjunto del UNFPA, el Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial y la Universidad Externado de Colombia y viene siendo aplicada para la planificación del desarrollo territorial en 120 municipios de 12 departamentos del país.

[cxv] La Ley define la Gestión del Riesgo como: Es el proceso social de planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y acciones permanentes para el conocimiento del riesgo y promoción de una mayor conciencia del mismo, impedir o evitar que se genere, reducirlo o controlarlo cuando ya existe y para prepararse y manejar las situaciones de desastre, así como para la posterior recuperación, entiéndase: rehabilitación y reconstrucción. Estas acciones tienen el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar y calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible (Ley 1523 de 2012). En cuanto a institucionalidad para la gestión del riesgo, la Ley 1523 define las instancias de la gestión del riesgo a nivel nacional y territorial. A los gobernadores les asigna el deber de poner en marcha y mantener la continuidad de los procesos de gestión del riesgo de desastres en su territorio, así como integrar en la planificación del desarrollo departamental, acciones estratégicas y prioritarias en materia de gestión del riesgo especialmente a través del plan de desarrollo departamental y demás instrumentos de planificación bajo su responsabilidad. Además, los gobernadores deben coordinar las acciones de los municipios de su jurisdicción en materia de gestión de riesgo. Por su parte los alcaldes son definidos por la Ley como los responsables directos de la implementación de los procesos de

gestión del riesgo en el distrito o municipio, incluyendo el reconocimiento y la reducción del riesgo y el manejo de desastres en el área de su jurisdicción y deben integrar en la planeación del desarrollo local, acciones estratégicas y prioritarias en materia de gestión de riesgos de desastres, especialmente a través de los planes de ordenamiento territorial, de desarrollo municipal o distrital y demás instrumentos de gestión pública.

[cxvi] Durante la vigencia de 2012 y 2013 se adelantaron un gran número de actividades entre las cuales se destacan: En elaboración de guías e instrumentos: a) Elaboración de una guía municipal para la formulación de los planes de gestión del riesgo; b) Construcción de dos guías pedagógicas en gestión de riesgo de desastres para formadores y comunidades, teniendo como referencia la Ley 1523 de 2012; c) elaboración de una guía metodológica para el monitoreo comunitario de movimientos en masa como una herramienta que facilite a los municipios pequeños y de escasos recursos la implementación de una instrumentación de fácil utilización y la realización de monitoreo ante este tipo de eventos con el apoyo de la comunidad. Esta metodología está poniéndose a prueba en el municipio de Toledo (Norte de Santander) y será replicado en otros municipios del territorio nacional; d) elaboración del Plan Nacional de Formación y Capacitación en Gestión del Riesgo de Desastres y aprobación por parte del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo de la elaboración y/o actualización de normas de competencia laboral para dos cursos de formación en la materia; e) elaboración de un documento técnico tendiente a valorar la pertinencia de adquirir sistemas de comunicación que permitan divulgar las alertas dadas por las entidades técnico-científicas del SNGRD respecto al comportamiento de eventos con potencial de daño como sismos, erupciones volcánicas, tsunami, inundaciones, movimientos en masa y huracanes.